

Les couleurs de 2002 ne jauniront pas vite, car l'année fut fertile en événements qui engagent l'avenir de la médecine. Pour en saisir l'importance, nous vous proposons une lecture en deux temps. Avec *Fable syndicale*, Pierre Drielsma nous conduit à la situation actuelle au travers de cinquante ans de relations tumultueuses entre politique de santé et syndicalisme médical (page 2) ; Bye bye 2002.doc survole ensuite, au pas de charge, l'année 2002 où les généralistes, malgré les pièges qui leur furent tendus, ont réussi une percée mémorable (page 9).

Si elle fut globalement favorable pour les généralistes, 2002 demeurera marquée d'une pierre noire pour la kinésithérapie, étranglée par des décisions budgétaires impitoyables : *Menu minceur* par Brigitte Poulet en page 17.

Et pendant ce temps-là, les maisons médicales croissent en beauté et en sagesse. Du moins, c'est ce qu'on dit dans les contes de fées. Mais au fait, que sont devenues les fées qui ont veillé sur leur berceau ? Plus de trente années se sont écoulées et le monde a changé. A l'occasion du colloque de la Fédération des maisons médicales d'octobre 2002, Guy Lebeer propose une analyse de ces mutations pour interroger l'actualité de notre projet politique fondateur (page 18). Comment et pourquoi inscrire dans l'aujourd'hui des idées telles que la pluridisciplinarité, la non-hiérarchie ou l'autonomie du patient ? Et quel sens prennent les soucis nouveaux tels que celui du statut des acteurs ou la problématique de la reconnaissance ?

Dans la foulée, Vanni della Giustina se demande si le colloque multidiscipli-

plinaire en maison médicale est un soutien à la réflexion du soignant ou un frein paralysant l'intime conviction du soignant (page 26). Il présente une grille de lecture dans le but de mieux cerner les enjeux de ce qui se développe dans ces colloques et qui peut parfois aboutir à des malentendus, voire à des malaises importants.

Dans les pays industrialisés, le suicide représente une des causes les plus importantes de mortalité dans les tranches d'âge les plus actives. Claude Renard, président de la Société francophone de prévention du suicide, nous l'explique brièvement (page 28) à l'occasion du colloque *Prévention du suicide et pratique de réseau* qui s'est tenu à Liège en octobre 2002, tandis que Axel Geeraerts, directeur du Centre de prévention du suicide à Bruxelles aborde les dangers du travail en réseau dans ce domaine et les stratégies des usagers pour y échapper (page 29).



La perte est inhérente à la condition humaine. Perte de ses illusions, perte de ses capacités, perte de l'autre qu'on chérissait ... il n'est aucune échappatoire à ces épreuves. Nous n'avons d'autre choix qu'affronter cette souffrance.

Intitulé « Les deuils », notre cahier parle de la perte, de ce qu'elle blesse, de ce qu'elle change en nous, mais aussi de l'écoute, de ce travail « des deuils » - car chaque deuil est unique - qui peut renouer les fils déchirés et reconstruire la trame d'une vie où ce qui fait lien, loin de se fracasser, s'est aguerri.

Rappel de notre finitude, la perte impose un travail sur soi-même, un cheminement au travers de sentiments difficiles à vivre et qui nous marqueront à jamais. C'est dans ces moments qu'une écoute véritablement humaine peut non pas éliminer la souffrance mais l'accompagner vers une reconstruction de soi. Cette écoute n'apporte pas de recettes pour « réussir » un deuil, elle n'est pas prétexte à distiller un savoir péremptoire; elle est présence à la souffrance de l'autre telle qu'elle se vit, respect, compréhension nourrie de réflexion et d'expérience.

Travail de chacun, travail aussi pour les professionnels de la santé : savoir être là, savoir passer la main si cela se passe mal. Notre cahier n'a pas pour prétention de former à cet accompagnement, il veut éveiller une sensibilité et nous laisser moins désarmé dans ces moments.

Bonne lecture

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé de Bautista van Schowen

Retour sur un demi-siècle de syndicalisme médical en Belgique pour comprendre comment des intérêts sectoriels ont pu mettre la politique de santé sous le boisseau et comment... peut être... nous approchons du bout du tunnel.

La fissure

Au commencement était la Fédération des médecins belges (FMB), syndicat (union professionnelle) unitaire de tous les médecins belges.

Mais le feu couvait sous la cendre, d'intenses forces entraient en action : les progrès scientifiques poussaient à la spécialisation des médecins et celle-ci conduisait à la fragmentation du corps médical. Les intérêts économiques de chacun divergeaient lentement mais sûrement. Une médecine moderne, tentée par la technologie, s'engouffrait dans le flot de la croissance économique de l'immédiat après-guerre.

En 1948, au congrès d'Ypres de la Fédération des médecins belges, un commentateur flamand écrivait : « *Een scherp konflikt brak los tussen huisartsen en specialisten op het eerste naoorlogse kongres van het belgisch geneesherenverband dat te Ieper gehouden werd in juli 1948* » (« un âpre conflit éclata entre géné-

ralistes et spécialistes au premier congrès d'après guerre de la Fédération des médecins belges en juillet 1948 »).

Les spécialistes souhaitaient que le congrès se prononce en faveur d'honoraires plus élevés pour eux que pour les généralistes, de meilleurs remboursements et des prestations exclusives. Les spécialistes n'obtinrent pas satisfaction ; ce qui ne peut se comprendre que si l'on sait que les généralistes étaient à l'époque très largement majoritaires dans la profession.

On devinera que les spécialistes ulcérés ruminèrent une revanche, et l'occasion s'en présentera quinze ans plus tard en 1963.

Car si l'unité professionnelle médicale se fissurait sur une ligne de clivage passant entre les généralistes et les spécialistes, d'autres forces entraient dans la danse.

Le pouvoir politique se rendait compte que les soins de santé passaient de l'ère artisanale à l'ère industrielle et un coup d'œil outre-Atlantique lui assura que les coûts allaient grimper en flèche. Un groupe parlementaire fut constitué pour étudier l'avenir de l'assurance maladie ; on peut lire¹ : « *En plus d'une prise de position nette concernant le système conventionnel, le groupe de travail parlementaire créé en 1960 pour étudier les problèmes de l'assurance maladie déposait ses conclusions le 26 septembre 1961... Ce document mettait en évidence le rôle du médecin de famille au centre de l'activité médicale...* ».

Ci-dessous, quelques extraits particulièrement éloquentes : « *la compartimentation de la médecine en*

une vingtaine de disciplines distinctes - dont certaines comportent elles-même des sous-spécialisations - résulte de l'élargissement des connaissances, et il serait paradoxal que ce progrès considérable nuise à son efficacité ; et pourtant, il est devenu habituel que ce soit le malade lui-même, en fonction des troubles qu'il ressent et de la localisation qu'il croit pouvoir leur attribuer, qui détermine vers quel type de spécialiste il doit s'orienter. Cette pratique est de nature à multiplier des examens inutiles et à retarder la consultation du médecin spécialiste qu'indique la nature réelle de l'affection »³.

Le livre blanc (des médecins) et le rapport du groupe de travail parlementaire furent utilisés par le ministre Leburton pour la mise en chantier de son projet de loi. Une loi qui devait à la fois garantir la qualité et la maîtrise des coûts en faveur de l'accessibilité.

... Les chambres syndicales en cours de structuration préféreront marquer leur opposition inconditionnelle⁴ à la nouvelle loi.

Enfin, nous voyons clair : il y a d'une part une médecine spécialisée surtout constituée de jeunes spécialistes qui souhaitent améliorer leur sort, et d'autre part un groupe majoritaire mais déclinant de généralistes, probablement hétérogène, divisé entre vieux et jeunes, ceux-ci plus proches culturellement des spécialistes et de leur dynamique sociale⁵.

En face, des parlementaires socialistes et sociaux-chrétiens qui se rendent compte que sans régulation, l'assurance maladie court à la catastrophe. Mais les forces représentatives de la

médecine générale ne sont alors probablement pas mûres pour un compromis historique avec les pouvoirs publics.

•••••
Grève

Tout est en place pour la grève du siècle (1963) : les spécialistes sont pris en tenaille entre le groupe des généralistes qui s'affaiblit relativement d'année en année et un Gouvernement qui veut contenir les dépenses par une meilleure organisation des soins. Cette meilleure organisation des soins était, surtout chez les socialistes, pensée à partir du *National Health Service (NHS)* anglais. Il aurait donc compris une inscription auprès du généraliste, et un échelonnement. D'ailleurs la médecine forfaitaire était largement prévue et soutenue par le premier projet de loi.

La force des chambres syndicales sera d'unir tous les médecins contre la loi Leburton vouée aux gémonies comme étatiste et mettant en péril le caractère libéral de la profession ainsi que le lien exclusif médecin/malade en dehors de l'État. Celui-ci étant juste bon à organiser la collecte de cotisations sociales visant au remboursement *a posteriori* des soins de santé !

Sur le plan de l'analyse politique, il faut saluer la subtilité de nos adversaires, ils ont su éviter l'alliance naturelle entre les pouvoirs publics et les omnipraticiens. Mieux encore, ils sont parvenus, en faisant résonner les grands principes de la médecine hippocratique sur leurs cymbales de cuivre, à s'en faire une masse de manœuvre des plus opportunes.

Brève chronologie

- 1944 *Naissance de la sécurité sociale*
- 1960 *Déclarations du syndicaliste André Renard (FGTB wallonne) en faveur d'un service national de santé (à l'anglaise)*
- 1961 *Conclusion du groupe parlementaire favorable au développement de la médecine générale*
- 1963 *Loi « Leburton » sur l'Art de guérir : instauration du régime d'assurance obligatoire en soins de santé*
Grève de 18 jours des médecins : liberté thérapeutique et secret médical, mots d'ordre du syndicalisme médical ravivé
Constitution des chambres syndicales
Naissance du GERM (Groupe d'Étude pour une réforme de la Médecine) : Pour une politique de santé
- 1965 *Naissance du GBO*
- 1968 « Mai 68 »
Avènement du modèle hospitalo-centriste
Déchéance de la médecine de famille
- 1972 *Première maison médicale*
- 1980 *2^{ème} Grève des médecins*
Constitution d'un « mouvement pour la continuité des soins »
Soutien des syndicats interprofessionnels (FGTB, CSC)
- 1980 *Création et statuts de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophone asbl*
- 1993 *Fusion de la Fédération des maisons médicales et du GERM*
- 1998 *Premières élections médicales ; collège des généralistes : Cartel 60 %, ABSyM 40 %*
- 2002 *Deuxièmes élections médicales ; collège des généralistes : Cartel 70 %, ABSyM 30 %*

- (1) Dans un ouvrage du D^r Streeel ex-militant du Groupement belge des omnipraticiens (GBO) réorienté dans l'*occlusologie* (soins dentaires). Une partie essentielle de l'information ci-dessous en est tirée.
- (2) C'est-à-dire que les tarifs sont garantis pour les patients ce qui permet d'assurer une accessibilité financière satisfaisante.
- (3) Il s'agit, à ma connaissance, d'un des plus anciens plaidoyers belgicains pour l'échelonnement.
- (4) En réalité les spécialistes regroupés autour de A. Wynen avaient compris que la loi limiterait leur capacité d'expansion économique. C'est en vrai Yuppies de la médecine qu'ils ont brisé le cadre en construction autour d'eux.
- (5) Il faut se reporter à l'époque, après-guerre et croissance.

• Fable syndicale
 • (suite)
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •

La grève appliquée par l'ensemble des médecins, mais remarquablement organisée par les chambres syndicales (futur ABSyM) et leur leader charismatique le D^r André Wynen fut un succès total.

Cette grève eut des résultats peu évidents aux yeux du D^r Streeel : « *De l'ensemble des dispositions nouvelles reprises dans les accords du 25 juin 1964 (la paix après la grève), nous retiendrons deux faits qui nous paraissent essentiels :*

- 1) la suppression du remboursement différentiel prévu au départ entre les prestations effectuées par le médecin conventionné et le non conventionné ;
- 2) la création d'une commission nationale médico-mutualiste (CNMM)⁶ ».

Le Gouvernement dut donc renoncer

à tout ce qui aurait pu orienter notre système de soins vers un service national de santé. Pis encore, il dut abandonner l'idée de mieux rembourser les actes des médecins conventionnés, quoique que ceux-ci rendent un fiéffé service à la collectivité.

Le ministre Leburton s'accrocha cependant à la possibilité de réaliser une médecine forfaitaire avec des médecins consentants. En fait, il pensait organiser cette forfaitarisation via les institutions socialistes de soins. Ce projet sera appliqué à certains hôpitaux mais sans lendemain⁷.

••••
Descente aux enfers

Mais pour les spécialistes, il fallait confirmer leur victoire et remodeler le paysage syndical professionnel belge

à leur seul profit. Pour mieux comprendre nous vous invitons à vous reporter au schéma d'évolution des unions professionnelles représentatives.

