

Scène d'automne

C'est pour bientôt. Les conventions entre prestataires et mutuelles pour proposer les tarifs des soins de santé sont en cours. Discussions byzantines sur le budget où se mêlent dépenses prévisibles et facteurs exogènes imprévisibles, calculs de joueurs d'échec et impossibles évidences...

C'est pour demain. Les élections destinées à clarifier la représentativité des syndicats médicaux auront lieu dès que les conditions garantissant la victoire du statu quo seront remplies. Sinon...

C'est pour tout de suite. La réforme du financement des hôpitaux est en cours mais... Le numerus clausus à l'entrée des études de médecine s'installe mais...

C'est pour quand ? ... la communautarisation des soins...

La politique des soins de santé retrouve en ce bel automne ses allures de paysage à la Breughel, avec ses petits personnages galopant en tous sens, ses opulentes matrones houspillant des estropiés salaces, ses acrobates intrépides et ses gibets, ses milices et ses banquets. Volant au secours des intérêts de castes et de corporations, les grands principes (liberté, droit aux soins de qualité, etc.) vont prester des heures supplémentaires.

La résultante de cette agitation est un désespérant immobilisme. Bien sûr le système n'est pas totalement mauvais. Bien sûr l'accès aux soins se maintient contre vents et marées. Bien sûr les progrès scientifiques sont rapidement mis à disposition de la population. Bien sûr il

n'y a pas en Belgique de stérilisation des mauvais spécimens humains comme en Suède, il n'y a pas notion en soins de santé de scandales comparables à ceux qui ébranlent l'appareil policier et judiciaire. Il y a juste un problème de sous. Ah, s'il n'y avait pas l'argent, tout serait pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Question d'argent étroitement intriquée à la question du pouvoir. Le vilain Etat qui veut mettre les soignants au pas, régler le monde hospitalier, fonctionnariser la première ligne... Depuis Leburton (années 60 !), toute initiative politique est vécue par nombre de médecins comme menace d'agression sur eux et sur leurs patients, atteinte à leur liberté et à leur éthique, machiavélisme et incompétence sournoise.

A discuter dans ce climat, rien d'étonnant à ce que les blocages et les incompréhensions absorbent toute l'énergie qui pourrait être consacrée à de plus efficaces desseins.

Pour ce numéro deux de Santé conjuguee, nous n'avons pas voulu relancer de polémiques. Nos choix en matière de politique de santé ont fait l'objet du numéro précédent. Notre position en faveur de l'échelonnement, de l'inscription des patients, du dossier santé centralisé en première ligne est claire.

La revalorisation de la première ligne de soins n'est pas une revendication financière : elle est exigence d'une qualité qui nécessite des moyens, tels que le développement de la recherche et de l'évaluation en soins de santé primaires, la répartition des tâches entre lignes de

soins, l'adaptation de l'enseignement, la promotion de la santé, les garanties d'accessibilité et le maintien de la solidarité entre tous les citoyens, ...

Menu

Nous avons choisi de consacrer notre cahier à la méthadone et sous ce prétexte à l'accueil des usagers de drogues en première ligne. C'est là un domaine certes problématique mais qui paraît « hors de la mêlée ». Il pose cependant les mêmes questions fondamentales qui interrogent la politique de santé : la place de l'usager, les niveaux de pouvoir dans les choix, l'interaction entre le social et le curatif, l'importance de la prévention...

Auparavant, vous pourrez lire quelques billets d'actualité consacrés aux élections médicales, au nouveau décret concernant la promotion de la santé, aux prochains chantiers de la santé, ainsi qu'une analyse à la fois pertinente et impertinente de la place des médicaments génériques dans la prescription médicale.

Nous avons aussi voulu ouvrir nos colonnes à un travail remarquable consacré au secret médical. Après en avoir rappelé les fondements, M. Roland nous entraîne dans quelques unes des nombreuses controverses qu'il suscite, notamment dans les domaines de la justice, du dossier médical centralisé, des assurances, de l'informatique et de la génétique. Une synthèse riche et accessible autour de ces questions ardues et pourtant quotidiennes.

Sous le titre trop général « Que reste-t-il derrière la façade de l'état-providence ? » les actes du congrès organisé

• **Editorial**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

par le point d'appui « Samenleving en Gezondheid » explorent la réalité de l'inégalité d'accès aux soins de santé. Mêlant les approches de terrain aux analyses théoriques et empiriques, l'ouvrage ouvre des pistes tant pour la réflexion que pour l'action. Compte-rendu en page 17.

position d'articles encore. N'hésitez pas à réagir et à nous contacter : nos colonnes sont ouvertes à vos opinions et à vos suggestions.



Prochainement

Le cahier du numéro trois de Santé conjugulée nous ramènera au coeur des débats actuels : le financement de la première ligne de soins. Nous n'aborderons pas ce sujet avec des manches de lustrine et le crayon-gomme derrière l'oreille : la comptabilité doit suivre les projets et non les précéder!

Voici la question que nous poserons : quels soins de santé primaires voulons-nous, et quel est le meilleur mode de financement pour les réaliser. Nous discuterons entre autre du financement des soins de santé primaires « au forfait ». L'expérience acquise depuis quelques années par une poignée de maisons médicales nous servira d'assise. Le temps n'est plus où le débat planait dans l'idéologie éthérée : aujourd'hui, ici, dans des quartiers bien réels, avec des vrais patients et des soignants concrets, qu'est-ce que ça donne ? Qu'est-ce qui fonctionne ? Qu'est-ce qui déçoit ? Quels objectifs sont atteints et lesquels ne le sont pas ? Nous situerons également le forfait dans la gamme de possibilités de financement de la première ligne, tant pour les médecins que pour les infirmiers, les kinésithérapeutes et les autres intervenants en soins de santé.

Merci

à tous ceux qui nous ont rejoints. Déjà pas mal d'abonnements, mais peu de pro-

Les élections de la dernière chance pour la médecine générale ?

Pierre Drielsma

Fin de l'année, le corps médical devrait connaître la possibilité de changer les règles du jeu à l'INAMI. Au sortir de la première grève des médecins (1963), André Wynen et ses chambres syndicales étaient devenus l'interlocuteur obligé du gouvernement et des mutuelles. Les puissants réseaux que le docteur Wynen avait tissés avec les divers protagonistes via le secteur hospitalier en pleine expansion lui avaient permis d'asseoir son pouvoir. Les succès des chambres syndicales furent portés par la croissance économique. Il fallut attendre le second choc pétrolier pour que l'on se soucie de savoir si l'argent était opportunément utilisé.

Les chambres syndicales, devenues ABSyM, poussèrent au développement de la technologie en négligeant la médecine générale. Les ressources allouées à la première ligne furent quasi stagnantes durant leur hégémonie indiscutée : le virage informatique n'a pu être pris correctement en médecine générale, peu de généralistes disposent d'un personnel permettant la gestion adéquate de l'information qu'ils centralisent, par opposition aux généralistes hollandais, par exemple, qui disposent de telles assistances.

Les chambres syndicales, en prônant une médecine générale strictement individuelle (1) ont atomisé et balkanisé cette discipline. Les généralistes belges ne peuvent acquérir les moyens techniques décentralisables au cabinet de première ligne.

Mais cette déshérence de la médecine générale serait acceptable si le patient y trouvait son compte. Malheureusement, l'accès direct à la deuxième ligne est préjudiciable. Le patient est un, alors que les spécialités sont multiples. La personne souffrante se retrouve désintégréée en un amas d'organes éparés. La fonction de synthèse, indispensable, est la grande absente du système actuel. La médecine s'oriente alors vers toujours plus d'examen techniques à la recherche d'une improbable certitude. Les risques, tant physiques que psychiques de ces abus, souvent involontaires, mais liés à la parcellisation du travail, sont excessifs.

A l'heure actuelle encore, partout où ils sont présents, les représentants de l'ABSyM tentent de vider toutes les réformes proposées de leur substance. Ils s'opposent à l'échelonnement, à l'inscription, au dossier médical, au rôle central du généraliste, aux soins palliatifs à domicile, à l'organisation des pratiques et des associations de généralistes.

D'ailleurs, les généralistes de l'ABSyM ne s'y trompent pas : nos oreilles tintent encore d'avoir entendu le docteur Luc Henry (généraliste ABSyM) affirmer avec aplomb devant un auditoire d'étudiants du quatrième doctorat qu'il changerait de syndicat dès que celui-ci ne serait plus majoritaire dans les instances de l'INAMI.

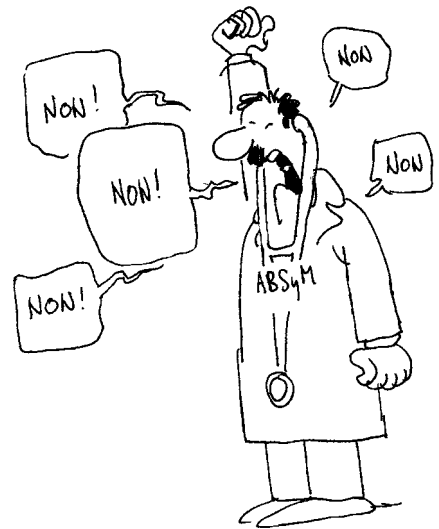
Le système est dans une impasse. Les élections sont l'occasion de faire entendre un autre son de cloche.

De toutes façons, l'ABSyM dispose depuis 1963 d'un monopole de fait de représentation médicale, et comme le disait le professeur Stassart (Economie, Université libre de Bruxelles) : « le monopole conduit à la médiocrité ».

Elections, mode d'emploi

Les élections prévoient douze représentants des médecins à la commission medicomutualiste : six spécialistes et six généralistes avec parité linguistique.

Il s'agira d'un scrutin de liste, on votera pour des syndicats ou des alliances syndicales (cartels), non pour des personnes.



Il y aura deux collèges : un pour les généralistes et l'autre pour les spécialistes, ceux-ci ne pourront donc pas voter pour des généralistes (et inversement) comme cela se fait actuellement pour les élections aux Conseils de l'Ordre.

Par contre, il n'y aura pas de circonscription linguistique (2), donc des transfusions sont possibles du sud au nord et vice versa.

Les sièges seront distribués à la proportionnelle, ce qui signifie que, théoriquement, les sièges attribués seront une bonne représentation (3) de l'électorat.

De l'éducation à la promotion de la santé

Le 17 juillet dernier, le gouvernement de la Communauté française a décidé de modifier la structure du secteur « éducation pour la santé » et de se doter d'un nouveau décret basé sur le concept de « promotion de la santé ». Le glissement vers ce deuxième concept prend racine dans la charte d'Ottawa, un document « référence » de l'Organisation mondiale de la santé.

La charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme un processus qui confère aux populations des moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et par là, d'améliorer celle-ci.

La charte se préoccupe moins de l'amélioration des conduites et des comportements individuels que de l'action collective sur les déterminants de la santé en sollicitant l'exercice d'une citoyenneté responsable.

L'ancien dispositif né en 1988 est supprimé.

Pour rappel, il comprenait :

- une cellule permanente d'éducation à la santé qui avait fonction d'avis auprès du ministre pour la définition de sa politique et l'agrément de services ou de programmes d'éducation pour la santé ;
- un centre de coordination communautaire ;
- des commissions locales ;
- des services aux éducateurs.

Ces organes devaient servir d'armature au secteur pour appuyer le développement de programmes d'actions ou de recherches.

La mise en place d'un nouveau décret a fait l'objet d'un large débat tant auprès des animateurs du secteur qu'à la commission santé du Parlement.

Cette décision implique que la réforme de l'organisation en 1988 était insuffisante.

Cela a été douloureusement ressenti par une partie du secteur qui estime avoir été trop peu consulté sur les conclusions des évaluations. Les acquis de l'expérience accumulée depuis 1988 paraissent de ce fait mal reconnus. Pour beaucoup d'intervenants, les dispositifs en place permettaient des adaptations.

A cela s'ajoute que l'instabilité « professionnelle » menace à nouveau le secteur.

Au Parlement, le débat a davantage porté sur les compétences exclusives que la Communauté française s'octroie en matière de promotion de la santé par ce décret cadre.

Les objectifs majeurs du nouveau texte

1. Définir des priorités et des lignes directives en promotion de la santé

Ce travail sera réalisé en associant tous les milieux concernés à la rédaction d'un plan quinquennal et de programmes annuels. Ce plan communautaire intégrera ainsi la politique de prévention : SIDA, toxicomanie et tuberculose.

L'organe d'avis sera un conseil supérieur de promotion de la santé qui remplace la cellule permanente.

2. Décentraliser

Les centres locaux de promotion de la santé prendront la place des commissions locales.

Il s'agira d'asbl chargées d'organiser les concertations locales et de fournir de fa-

çon pluridisciplinaire les conditions de réponse aux problématiques locales en promotion de santé.

Répondant aux besoins locaux, ils devront néanmoins prendre en compte les avis prioritaires du plan communautaire. Leur financement, outre une base fixe, sera fonction de leur niveau d'activité et de l'investissement financier des partenaires à leur fonctionnement.

3. Cibler des besoins spécifiques

Dans le cadre du plan, certaines initiatives vis-à-vis de groupes particuliers de populations pourront être soutenues plus qu'activement.

4. Assurer la continuité des financements

Aujourd'hui, il est impossible d'obtenir un financement au-delà d'un an. Ce délai est souvent peu compatible avec un programme d'action. Une subsidiation sur plusieurs années sera dorénavant envisageable.

La mise en œuvre devrait intervenir en deux temps. Le conseil supérieur devra être mis en place en octobre et entamera la discussion d'un premier projet de plan communautaire dont la ministre dégagera les axes prioritaires pour mai-juin 1998. Les structures locales et services aux éducateurs sont reconduits pour un an, de août 1997 à août 1998. Les nouvelles commissions locales prendront le relais. ●

Le texte du décret et de l'arrêté d'application et les nouveaux formulaires de demande de subsidiation sont disponibles au secrétariat de Santé conjugulée sur simple demande.

.....

Depuis près de deux années, le chantier de l'écologie politique est ouvert.

Il permet la mise en débat de multiples problématiques dans de nombreux secteurs de la vie sociale, culturelle, économique ou éthique.

La Fédération des maisons médicales propose dans ce contexte d'ouvrir un forum sur la santé, et elle convie tous les secteurs sociaux qui se vivent comme acteurs de santé à y participer. Représentant des milieux mutuellistes et syndicaux, des milieux étudiants, des praticiens de diverses disciplines, des sociologues de la santé, des élus, se sont retrouvés pour assurer la préparation et définir les contours du débat : « Pour une politique de santé publique ».

.....

La démarche de santé publique et la démarche de santé individuelle suivent des logiques extrêmement proches. Seul leur objet diffère.

Dans les deux cas, il faut un diagnostic, une connaissance de la situation du problème. La constitution de ce savoir nécessite des outils appropriés : stéthoscope, prise de sang, rayon X d'un côté ; enquêtes et statistiques sur dossiers médicaux de l'autre. Les outils de diagnostic doivent être choisis en fonction de critères d'efficacité.

Ensuite, il faut un traitement. Au niveau d'une politique de santé, le traitement, c'est une politique d'installation des instruments curatifs de première, de

deuxième ou de troisième ligne ; respectivement des centres de santé, des hôpitaux généraux, et enfin des hôpitaux de hautes technologies. Le nombre et le type de ces implantations doivent être prévus en fonction des besoins des populations mis en évidence par les enquêtes épidémiologiques et non en fonction des caprices des soignants ou de la proximité d'une faculté de médecine.

La politique de santé organise la prévention collective qu'elle soit de type vétérinaire (vaccination, fluoruration) ou via l'éducation à la santé. Elle veille, via la diffusion de guidelines, à ce que les diagnostics et traitements mis en œuvre au niveau individuel soient les plus efficaces possibles. Elle effectue les évaluations globales du système pour améliorer in fine l'état de santé des populations.

On voit que le « patient » de la santé publique, c'est à la fois la population globale mais aussi le système de santé qui doit subir un diagnostic (évaluation) itératif (répété) et des traitements (réformes) permanents.

.....