La lutte pour la représentativité unique du corps médical se fit en deux temps... la première... où les chambres syndicales siègèrent à côté des représentants de la Fédération des médecins belges (FMB)... on passerait bientôt au stade de la dissolution de celles qui devenaient encombrantes grâce au noyautage⁸ systématique par des éléments favorables aux chambres syndicales. La Fédération des médecins belges disparaissait le 22 février 1964, l'Union belge des omnipraticiens (UBO) se sabordant le 22 mars... seul le Groupement belge des spécialistes (GBS) échapperait à ce nettoyage (dès la création des chambres..., le GBS leur était

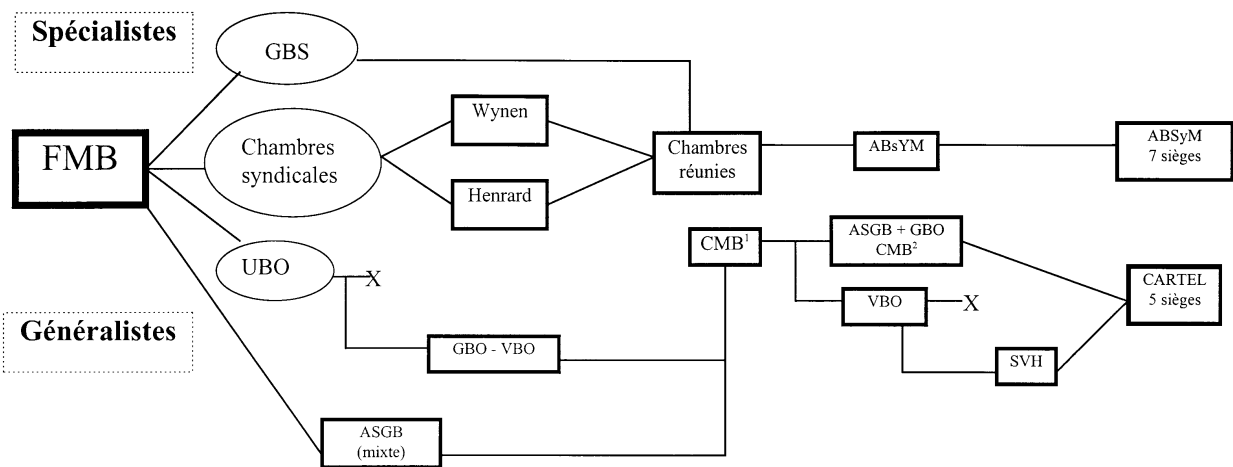


Schéma de l'évolution des associations des syndicats de médecins

ABSyM : Association belge des syndicats médicaux ; **ASGB** : Algemeen syndicaat geneesheren van België ; **Cartel** : union électorale de la CMB (GBO + ASGB) et du SVH ; **Chambres syndicales des médecins** : syndicat de combat fondé à Liège, mais phagocyté par le D^r Wynen ; **CMB** : Confédération des médecins belges ; **FMB** : Fédération médicale belge ; **GBO** : Groupement belge des omnipraticiens ; **GBS** : Groupement belge des spécialistes ; **SVH** : Syndicaat van vlaamse huisartsen ; **UBO** : Union belge des omnipraticiens ; **VAS** : Vlaamse artsensyndicaat ; **VBO** : Vereniging van belgische omnipratici.

favorable, non seulement la plupart des dirigeants des chambres.. sont des spécialistes mais le GBS était conscient que la défense de ses intérêts ne pouvait être assurée que par une organisation plus large... moins dominée par les omnipraticiens) (que la FMB).

Toutes les vieilles structures (FMB, UBO) qui avaient fait barrage aux volontés de puissances des spécialistes volaient en éclat, mais, et c'est essentiel, beaucoup de jeunes généralistes ont prêté main forte à ce grand nettoyage dont ils ont été les premières victimes. Un des pères du Groupement belge des omnipraticiens (GBO), le D^r Streel ajoute *errare humanum est*.

Comment expliquer ces errements ? Pour nous qui n'avons pas vécu cela, c'est difficile, mais on peut supposer que les jeunes généralistes se sentaient en phase avec une nouvelle forme de syndicalisme plus pugnace, moins respectueux des corps constitués. L'insolence des leaders, le sentiment, toujours présent actuellement, d'être utile et aimé de la population contre des politiciens démonétisés a probablement joué dans ce phénomène d'union sacrée.

•••••

Comme quoi, le meurtre du père n'est parfois qu'un autre nom pour le suicide !

La médecine générale commence alors sa longue descente aux enfers : « 75 % de la commission nationale médico-mutualiste n'étaient intéressées que par les problèmes de la médecine spéciale, l'omnipraticien ne pourra plus faire entendre sa voix lorsque son opinion sera opposée à celle du spécialiste. L'unité d'action des généralistes étant battue en brèche par la disparition de l'UBO, ce furent une nouvelle fois les délégués du GBS qui négocièrent la concrétisation des accords de juin (qui avaient mis fin à la grève NDR), le D^r Dufrasne⁹, plus intéressé par les problèmes de la rémunération de base que par les problèmes de nomenclature¹⁰, étant seul toléré aux discussions... ».

Après avoir roulé les mécaniques, Wynen pratiquera l'entrisme¹¹ à la commission nationale médico-mutualiste et ne lâchera plus son os. Les chambres syndicales se scinderont en deux : une fédération asbl (Wyneniste) et une fédération orthodoxe (Henrard) qui contestera l'accord.

L'Algemeen syndicaat geneesheren van Belgie (ASGB) poursuivra son existence.

Les syndicats seront définis de la façon suivante par un généraliste de l'époque : « *La fédération Henrard défendant la tendance individualiste, l'ASGB la tendance étatique, l'association des médecins socialistes, la tendance collectiviste, la fédération Wynen la tendance pluraliste, on attend du GBO une action scientifique, englobant l'aspect médical, psychologique et économique* ».

Cette analyse crue de l'époque est extrêmement intéressante en ce qu'elle décrit remarquablement bien les tendances politiques au sein du corps médical que l'on retrouve encore peu ou prou dans le paysage actuel.

La fédération Henrard n'existe plus mais le corps des médecins généralistes solistes lui ressemble comme deux gouttes d'eau, l'ASGB est étatiste comme devant, les médecins socialistes ou FGTBistes ont pratiquement disparu ou sont rentrés à la Fédération des maisons médicales, et ont nuancé leur position en rejoignant le programme qu'on souhaitait au GBO ;

(6) C'est évidemment l'acte de naissance du système conventionnel que nous connaissons actuellement.

(7) Là aussi nous observons un classique de la politique belge, les Gouvernements d'après guerre sont quasi tous libéraux/sociaux-chrétiens ou sociaux-chrétiens/socialistes (jusqu'à l'arc-en-ciel) ; les sociaux-chrétiens avalent les couleuvres socialistes puis les vomissent lors de l'alternance libérale.

(8) On reste confondu : un projet libéral avec des méthodes staliniennes (A. Wynen, il est vrai avait été influencé par le stalinisme), ce qu'on peut faire de plus horrible dans le champs politique.

(9) Généraliste apparemment.

(10) Les généralistes abandonnant progressivement les actes techniques, n'ont pas perçu qu'ils devaient introduire d'autres concepts dans la nomenclature (dossier, fiche de suivi spécifique, etc.) ou des techniques adaptées (minilab, glucométrie, audiométrie, tympanométrie, etc.). Le D^r Streel observe en septembre 1964 les conséquences gravissimes de cet abandon qu'il baptise les *chameaux* de la nomenclature.

(11) L'entrisme est une tactique qui consiste à occuper un maximum de postes possibles dans la société civile et politique quelles qu'en soient les conditions, et d'attendre son heure.

• Fable syndicale
 • (suite)
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •



la fédération Wynen baptisée pluraliste était en fait opportuniste ; quand au GBO, sa longue marginalisation laissait présager le pire, mais la ténacité de ses membres a permis d'améliorer l'image désuète du chien qu'on a abandonné pour les vacances et il rejoint lui aussi le programme qu'on lui attribuait ; ce qui explique d'autant mieux les convergences entre GBO et Fédération des maisons médicales.

Le GBO est fondé le 22 août 1965. Le 28 septembre 1965 le moniteur publie l'arrêté royal fixant la composition de la commission nationale médico-mutualiste. Une représentativité majoritaire est consentie à la fédération Wynen qui obtient huit sièges sur dix, la fédération « orthodoxe » et l'ASGB obtiennent chacun un siège.

••••
En route vers l'indépendance

Le GBO participait à la Fédération orthodoxe, qui promettait aux généralistes plus de respect et des jours meilleurs. Elle s'embarqua sans biscuits dans une grève que la base désapprouvait. Cette grève « Henrard » échoua et entraîna la capitulation sans condition de cette Fédération qui finit par réincorporer le giron Wyneniste. Le GBO était orphelin de son alliance avec la Fédération Henrard et se retrouvait au milieu du gué. Ceci doit donner à penser à ceux qui veulent se lancer aventureusement dans une grève chambrée par l'association belge des syndicats médicaux (ABSyM).

En 1968, la convention n'allait pas

bien : 4.784 engagés (conventionnés) sur 13.982¹² médecins, soit 34 %.

On lira ce qui suit sous la plume de Jean Hallet (ancien secrétaire général des mutualités chrétiennes) avec intérêt : « Il me faut bien sourire lorsque je lis dans le bulletin syndical de Braine l'Alleud qu'il ne manque plus que 17 % pour atteindre les 60 % (soit 43 % ce qui eut été un progrès) dans l'ensemble du Pays.... Les dirigeants médicaux qui ont suscité six mille engagements n'ont pas pu convaincre leurs confrères dans une fraction importante du pays... ».

Le secrétaire général des mutualités chrétiennes qui regrette que : « ne se dégagent pas des interlocuteurs médicaux valables dans une série de régions », « ne voit pas d'autre issue que des élections¹³ entourées de toutes les garanties de liberté de vote ».

Quelle fût la solution trouvée à cet épineux problème de l'insuffisance de taux de conventionnement ? On inventa l'adhésion passive, c'est-à-dire que chaque année on demande aux médecins s'ils souhaitent se déconventionner. Tous les muets sont censés adhérer en vertu de la règle : « qui ne dit mot consent ». Et voilà pourquoi votre fille est muette.

Donc on observe ceci : en cas d'adhésion active, on obtient 40 % d'accord, en cas de déconventionnement actif, on obtient 20 % de désaccord.

Pour	Indifférent	Contre
40 %	60 %	-
80 %	-	20 %
40 %	40 %	20 %

En juxtaposant le scénario actif au

scénario passif, on peut estimer à 40 % le nombre de praticiens indifférents, c'est-à-dire qui ne jugent pas utile de se mobiliser, ni pour dire oui, ni pour dire non. En toutes hypothèses, le système conventionnel n'a jamais soulevé les foules médicales et ne se maintient que par le système d'adhésion passive.

L'ouvrage du D^r Streel se termine sur un appel pathétique du représentant des généralistes vers les chambres syndicales. Certes les chambristes sont de bonne foi, ils mènent leurs troupes vers de frais pâturages, ils ne peuvent être foncièrement mauvais... un compromis s'établira entre gens de bonne compagnie : « *On pourrait ainsi dans la sérénité reprendre l'étude objective des relations omni-praticiens - spécialistes et trouver peut être la solution de bon sens dans le but de définir une politique* ».

Le D^r Streel écrivait cela en 1972, moins de dix ans après la grève que l'on sait. Hélas de dialogue, point ; de rééquilibrage, que nenni. Le groupe dominant s'incrusterait avec bonheur dans des structures para-étatique honnies.

••••

Grève générale des soins - 2^{ème} essai

En 79, les pouvoirs publics reprenaient l'espoir de contrôler la course folle des dépenses, il prévoyait entre autre l'instauration d'un carnet de santé¹⁴ qui eut permis d'éviter la répétition inutile d'examen onéreux. Le D^r Wynen, opposé à toutes formes de contrôle même indirect de la profession, repartit en grève. Celle-ci fut un

Une grève révélatrice

Le 21 novembre 1979, les Chambres syndicales des médecins, présidées par le D^r Wynen, déposent un préavis de grève des soins « au finish » expirant le 21 décembre et annoncent pour le 15 décembre la convocation d'États généraux au cours desquels devra se prendre officiellement la décision de partir en grève ou non. Or, dans le Bulletin d'Information des Chambres syndicales daté du 13 décembre paraît, en même temps qu'un appel à la participation aux États généraux, un avis du Conseil national de l'Ordre des médecins signé par son président et prenant clairement parti en faveur de la grève des soins. Cet avis, qui n'a par ailleurs pas été envoyé personnellement à tous les médecins, a par la suite été amplement utilisé par les dirigeants des Chambres syndicales pour justifier leur action.

Cette collusion flagrante entre l'Ordre des médecins et les Chambres syndicales a été un des principaux éléments qui ont déclenché une mobilisation organisée de la part des médecins progressistes qui se rassemblèrent plus tard sous la bannière de l'« Appel des 300 » en Wallonie et sous celle de « Aktie Orde » en Flandre.

(12) Ce chiffre a plus que doublé en trente ans !

(13) Trente ans après le projet aboutit, la médecine générale, comme le beaujolais nouveau, est arrivée mais dans quel état...

(14) Ancêtre du dossier médical global.

échec partiel, les généralistes en particulier, se sentant fort peu concernés. Nombreux furent ceux qui, sous couvert de participation à la grève, recevaient en *stoemeling* leurs patients. La grève fut particulièrement impopulaire, elle contribua à coaguler les maisons médicales en une Fédération plus structurée.

Votre serviteur, qui a toujours plaidé l'alliance avec le GBO, a connu les réunions un peu désespérantes de la Confédération des médecins belges (CMB) où l'appel aux élections ressemblait fort à une incantation.

Enfin Malherbe vint...ou plutôt Magda De Galan qui eut le courage de mettre ces élections sur pied et de les organiser de façon démocratique (à la proportionnelle et à deux collèges), en 1998.

La leçon la plus cruelle de cette édifiante histoire si éloignée et si proche, c'est la phrase du groupe de travail parlementaire de 1960 que nous avons citée au début de l'article. Donc tout était connu ! On savait où aller et pourtant on est allé ailleurs sur la pression d'événements surprenants. La *blitzkrieg* du D^r Wynen fût une victoire remarquable, non pour le corps médical, mais pour une fraction de celui-ci et son *alter ego* institutionnel, l'hôpital. Si le projet parlementaire avait vu le jour, on serait depuis 40 ans dans un système de santé auquel la population et les généralistes aspirent.

Nous concluons ainsi le 20 mai 1998, la situation a changé, la double victoire du GBO (1998 & 2002) a engendré de fols espoirs que ce syndicat souffre à concrétiser tant la vieille machinerie

• **Fable syndicale**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

INAMI renâcle à changer de direction. L'ABSyM bloque l'amélioration du sort des médecins généralistes au sommet, mais souffle hypocritement sur les braises d'une base impatiente.

Enfin la nouvelle convention (2003) fait la part belle à nos thèses. S'agit-il d'un feu de paille ou d'un prélude à un rééquilibrage en profondeur de notre système ?

L'avenir est à construire...

• • • •

La morale de cette fable

La morale ? Vous voyez une morale là dedans ? L'histoire est ce qu'en font les hommes. L'historien anglais Arnold Toynbee, pense que les civilisations¹⁵ se forment pour relever des défis, défis lancés par la nature, par un peuple envahisseur, par une croissance démographique.

Toynbee cite Teilhard : « *pour arracher l'individu à sa paresse naturelle...- pour briser aussi... les cadres collectifs qui l'emprisonnent – des urgences ou des secousses extérieures sont indispensables. Que ferions-nous sans nos ennemis ?* ».

Merci donc à nos (nombreux) ennemis qui ont fait de nous ce que nous sommes. Mais alors que faire ? Cultiver ses ennemis ?