Axes de travail prévus

1. Accessibilité des soins

Quelles options pour favoriser l'accès aux soins dans un contexte où tout porte à la consommation, à la surprescription, mais où l'augmentation de l'intervention des patient produit directement des effets négatifs ?

2. Médecine individuelle et santé publique

Il faut trois mois pour disposer d'une ventilation des dépenses de santé et quatre ans pour obtenir des données épidémiologiques. La recherche en santé pu-

blique est pauvre et la politique de santé publique se trouve par les changements institutionnels. Comment renverser la tendance ?

3. Qualité et pluralisme

L'essentiel des mesures actuelles vise à agir sur le nombre d'actes et non sur leur contenu.

Comment intégrer dans les pratiques, tout en garantissant leur accessibilité, des apports provenant des médecines non-conventionnelles et de la psychologie ?

4. Actes ou forfait ?

La prédominance de la médecine à l'acte est profondément inscrite dans la culture et relègue les pratiques forfaitaires dans la marge. Le forfait peut pourtant favoriser la prévention, la prise en charge de sa santé par le patient, le travail d'équipe et l'accessibilité des soins. Quel développement pour cette autre logique ?

5. Formations et autres disciplines

La formation des médecins doit être revue en fonction des objectifs de santé publique, de pluralisme, de priorité à la relation avec le patient, du travail d'équipe. Mais aussi pour garantir un meilleur travail pluridisciplinaire dans l'estime réciproque.

.....

En pratique

Ce forum de la santé aura lieu le samedi 13 décembre toute la journée*.

La matinée sera consacrée à développer trois thèmes:

- l'importance des déterminants non biologiques de la santé et des inégalités sociales ;
- l'importance de l'accès aux soins, financièrement et culturellement ;

- la chemin chaotique entre le constat de la santé publique et la décision politique.

L'après-midi sera consacrée à des ateliers sur :

- le mode de paiement à l'acte et au forfait et le mode d'organisation de la pratique ;
- le handicap de la formation des professionnels ;
- réalité et mythe du discours sur la maîtrise des coûts ;
- la pilarisation comme impossibilité d'un changement de politique de santé.

L'invitation est lancée aux professionnels, aux décideurs et aux usagers qui se vivent comme acteurs et citoyens vis-à-vis de l'organisation de la santé. ●

** Pour tout renseignement pratique,
contacter Forum-Santé
Ecolo-Bruxelles
12, rue Charles VI
1210 Bruxelles
Tél : 02-218.09.02*

Le générique sans film

Pierre Chevalier

Dans l'exemplaire du 18 mars dernier du très sérieux journal « Le Monde » (« le poids des mots, le choc des paupières » selon Pierre Desproges), Dominique Gallois nous situe le débat actuel, en France, à propos des médicaments génériques.

La part de marché des génériques est en France de loin inférieure (2 %) à celle observée aux Pays-Bas (23 %), en Grande Bretagne (19 %) et en Allemagne (16 %), chiffres de 1993.

Dans sa volonté de réduire les dépenses de santé, le gouvernement français prône une plus grande utilisation des génériques. Dans la « précipitation » estime la revue Prescrire, qui insiste sur la responsabilité des médecins quant à la prescription de médicaments éprouvés, mieux connus et aussi moins chers mais surtout, prescrits de manière adéquate: « quand aucun traitement médicamenteux n'est nécessaire, un générique est toujours trop cher ». Pourquoi prescrire du dipyridamole sauf très rare indication ?

Une des explications données au moindre essor des génériques en France est le prix inférieur des spécialités (par rapport aux autres pays), ne permettant pas aux génériques, vendus à des tarifs inférieurs de 25 %, de dégager ensuite une rentabilité suffisante.

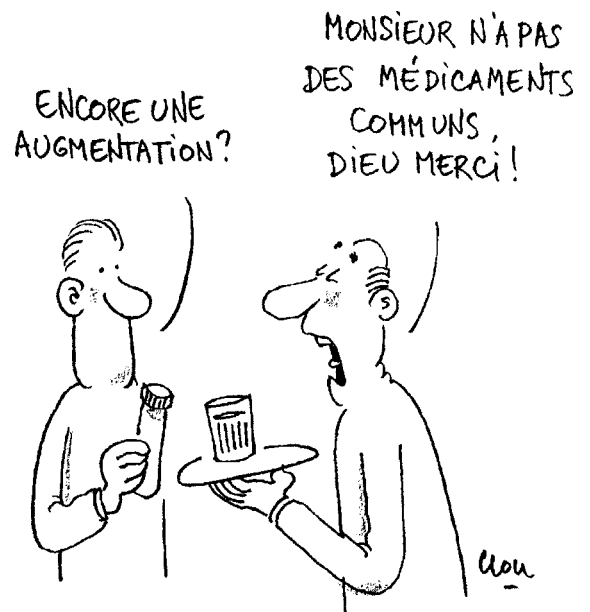
La solution : fixer le prix des médicaments « innovants » à un niveau plus élevé, « permettant aux laboratoires d'amortir leurs efforts de recherche et de

développement ». En contrepartie, les laboratoires français ont accepté de dynamiser le secteur des génériques... Donc, d'accord pour les génériques moins chers si les spécialités sont vendues plus chères ! Qui est le dindon de la farce ?

En Belgique, l'industrie pharmaceutique rallie à son point de vue de nombreux médecins prescripteurs et des groupements représentatifs de ceux-ci, comme par exemple la Société scientifique de médecine générale qui, par la voix de son président, proclame « pas de privilège pour les génériques » (Le Généraliste du 2 avril 1997). C'est escamoter bien rapidement un débat intéressant, approcher notre rôle de prescripteur de manière bien peu scientifique. Avons-nous réellement les mêmes intérêts que les laboratoires pharmaceutiques ?

Autre approche, le guide « Autre choix, meilleur prix » des mutualités socialistes qui a été « conçu afin de vous permettre de réaliser d'appréciables économies en assurant une meilleure transparence des prix ». Nous acquiesçons entièrement à l'indispensabilité d'une meilleure transparence des prix, mais ce n'est pas ce guide ni la promotion des génériques qui fournissent des éléments dans ce sens.

Quand l'industrie pharmaceutique multiplie les « me-too »* dans les indications les plus prometteuses d'expansion, la prévention de l'ostéoporose ou le reflux gastro-oesophagien par exemple, elle rejoint étrangement des échelles de qualité de vie pour les patients qui estiment, par exemple, que des patients souffrant de reflux gastro-oesophagien ont une moins bonne qualité de vie que des angoreux.



Qui a engendré l'autre, l'œuf ou la poule ? Poule aux œufs d'or en tout cas ! Pourquoi fixer le prix du énième antidépresseur inhibiteur de la recapture présynaptique de la sérotonine ou du énième inhibiteur de la pompe à protons, qui n'apportent rien de plus que l'original, au même niveau que celui de la substance originale ? Les « me-too » ne devraient-ils pas être 25 % moins chers que l'original ?

De la même manière, quand nos responsables politiques négocient le prix d'un médicament par rapport au volume prescrit et au remboursement conditionnel par l'INAMI, le seul bénéficiaire envisagé est économique, loin des préoccupations de santé publique, et en reconnaissant implicitement qu'ils ont accepté au départ un prix surfait (c'est la « pear review »).

Pressions pour prescrire des génériques, pressions pour ne pas en prescrire... Nous proposons un débat plus large sur ce thème, pour ne pas être « pigeon ». Alors, à vos plumes !

* Me-too : médicament qui est une copie (conforme ou très proche) d'un médicament déjà commercialisé. Ce sont en général des firmes qui appartiennent à un même groupe multinational qui utilisent cette technique commerciale visant à saturer rapidement un créneau précis du marché pharmaceutique. Les firmes concurrentes ont alors beaucoup plus de mal à introduire un médicament similaire sur le marché.

Le secret médical, une controverse

Manuel Roland, 2ème candidature en philosophie, Université Libre de Bruxelles, 1997

••••• Définition

Déontologie

Une déontologie correspond à un ensemble de règles dictant une conduite, les devoirs d'une profession. L'esprit de la déontologie médicale se définit succinctement par trois grandes notions majeures : le respect de la liberté, le respect de la vie et celui de la personne.

Le principe élémentaire à souligner est que l'intérêt du patient doit toujours guider les décisions du médecin.

Secret médical

Le secret médical est un engagement que le médecin prend vis-à-vis du patient traité et qui l'oblige à la discrétion quant aux faits concernant cette personne, faits qu'il aurait vu, entendu ou découvert à l'occasion de l'exercice de sa profession. Le secret médical se transmet avec les informations quand celles-ci passent par des auxiliaires médicaux appelés à collaborer au traitement de par leur participation à une institution de soins de santé ou de services sociaux.

En Belgique, l'obligation s'applique au médecin à deux niveaux : l'un, légal, est régi par l'article de loi 458 du code pénal de 1867, l'autre, déontologique, est exprimé dans le chapitre V du code de déontologie médicale émis par l'Ordre des médecins de Belgique.

••••• Fondements

Le secret médical trouve sa raison d'être dans la nature même de la relation thérapeutique entre le médecin et son patient. En effet, pour espérer une efficacité thérapeutique maximale, le médecin doit pouvoir connaître l'entière des

caractères physiques ou psychiques qui pourraient avoir une incidence sur l'état de santé du patient.

Cette situation, où un individu se dévoile corps et âme à un autre (ce qui n'est pas un comportement naturel de l'être humain; une relation de couple ou d'amitié par exemple, aussi intime quelle soit, contient beaucoup plus de non-dit, de mystère, que celle qui devrait s'installer idéalement entre un médecin et son patient) est problématique par le pouvoir qu'elle procure au dépositaire des confidences.

En effet, sur un individu comme sur une foule, l'information conditionne le pouvoir (on peut le voir dans l'importance démesurée que prennent les télécommunications, les médias, les moyens de communications informatisés en cette fin de siècle) et pour que l'exercice de la profession médicale puisse s'exercer normalement, il faut que ce pouvoir soit confiné dans le cadre strict de l'art de guérir. C'est cette fonction qu'à le secret médical par la cloison, en principe, totalement hermétique qu'il pose autour de la relation thérapeutique.

On le voit, le secret médical, loin d'être une protection de la part des médecins pour entretenir le mystère autour de leur profession, s'est mis en place dans l'intérêt exclusif du patient, il vise à le protéger contre toute divulgation d'une information indiscrete et à l'inviter à se confier intégralement à son médecin. C'est donc un droit individuel négatif : individuel parce qu'il protège un individu contre les inquisitions qui pourraient s'exercer de la part de la société sur son intimité (c'est cet aspect qui est contesté par la tendance collectiviste qu'a pris notre société et sa médecine),

négatif car il est un droit à la non-révélation, il n'engage à rien d'autre qu'à ne pas diffuser les informations concernant le patient.

••••• Étendue

Le secret médical concerne, d'après l'article 458 du code pénal, les médecins, chirurgiens, pharmaciens et les sages-femmes. Ces dernières sont tenues au silence quant à l'identité des femmes qui se sont confiées à elles. Est médecin quiconque est titulaire du diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, et inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

Le médecin militaire n'est pas tenu au secret professionnel auprès de ses supérieurs quand son rapport ne concerne que l'état de santé général du patient pour autant que ce dernier soit averti que l'examineur n'est pas tenu au secret. Les auxiliaires médicaux sont aussi tenus de respecter le secret. Ce terme comprend principalement les administrateurs de centres de soins de santé, les étudiants, les infirmiers, les dentistes et les kinésithérapeutes.

Nous pouvons remarquer une différence importante entre le code de déontologie et le code pénal. Là où ce dernier ne considère comme couvert par le secret médical que ce qui a été découvert en qualité de médecin, le code de déontologie prend aussi en compte ce qui l'a été pendant l'exercice de la profession. Par exemple : un médecin, au chevet d'un malade, surprenant une discussion grave entre le patient et ses proches, ne pourrait invoquer le secret s'il était appelé par après à témoigner. Il ne pourrait pas non plus faire l'objet d'une sanction pé-

• Le secret médical, une controverse • (suite) • • • • • • • • •

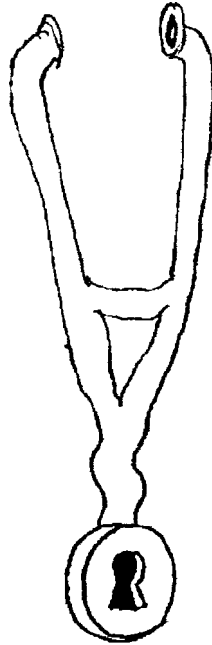
nale en cas de révélation. Seule une sanction disciplinaire serait possible. Si la personne soignée est un incapable juridique, mineur ou handicapé le médecin est tenu de faire part de ses conclusions à la personne tutrice du patient excepté le cas où le mineur ou le handicapé vient à son initiative se confier. Ce droit au secret du mineur d'âge est levé en cas de danger vital impérieux.

Les faits couverts par le secret ne le sont pas plus ou moins selon leur nature. Tous les faits, même insignifiants au premier abord sont susceptibles de prendre de l'importance selon les circonstances. La loi ne fait pas de différence à cet égard.

••••• Historique

La première apparition du secret médical de manière écrite et quasiment la seule de toute l'antiquité se trouve contenue dans le « serment d'Hippocrate » sous la forme suivante : « quoique je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas ». (Traduction : Littré, 1844)

Au moyen-âge, les apparitions de la notion de secret se font très rares. Il est fort probable que la plupart des médecins aient continué à suivre le principe du secret, mais le caractère collectiviste de la société médiévale et sa dévalorisation de l'individu ont sûrement contribué à sa quasi-disparition dans les textes de loi et les codes de morale. De plus, à l'époque médiévale, un serment était quelque chose de très important, la vie générale n'étant régie presque que par des serments.



La renaissance apporte, inspirée du monde grec, un nouveau courant de pensée individualiste et remet le secret médical au goût du jour comme le témoigne, par exemple, son apparition dans le code de la faculté de Paris en 1598 et sa présence dans de nombreux textes médicaux de l'époque. Néanmoins, il a pris un caractère religieux : le médecin est le confesseur du corps comme le prêtre est celui de l'âme.

Dans la société des XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, le secret médical s'affirme et malgré le flot de règles plus ou moins futiles qui envahissent les codes de morales, il entre dans les moeurs. De plus, les problèmes relatifs aux témoignages en justice, aux déclarations des malades contagieux, à la dénonciation des criminels, etc. commencent à faire leur apparition.

La société de la fin du XVIII^{ème} siècle ne pouvait plus se satisfaire, pour le secret médical comme pour bien d'autres choses, d'un devoir envers Dieu ni de règles corporatives. Il lui fallait des lois. Quelques années après la révolution de 1789 et les bouleversements qu'elle a

apporté, le code pénal de 1810 répond à cette attente avec l'article 378 qui instaure le secret de manière catégorique chez les médecins et leurs auxiliaires. Le secret médical au XIX^{ème} siècle, dans le courant de la pensée individualiste qui l'habite, est absolu. Les révélations sont condamnables mêmes si elles ne visent pas à nuire. Les médecins ne sont pas tenus de baisser le secret lors d'un témoignage en justice. Le médecin ne parle pas, même pour se défendre. « Le silence quand même et toujours » conseille Brouardel.

••••• Tendances

Deux tendances opposées s'affirment dans les conceptions existantes du secret médical : l'une veut le secret à tout prix et est directement héritée de la doctrine dominante de la médecine dite libérale de la société européenne du siècle dernier, l'autre, plus récente, relativise le secret en le soumettant à un certain nombre de valeurs supérieures d'intérêt général et est la conséquence de la communautarisation des soins de santé, de nouvelles pratiques médicales telle la médecine de groupe et de la croissance de centres de santé de capacité d'accueil beaucoup plus importante qu'auparavant tels que les nos hôpitaux modernes.

1. Le secret absolu

Dans cette optique, le secret médical prévaut envers et contre tout. Seule la loi peut délier le dépositaire du secret lorsqu'elle est exprimée de manière précise et formelle à propos de cas spécifiques inspirés par des intérêts supérieurs.