Ce qui est important dans l'ennemi ce n'est pas qu'il est notre ennemi¹⁶, mais c'est qu'il nous stimule à prendre collectivement notre avenir en main. Cela est possible. Il est possible pour les travailleurs des maisons médicales de s'investir dans les structures

syndicales professionnelles, Groupement belge des omnipraticiens, Cartel des kinésithérapeutes, syndicats infirmiers et/ou interprofessionnels (FGTB, CSC), pour construire des mythes et infléchir le réel.

(15) Cela est valable aussi pour les groupes humains.

(16) Toynbee évoque la lutte de Jacob avec l'ange, c'est dans la lutte avec un ennemi (qui lui veut du bien) que Jacob se transcende.

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

.....
Un bref survol des amours mouvementées entre monde médical et politique de santé en 2002.

Ceci n'est pas une pipe. Ceci n'est qu'un bref survol, schématique et incomplet, une lecture parmi d'autres possibles des remous qui ont agité le monde médical tout au long de cette année. « Tout au long de cette année » est déjà là un premier sujet d'étonnement, car si le secteur de la santé est en perpétuel mouvement, d'ordinaire cette agitation ne devient visible qu'à l'approche des fêtes, époque traditionnelle de la fixation des budgets et des conventions entre soignants et mutuelles.

Il faut dire que le ministre des Affaires sociales avait mal commencé l'année, en reportant à six mois l'indexation des honoraires médicaux¹. Bien que la gaffe ait été promptement réparée (l'indexation entra en vigueur le 1 février au lieu du 1 juillet), les médecins se mirent en colère. Depuis de nombreux mois déjà, la locution « *burn-out* des généralistes » fleurissait dans les media : elle allait être supplantée par celle de « grogne des généralistes ». Une grogne qu'ils mirent en mots lors des États généraux du 16 mars, où six axes de reven-

dications furent établis : augmentation du budget de la médecine générale, simplification des tâches administratives, incitants positifs pour la qualité des soins, reconnaissance du rôle du généraliste en matière de santé publique, financement des cercles de généralistes et incitation à recourir prioritairement à la médecine générale. Les États généraux furent un franc succès de foule et de popularité dans la corporation.

Dans la foulée des États généraux, au départ francophones, un consensus Nord-Sud fut signé fin août par les syndicats de médecins (Cartel et ABSyM-BVAS), le Forum des associations de généralistes (FAG), l'Uhak (cousin néerlandophone du FAG) et les sociétés scientifiques (SSMG et WVVH). Ce consensus précisait les revendications : revalorisation du budget de la médecine de 15 % par an pendant trois ans, meilleure protection sociale du médecin, rejet d'un contrôle tatillon sur les prescriptions, participation des généralistes aux décisions concernant leur sphère d'action, financement d'une assurance de qualité organisée par les professionnels et mesures favorisant le recours prioritaire à la médecine générale.

Face à ce peuple médical qu'on n'avait plus vu aussi actif depuis des lustres, nos ministres de la santé ne chômaient pas. On vit ainsi se poursuivre et se finaliser divers chantiers tandis que d'autres s'ouvraient : mise en place des services intégrés de soins à domicile (SISD), du maximum à facturer (MAF) et autres initiatives destinées à améliorer l'accès aux soins pour diverses catégories de patients, extension du Dossier médical global

à toute la population, projets de financement pour les pratiques de groupe et pour les cercles de médecins, honoraire de disponibilité pour les gardes généralistes, aide à l'informatisation des cabinets, création d'une dîme à payer par le patient pour recours intempestif aux urgences hospitalières, amélioration du statut de conjoint aidant, accentuation de la pression en faveur de la prescription de génériques, etc. On vit même le ministre des Affaires sociales accompagner un généraliste lors de ses visites de nuit.

Année fertile donc. Pourtant, chacune des initiatives fut l'occasion de combats féroces. Si en général, la presse grand public les accueillit favorablement (quelques titres récents du *Soir* : « Van den Broecke favorise le généraliste », « Le DMG cartonne en Flandre », « Un budget 2003 qui soigne patients et généralistes », « Blouses blanches, poches vides »), les media médicaux affichèrent appels à la mobilisation et titres venimeux : « +6 % pour les médecins, une escroquerie intellectuelle », « Misère en milieu infirmier », « Prescrire devient un délit », « Vdb se vante »...

Il serait de peu d'intérêt de revenir sur les péripéties de tous ces combats. Nous n'en épinglerons que quelques-unes, exemplaires.

(1) Dans la foulée, les secteurs de la kinésithérapie, des soins infirmiers et de la psychologie clinique essayaient des réformes assez mal accueillies. Voir sur ces différents sujets les articles parus dans nos numéros précédents, notamment les rubriques « actualité » de *Santé conjugulée* 20, avril 2002 et l'article de Isabelle Heymans dans *Santé conjugulée* 22, octobre 2002.

• **Bye bye 2002.doc**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•
•

••••
**Les aventures du Dossier
médical global**

Depuis le printemps, le Dossier médical global (DMG)² est accessible à toute la population. Cet outil remarquable au service des patients n'avait pas que des partisans. Il est en fait l'aboutissement d'une longue guerre de tranchée entre deux conceptions de la pratique de la médecine, l'une plus globale où le généraliste coordonne tout ce qui touche à la santé des personnes, l'autre plus ramassée sur la maladie et sa gestion technique spécialisée et qui morcelle le patient en ses différents organes. Duel absurde entre deux approches dont la complémentarité saute aux yeux, et qui prend sa source moins dans des philosophies opposées que dans les rivalités budgétaires et peut-être dans les illusions de pouvoir (comme nous l'a expliqué Pierre Drielsma dans l'article précédent).

Historique : au milieu des années 90, ancêtre du dossier médical global, un projet de « fidélisation » des patients auprès de leurs généralistes fut étouffé par l'ABSyM, syndicat dominé par les spécialistes. La « fidélisation » leur paraissait trop proche de l'inscription des patients auprès de leur médecin traitant, marche-pied de l'échelonnement qui donne des boutons à une frange de spécialistes. Sous leur pression, la fidélisation fut rangée au placard et on mit en place l'accréditation, procédure basée sur une formation continue certifiée qui donne accès à un meilleur honoraire (on se demande toujours en quoi ceci remplaçait cela...)³. Mais le principe du dossier global, cher entre autres aux maisons médicales (ce qui n'était pas fait pour favoriser sa popularité) et

aussi au Groupement belge des omnipraticiens (GBO), finit par s'imposer quelques années plus tard malgré l'opposition de l'ABSyM qui, toujours obnubilée par la crainte de l'inscription, tenta en vain de le remplacer par l'idée d'une mégaconsultation, sorte de mise à jour annuelle du dossier lors d'une consultation.

Le Dossier médical global connaît un certain succès en Flandre où les mutualités chrétiennes recensent 57 % des dossiers médicaux globaux ouverts, plus mitigé en Wallonie (34 %) et à Bruxelles (8,5 %) ; un généraliste flamand gère en moyenne cent cinquante dossiers médicaux globaux, un francophone vingt-quatre. Ce taux de pénétration reste en-deça des espérances. Pourquoi ? Obnubilés par le fantasme d'une liberté totale, certains médecins voient dans le Dossier médical global la menace d'être fichés, redoutent « qu'on vienne voir dans leurs dossiers ». Marc Jamouille (*Journal du médecin* du 22 octobre 2002) craint que la publication d'études de pénétration moroses ne servent à tuer l'outil en lui faisant mauvaise presse. Il relève les entraves mises à son développement : l'obligation pour le patient de payer son adhésion au Dossier médical global constituée, même si ce débours est entièrement remboursé, un frein pour les démunis ou pour les familles nombreuses ; le système n'offre aucun attrait financier pour les patients « pas assez souvent malades » ; il y a une certaine indécence ressentie par le médecin à faire payer au patient une rémunération de nature administrative ; enfin, les mutuelles ont cessé toute promotion du dossier médical global auprès de leurs affiliés. A

l'analyse de Marc Jamouille, nous ajouterons la persistance de l'opposition à tout ce qui pourrait mener à l'échelonnement dans le chef de certains généralistes influencés par les idées de l'ABSyM. Faut-il s'étonner dès lors que les propositions de simplifier la procédure du dossier médicale global (par exemple, la reconduction automatique proposée par le GBO) soient bloquées ? Et de poser avec Marc Jamouille la question : « qui a intérêt à ce que la première ligne ne s'organise pas ? ».

••••
**Soyez forts, restez
désorganisés**

Organisation de la première ligne, autre champ de bataille. Élément de cette organisation, le projet concernant les pratiques de groupe envisage une subvention des pratiques graduée selon la complexité de l'association : du solo praticien collaborant de manière structurée avec d'autres professionnels (niveau 1), jusqu'au centre de soins de santé de première ligne composé en équipe multidisciplinaire, développant des programmes spécifiques à certaines populations et exerçant des actions spécifiques sur le quartier (niveau 6).

L'ABSyM voit d'un très mauvais œil l'éventualité d'une structuration subventionnée de la première ligne, soutenue par le GBO. On peut le comprendre dans le cadre d'un budget fermé où, pour faire simple, tout ce qui finance les généralistes ne peut que diminuer le solde restant pour la médecine spécialisée. D'où ce combat sur deux fronts que doit mener

l'ABSyM. Premier front, faire grimper le budget de la santé, qui est effectivement étrié par rapport aux besoins ; mais malgré l'appoint de convergences d'intérêt tactique avec certaines mutuelles, cela ressort d'une politique budgétaire générale sur laquelle elle a peu de prises. Deuxième front : contrôler le partage du gâteau budgétaire au profit de la médecine spécialisée, mais sans risquer de perdre le soutien des généralistes absyemiens. D'où cette stratégie mille fois employée qui consiste à faire passer tout ce qui pourrait favoriser la première ligne comme une menace sournoise pour la médecine générale. Il suffit pour cela d'agiter les épouvantails de l'étatisation, du *big brother* ministériel programmé pour contrôler les généralistes et les mettre à la botte.

Dans notre exemple de structuration de la première ligne via le financement des pratiques de groupe, l'ABSyM mit en évidence les tracasseries administratives liées à une subvention de nature forfaitaire, souligna que l'établissement d'un registre des pratiques préluait à un quadrillage sous tutelle politique de l'exercice médical, stigmatisa comme une atteinte à la liberté thérapeutique l'engagement à pratiquer des soins conformes aux recommandations, s'inquiéta de restrictions au libre choix du patient, proclama que le projet n'avait d'autre but que de soutenir les associations existantes (c'est-à-dire les maisons médicales) au détriment des autres pratiques (qui sont pourtant clairement concernées par le projet).

Un porte-parole généraliste de l'ABSyM parla des « idées kholkoziennes d'Aelvoet », considérant que le projet faisait « la part belle à une

vision idéologique marquée et à un soutien sélectif de groupes amis du cabinet de la Santé publique ».

Avec l'organisation de la première ligne, la lutte pour le gâteau budgétaire se complique : non seulement le refinancement de la première ligne se réaliserait au détriment des autres, mais si la première ligne mieux organisée venait à démontrer que son activité génère plus de santé à moindre coût (ce qui ne saurait déplaire à nos éminences), le virage de nos politiques de santé vers l'ambulatoire s'amplifierait de manière irréversible.

Au plan idéologique, on assiste ici à un nouvel épisode de la saga « acte libéral contre pratique de groupe et forfait » ; l'introduction de rémunérations forfaitaires dans un milieu outrageusement dominé par la pratique à l'acte ne pouvait donner lieu qu'à des réactions violentes⁴. Il est regrettable que dans ses argumentaires, cette querelle passe au second plan la question d'amélioration de la pratique et la nécessité de développer l'assurance de qualité

La discussion sur les pratiques de groupe ne fait que commencer. Non seulement les financements n'en sont pas encore dégagés, mais les moutures successives du projet prêtent le flanc à d'importantes critiques, attribuables en partie au manque de convergence entre nord et sud du pays quant aux conceptions du rôle concret et de l'organisation de la première ligne.

D'autres aspects de structuration de la première ligne sont plus avancés. Le financement des cercles de médecine générale est devenu réalité. M^{me} Aelvoet, ex-ministre fédérale de la

Santé, voulait que les cercles assument l'organisation de gardes médicales sur tout le territoire ; à cette fin, elle avait arbitrairement découpé la carte du pays en zones de garde théoriques sans tenir compte des cercles existants et sans prévoir de financement. Le

(2) Par Dossier médical global, on entend la centralisation et la synthèse de toutes les données disponibles concernant le patient chez le généraliste de son choix. Il permet une approche globale de la santé de la personne en y intégrant les différents aspects généralistes et spécialisés et favorise la circulation de l'information utile entre les différents intervenants. Correctement tenu, il constitue un outil au service du patient et ne saurait constituer la menace d'un contrôle social : le dossier médical global n'est pas obligatoire, il est ouvert à la demande du patient chez le généraliste de son choix, son contenu lui est accessible et doit lui être expliqué. Il peut en faire éliminer les données qu'il ne souhaite pas y voir figurer ou être transmises à d'autres intervenants.

Au plan pratique, le patient qui adhère au système paie 15,06 ₣ (montant 2002) au généraliste choisi. Ce montant est censé honorer le travail de synthèse et de coordination de l'information réalisé par le généraliste et est intégralement remboursé au patient par sa mutuelle. Le patient bénéficie également du remboursement de 33 % du ticket modérateur par sa mutuelle. L'objectif du système est double : produire plus de santé et générer des économies budgétaires.

(3) Sur la problématique de l'échelonnement, voir notre cahier paru dans *Santé conjuguee* numéro 13.

(4) Jusqu'ici, seules les maisons médicales revendiquaient une rémunération forfaitaire. D'autres secteurs y ont été soumis, mais à leur corps défendant (certains aspects du financement des hôpitaux, de la radiologie, de la biologie clinique, etc.)

• Bye bye 2002.doc • (suite)

Forum des associations de généralistes qui regroupe les « cercles » ou associations de généralistes ferraille afin qu'ils soient reconnus dans leur organisation réelle et financée pour les missions qu'on voulait leur imposer. Avec succès !

Autres points, les services intégrés de soins à domicile (SISD) sont maintenant structurés dans tout le pays (la Région bruxelloise accusait un solide retard), un honoraire de disponibilité (différent du financement des cercles) pour la garde de médecine générale est installé dans l'espoir que cela stimulera l'attrait pour ce service et inversera le sens du flux de patients actuellement orienté vers les gardes hospitalières.