Cette conception a le mérite d'apporter un confort intellectuel indéniable et d'éviter au dépositaire du secret de nom-

breux cas de conscience. Le patient est aussi, pour sa part, plus sûr de l'engagement de son médecin qui ne pourra passer outre le secret que dans des circonstances extraordinaires et précises.

La théorie reçut sa consécration officielle de la part des autorités en 1885 dans le cadre du jugement du docteur Watelet. Celui-ci avait publié dans un journal, en réponse à un article calomnieux visant ses qualités professionnelles par quelques temps auparavant la description de la maladie dont souffrait un patient notoire, mort depuis, afin de justifier le choix thérapeutique qu'il avait opéré. Il fut attaqué en justice pour violation du secret médical et condamné.

Cent ans plus tard, l'histoire se répète et le médecin personnel du président Mitterrand est condamné dans des circonstances semblables. De ceci, il ressort que le secret a alors un caractère absolu et que l'intention de nuire n'est pas indispensable pour que l'on considère qu'il y ait violation du secret médical.

Comme toutes les théories extrêmes, celle du secret absolu ne peut être entièrement satisfaisante car elle n'est pas assez souple pour pouvoir s'appliquer au nombreux cas qui peuvent se présenter dans la pratique. Cette théorie s'est développée dans une période d'individualisme extrême et par là même, a méconnu le fait que le secret médical est destiné à protéger autant un intérêt privé, celui du patient et de sa relation avec le personnel traitant, qu'un intérêt général, celui du bon fonctionnement de la médecine et des organismes sociaux qui l'encadrent.

Ces lacunes sont soulignées par les défenseurs les plus acharnés du secret absolu eux-mêmes lorsque, quittant leur

conception théorique du débat, ils reconnaissent l'existence de cas où leur conscience les force à passer outre le secret pour rester en accord avec une morale soumise à des valeurs supérieures.

La révélation de maladies contagieuses, de crimes pas encore accomplis, de maltraitance de mineurs, sont autant de sujets problématiques qui ne se résolvent pas avec une conception aussi rigide. Il a donc fallu réexaminer la question sous un angle plus large et prévoir quand doit s'appliquer le secret et quand il doit s'éclipser devant des raisons plus importantes; abandonner « la fiction » du secret absolu en faveur d'une notion « relative » du secret médical.

2. La conception relative du secret

Si l'intérêt social impose le secret dans la plupart des cas, le même intérêt exige parfois la révélation. Le témoignage en justice est le cas le plus flagrant où le secret doit s'effacer, au moins partiellement, sous peine de gêner la justice dans son bon déroulement. C'est d'ailleurs le point de vue du législateur dans le code pénal de 1867 qui n'inclut pas dans les infractions au secret professionnel, les révélations faites devant le juge.

Avec l'apparition des assurances sociales, l'intervention d'un tiers-payant et la généralisation de la médecine de groupe, il a fallu repenser la notion de secret médical pour qu'elle puisse s'adapter à ces modifications tout en gardant sa fonction première de pierre de base de la relation thérapeutique.

De plus, on peut se poser la question de savoir si le secret ne peut être délié par le principal intéressé, à savoir la personne traitée, qui pourrait alors décider si le médecin doit ou non se taire sur une affection particulière le concernant. Cette proposition, aussi simple qu'elle puisse

paraître, souffre cependant de deux arguments bien connus. D'abord, le malade ignore au moins une partie de ce que le médecin sait et ne peut mesurer l'ampleur de la révélation dans son entièreté. Ensuite, en adoptant une telle habitude, on créerait assez vite une obligation de fait pour le patient de lever le secret devant la justice et les administrations sous peine d'être accusé de fraude.

Ainsi la loi ne mentionne que deux circonstances permettant la levée du secret : le témoignage en justice et l'obligation de révélation. Mais la pratique déontologique courante et la jurisprudence récente témoignent d'une vision plus large du secret médical. « L'état de nécessité », par exemple des abus sexuels sur un mineur d'âge, est une de ces raisons qui priment actuellement sur le secret médical.

•••••

Controverses : le secret et la justice

1. La dénonciation

Depuis longtemps, les autorités ont cherché à faire des médecins les complices de la fonction judiciaire. En effet, leur position les met en contact de manière proche et nécessaire avec des personnes soupçonnées ou convaincues d'activités répréhensibles.

Dès le Moyen-Age, on trouve des édits et des textes officiels prétendant forcer les praticiens à la délation. Ce seront selon les périodes, soit les blessés, soit les insurgés, soit les avortements illicites ou même les partisans de religions jugées hérétiques qui devront être dénoncés. Le corps médical ne suivra que rarement ces lois et protestera toujours violemment contre leur existence.

• Le secret médical, une controverse • (suite) • • • • • • • • • •

En 1924 encore, le procureur général réclamait la levée du secret pour les avortements illicites. Il faisait ainsi prévaloir certaines raisons jugées supérieures sur celles qui légitiment le secret médical. D'une manière générale, la doctrine estime aujourd'hui que le médecin doit se refuser à dénoncer les crimes dont son patient serait le responsable ou le complice.

L'idée est que tout être, et à fortiori un criminel, lorsqu'il entre en contact avec le médecin est avant tout un malade. L'unique rôle du praticien consiste alors à prendre en charge la santé de la personne qui est venue le trouver. Ce rôle, même considéré de manière globale, n'inclut certainement pas de livrer la personne qui est venue se confier à la justice.

Quelques exceptions sont néanmoins tolérées par la doctrine. Les sévices sur les enfants sont susceptibles d'être dénoncés aux autorités - ce n'est d'ailleurs pas une infraction dans le code de déontologie. Si le code pénal ne prévoit pas cette éventualité et que théoriquement c'est une violation du secret professionnel, on peut le contourner en affirmant que ici, le malade, c'est l'enfant, et que protéger sa santé, c'est d'abord le mettre hors de danger.

Un cas récent de jurisprudence a acquitté, soulignant ainsi la tendance actuelle à ce sujet, un neuropsychiatre qui pour mettre fin aux agissements d'un de ses patients pédophile, avait averti les autorités.

Il en va de même pour les séquestrations arbitraires et pour les déclarations d'empoisonnements (pour ce dernier cas, un arrêté royal de 1885 lève le secret). On peut se demander aussi quelle est l'attitude que le médecin doit prendre face à un crime non encore consommé. Si le

médecin doit juger d'après sa conscience en mettant côte à côte son devoir de citoyen et son devoir de médecin, il devra aussi prendre en compte les circonstances dans lesquelles il a pris connaissance des faits et la gravité du crime susceptible de se dérouler.

Ici aussi, un cas récent fait office de référence, ce qui montre le caractère éminemment pragmatique et urgent du débat sur le secret, tous les cas problématiques étant susceptibles de se présenter rapidement au praticien dans l'exercice de sa profession, un jugement de 1987 de la cour de cassation ayant acquitté un médecin qui avait indiqué aux forces de police le lieu où se trouvait caché un groupe de criminels qui avaient fait appel à ses services.

2. Le témoignage en justice

Le code d'instruction criminelle de 1808 énonce en son article 80 : « toute personne citée pour être entendue en témoignage sera tenue de comparaître et de satisfaire à la citation... ».

En tant que citoyen, le médecin est obligé de se présenter à l'appel du juge d'instruction et de prêter serment - il ne peut refuser, il n'est pas reprochable. Il peut ensuite décider ce qu'il jugera utile et prudent de révéler et ce qu'il ne peut rendre public sans porter atteinte à la dignité de la personne, le juge pouvant éventuellement apprécier si le secret est justifié.

La règle déontologique courante est celle d'une obligation générale au silence avec cependant le droit de parler dans le cadre d'un témoignage en justice. Il subsiste cependant un problème en ce que l'autorisation de parler n'existe que dans le code pénal et pas dans le code disciplinaire interne à la profession médicale. On pourrait très bien imaginer un médecin subissant une sanction disciplinaire

pour une révélation qu'il aurait faite au tribunal en respectant tout à fait les procédures. Cette situation anormale oblige le médecin à encore plus de prudence quant à ce qu'il pourrait dire et aux conséquences que cela pourrait avoir.