•••• **La responsabilisation**

En mai 2002, le ministre publie un projet de loi portant sur la responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins et sur une réforme du contrôle médical. Il s'agit de modifier l'article 73 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, qui enjoint aux médecins de s'abstenir de prescrire des examens et des traitements inutilement onéreux ou d'exécuter des prestations superflues à charge de l'assurance soins de santé, le caractère superflu étant estimé par comparaison avec la pratique d'un idéal « prestataire normalement prudent et diligent », définition dont le flou peut faire craindre des incriminations arbitraires par le service de contrôle mais permet aussi de contester toutes ses accusations. Le ministre propose d'évaluer une

éventuelle surconsommation sur base de recommandations de bonne pratique médicale (RBPM) établies par le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ), composé de membres de la profession (et non de médecins fonctionnaires du ministère). Les médecins qui s'éloignent fortement et de manière systématique de ces recommandations se verraient invités à expliquer leur manière de pratiquer et seraient sanctionnés si leurs explications ne sont pas satisfaisantes et si leur comportement de prescription ne change pas après six mois de « monitoring ». C'est un organe différent de celui qui édicte ces recommandations (le CNPQ), le Service d'évaluation et de contrôle médical (SECM) qui sera chargé d'évaluer la pratique des médecins et de sanctionner les surconsommateurs.

Tout ceci paraît marqué au sceau du bon sens. Mais le projet du ministre comporte de nombreuses maladresses qui vont permettre aux syndicats médicaux de s'engouffrer dans une contestation massive. Ainsi l'organe de contrôle et de sanction (SECM) pourrait déborder de son rôle et édicter lui-même des recommandations (ce qui le mettrait en position de juge et partie), les indices de déviation manifeste par rapport à la moyenne sont mal précisés, le texte laisse entendre que ce serait au médecin à prouver qu'il n'est pas « déviant » et non au SECM de prouver qu'il l'est (c'est la querelle du renversement de la charge de la preuve), les amendes prévues sont assassines, etc. Cette contestation aboutira à une série d'amendements rencontrant la plupart des critiques des syndicats ; toutefois, si les syndicats approuvent la version remaniée du projet, les généralistes de

l'ABSyM continueront à s'y opposer avec virulence. « Il est faux de dire que le projet de responsabilisation vise seulement le contrôle d'excès manifestes... il met fin à la liberté diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste alors que sa responsabilité envers le patient est aggravée par la loi sur les droits des patients » déclare un responsable de l'ABSyM. « Prescrire devient un délit » renchérit un responsable de la Société scientifique de médecine générale. Bernard Hepp (patron, du SECM) rétorque : « Nous n'étions pas demandeur d'un rôle normatif (comme la première mouture en laissait le risque), cela doit rester l'affaire du CNPQ ». Rien n'y fait, l'opposition au projet de responsabilisation continue à se nourrir de slogans poujadistes. Les spectres de la sous-consommation et de l'effondrement de la qualité des soins servent d'argument : les médecins n'oseront plus donner les soins adéquats s'ils se sentent menacés de sanctions par l'administration.

Certes une attitude de vigilance face aux initiatives ministérielles est de mise : il y a un conflit naturel entre les objectifs des autorités qui ont pour mission de gérer un budget et ceux des soignants qui défendent dans le même temps leur gagne-pain et la santé de leurs patients. Toutefois, le compromis sur le projet « responsabilisation » ménage les intérêts des deux parties : il permettra de stigmatiser les « outliers », c'est-à-dire les médecins qui persistent systématiquement dans un comportement de prescription notablement éloigné de la bonne pratique définie par les médecins eux-mêmes et qui ne pourront s'en justifier⁵, sans menacer les médecins qui s'écartent occasionnellement des

normes, généralement pour gérer des situations médicales « hors norme » ; d'autre part, les gestionnaires d'institutions de soins, fréquemment cités comme « pousse-à-produire », seront également tenus pour responsables s'ils incitent les médecins de leurs institutions à multiplier les actes pour en améliorer le bilan.

Comment expliquer alors que les généralistes de l'ABSyM persistent dans leur opposition (la question mérite d'être posée, leur but n'étant évidemment pas de « couvrir les tricheurs »). Premier niveau d'explication, au plan individuel les généralistes sont soumis à nombre de pressions qui les poussent à s'écarter des recommandations de bonne pratique et donc à rejeter un contrôle de leur pratique : citons entre autres la peur de refuser des prestations inutiles (examens ou médicaments) pouvant leur faire perdre des patients dans un contexte de concurrence avec les autres généralistes ou les spécialistes⁶ ; la peur de mal faire confondue avec celle de ne pas en faire assez (en cela la formation des généralistes par des spécialistes est assez toxique) ; la pression des firmes pharmaceutiques⁷ ; sans oublier un anti-étatisme traditionnel particulièrement vivace dans le corps médical⁸. Il se crée ainsi un climat de rejet de tout ce qui se réfère au domaine de l'économie de la santé, vécu sans plus d'esprit critique comme forcément contradictoire avec la bonne pratique⁹.

Sur un plan plus structural, Anne Gillet, vice-présidente du GBO, analyse ainsi ce phénomène : « Vous parlez de peur panique de prescrire si les médecins se sentent en conflit d'intérêt financier avec l'intérêt médical du patient. Ce conflit d'intérêt

est déjà en place par notre mode de rémunération. C'est bien lui qui mène à la surconsommation : plus nous produisons, plus nous gagnons, même si nos actes ne sont pas toujours justifiés. (...) N'est-ce pas le manque récurrent de collaboration et de passage d'information qui favorise les erreurs professionnelles, les difficultés de suivi et de continuité des soins, le gaspillage des ressources, la redondance d'examen et d'actes médicaux (d'où l'intérêt du Dossier médical global). (...) Comment pouvez-vous croire qu'une rémunération à l'acte uniquement suffira à sauver la médecine générale alors que quarante ans de médico-mut « à l'acte » n'y sont pas arrivés, que le fossé entre la médecine technique et la médecine intellectuelle s'est progressivement et irrémédiablement creusé ».

• • • •

Des sous

Au début de l'année, nos confrères français ont obtenu de haute lutte des honoraires de 20 ₣ pour la consultation et de 30 ₣ pour la visite. Le premier effet de la monnaie unique aura donc été de rendre manifeste la faiblesse des honoraires belges : 16 et 20 ₣ (arrondis). Atteindre le niveau de nos voisins français sera la revendication la plus médiatisée et la plus mobilisatrice de l'année.

La paupérisation des généralistes est une évolution connue de longue date. Les bases du calcul des honoraires ont été établies à une époque où, pour répondre à la demande, les généralistes consacraient peu de temps à chaque patient et où l'on pouvait lire de doctes

(5) En effet, certains comportements « hors norme » peuvent être parfaitement légitimes. Ainsi un généraliste exerçant en zone rurale éloignée de toute institution hospitalière pourra expliquer aisément pourquoi il réalise un nombre « hors norme » d'actes de petite chirurgie (plâtres, radiographies, sutures...) et ne sera pas inquiet ; il en sera de même pour celui dont la patientèle présente un profil spécifique justifiant des prescriptions particulières.

(6) A ce sujet, on assiste à une polémique sur la réalité ou non de la pléthore de médecins. Ce thème rabâché (les « officiers de santé » s'en plaignaient déjà en 1800) recouvre en fait la problématique de la concurrence entre médecins, entre généralistes mais aussi entre généralistes et spécialistes et hôpitaux. Mais ceci est une autre histoire.

(7) La plupart des « nouveaux » médicaments bénéficient de prix exorbitants sans offrir un « plus de santé » ; il est néanmoins difficile pour le médecin de s'en rendre compte tant qu'il est soumis au feu roulant d'une promotion pharmaceutique jouant de manière ambiguë sur le mythe du progrès et sur la culpabilisation (« vous n'allez pas priver votre patient de ce merveilleux produit »). A ce sujet, voir le cahier de *Santé conjuguee* numéro 14 : « Ce cher médicament ».

(8) A ce sujet, nous ne pouvons que vous conseiller de vous (re)plonger dans « Les médecins face à l'État », de Patrick Hassenteufel, paru aux Presses de la fondation nationale des sciences politiques, Paris 1997, présenté dans le numéro 4 de *Santé conjuguee*.

(9) Le Cartel avait accepté le projet remanié de responsabilisation, et les instances de l'ABSyM également. Le refus des généralistes de l'ABSyM ne laisse donc pas d'étonner. Marque-t-il une fracture dans le bloc ABSyM ? Il semble que cet épisode soit de longue date le premier où ce syndicat laisse percer au grand jour des tendances divergentes en son sein. Les conjectures vont bon train...

manuels décrivant comment être le plus efficace possible en un minimum de temps (trois à cinq minutes par consultation). Aujourd'hui, le médecin belge est un de ceux qui consacrent le plus de temps à ses patients (environ dix-huit minutes) ; la médecine est plus complexe, les patients veulent être entendus et exigent à bon droit les explications nécessaires, la qualité des soins demande que l'on envisage les aspects non médicaux de la santé, on se soucie de prévention et d'éducation à la santé, les fonctions administratives se multiplient. Il en résulte que pour la même base de calcul, le généraliste preste trois ou quatre actes pendant le temps où ses aînés en réalisaient largement plus d'une douzaine.

Et cela alors que depuis trente ans, l'adaptation des honoraires lors des conventions médico-mutualistes favorise systématiquement les actes techniques spécialisés au détriment de l'acte intellectuel qui constitue l'essentiel de l'activité du généraliste.

Publié en septembre, un audit réalisé à l'initiative du VHP (Parlement des généralistes néerlandophones), du SVH (pendant néerlandophone du GBO) et du Journal du médecin, calcule que le généraliste belge gagne en moyenne 8,9 ₣ net par heure de travail (la moitié de ce que gagne un médecin fonctionnaire).

Pourtant, pas question d'améliorer ces faibles revenus en se tuant à la tâche comme nos aînés : si eux pouvaient littéralement « se consacrer à la médecine » (et dans la foulée y sacrifier la vie de leurs épouses), aujourd'hui la vie de famille, l'épanouissement personnel, le temps de vivre sont devenus des exigences qui rendent incongrus les horaires du

passé. Si un certain nombre de généralistes travaillent encore soixante heures par semaine, la tendance pousse ces chiffres à la baisse. La féminisation de la profession est souvent mise en avant pour expliquer ce phénomène (le double travail des femmes), mais l'évolution sociologique vers un individualisme triomphant n'y est certes pas étrangère.

Paupérisation donc, mais pas uniquement financière. L'escarcelle du généraliste s'aplatit dans le même temps où son image se ternit. Les qualités humaines qui font un bon médecin passent désormais au second plan derrière la magnificence de la technologie, les compétences du généraliste sont mises en doute par le

public, la vulgarisation scientifique manque son objectif quand, au lieu d'éveiller sa curiosité, elle donne au patient l'illusion d'être porteur de vérités intransigibles. La revendication financière des généralistes recouvre aussi ce besoin de reconnaissance de leur valeur.

••••
Les blouses blanches dans la rue

Couvin, Mons, Chênée, La Louvière, Charleroi, Tubize, Liège : les manifestations de soignants égrènent l'automne, jusqu'à l'apothéose à Bruxelles où près de dix mille blouses



blanches foulent le bitume des boulevards centraux le 14 décembre. La manifestation est bon enfant : slogans et calicots insultent avec un humour convenu le ministre des Affaires sociales et réclament un refinancement au nom de la qualité des soins ainsi qu'un allègement du travail administratif exigé des médecins (notamment les « Bf »¹⁰). Pourtant, la grogne est réelle : on entend dans les rangs des réflexions telles que « c'est trop gentil » ou « si ça ne change pas, je laisse tomber ».

C'est que l'excitation a été crescendo. Issus de la « base », quelques généralistes jusque là inconnus ont attisé les rancœurs, entraînant parfois le Forum des associations de généraliste dans un refus de transiger sur les revendications. Envahissant les forums de discussion internet ou les colonnes de la presse médicale, ils (et surtout elles) ont développé un discours agressif et percutant, débordant les syndicats accusés d'accepter de négocier. C'est ainsi qu'une lettre ouverte publiée dans le *Journal du Médecin* exigea en gros titre la démission du président du GBO. L'argumentation des nouvelles égéries dénote une méconnaissance des mécanismes de décision en vigueur dans notre pays, mais elle manifeste surtout l'exaspération du corps médical. Involontairement démagogiques, ces discours jouent le jeu des adversaires de la première ligne qui ne peuvent que se réjouir de la voir divisée.

La manifestation pourtant venait un peu tard : nombre d'avancées avaient été obtenues en faveur des généralistes et le budget voté peu auparavant permettait techniquement d'atteindre les honoraires réclamés (20 et 30 ₣).

Le ministre avait en fait renvoyé la balle aux discussions de la médico-mut : aux médecins de déterminer entre eux comment se répartir l'augmentation du budget. Habituellement, ces discussions tournaient à l'avantage des actes techniques et les généralistes devaient se contenter de miettes. Mais dans ce contexte explosif, il devenait difficile pour l'ABSyM de continuer à entretenir le fantasme d'un front uni des médecins et prétendre défendre l'ensemble de la profession en favorisant une fois de plus les lignes spécialisées. Sous la pression du GBO, le budget supplémentaire fut donc réparti en 40 % pour les généralistes et 60 % pour les spécialistes, ce qui permettra, moyennant un étalement sur deux ans, de satisfaire aux revendications financières des généralistes¹¹. Ceci n'éteint pas le combat : un financement plus conséquent du Dossier médical global, la revalorisation du statut social, la réduction des contraintes administratives sont encore à conquérir.

• • • •
2003

Mais cette première victoire n'a pas calmé l'ardeur des franges « ultras » de la contestation. Des mouvements de grève des garde sont lancés dans de nombreuses communes wallonnes contre le « rationnement » des soins (Chaufontaine, Trooz, Sprimont, Esneux, Visé, Comblain, Ferrières, Dinant, Auvélais...). Cette obstination paraît maladroite. Les budgets santé ont été fortement augmentés sous cette législature, des mesures sont prises pour favoriser l'accessibilité financière des patients et, bien que ces

mesures souffrent d'imperfection, le terme rationnement est inapproprié.

La poursuite de l'agitation se trompe de cible : les menaces les plus lourdes qui pèsent sur les soins de santé sont ailleurs, elles ont pour nom la régionalisation des compétences santé, le démantèlement de la sécurité sociale et la dérive vers un système de couverture privée¹².

(10) Certains médicaments classifiés Bf ne sont remboursés que sur autorisation que le généraliste doit demander au médecin conseil de la mutuelle. Cela génère une paperasserie croissante et tatillonne qui non seulement prend beaucoup de temps au médecin mais aussi le dévalorise (il doit demander la permission de prescrire) et parfois pénalise le patient (quand il ne rentre pas dans les catégories autorisant le remboursement ou l'obligent, pour y répondre, à passer des examens pas forcément indispensables). Ce mode de fonctionnement est lié au prix exorbitant des nouveaux médicaments dont on veut ainsi restreindre l'usage... ce dont ni le patient ni le médecin ne sont responsables. Une seconde justification serait que les médecins ne prescrivent pas toujours avec la rigueur souhaitable : il y a là un fond de vérité, car la promotion des nouveaux médicaments est redoutable d'efficacité... commerciale. (cfr *Santé conjugulée* numéro 14 : « Ce cher médicament »).

(11) Le budget total des soins de santé a été augmenté de 6,5 %. Ventilation 2002 du budget honoraire : 84 % pour la médecine spécialisée, 15 % pour la médecine générale et 1 % pour l'accréditation, le Dossier médical global et divers postes. Les actes techniques représentent 72 % de ce budget et les actes intellectuels 25 % : certaines prestations techniques sont dix fois plus rentables qu'une consultation.

• **Bye bye 2002.doc**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

Dans *Le Soir* du 14 décembre, le ministre Vandembroucke déclarait : « La solidarité entre la Wallonie et la Flandre sera intenable si les médecins ne s'autorégulent pas ». Lorsque récemment le ministre Vande Lanotte avait parlé d'un besoin de 6 à 7 % de supplément annuel pour les soins de santé, Karel De Gucht, président du VLD, l'avait traité de fou à lier, parlant d'un Ebola politique, fine allusion à une fièvre... électorale. Cet épisode montre que les médecins n'ont rien à attendre des libéraux... qui manifestent vigoureusement leur envie d'empêcher les portefeuilles de la santé après les élections prochaines. Daniel Ducarme n'a-t-il pas annoncé involontairement la couleur en déclarant : « Les professions médicales bénéficieront à plein du jackpot de la réforme fiscale »... devront-ils se contenter de cela pour mieux assurer leurs missions ?

C'était un survol de l'année 2002, au pas de charge et forcément subjectif. Une année où les généralistes, malgré les pièges qui leur ont été tendus, ont réussi une percée mémorable. Cette volte-face de l'histoire n'eut sans doute pas été possible sans la tenue d'élections en 1998 puis en 2002 qui créditèrent le Cartel (GBO + SVH + ASGB)¹³ de 60 puis de 70 % des voix généralistes et permirent aux syndicats à tendance généraliste de lever la mainmise des spécialistes et des hôpitaux sur les budgets de la santé. Mais il reste beaucoup à faire pour une organisation plus rationnelle des soins de santé (et non contre le fantasme du rationnement).

Nous laisserons le mot de la fin à Anne Gillet, vice-présidente du GBO. « Un certain ultra-libéralisme a pris en otage les soins de santé... et l'enseignement,

et la culture, et l'environnement... et nos gouvernants. Les patients les moins nantis... et les généralistes sont perdus d'avance dans un système pareil fait de libre concurrence et de consumérisme. Ne devons-nous pas redouter, plus que tout, la privatisation des soins de santé, privatisation déjà présente de façon larvée par la technique des suppléments qui se généralisent et qui sont pris en charge par les assurances, système par essence non solidaire ? ».

(12) Voir à ce sujet le cahier de *Santé conjugulée* numéro 8, « La bourse ou la vie ».

(13) Voir article précédent.

Pour 2003 : menu « minceur » pour les kinésithérapeutes

Brigitte Poulet, kinésithérapeute à la maison médicale Norman Bethune

.....
L'Office de protection des espèces en voie de disparition aurait-il un budget pour les kinésithérapeutes ?

.....
En entrée : une vexation à la sauce « dégraissage »

Auparavant, les kinésithérapeutes qui terminaient leurs études s'adressaient à l'INAMI pour obtenir un numéro d'agrément. Notre nouveau statut de « praticiens de l'art de guérir » nous oblige à être agréés par le ministère de la Santé publique. Ce n'est en principe pas un gros problème sauf que nous sommes censés faire circuler le formulaire officiel par nos organisations professionnelles...ou par contact entre collègues parce que l'administration a décidé de faire l'économie d'un envoi en bonne et due forme. Cette demande doit être faite avant le 30/9/2003. Tant pis pour le distrait ou l'isolé qui ne pourra plus exercer sa profession avant d'avoir régularisé sa situation s'il a obtenu son diplôme à l'issue d'un cycle de quatre ans d'études. Ou qui ne pourra plus du tout régulariser sa situation s'il a suivi une formation de trois ans ! Il se trouve des mauvaises langues pour affirmer que c'est une manière tout à fait délibérée pour laisser quelques kinésithérapeutes de plus sur le carreau...

.....
En plat de résistance : un budget diététique

Conformément à ce qui avait été négocié pour que les kinésithérapeutes

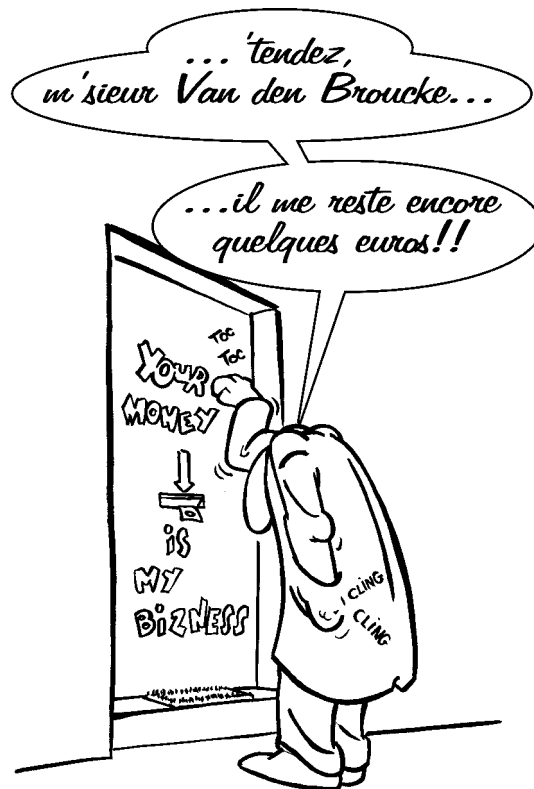
acceptent de signer la convention de juin 2002, un montant de 13,65 millions d'euros sera réinjecté dans notre budget 2003 ; après indexation, il atteindra ainsi 394 millions d'euros (c'est-à-dire l'équivalent du budget 2000). Les éventuelles économies qui dépasseront les quarante-quatre millions prévus par M. Van den Broucke y seront réinjectées, si toutefois il tient sa promesse, mais cette somme ne sera connue qu'en avril 2003. La seule amélioration acquise (avec la moitié des 13,65 millions) avec certitude pour janvier 2003 est l'extension de la liste « F » (donnant droit à soixante séances par an) à la rééducation de certaines fractures ou entorses, et la rééducation périnéale. Il ne restera que six ou sept millions pour couvrir le reste des besoins.

.....
Pas de dessert...

Il y a donc de fortes chances pour que nous nous déplaçons toujours gratuitement, que nous effectuions toujours les rapports aux médecins prescripteurs gratuitement, que les honoraires pour les pathologies E et F ne soient toujours pas revalorisés.

.....
Et peut-être pas de champagne non plus...

Notre convention vient à échéance le



30/3/2003. Pour en signer une nouvelle, le Cartel des kinésithérapeutes exigera que les restrictions appliquées à la kinésithérapie le soient aussi à la physiothérapie (services dépendant de médecins-physiothérapeutes et qui ne sont pas concernés par la limite des dix-huit séances) et que la perception du ticket modérateur auprès de 70 % des patients soit effective et contrôlée.

Mais qu'est-ce qui empêcherait M. Van den Broucke de conditionner la ristourne de l'excès d'économie à la signature d'une convention ? Nous risquons de jouer à « qui perd, perd ».

C'est bien difficile de terminer sur une note optimiste. Bonne année quand même et à votre santé !

Les maisons médicales : un mouvement critique en crise ?

Guy Lebeer, sociologue au Centre de sociologie de la santé, Université libre de Bruxelles

.....
Le projet des maisons médicales est né dans les suites de mai 68. Plus de trente années se sont écoulées et le monde a changé. La lutte des classes et le rejet de l'exploitation ont disparu des discours pour faire place au combat contre l'exclusion, le refus des injustices s'est mué en indignation face à la souffrance, l'esprit de révolte porté par les projets alternatifs de société et l'utopie s'est assagi en action humanitaire et défense des droits, le capital a récupéré l'exigence de liberté qu'il nomme flexibilité et responsabilité...

A l'occasion du colloque de la Fédération des maisons médicales d'octobre 2002, intitulé « De la valse à trois temps à la valse à mille temps », Guy Lebeer propose une analyse de ces mutations pour interroger l'actualité de notre projet politique fondateur. Comment et pourquoi inscrire dans l'aujourd'hui, et aussi pour ceux qui n'ont pas participé aux fondations, des idées telles que la pluridisciplinarité, la non-hiérarchie ou l'autonomie du patient. Et quel sens prennent les soucis nouveaux tels que celui du statut des acteurs ou la problématique de la reconnaissance ?

.....

Bien qu'il soit difficile de parler d'un mouvement parfaitement homogène, il ne paraît pas intellectuellement abusif d'attribuer aux maisons médicales à leur origine une intention et une force d'action au moins tendancielle communes, et communes d'abord dans la contestation d'une certaine manière de pratiquer la médecine. Cette critique, qui s'est développée de l'intérieur de la médecine générale, devait une bonne part de ses caractéristiques et de ses mots d'ordre à une mouvance critique bien plus globale, celle qui est née avec Mai 68, et qui concernait l'ordre social tout entier. Il n'est pas exagéré de dire que les maisons médicales faisaient alors littéralement partie d'une utopie sociale au sens plein du terme. Des notions théoriques et pratiques qui vous sont encore aussi familières et aussi fondamentales que la « non-hiérarchie », l'« égalité salariale » et l'« autogestion » composaient les fondements de toutes manières d'être, de vivre et de travailler ensemble, telles qu'on se les imaginait alors. Ces notions, les maisons médicales n'ont cessé de les interroger et de les revivifier tout au long de leur histoire. Aujourd'hui comme hier, ce sont les mêmes questions. Nous en sommes toujours là. A travers l'auto-analyse qu'elles produisent aujourd'hui de leurs pratiques, se lisent des frustrations et des espoirs qui nous renvoient une nouvelle fois à cette « part impossible » de 68.

Ce texte propose de revenir une fois encore à cette période de la fin des années 60 et du début des années septante pour essayer de retracer le cheminement jusqu'à aujourd'hui des idées propres à cette période. Que sont les idées de 68 devenues ?

Elles ne sont plus ce qu'elles étaient. Et on ne peut pas faire comme si elles étaient aujourd'hui ce qu'elles ont été avant-hier. L'actualisation de ces idées contestataires dans la réalité sociale d'aujourd'hui suscite à son tour des réponses critiques. L'intention de ce texte est de montrer d'une part que bien des discours critiques qui s'entendent aujourd'hui dans les maisons médicales, discours qui émanent de personnes particulières et/ou de catégories diverses, fondées sur le métier ou sur l'âge par exemple, peuvent être rapportés à des lignes critiques que l'on observe dans bien d'autres secteurs, des lignes critiques qui ne concernent par ailleurs pas le seul système de santé mais le système social tout entier. Il s'agira, pour le dire autrement, de re-contextualiser la critique interne aux maisons médicales dans un mouvement plus général de réponse critique au capitalisme moderne. Dans l'espoir de proposer quelques pistes de dépassement des tensions internes dans la réinvention des valeurs originelles du mouvement et la critique continuée d'un système de santé toujours inégalitaire. On ne pourra manquer, ce faisant, de jeter un pont avec l'éthique qui n'est en effet pas sans pertinence au regard de tout ceci.

Un bref retour historique

Si on jette un coup d'œil en arrière, on est frappé par le contraste qui existe entre la décennie 68-78 et la décennie 85-95. La première période se caractérise par « un mouvement social offensif qui déborde largement les limites de la classe ouvrière ; un syndicalisme très actif ; des références

aux classes sociales omniprésentes (...); des salariés qui bénéficient d'une législation accroissant leur sécurité ». Dans la décennie 85-95 nous trouvons « un mouvement social qui ne se manifeste pratiquement plus que sous la forme de l'aide humanitaire ; un syndicalisme désorienté (...); un quasi-effacement de la référence aux classes sociales (y compris dans le discours sociologique) et, au premier chef, de la classe ouvrière, dont la représentation n'est plus assurée au point que des analystes sociaux de renom peuvent affirmer sans rire qu'elle n'existe plus ; une précarisation accrue de la condition salariale ; une augmentation des inégalités de revenu (...); une remise sous contrôle de la force de travail marquée par une diminution très importante des conflits et des grèves (...)»¹ ».

•••••

Mai 68 et la « critique artiste »

Comment un tel changement a-t-il pu se produire ? Il faut repartir de Mai 68. Selon la thèse de certains analystes, Mai 68 constitua bel et bien une crise profonde mettant en péril le fonctionnement même du capitalisme, mais ce mouvement critique fut progressivement désamorcé par la récupération par le système de la plupart de ses thèmes de contestation. Par rapport aux autres mouvements révolutionnaires de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle et de la première moitié du XX^{ème}, Mai 68 possède une caractéristique très particulière, il articule d'une façon spécifique les deux types de critiques qui sont présents dans tous les mouvements de

cette nature. Quels sont ces deux types de critique ? D'une part celle que l'on appelle à la suite de Luc Boltanski et d'Eve Chiapello la « critique artiste »². Cette critique puise à deux sources d'indignation. Elle dénonce le capitalisme d'abord en ce qu'il est source de désenchantement et d'inauthenticité, ensuite en ce qu'il est source d'oppression, en tant qu'il s'oppose à la liberté, à l'autonomie et à la créativité. Le second type de critique puise plutôt à d'autres sources d'indignation : le capitalisme est source d'une part de misère et d'inégalités et d'autre part d'opportunisme et d'égoïsme. On retrouve notamment cette critique dite « sociale » dans la théorie marxiste. Selon les époques, ces deux types de critiques – « critique artiste » et « critique sociale » – ne sont pas aisément compatibles et peuvent entrer en tension. Nous verrons que ces deux types de critique semblent également présentes à des degrés divers dans les maisons médicales aujourd'hui.