La doctrine et la jurisprudence moderne entretiennent une confusion involontairement différentes : la révélation punissable de secret et la dispense de témoigner en justice. Si la première couvre un ensemble relativement large de personnes et, dans l'intérêt général, doit en concerner le plus grand nombre possible, la seconde ne doit être accordée qu'à un nombre restreint dans des circonstances particulières et bien définies.

De plus, le rapport particulier que le médecin entretient avec ses clients conditionne un tout autre type de secret professionnel que celui qu'entretient un prêtre ou un avocat par exemple. Dans le cas du prêtre, il peut non seulement ignorer l'identité de celui qui se confie mais en outre « oublier » ce qu'on lui a avoué alors que le médecin devra connaître du mieux qu'il peut son patient et la vérité des faits pour procurer des soins de la manière la plus efficace.

Et si l'avocat doit approcher à son tour la vérité pour être à même de mieux plaider, son seul impératif est la défense du client. Ce qu'il pourra connaître à son sujet ne sera jamais révélé sur le mode du témoignage, la défense ayant son propre rôle à l'intérieur du système judiciaire.

Dans la pratique, on peut cependant constater une réticence de la part des juges à appeler un médecin à témoigner. C'est sans doute une conséquence de leur « devoir de silence » qui peut être interprété comme un « droit de se taire ». Cette constatation est regrettable en ce

que cela empêche la justice de se rendre avec un maximum d'efficacité. C'est pourquoi il serait intéressant de redéfinir avec plus de précision et de cohérence les cas où le médecin est autorisé à parler et la manière avec laquelle il devrait procéder. Cette correction devrait s'effectuer sur les deux niveaux à la fois, pénal et déontologique, pour éviter des impasses insolubles dans les choix à effectuer.

3. Le dossier médical

La propriété du dossier médical a toujours posé des problèmes. Si le médecin est obligé, en principe, de tenir un dossier pour chaque patient (code de déontologie médicale, article 38), il est parfois reconnu comme appartenant soit au médecin, soit au patient, soit à ce même patient qui ne peut le consulter que par l'intermédiaire de son médecin, soit encore à l'Etat, comme en Grande-Bretagne.

Il existe aussi une conception mixte où les notes personnelles du médecin lui reviennent de droit et les renseignements objectifs appartiennent au client. Au Québec, le dossier appartient au patient et il existe un formulaire administratif officiel que le patient doit signer pour avoir communication de son dossier médical.

Le statut des dossiers est aujourd'hui plus ou moins fixe en Belgique. Et s'il appartient en grande partie au patient, particulièrement les éléments objectifs qui le composent, comme les radiographies, résultats de tests sanguins, scanners, ... Celui-ci ne peut en prendre connaissance que par la médiation d'un médecin désigné. Ce dernier est tenu d'en fournir une copie à tout autre médecin que le client désignera.

Pour clarifier le problème, il faut se défaire de l'idée que le dossier médical appartient à qui que ce soit. Il n'a pas de propriétaire, seulement un dépositaire. A partir de ce moment, il est clair que le patient est en droit d'en connaître le contenu comme le médecin possède celui d'en contrôler l'utilisation.

Après la mort, la jurisprudence tolère que la famille soit mise au courant du contenu du dossier du défunt par l'intermédiaire du médecin.

Récemment, un médecin s'est vu acquitter de l'accusation de violation du secret professionnel. Il avait remis l'entièreté du dossier médical d'une personne défunte à sa famille. C'est la famille en deuil qui était au centre de la préoccupation thérapeutique et le secret professionnel était devenu secret familial. Les informations allaient être utilisées pour prouver une pratique chirurgicale illégale et forcer le respect d'un membre de la famille récemment décédé. Le passage du secret individuel au secret familial devenait le support indispensable de la thérapeutique et a permis à cette famille de faire son deuil.

Ce cas est intéressant en ce qu'il exprime bien la tendance actuelle d'une meilleure utilisation du secret en vue d'un plus grand respect de l'individu.

•••••

Controverses : le secret et la santé

L'idée de la contagion a depuis longtemps été une hypothèse, mais c'est avec les découvertes de Pasteur que la déclaration des maladies transmissibles et vénériennes s'est vraiment heurtée au secret médical.

Les médecins ont toujours répugné transmettre des informations concernant les

affections de leurs patients, malgré les obligations légales qui ont parfois pesé sur eux et qui continuent à le faire aujourd'hui pour certaines maladies.

La déclaration est obligatoire actuellement en Belgique pour les affections suivantes : choléra, fièvre jaune, peste, variole (disparue), virus divers (fièvre de Lassa,...), typhus, polio, grippe (!), tuberculose, typhoïde, botulisme, méningite, syphilis, blennorragie, chancre mou, encéphalite, rage, thrachome, amibiase, etc.

Cette liste est impressionnante par le nombre important de maladies qu'elle retire du seul contact médecin/patient pour les livrer au service d'hygiène. Plus étonnant encore est le fait qu'une majorité écrasante de médecins ne respectent pas ces obligations pour des raisons plus matérielles que de conscience (la rédaction de papiers relatifs à ces maladies et leur envoi est une tâche administrative sans rapport avec la réalité et sans conséquences sur la pratique journalière).

Le virus du SIDA pose un problème important à l'heure actuelle. Quel est le rôle du médecin vis-à-vis du patient dans le cas d'un test séropositif ? Vis-à-vis des services de santé ? Le conjoint doit-il être averti ? Les réponses sont trop souvent contradictoires : un médecin canadien à qui ce dernier cas s'était présenté s'est vu autorisé à révéler la maladie au conjoint. L'Ordre des médecins belge interrogé par un médecin généraliste à ce sujet a recommandé le silence absolu lors d'un cas similaire.

On peut déceler dans ces cas pratiques une différence profonde entre les conceptions philosophiques des diverses associations médicales. Là où le monde

• Le secret médical, une controverse • (suite) • • • • • • • • •

anglo-saxon reconnaît que : « le premier objectif de la profession médicale est de rendre service à l'humanité, en respectant pleinement la dignité de l'homme et les droits des patients » qui est une citation extraite du premier code de l'American medical association, la vision européenne, et plus particulièrement française, affirme que le médecin est au service de l'individu avant d'être à celui de la santé publique.

••••• Controverses : le secret et l'argent

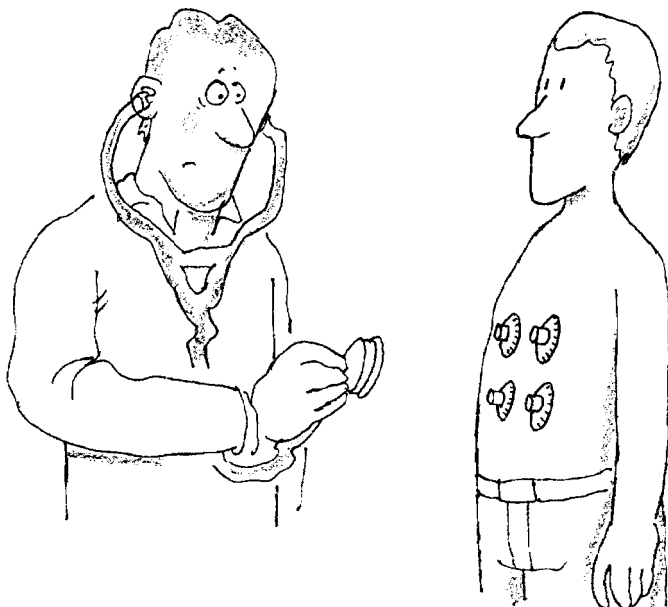
1. Les assurances sociales

L'évolution de la société européenne au XX^{ème} siècle et l'apparition de systèmes de protection sociale garantissant un accès équitable pour tous aux soins de santé a causé d'importants bouleversements dans la notion de secret médical. La notion de « colloque singulier » (expression de George Duhamel) semble peu à peu amenée à disparaître. Le devoir imprescriptible de discrétion ayant dû s'adapter à la solidarité et à l'interdépendance sociale qui conditionnent l'activité thérapeutique actuelle.