En quoi Mai 68 articule-t-il spécifiquement ces deux types de critique ? En ce que la « critique artiste » est placée au cœur de la contestation. La fronde est partie des étudiants et des jeunes intellectuels et puis s'est étendue aux cadres pour susciter finalement une révolte ouvrière de grande ampleur. Dans la « critique artiste » développée à ce moment-là au sein du monde du travail domine la dénonciation du « pouvoir hiérarchisé », du paternalisme, des horaires imposés, de la séparation entre conception et exécution et plus généralement de la division du travail, avec pour contrepoint les exigences d'autonomie et d'autogestion et la promesse d'une libération de la

créativité humaine. Vous retrouvez ici sans peine quelques thèmes qui vous sont chers. Il ne faut cependant pas sous-estimer l'autre type de critique, la « critique sociale » qui s'exprime essentiellement dans les années septante sous la forme d'une demande de sécurité : la sécurité des salariés qui ne peut être accomplie qu'en stabilisant l'identité des personnes au travail, en leur assurant ce que l'on appelle un statut, un statut qui est toujours collectif car il concerne toujours une catégorie de personnes. On devine aisément que la conjonction de ces deux types de critique visant à la fois d'un côté plus d'autonomie et de l'autre plus de sécurité peut faire problème. La contestation du commandement et la revendication de l'autonomie conduit à mettre l'accent sur une référence essentiellement individualiste alors qu'un renforcement de la sécurité a toujours une dimension collective et a pour contrepartie d'avoir à se soumettre à une évaluation en surplomb. Les étudiants de 68 pouvaient bien demander la suppression des examens au nom de la « critique artiste » mais il était difficile par contre qu'en l'absence d'une telle évaluation la société leur accorde un statut qui les protège.

Après la récession économique de 74-75, une nouvelle interprétation de la crise sociale s'est fait jour qui ne mit pas cette crise sur le compte d'une revendication de salaires plus élevés ou d'une exigence de sécurité plus grande mais sur une remise en question profonde des conditions de travail, en particulier le taylorisme, le travail à la chaîne. Cet accent mis sur les conditions de travail est en fait d'abord le résultat d'une réflexion

• Les maisons médicales : un mouvement critique en crise ?
• (suite)
•
•
•
•
•
•
•
•
•

menée par les spécialistes du travail – inspecteurs du travail ou sociologues du travail. Les instances syndicales reprennent ce thème mais aussi les organisations patronales. L'intérêt du patronat pour les conditions de travail découle d'une analyse simple : les tâches répétitives, sans responsabilité ni autonomie, le chronométrage des tâches, ne conviennent plus à une main-d'œuvre jeune et fortement scolarisée. Les entreprises doivent désormais pour reprendre leur propre expression « gérer le social » et prendre en charge les « aspirations » et les « revendications » des salariés.

••••
Autonomie contre sécurité

Au niveau des entreprises, ce fut l'apparition de la notion de « démocratie dans le travail » : la hiérarchie doit chercher à satisfaire, voire à prévenir, les revendications individuelles des salariés. Ce changement a consisté, pour utiliser les termes de Boltanski et de Chiapello, à « reprendre le contrôle de la force de travail aux syndicats pour la donner au management »³. Et il n'a été rendu possible sans une modification simultanée des forces contestataires : d'un côté

affaiblissement des syndicats, de l'autre émergence de nouveaux mouvements contestataires (mouvements féministes, homosexuels, antinucléaires, écologistes...).

L'innovation a consisté à reconnaître, au sein de l'entreprise, la validité de l'exigence d'autonomie, et même à en faire une valeur absolument centrale du nouvel ordre industriel. Aux mesures visant à donner une plus grande sécurité aux salariés ont été substituées des mesures visant à rendre plus léger le contrôle hiérarchique et à prendre en considération ce que l'on appelle si joliment les « potentiels » des individus. L'autonomie a été en quelque sorte échangée contre la sécurité. Car l'octroi d'une plus grande autonomie et d'avantages individualisés a eu pour effet le démantèlement des unités organisationnelles (entreprises, services, départements, ...) et des catégories de personnes (groupes professionnels, occupants d'un même type de poste, classes sociales), c'est-à-dire de l'ensemble des collectifs sur lesquels les syndicats prennent traditionnellement appui.

La dérégulation des années 80 et l'abaissement de la sécurité des salariés se sont faits « sans coup d'État, sans révolution ni bruit, sans mesures législatives d'envergure et presque sans débats »⁴. Cette transformation en profondeur se trouvera labellisée dans ces années 80 dans un vocable unique : celui de flexibilité. La flexibilité qui est d'abord la possibilité pour les entreprises d'adapter le niveau d'emploi aux évolutions de la demande, sera en effet associée au mouvement vers une plus grande autonomie au travail. Cette histoire qui a donc suivi les événe-



ments de Mai 68 montre les effets parfois paradoxaux sur le capitalisme de la critique qui le prend pour objet.

A la sécurité s'est donc substituée l'autonomie, ouvrant ainsi la voie à ce que certains ont pu appeler un nouvel esprit du capitalisme, un esprit qui loue les vertus de la mobilité et de l'adaptabilité alors que précédemment il se préoccupait plus de sécurité et de protection que de liberté. Cette histoire montre en somme l'incroyable souplesse du système, capable de répondre à des aspirations très différentes à travers le temps et de récupérer les idées de ceux qui étaient ses ennemis.

Une « barbarie douce », voilà comment Jean-Pierre le Goff a qualifié notre époque. « La barbarie douce en appelle à une sorte de révolution culturelle permanente impliquant un bouleversement incessant de nos façons de vivre, d'agir et de penser. Elle ne laisse rien ni personne en repos. Dans leur vie personnelle et professionnelle les individus se trouvent constamment incités à faire preuve d'« autonomie » et de « responsabilité », ils se doivent d'être « motivés », « réactifs » et « participatifs » »⁵.

• • • • **La relance de la « critique sociale »**

Selon certains, nous assistons, après les recompositions des années 80, à une incontestable relance de la critique. Des deux formes de critique dont nous avons parlé jusqu'ici – la « critique artiste » qui développe des exigences de libération et d'authenticité, et la « critique sociale », qui

dénonce la misère et l'exploitation, cette dernière, la « critique sociale » donc, semble témoigner d'un renouveau, aussi hésitant et modeste soit-il. Quels sont les éléments qui témoignent de ce renouveau ?

Un détour historique s'impose à nouveau, pour jeter un œil sur l'évolution des instruments intellectuels mêmes de la critique. Les notions d'« exploitation » et de « classes sociales » ont par exemple pris du plomb dans l'aile. Qui le contestera ? Depuis les années 80, l'invocation de telles notions nous fait invariablement passer comme quelque peu démodés aux yeux des jeunes générations. Cela ne signifie pas pour autant de leur part une adhésion unanime et béate à l'ordre existant et l'abandon de toute espèce de critique. De nouvelles notions sont ainsi apparues pour exprimer l'indignation : celle d'exclusion par exemple qui dit autre chose que la notion d'exploitation. Cette dernière – l'exploitation donc – est d'abord liée aux relations entre classes dans le travail alors que la notion d'exclusion désigne prioritairement des formes diverses d'écartement de la sphère du travail. Contrairement au modèle des classes sociales, dans lequel l'explication de la misère du « prolétariat » reposait sur l'opération d'une classe - la bourgeoisie -, le modèle de l'exclusion permet de désigner une négativité sans passer par l'accusation : les exclus ne sont les victimes de personne. En l'absence d'une notion claire d'exploitation et d'un espoir de changement social, le refus de l'injustice sociale a en quelque sorte régressé vers ce qui constitue le stimulus originel : l'indignation face à la souffrance.

Faute d'une théorie critique qui permette de transformer cette indignation en un appareil argumentatif, l'esprit de révolte a le plus souvent adopté la forme de l'action humanitaire.

La critique et le militantisme gauchistes se sont ainsi transformés. Ils ne s'inscrivent plus dans un projet alternatif de société ou dans la représentation d'un avenir porteur d'une utopie. Ils se veulent d'abord justifiés par une indignation morale et s'affirment comme des réponses à une situation d'urgence⁶.

La vogue du mouvement humanitaire était particulièrement ajustée à la conjoncture des années 80. Cette forme d'action est apparue bien vite insuffisante, de nouveaux mouvements sociaux ont alors émergé, mouvements constitués autour d'une cause spécifique (le logement, les sans-papiers, les chômeurs, etc.) et qui vont jouer un rôle essentiel à partir du milieu des années 90 dans la reformulation de la critique sociale.

Ces nouveaux mouvements sociaux se caractérisent par des traits organisationnels qui tranchent avec ceux qui ont dominé par exemple le mouvement ouvrier. Aux organisations rigides, dont les syndicats, ils opposent des formes souples, flexibles, faisant appel, à propos d'événements précis, à des personnes inégalement investies et sous des rapports divers. Ces mouvements formés autour de la défense des « droits » (droit au logement, ...) revendiquent donc contre le travail d'homogénéisation idéologique des organisations traditionnelles, syndicats en tête, le respect de la pluralité des modes et des

• Les maisons médicales : un mouvement critique en crise ? • (suite)

motifs d'engagement. Avec, pour corollaire, d'avoir à surmonter une difficulté majeure, celle d'assurer la continuité de l'engagement. Pour beaucoup d'analystes sociaux une des manières de surmonter cette difficulté consisterait à retrouver une théorie de l'exploitation, à passer d'une notion d'exclusion à une théorie de l'exploitation qui permettrait de soulager les « exclus » du poids d'une responsabilité individuelle unilatérale ou d'une fatalité inexorable et d'établir ainsi un lien entre leur sort et celui des mieux lotis, particulièrement de ceux qui occupent les positions sociales privilégiées. Ce retour à une théorie de l'exploitation est perceptible aujourd'hui dans les mouvements alter mondialistes par exemple, le mouvement « Attac » en particulier, qui inscrit dans ces références théoriques une lecture critique des relations Nord-Sud c'est-à-dire d'un système d'oppression à l'échelle mondiale.

Mais ce n'est pas là la seule figure sous laquelle se profile aujourd'hui une relance incontestable de la critique. Certains sociologues du travail disent aujourd'hui : « Tout ce qui accroît la sécurité et la stabilité des personnes au travail dégage une marge de liberté et fournit des opportunités pour résister ». Le projet de libération cher à Mai 68 est-il toujours compatible avec une extension sans limite de l'exigence de mobilité, d'adaptabilité, de polyvalence ? Un pas dans le sens de la libération passe peut-être aujourd'hui par la possibilité de ralentir le rythme du travail, la possibilité d'assurer la survie de collectifs pré-constitués qui donnent une identité stable aux individus.

Pour beaucoup il n'est aujourd'hui

d'autre moyen de doter les personnes d'une liberté relative par rapport aux exigences du monde du travail que de les doter de ce qui s'apparente à un statut. « Le statut, en tant que texte réglant la situation d'un groupe, a d'ailleurs bien été conçu d'abord, dans les États modernes, comme un instrument de libération visant à affranchir les individus de la dépendance personnelle, de l'obéissance politique et d'une surveillance tatillonne et constante opérée de l'extérieur (...), en spécifiant le genre d'épreuves auxquelles les personnes doivent se soumettre pour conserver leur état et leurs conditions matérielles d'existence, de façon à les protéger d'épreuves indéfinies ou peu formalisées en fonction desquelles elles pourraient se trouver évaluées à tout moment et sous n'importe quel rapport. (...) En ce sens, la lutte pour la défense ou l'obtention de « statuts », loin d'être un combat d'arrière-garde, constitue un objectif tout à fait pertinent dans une optique de libération »⁷.

Pluridisciplinarité et projet politique

•••• Voilà pour le contexte...

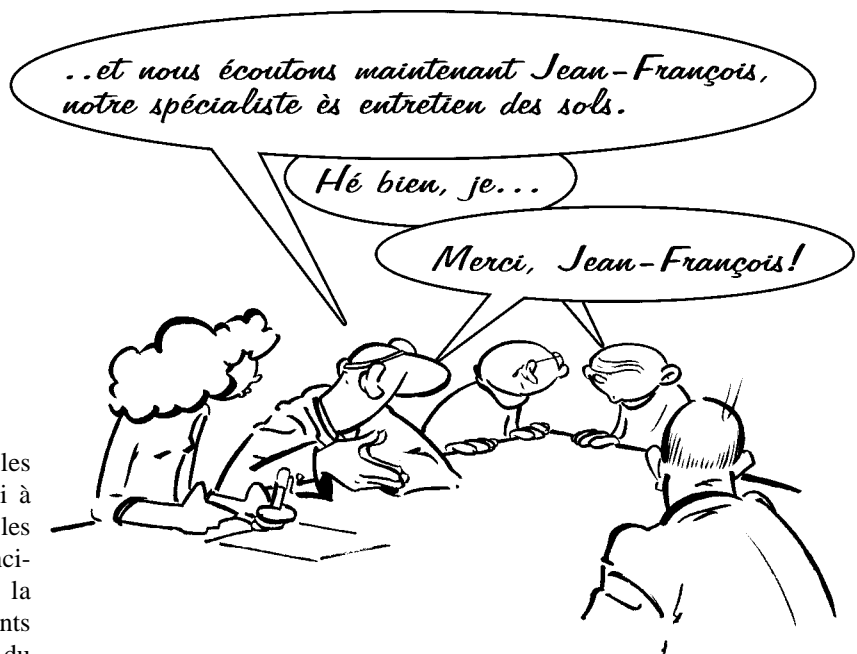
Comment inscrire – ré-inscrire – les questionnements actuels autour de la pluridisciplinarité dans ce contexte général, qui n'est quand même jamais - ne l'oublions pas - qu'une lecture spécifique de ce contexte, une perspective ?

Nous pourrions dire en préambule que la problématique de la pluridisciplinarité ne paraît pas pouvoir être pertinemment envisagée si nous ne la lions pas au projet politique qui peu ou prou fonde les maisons médicales et au projet, le même ou un autre, qu'elles ont l'intention désormais de porter.

La pluridisciplinarité peut être doublement interrogée dans cette perspective ; en abordant frontalement la question du projet politique, en se saisissant de cette question d'une manière oblique, oblique car concernant la réfraction de ce projet dans la pratique quotidienne.

Qu'en est-il fondamentalement aujourd'hui de ce projet politique ? D'abord au plan spécifique de la gestion sociale de la santé ? Ensuite au plan plus global d'une expérimentation sociale du vivre et du travailler ensemble ? Toutes les générations qui se côtoient dans les maisons médicales mesurent-elles toujours comme il convient ce souci premier de justice sociale à travers la notion d'accessibilité universelle aux soins, ce souci premier d'autonomisation du patient, de participation citoyenne – bien avant la vogue actuelle de ce terme – des usagers de la santé aux décisions politiques qui les concernent, ce souci premier d'égalité, d'égalité des travailleurs entre eux, d'égalité entre les professionnels et les patients ? Toutes les générations savent-elles encore ces soucis ?

L'heure actuelle d'interroger les pratiques semble un moment particulièrement opportun pour faire de l'éthique, au sens où cette notion



renvoie à un travail réflexif sur les pratiques qui interroge celles-ci à partir des principes qui sont censés les fonder, voire qui interroge les principes eux-mêmes si, au détour de la réflexion, ils s'avéraient insuffisants pour affronter les problématiques du jour. Faire de l'éthique dans ce cas d'espèce c'est d'abord interroger la pluridisciplinarité à partir des principes d'action que l'on veut se donner. Et ces principes, pour ce qui concerne les maisons médicales, se sont jusqu'à aujourd'hui essentiellement articulés autour de la « critique artiste » qui fut au centre de la vague contestataire de Mai 68.

•••••
« Non-hiérarchie » dans les équipes et autonomie du patient

La « non-hiérarchie » est un de ces principes. Elle renvoyait à une vision de la médecine, à savoir une médecine globale, et à une vision du patient, à savoir un patient pris dans sa globalité. Elle renvoyait à une égalité de conditions entre les divers membres du mouvement, égalité qui s'apparentait alors, Mai 68 oblige, à un certain idéal de vie en commun. Idéal commun, communautaire, que certains membres du mouvement expérimentent toujours à des degrés divers.

Ce principe de « non-hiérarchie » fait problème. Ce n'est pas nouveau. Il est toujours proclamé, et souvent remis en question. On peut le voir proclamé et formellement appliqué mais dans le même temps on peut observer quantité de manifestations d'une hiérarchie implicite. Et au premier chef d'une

hiérarchie des savoirs, hiérarchie implicite qui se donne à voir par exemple dans l'inégal poids donné en réunions aux paroles des uns et des autres, ou encore dans l'inégale prise d'autonomie dans son action quotidienne. Une autre manifestation d'une hiérarchie implicite peut être lue dans l'insécurité éprouvée par certains travailleurs, les accueillantes par exemple, et qui est liée à l'imprécision qui pèse sur le contenu et les contours de leurs fonctions. Ne peut-on lier cette imprécision, dans beaucoup de cas, à un déni d'un principe hiérarchique, d'une volonté parfois de ne pas aborder de front cette question de la hiérarchie des savoirs ?

Il paraît difficile de pouvoir faire l'économie d'interroger une nouvelle fois cette question de la hiérarchie des savoirs, c'est-à-dire de la reconnaître, soit pour mieux en venir à bout soit pour permettre à chacun de se positionner par rapport à elle et revendiquer sa propre sphère de reconnaissance.

On peut prendre un autre exemple de principe qui pourrait utilement être interrogé à partir de l'examen des pratiques, celui d'« autonomie du patient ». Celui-ci est au centre de la démarche de soins. L'autonomie peut être conjuguée de deux manières : au plan individuel et au plan collectif. Le patient peut être individuellement

hissé au statut de personne responsable de sa santé et d'acteur dans la relation thérapeutique. Mais il est aussi un acteur collectif, au sens où ce n'est qu'en tant que collectif qu'il est en mesure de peser sur les politiques de santé et d'exercer ainsi sa responsabilité. C'est sous cette double figure que le rapport au patient s'est originellement construit dans les maisons médicales, un rapport individualisé et un rapport collectif dont la finalité idéale pour les maisons médicales était de construire et de faire valoir, solidairement avec leurs patients, une certaine vision de la santé et de la société. C'est ainsi qu'apparaissent les « comités de patients », innovation institutionnelle de tout premier ordre, une expérimentation une fois encore d'une manière collective de co-construire son rapport à la santé, praticiens et patients pris ensemble dans une relation foncièrement égalitaire. C'est également ainsi qu'apparaît la « santé communautaire », où là encore ce qui est visé c'est un acteur collectif mais un acteur collectif qui déborde le collectif de patients pour atteindre une communauté de vie où les différentes dimensions de l'existence collective participent de la santé et sont ainsi prises en compte.

Qu'en est-il de ce type d'innovations ? Où en sont les comités de patients ? Où en est la « santé communau-

• Les maisons médicales : un mouvement critique en crise ? • (suite)

taire » ? Que signifie la disparition dans certains cas de ces figures institutionnelles ? Que signifie ailleurs l'échec de ces formules ? La faute doit-elle être rejetée sur les patients, les habitants, peu sensibles à la grandeur du projet, peu ambitieux car trop assistés, inertes car esclaves des médias ? Ou devons-nous regarder du côté de la pratique elle-même ? Au sein de celle-ci, les manières de penser et de dire la maladie sont-elles suffisamment accueillantes à la polysémie des discours profanes, des discours des patients sur leur propre maladie, des discours de l'homme de la rue sur le sens de la vie ? Les paradigmes en usage dans les maisons médicales sont-ils bien compatibles avec le projet politique d'autonomisation tel que proclamé ? Ces paradigmes qui peut-être empêchent de s'adjoindre les patients et les communautés concrètes comme acteurs collectifs ne sont-ils pas ceux-là mêmes qui peut-être sous-tendent une hiérarchie implicite des savoirs et donc des praticiens ? Ne peut-on pas alors faire un parallèle entre l'attention que l'on manque à accorder pleinement aux patients et plus largement encore à la communauté des citoyens et le manque d'attention dont parfois certaines catégories de travailleurs se plaignent d'être l'objet ? N'y a-t-il pas là l'expression d'une même hiérarchisation ? C'est une question. La problématique de la pluridisciplinarité semble liée à cette question de manière privilégiée.

•••• **Réconcilier un souci statutaire**

Une deuxième série de questions se

déclinent plutôt de l'intérieur des pratiques qu'à partir de principes en surplomb. Elles aussi doivent être situées dans le contexte sociologique général dépeint en première partie. Ces questions concernent d'abord la problématique de la reconnaissance.

Il s'exprime aujourd'hui dans les maisons médicales et de manière transversale, sectorielle, un souci de reconnaissance ; dans beaucoup de secteurs et chez les accueillantes en particulier. Il a déjà été évoqué que peut-être la condition actuelle des accueillantes est symptomatique d'un certain rapport aux principes, et en particulier aux principes fondateurs du projet politique : principe de « non-hiérarchie » et indirectement principe d'« autonomie des patients ». Nous n'y reviendrons pas.

L'époque est à la flexibilité. Nous avons vu que cette notion est une forme récupérée par et dans le management des idées d'autonomie et de créativité chères aux jeunes adultes de 68. Cette analyse est à prendre au sérieux. Faut-il alors considérer systématiquement toute aspiration et toute revendication à la stabilité de nature statutaire comme une aspiration et une revendication réactionnaires et d'arrière-garde ? De nouveaux courants critiques réapparaissent aujourd'hui dont certains prennent la forme de la critique sociale d'autrefois. Pourquoi les maisons médicales se fermeraient-elles à cette volonté critique ? Ne gagneraient-elles pas à utiliser cette énergie contestataire ? Mais il y a un problème. Essentiellement créées à partir d'une « critique artiste », les maisons médicales sont-elles équipées pour entendre une « critique sociale » ? Bref peuvent-

elles accepter d'être elles-mêmes critiquées comme si elles étaient par certains aspects à l'image du système même qu'elles ont toujours combattu ? C'est là un beau défi lancé à la capacité autocritique du mouvement.

Mais il y a plus. Comme le dit très bien Luc Carton, dans un système d'auto-gestion on est à soi-même son propre patronat et son propre salariat, ce qui risque de rendre la réflexion sur le travail au sein des maisons médicales un peu schizophrénique. Et il en appelle à un rapprochement entre les propres débats internes aux maisons médicales avec ceux, de nature syndicale, qui ont cours dans le système général médico-hospitalier autour de l'amélioration des conditions de travail ou encore de la revalorisation de certaines catégories professionnelles : les infirmières, les paramédicaux et même les médecins⁸.

Donc les revendications de reconnaissance, par exemple des accueillantes, loin d'avoir à être considérées comme datant d'un autre temps pourraient constituer une épreuve radicale pour le mouvement à accepter en son sein une contestation portant sur son fonctionnement même, son propre recours à la flexibilité, l'adaptabilité, la mobilité, la polyvalence et autres avatars de la « démocratie dans le travail ».

Les accueillantes ont été prises pour point d'ancrage mais on pourrait tout aussi bien parler des médecins sous ce rapport. Eux aussi expriment parfois un souci de reconnaissance. Eux aussi formulent parfois ce qu'ils estiment être des spécificités catégorielles : la part souvent importante dans leur activité de leur fonction de coordi-

nation, la responsabilité médicale ultime, en particulier au plan juridique, etc. Une mauvaise humeur qui peut se manifester par exemple par une remise en question de la fameuse règle de « l'égalité salariale ». S'il est difficile de parler dans leur cas de revendication d'un statut, il n'en reste pas moins qu'ils expriment par-là à tout le moins un sentiment d'injustice ; un sentiment, à tort ou à raison, d'inégalité devant le travail. Face à ce constat deux attitudes sont possibles, soit faire porter la responsabilité de l'injustice sur les autres catégories soit se saisir de cette insatisfaction pour faire porter la réflexion sur les conditions du travail elles-mêmes, qui engagent toutes les catégories ensemble. Faire entendre une « critique sociale » pour interroger la réalisation concrète des grands principes, ceux de la « critique artiste » donc, plutôt que maintenir cette « critique sociale » sous le boisseau pour ne pas avoir à revisiter ces principes ; dans ce dernier cas le spectre dogmatique n'est pas loin et la frustration galopante non plus.

On le voit, l'heure est une nouvelle fois à la ré-articulation des deux types de critique, « critique artiste » et « critique sociale », présentes dans tous les mouvements contestataires depuis le XIX^{ème} siècle.

La problématique de la reconnaissance sectorielle en recoupe une autre qui concerne l'intergénérationnel. Les jeunes aussi, quel que soit leur secteur de travail, sont porteurs d'une critique sociale. Dans le secteur de la recherche aussi, les jeunes ne sont plus prêts à passer leur week-end devant leur ordinateur, à passer leurs soirées à d'interminables réunions, à raccourcir

leurs vacances pour saisir une opportunité de développer les activités de leur centre. Sont-ils pour cette raison d'irréductibles individualistes ? Peut-être mais seulement pour partie. Sont-ils pour cette raison des conformistes bêlants ? Peut-être mais pas dans leur majorité, car sinon que feraient-ils avec détermination dans la médecine sociale ? Leur position est une position critique, parfois malgré eux ; une position pragmatique certes mais critique. Cette position est-elle toujours entendue ? Le langage qu'elle emprunte pour s'exprimer est-il reconnu ? Peut-être les nouvelles générations sont-elles en train de retrouver le chemin de la théorie, théories de l'aliénation ou de l'exploitation qui se composent peu à peu et notamment au gré de l'action alter mondialiste, une théorisation fatalement complexe car à l'image des processus en cause ; une théorisation qui nous permette de sortir d'une logique d'action fondée sur la seule indignation et non sur un appareil argumentatif ; une théorisation qui permette de reconstituer du collectif à une époque caractérisée, dit-on, par la déconstruction des ensembles, syndicats, partis, classes...

Voilà, j'espère que ces questions que je vous soumetts pourront contribuer à leur tour à la relance de la critique. Pour conclure je dirais que le secteur professionnel ne me paraît pas être le niveau le plus pertinent pour affronter les enjeux du moment : retrouver le projet politique, se brancher sur l'extérieur – système hospitalier, lieux de citoyenneté - entendre l'altérité, accepter la critique interne - au fond éthique - sur l'actualisation des grands principes et les principes eux-mêmes... Tous ces enjeux me sem-

blent appeler plutôt une réponse transversale. De ce point de vue une pluridisciplinarité bien pensée me semble impliquer une unité, une unité dans la diversité certes, mais une unité, bien assumée.

(1) L. Boltanski, E. Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, Paris, 1999, pp. 241-242.

(2) Ibid., p. 245 et sq.

(3) L. Boltanski, E. Chiapello, op. cit ; p. 270.

(4) Ibid. p.279.

(5) J.-P. Le Goff, *La barbarie douce*, La découverte, Paris, p. 8.

(6) Op.cit., p. 105.

(7) L. Boltanski, E. Chiapello, op. cit ; pp. 572-573.

(8) L. Carton, « Les maisons médicales dans leur cadre socio-politique d'hier à aujourd'hui », *Santé conjugulée*, n°15, 2001, p. 9.

Les colloques d'équipe et leurs fonctions

Vanni della Giustina, psychologue au centre de santé intégrée de Bautista van Schowen

.....
Le colloque multidisciplinaire en maison médicale est-il un soutien à la réflexion du soignant ou un frein paralysant « l'intime conviction » du soignant ?

.....
 réunion d'équipe avec pour titre (un peu lyrique, sans doute) : « Le colloque multidisciplinaire à Bautista van Schowen est-il un soutien à la réflexion du soignant ou devient-il parfois un frein paralysant « l'intime conviction » du soignant ? ».

(*cum dolere* : souffrir avec, d'où est tiré le mot « condoléances »).

.....
Fonction conclusive

Une question est posée, il s'agit ici de trouver la réponse, de trancher, de prendre une décision, de conclure. La question type serait de l'ordre de : j'ai un diagnostic, quel traitement dois-je proposer ? On est clairement ici dans la logique linéaire du SOAP : Sujet ® Objet ® Appréciation ® Plan de travail. Fonction essentielle dans un centre de santé intégrée de première ligne, que l'on pourrait facilement qualifier de « fonction première ».