La loi du 9 août 1963 exprime ainsi clairement le rôle des médecins-contrôles des organismes assureurs. Ils ont pour mission de collecter les seuls renseignements qui peuvent s'avérer utiles dans le cadre de la vérification de la bonne

utilisation du budget de la collectivité. Pour cela, ils sont autorisés à questionner les médecins aussi bien que les utilisateurs des services de soins de santé. Si ce système va parfois à l'encontre des exigences de discrétion de l'individu, il semble pourtant nécessaire au bon fonctionnement d'une médecine gérée d'une manière collective.

Récemment, un conflit a fait surface avec la proposition par les ministres des Affaires sociales et de l'Emploi et du Travail d'une « carte santé ». La légitimité de cette carte censée contenir aussi bien des données administratives que médicales ou même le numéro d'identification national fut vivement contestée. Les risques d'indiscrétions avec une telle



concentration de données accessibles à un grand nombre de personnes, l'employeur notamment sont beaucoup trop grands.

Cette controverse montre bien la tendance générale des systèmes de protection sociale qui cherchent à rationaliser,

à fonctionnariser les services de soins de santé afin d'en clarifier le fonctionnement et de mieux en gérer les dépenses. Cette conception se heurte à une pratique ancestrale de l'art de guérir à laquelle le secret médical se rattache avec force. Le corps médical, lui cherche à garder l'entier contrôle sur ses choix thérapeutiques, mais à bénéficier tout de même d'un certain confort technique et financier.

2. Les assurances privées

D'après J. Farber, celles-ci sont des firmes à but exclusivement lucratif et il est contraire au code déontologique des médecins de fournir à ces sociétés des renseignements couverts par le secret médical même sur la requête du client.

Selon ce même code, le médecin peut, mais ne doit pas, rendre à son client un certificat médical attestant de son état de santé actuel. En effet, le médecin n'est pas tenu au secret médical envers son client, il peut donc parfaitement consigner cette vérité dans un écrit remis au client. Par contre, il n'est qu'en de très rares cas autorisé à rendre à l'organisme assureur ou aux héritiers un certificat après le décès de l'assuré.

Dans quelques rares cas, la jurisprudence a cautionné la production de certificats post-mortem, quand ils étaient demandés dans un but légitime et qu'ils n'entachaient pas la mémoire de la personne défunte. Nous pouvons nous demander si même dans ces conditions, il est justifié de faire passer un intérêt d'ordre pécuniaire avant une règle morale de première importance.

Même si, comme le pense S. Morelles, « la non délivrance de certificats post-mortem peut nuire tant à l'assureur qu'à l'assuré », il ne faut pas oublier le rôle du médecin qui est d'assurer la santé de son patient et pas la richesse de ses héritiers. Les affections qui touchent la personne traitée ne concernent que elle et les personnes qu'elle décide de mettre au courant. Il serait dangereux pour le médecin de s'engager sur des diagnostics à propos du passé, car il ne peut être sûr de l'utilisation qui va être faite de son rapport par les compagnies.

Le médecin conseil de la compagnie lui, n'est pas tenu au secret professionnel auprès de son employeur en ce qui concerne les renseignements que l'assuré lui fournira en toute connaissance de sa qualité d'inspecteur.

•••••

Controverses : le secret et l'informatique

« Tout cela serait infiniment plus simple si l'ordinateur central de l'Etat civil, qui contient déjà de si nombreux renseignements concernant notre vie privée et fiscale, était constamment tenu à jour par des renseignements provenant tant des médecins traitants que des hôpitaux. Pourquoi ne pas imaginer un tel système, qui aurait au moins l'avantage de libérer les médecins de conflits de conscience. » affirme péremptoirement S. Moreels.

Que peut-on imaginer de plus inadmissible qu'une médecine qui serait en permanence sous contrôle et sujette au regard de quiconque ayant accès à l'Etat civil ? Comment peut-on concevoir une relation thérapeutique où chaque acte serait l'objet d'un contrôle à caractère financier ? Ne parlons même pas du se-

cret médical qui ne serait plus respecté jusque dans ses principes de base.

Une des applications les plus importantes aujourd'hui dans le domaine de l'informatique médicale est l'informatisation du dossier du patient. Ceci soulève plusieurs problèmes.

Premièrement, la catégorisation des informations médicales se conçoit aisément pour les informations à caractère biologique ou somatique, mais devient nettement plus ardue s'il s'agit de classer de l'information à caractère psychologique ou même social. Or, on sait que les problèmes de santé sont largement déterminés par l'environnement psychosocial. Qui admettra de voir son vécu social caractérisé de cette manière ? Dans « secret médical » il y a aussi « médical ». Or, ce champ n'est pas défini et parfois infini.

Deuxièmement, la formalisation que l'ordinateur opère dans le traitement des données en provenance du malade réduit l'expression des affections subie à des « 0 » et des « 1 » inscrits quelque part dans une mémoire. Ce phénomène joue beaucoup dans le comportement des malades face à leur dossier. Accepter une note manuscrite du médecin relatant un caractère psychosocial, donnée typiquement floue, quelque part dans un dossier nous paraît plus tolérable qu'une inscription formelle informatisée et donc rigidifiée, susceptible d'être lue et communiquée avec beaucoup plus de facilité, ce qui est la qualité première de l'informatique.

Sur la forme, deux problèmes généraux se posent. L'un au niveau de l'écriture du dossier. Il ne faut pas que quiconque ait accès à son écriture, ce qui remettrait gravement en cause sa validité et la fiabilité des données. Et l'autre au niveau

de l'accès en lecture. Pour sauvegarder le secret médical, il faut pouvoir s'assurer que l'information ne soit disponible qu'aux seuls médecins pratiquants le traitement en cours.

Ni le patient, ni n'importe quel praticien, ni les autorités civiles, ni les responsables des services télématiques ne doivent avoir accès au renseignements couverts par le secret professionnel.

De plus, l'utilisation de réseaux télématiques doit pouvoir garantir l'identification et l'authentification des messages.

On peut le constater, l'utilisation de l'informatique dans le domaine médical est encore sujet à controverse. D'abord en ce qui concerne la fiabilité technique du matériel disponible. Et aussi dans le changement de mentalité que cela implique, tant au niveau des praticiens que de la clientèle et encore de l'enseignement de la médecine.

•••••

Controverses : le secret et les gènes

A l'heure actuelle, des méthodes simples et relativement coûteuses permettent à nombre de laboratoires d'établir les séquences d'ADN qui constituent pour chaque individu sa personnalité génétique. Il est donc urgent de nous protéger contre la connaissance possible de notre génome par l'Etat, les banques, les assurances, etc.

En fait, il ne peut y avoir de définition scientifique du génome humain normal. Nous sommes tous porteurs d'anomalies génétiques. Mais la confidentialité est indispensable, parfois auprès du patient lui-même. Est-il nécessaire et humain de révéler à un sujet jeune la mort qui l'attend vers la quarantaine ?

• Le secret médical, une controverse • (suite) • • • • • • • • • •

Le problème est d'autant plus délicat quand on sait qu'il suffit d'une goutte de sang, un morceau de peau, quelques leucocytes pour que notre personnalité biologique la plus intime soit violée.

Le secret professionnel est donc appelé à se renouveler et à évoluer pour pouvoir faire face à ce nouveau domaine de la connaissance humaine.

••••• **Conclusion**

Le conflit généré par le secret médical peut se résumer pour beaucoup de cas à un conflit entre l'intérêt individuel et l'intérêt général. Là où chacun s'attend à voir sa vie privée, son intimité, son individualité respectée, l'intérêt général impose des vérifications, des contrôles, des registres et autres obligations.

Si l'individu cherche avant tout dans la médecine la solution personnelle de sa maladie, et s'il réclame que la thérapie s'effectue dans la discrétion, il demande aussi une meilleure efficacité des traitements. Cela implique pour de nombreuses maladies le recueil d'informations et leur traitement par des personnes externes, ce qui génère une possibilité de divulgation plus large du secret. Pour d'autres affections, c'est la thérapie de groupe qui met en cause une conception rigide du secret et l'assouplit progressivement.