.....
 C'était il y a quelques mois à la maison médicale Bautista van Schowen lors d'une réunion d'équipe. « Une » médecin et une infirmière amenaient à la discussion une situation où un patient en soins palliatifs demandait l'euthanasie. Les deux personnes concernées par cette demande s'étaient construites une idée de la situation et des pistes de réponse et souhaitaient les proposer à une discussion d'équipe. La résultante de cette discussion fut un très grand malaise chez les deux collègues qui ne s'étaient pas du tout retrouvées dans la tournure qu'avait prise la discussion en équipe, jusqu'à s'être quasiment senties en porte-à-faux par rapport à la « construction soignante » qu'elles avaient jusque là douloureusement mise en place.

.....
 En guise d'introduction à cette discussion, j'avais présenté une grille de lecture (je dis bien une et non pas La) dans le but de tenter d'un peu mieux cerner les enjeux de ce qui se développe dans les colloques et qui peut parfois aboutir à des malentendus entre nous, voire des malaises importants. L'idée centrale est qu'il y a plusieurs fonctions dans un colloque d'équipe et qu'il peut arriver que le projet (explicite ou non explicite) de celui qui présente un cas à la discussion ne corresponde pas nécessairement au processus que le groupe adopte dans la discussion : c'est la définition même du malentendu.

Voici donc les différentes fonctions dans une présentation un peu différente de celle que j'avais alors adoptée, car ma réflexion a encore évolué suite à la discussion de ce jour-là.

.....
Fonction cathartique (soulageante)

On est ici essentiellement sur le registre de l'émotion du thérapeute qui ressent le besoin de mettre en mots une série d'événements qui l'ont touché dans un accompagnement. L'exemple type pourrait en être l'annonce du décès d'un patient : le soignant propose alors de partager sa souffrance avec les autres membres de l'équipe

.....
Fonction éclosive

C'est un jeu avec les mots : l'inverse de la conclusion, c'est l'éclosion. A certains moments, on ne peut pas parvenir tout de suite à une logique conclusive car il est nécessaire de prendre le temps de formuler la question. Ici, le schéma c'est que le soignant arrive à la réunion d'équipe avec un malaise ressenti dans un accompagnement sans qu'il n'arrive à bien identifier quelles en sont les sources : « Il y a quelque chose qui me dérange mais je ne suis pas arrivé à comprendre de quoi il s'agit au juste ». Ce qui crée l'impasse dans les relations thérapeutiques relève parfois de l'enfermement dans une certaine logique répétitive. La discussion de groupe peut alors permettre au soignant en difficulté de sortir (éclore : sortir de l'enclos) du cadre d'intervention dans lequel il se sent tourner en rond...



•••••
Fonction éthique

L'éthique, c'est l'art de poser les questions quant aux valeurs qui sont touchées lors de nos interventions. La question éthique classique est : « Que faire pour bien faire ? ». Benoît Van Cutsem (éthicien à l'Université catholique de Louvain) nous a enseigné que l'éthique est par définition une démarche pluridisciplinaire, résultant d'une confrontation ininterrompue entre différents points de vue. La « bonne décision éthique » résulte d'une dynamique entre trois pôles : les valeurs, la conscience morale (autrement appelée « l'intime conviction ») et la situation. Elle n'est pas une réflexion déductive du type « à partir de principes solides, je déduis ce qu'il y a à faire pour bien faire » mais un troisième pôle intervient, la situation : le patient est la norme spécifique ultime. Le patient, l'autre, a donc une place importante, une place centrale dans la réflexion éthique. Discussion complexe donc, proche de la démarche « éclosive » mais qui touche plus spécifiquement à la question du « bien faire » dans la relation au patient.

•••••
Fonction politique

Et bien oui, je pense que le politique est également convoqué dans nos réunions d'équipe qui concernent le travail avec les patients. Et ce à plusieurs titres. Notre façon de fonctionner en équipe non hiérarchisée pluridisciplinaire est un choix politique en soi qui a été par le passé considéré comme une hérésie avant d'être promu comme essentiel depuis peu grâce, par exemple, aux réflexions

qui ont été autorisées par le courant dit de la « culture palliative ». Si l'on entend le politique comme touchant à la question du « vivre ensemble », Luc Carton nous disait en '92 qu'il faut « continuer l'exploration des rapports de travail. [...] La transdisciplinarité, ce n'est pas l'addition d'une série de qualifications, c'est la transformation de chacune de ces qualifications ». Et l'on sait bien que cette exploration et cette transformation sont parfois loin de se faire sans mal, aussi chez nous. Fonction politique encore dans les prises de position auxquelles nous sommes amenés dans les discussions d'équipe et qui ont nécessairement une valeur d'acte politique, c'est-à-dire d'acte citoyen : les orientations prises concernant l'accueil des demandeurs d'asiles, la maltraitance, l'euthanasie, la médecine du travail, la santé mentale, etc.

Si l'on pense que la distinction entre ces différentes fonctions (et peut-être d'autres encore qui ont été oubliées) a quelque pertinence, on ne sera donc plus tellement étonnés de la survenance de pas mal de malentendus dans les suites de certaines réunions d'équipe. On se dira aussi peut-être que le SOAP qui est jusqu'à présent un outil central de ce qui fait trace dans

le suivi des patients est loin d'épuiser le registre de ce qui pose question et demande réflexion dans notre travail au quotidien.

Et pourquoi ne pas, en guise de conclusion, insister sur la nécessité qui m'apparaît d'autant plus prégnante, d'ouvrir des lieux de parole un peu plus « immunisés » du stress du quotidien pour continuer à approfondir et explorer ensemble ces différentes questions sans être à chaque fois sanctionnés par l'urgence de la mise en acte. Je pense par exemple, vous l'aurez compris, au groupe d'intervention tel celui qui est proposé par l'intergroupe liégeois des maisons médicales.

Prévention du suicide et pratiques de réseau(x)

Claude Renard, expert en évaluation, président de la Société francophone de prévention du suicide

.....

La problématique du suicide dans les pays industrialisés représente une des causes les plus importantes de mortalité dans les tranches d'âge les plus actives. Outre la perte individuelle ressentie par toutes les familles qui ont à assumer le deuil d'un des leurs, la perte sociale est également importante, ne serait-ce que par le nombre exprimé en « années de vie perdues ».

.....

La Belgique n'est pas épargnée par cette problématique. Elle se situe même parmi les pays européens où le taux de mortalité par suicide est un des plus élevés. Cette réalité inquiète tant les politiques que les experts en santé publique et en santé mentale. Comment développer des prévenir le suicide, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes ?

La complexité de la réalité du suicide nécessite un questionnement préalable. Complexité par le fait d'abord que les idéations suicidaires qui conduisent au passage à l'acte sont vécues singulièrement par le sujet en souffrance dans un registre de discrétion. Complexité aussi par la multitude des facteurs de risque à prendre en

Texte rédigé à l'occasion du colloque Prévention du suicide et pratique de réseau, Liège, octobre 2002.

considération pour développer des programmes pertinents. Complexité également par la différenciation de son processus temporel et des moyens utilisés en fonction de l'âge et du sexe de la personne suicidaire. Complexité enfin par la multiplicité tant des secteurs touchés : familles, écoles, milieux de travail, prisons, lieux d'accueil et d'asile, maisons de repos et de soins que par les disciplines concernées : santé publique, santé mentale, sciences sociales, sciences politiques, ...

La complexité inhérente à cette problématique nécessite d'accorder une attention toute particulière aux stratégies différenciées à construire. Les expériences menées dans différents pays industrialisés précurseurs (Canada, Suisse, France...) en regard de leurs propres politiques de santé nous instruisent sur la difficulté à construire et à implanter des actions efficaces à réduire le taux de mortalité par suicide, voire à diminuer sa progression.

Les (trop) rares évaluations réalisées dans le champ de la prévention du suicide sont néanmoins intéressantes dans leurs conclusions. Elles nous rappellent que les interventions ponctuelles basées sur l'information ont très peu d'impact, que les programmes basés sur la réduction des risques ou sur les facteurs de risques n'atteignent pas les effets escomptés et peuvent s'avérer contre-productifs notamment auprès du public adolescent et que les actions planifiées de manière trop sectorisée sont insuffisantes à rencontrer la réalité complexe de la souffrance des sujets. De nouvelles stratégies sont à concevoir et à expérimenter dans le champ de la prévention. Leur conception et

leur expérimentation ne peuvent s'inscrire qu'au sein d'un contexte pluridisciplinaire et transversal. Ce contexte est celui de la pratique de réseaux.

Le colloque qui s'est tenu à Liège en novembre dernier était organisé autour de ce thème. Des experts en santé mentale, en évaluation de programmes mais également des acteurs de terrain ont confronté leurs résultats de recherche et leurs expériences. Plusieurs axes de questionnement se sont croisés : celui des concepts de base, de la méthodologie, de l'évaluation, des spécificités associées à certains groupes à risques, des questions éthiques incontournables à toute stratégie de prévention et de recherche.

La qualité des présentations et des échanges entre les orateurs et les participants, tant en séances plénières qu'en symposiums ou en ateliers ont caractérisé cette semaine riche en enseignement et en recommandations. De nouvelles questions émergent quant aux processus d'intervention à mettre en place, aux protocoles de recherche à construire et aux processus d'évaluation à mettre en place. Ces nouveaux développements laissent entrevoir des perspectives intéressantes de poursuite d'une telle initiative.

Les actes du colloque seront disponibles vers octobre 2003 à la Maison du social de la province de Liège, 28 boulevard d'Avroy à 4000 Liège, par fax 00 32 (0)4 232 31 77 ou par courriel : Joelle.Gerardy@prov-liege.be.

Le réseau : jeux et enjeu

Axel Geeraerts, sociologue, directeur du Centre de prévention du suicide à Bruxelles

De quelques dangers du travail en réseau et des stratégies des usagers pour y échapper.

Ces dernières années, le travail de réseau est incontestablement à la mode. De plus en plus, on entend parler de réunion de coordination, de mise en réseau, de collaboration entre les services, etc. Ce mouvement se traduit jusque dans des directives officielles, de plus en plus de pouvoirs subsidiant obligeant les institutions et autres services à développer des pratiques de réseau. Dans le domaine de la santé publique, la notion de « réseau et circuit de soin », déjà bien présente dans le nord du pays et qui est en passe de se concrétiser à Bruxelles comme en Wallonie, n'est qu'un exemple parmi d'autres.

Texte rédigé à l'occasion du colloque Prévention du suicide et pratique de réseau, Liège, octobre 2002 - Table ronde de clôture.

Quatre risques majeurs

Vouloir travailler ensemble autour d'une même question, d'un même problème, c'est évidemment une bonne chose. Aller à l'encontre des querelles de clocher pour mobiliser tous les acteurs ne peut que remporter tous les suffrages.

Durant ces quatre jours de congrès, on nous a présenté une série de projets, d'études, d'initiatives de terrain mettant en place cette notion de réseau. Sans vouloir remettre en question l'utilité de ces démarches, nous aimerions peut-être aller à l'encontre de quelques idées reçues. Car, est-ce que le travail en réseau est nécessairement et obligatoirement une bonne chose ?

Avant de développer de telles pratiques, ne faut-il pas s'interroger sur la véritable pertinence de ce type de travail et, partant de là, sur les risques majeurs qu'il engendre, non pas pour les professionnels mais bien, et c'est là l'enjeu, pour les usagers eux-mêmes.

De prime abord, nous entrapercevons dans le travail de réseau quatre risques majeurs : programmation, unicité, exclusion, contrôle social.

Un premier risque à la mise en place d'un travail de réseau est que celui-ci devienne pour l'utilisateur un réseau programmatique, linéaire. Au départ d'un premier service généraliste (une porte d'entrée), l'utilisateur se retrouverait pris, pour une problématique donnée, dans un programme d'aide et de soin unique, même si ce programme peut paraître hétérogène sur le terrain parce que mis en place par des

associations différentes. L'idéal du *one best way* en quelque sorte...

Dans une même idée, un deuxième risque réside en une qualification unique et par la même réductrice de la problématique. A trop nous concerter, à trop vouloir tout partager, le risque n'est-il pas de nous mettre d'accord sur une qualification unique de la problématique des usagers, réduisant ainsi le champ de vision et, par la même, le champ des possibles ?

Troisièmement, nous pensons que pour qu'un travail de réseau soit pertinent, il doit obligatoirement être centré sur les usagers eux-mêmes. Ceci signifie qu'à chaque niveau, l'utilisateur doit se retrouver au centre des préoccupations. Le risque existe que les professionnels développent des pratiques de réseaux desquelles ils retirent satisfaction (partage des informations, partage des émotions, partage des responsabilités) mais dont l'utilisateur est exclu car ne s'y retrouvant pas personnellement.

Enfin, il ne faudrait pas que les réseaux mis en place deviennent des agents de contrôle social au service d'un « bien être » généralisé et uniformisé, défini par les politiques de santé régionales, fédérales ou encore européennes.

Des questions inhabituelles

Ces quatre risques majeurs ne sont certainement pas les seuls et il serait intéressant de mener une étude plus approfondie sur la question. Mais pour que cette démarche aboutisse, peut-être faut-il changer notre optique de

• **Le réseau : jeux et enjeu**
• **(suite)**
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

travail habituelle et nous poser des questions inhabituelles...

Lorsqu'un usager, envoyé par un service dans un autre, n'y arrive pas, est-ce le signe d'un échec ou pouvons-nous faire l'hypothèse que c'est le résultat d'un choix, plus ou moins inconscient, du dit usager ? Ne qualifions-nous pas trop vite de doublons des demandes similaires qui aboutissent à plusieurs endroits ? Et qu'en est-il des vides, des espaces blancs, que nous, professionnels, ne maîtrisons pas ? Est-ce obligatoirement des lieux d'errance ou plutôt des stratégies développées par les usagers ? Et si, finalement, tout cela constituait des micro-réseaux mis en place non pas par les professionnels, mais par ceux pour qui nous travaillons ?

Dans une problématique telle que le suicide, cette démarche nous paraît essentielle. En effet, si nous nous accordons à dire que le suicide n'est qu'un symptôme d'une souffrance multiple, nous devons également développer des stratégies d'intervention différentes et variées.

C'est donc dans cette optique que nous, au Centre de prévention du suicide, nous souhaitons poursuivre une réflexion avec les différents partenaires.

Et, en finale, posons-nous la question : si nous demandons à un homme en souffrance s'il veut parler à un intervenant ou à un réseau, que croyez-vous qu'il répondra ?