Le secret médical ne peut plus être considéré comme un outil à l'usage exclusif du malade ou du système de santé. Il doit faire l'objet d'une réflexion permanente de la part de celui qui l'utilise dans le cadre de son activité professionnelle. Il ne faut jamais perdre de vue que les valeurs auxquelles la conception de se-

cret médical se rattache ne sont pas absolues et peuvent selon les cas prévaloir ou bien s'effacer devant d'autres repères.

Basyn J. Le secret professionnel et les assurances; Société Belge d'éthique et de morale médicale, 1978; 6 :123-132

Dustin Pierre. Secret professionnel et patrimoine génétique; Société Belge d'éthique et de morale médicale, 1991; 51 : 66-68

Farber J. Exceptions au secret professionnel; Société Belge d'éthique et de morale médicale, 1978; 6 :108-122, p 112

Grosemans R. Le secret professionnel du médecin comparant en justice; Société Belge d'éthique et de morale médicale, 1978; 6 : 90-107, p 90

Hottois Gilbert, Parizeau Marie-Hélène. Les mots de la bioéthique; Bruxelles De Boeck; 1993 : p 307

Jamouille, médecin de famille, communication personnelle.

Lambert Pierre. Le secret professionnel; Bruxelles, Némésis; 1985 : p 158

Marchand Myriam. Les devoirs du secret; Le Généraliste (Bruxelles) 26 Mars 1997; 363 : p3

Marchand Myriam. Secrets de famille; Le Généraliste (Bruxelles) 23 avril 1997; 367 : p2

Moreels S. Quelques réflexions sur le secret professionnel et la délivrance de certificat; Société Belge d'éthique et de morale médicale 1978; 6:144-148, p 146

Nys H. Le témoignage en justice et le secret médical; Bulletin du Conseil National. Ordre des médecins, 1987; 38 : p 45

Ordre National des Médecins (France). Commentaire du code de déontologie médicale; Introduction. p2; Par Internet : <http://www.ordmed.org/commentaire>; 1997.

Paquie C, Mercier S, Corby S et al. L'informatique et le secret médical [Mémoire Pcern21; Internet : <http://www.spieao.unancy.fr>; Université de Nancy; 1996. 25p; p3.

Roland M, Jamouille M, Approche taxinomiques en médecine de famille, Care Editions, Bruxelles, 1996.

Screvens Raymond. Secret médical. Bulletin du Conseil National. Ordre des Médecins 1 mai 1989;38:p56

Vankeerbergen Jean-Paul. Quelle carte jouer ?; Le Généraliste (Bruxelles); 26 Mars 1997; 363:2. 31

Vankeerbergen Jean-Paul. Médecine et informatique, un couple difficile.; Le Généraliste (Bruxelles); 26 Mars 1997; 363:p2.

Villey Raymond. Histoire du secret médical; Paris : Seghers; 1986; p 26

Hertoghe L, Borlée I, De Wais P. Législation sociale et médecine préventive; Bruxelles : Faculté de médecine UCL; 1984

Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ?

Ouvrage collectif publié sous la direction de Fred Louckx

Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ?

Inégalités d'accès aux soins de santé.

Actes du congrès organisé en 1995 par le point d'appui « Samenleving en Gezondheid », publiés sous la direction de Fred Louckx
VUB Press, 1996, 171 pages.

Fred Louckx est professeur de sociologie à la Vrije universiteit van Brussel. Il est le promoteur du point d'appui « Samenleving en Gezondheid » dans le cadre du programme pour la valorisation des banques fédérales de données socio-économiques, géré par les services fédéraux des Affaires scientifiques, techniques et culturelles.

L'objectif du congrès et du livre est d'éclairer, sous l'angle de l'accès aux soins de santé la question : dans quelle mesure le contrôle économique a-t-il été réalisé aux dépens des piliers de l'Etat-Providence ?

L'ouvrage se compose d'une douzaine d'articles qui abordent autant d'aspects différents du problème.

L'article inaugural de Fred Louckx est un plaidoyer pour une remise en question sociale. Sur base d'études, il affine les intuitions qu'éprouvent les professionnels des soins de santé : il y a baisse de l'usage des soins en fonction de la

hausse de la contribution personnelle du patient, et ce surtout dans les couches défavorisées. Cette situation n'amène néanmoins pas de redistribution vers des soins plus efficaces : l'hypothèse selon laquelle le paiement personnel freine l'usage superflu et inefficace des soins de santé n'est pas confirmée.

La population qui renonce à certains soins en raison de difficultés financières est malaisée à déterminer. Les critères utilisables sont multiples.

Pour fixer les idées, il y a en Belgique (1994) environ deux cent vingt cinq mille personnes qui dépendent directement ou indirectement du minimex, et un million deux cent vingt mille qui ne disposent que du chômage ou équivalent.

La centrale des crédits négatifs recense trois cent six mille personnes qui n'arrivent pas à payer leurs dettes. En 1994, année de la hausse des tickets modérateurs, le nombre de contacts avec un médecin a diminué de plus d'un million tandis que les services d'urgence hospitaliers voyaient leur activité augmenter.

Selon monsieur Justaert (Association nationale des mutualités chrétiennes), le montant total de paiements personnels en soins de santé

tourne autour de cent quinze milliards (à l'époque, le budget des soins de santé est de quatre cent sept milliards). Une part importante des dépenses est affectée au poste médicaments qui n'est pas repris dans la franchise sociale.

La rentabilité et la viabilité de la sécurité sociale sont menacées et les solutions techniques et budgétaires n'y font rien. Le réalisme impose de se rendre compte de la dimension structurelle de la crise. Tout indique que nous glissons vers un Etat-Providence de type post-fordiste. Dans l'état fordiste, le modèle d'industrialisation (mécanisation et division scientifique du travail) permettait des augmentations de production génératrices d'augmentations salariales qui



• Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ? • (suite)

ouvraient la voie à la consommation de masse. Le rôle de l'Etat dans ce mécanisme bien huilé était important : défendre une législation sociale sur base d'un salaire minimal, élaborer des structures de concertation, assurer à tous l'accès à la consommation, même en cas de maladie, de chômage ou de pension, adapter l'offre de crédit aux besoins de l'économie. Et in fine, tenir la bride courte au communisme grâce à la paix sociale.

Dès les années 70, le système rencontre ses limites. Polarisation trop forte entre développement et exécution du travail, baisse de productivité et de profit mettent en péril le modèle d'accumulation des richesses. La mondialisation des débouchés et la pression de la concurrence internationale poussent à la recherche perpétuelle de nouveaux produits et de nouveaux marchés et affaiblissent la politique sociale en butte aux exigences de flexibilité du marché.

Dans ce nouveau contexte, les mécanismes de régulation de l'époque fordiste sont ressentis par les patrons comme des facteurs limitants. Le nouveau modèle post-fordiste, annoncé par les normes de Maastricht, s'appuiera sur la dérégulation, la flexibilisation, la privatisation et la diminution des charges salariales.

Ainsi recontextualisés, les augmentations de paiement personnel des soins de santé apparaissent comme un épiphénomène symptomatique de changements structurels plus profonds.

Enchaînant sur cette mise en situation, monsieur E. Van Doorslaer présente une approche économique de l'inégalité d'accès aux soins de santé. Sa conclusion : la responsabilité financière du patient belge est plus que suffisamment engagée et c'est maintenant aux autres parties en présence, à savoir les mutuel-

les et les pourvoyeurs de soins de prendre leur part de responsabilité par l'intermédiaire de modes de financement et de paiement plus adéquats.

Les aspects juridiques et éthiques de la question amène H. Nys à déplorer la confusion fréquente entre autonomie de la profession médicale et libertés diagnostique et thérapeutique. Argumentations étoffées qui susciteront bien des discussions.

Un long chapitre est consacré aux résultats de recherches sur des sujets aussi variés et essentiels que les modes d'intervention financière des CPAS dans les frais médicaux, la consommation médicale différenciée selon le statut socio-économique, la situation des cent quarante mille personnes qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie-invalidité, etc.

Loin des sphères un peu éthérées de la pensée et des chiffres, les trois dernières interventions nous ramènent aux difficultés concrètes des démunis au travers de trois expériences pratiques (Kind en gezin, Cirkel, ATD).

C'est peut-être par là qu'il aurait fallu commencer... ah ces intellos ! ●

Axel Hoffman