

## Pour une gauche médicale

### MÉDECINE RÉPARATRICE OU ÉMANCIPATRICE ?

Dans les jeunes générations qui s'ouvraient à la conscience politique à la veille de mai 68, deux espèces cohabitaient. À côté d'une nouvelle gauche purement politique, des gauches plus spécialisées aspiraient à révolutionner leur domaine d'activité conformément à un projet général de transformation. Ces mouvements affectèrent de nombreuses professions à fort contenu idéologique : les avocats, les journalistes, les architectes, les artistes...

Et les médecins, dont la profession a connu sans doute la plus radicale remise en cause. C'est dans ce sens que nous parlons d'une « gauche médicale ».

Dans ce dossier, nous racontons ses engagements : ceux d'hier, d'aujourd'hui, peut-être de demain. ■

*Georges Bauherz, Cécile Bolly, Jonathan Bouvy, Fanny Dubois, Jean Hermesse, Perrine Humblet, Jean Laperche, Catherine Markstein, Francis Martens, Sofie Merckx, Ingrid Morales, Marinette Mormont, François Perl, Thierry Poucet, Ariane Rixout, Michel Roland, Edgar Szoc, Jean-Pierre Unger, Monique Van Dormael.*

## Pour une gauche médicale

### MÉDECINE RÉPARATRICE OU ÉMANCIPATRICE ?

Conversation

**SAND/LAGROU : L'HISTORIEN, COMPLICE OU CRITIQUE ?**

Gauche

**PORTUGAL : UNE EXPÉRIENCE INÉDITE**

Enseignement

**LE « PACTE D'EXCELLENCE » : UN DÉFI À LONG TERME**

ET TOUTES LES CHRONIQUES D'UN TRIMESTRE

ÉTÉ 2017 : PÉRILLEUX TRAPÈZE AU CIRQUE POLITIQUE  
Jean-Claude Salemi



## SOMMAIRE

- 2 LA CHRONIQUE DESSINÉE DE JEAN-CLAUDE SALEMI
- 4 Crime contre la civilisation | LE TRIMESTRE D'HENRI GOLDMAN
- 7 Mon corps, un délit ? | LA CHRONIQUE INTIME DE DELPHINE CHABBERT
- 8 **CONVERSATION**  
L'historien, complice ou critique ? – *Shlomo Sand et Pieter Lagrou*
- 25 Publifin à la Silicon Valley | LA CHRONIQUE SOCIALE DE MATEO ALALUF

### LE DOSSIER

## Pour une gauche médicale

- 26 Présentation
- 28 1964-1990 : le Germ, pour un système de santé solidaire –  
*Thierry Poucet et Monique Van Dormael*

### Des principes

- 39 Parce que la santé n'est pas une marchandise – *Jean Hermesse et Jonathan Bouvy*
- 47 Défendre la sécurité sociale en Europe – *Jean-Pierre Unger, Ingrid Morales et Michel Roland*
- 60 Santé pour tous ? – *Perrine Humblet*
- 63 Salut la santé... – *Georges Bauherz*
- 65 Les soins de santé entre social et marchand – *Fanny Dubois et François Perl*
- 69 Les médecines non conventionnelles penchent-elles à gauche ou à droite ? – *Georges Bauherz*

### Des pratiques

- 75 1945-1990 : maisons médicales, semailles et germination –  
*Marinette Mormont et Michel Roland*
- 82 Médecine pour le peuple – *Sophie Merckx*  
*Commentaire : Georges Bauherz*
- 86 Faut-il encore se battre contre l'Ordre des médecins ? – *GB*
- 87 La piste humanitaire – *entretien avec Michel Roland*
- 91 L'autre Illich – *GB*
- 92 Secret professionnel, droit et démocratie – *Francis Martens*
- 95 Genre, féminisme et pratiques médicales – *Catherine Markstein et Ariane Rixout*
- 102 De la médecine générale en milieu rural – *Jean Laperche et Cécile Bolly*

- 105 La visibilité des racisé-e-s | LA CHRONIQUE MÉTISSÉE DE RABAB KHAIRY

### 106 GAUCHE

Portugal : une expérience inédite – *José-Manuel Nobre-Correia*

### 116 ENSEIGNEMENT

Le « Pacte d'excellence », un défi à long terme – *Nadine Plateau*  
*Commentaires : Jacques Liesenborghs*

- 129 Le complot russe | LA CHRONIQUE AMÉRICAINE DE JÉRÔME JAMIN

- 130 Asseoir le pouvoir | LA CHRONIQUE IMAGE DE HUGUES LE PAIGE



LE TRIMESTRE D'HENRI GOLDMAN

## Crime contre la civilisation

**D**es grands mots peut-être. Mais la civilisation, ce n'est pas seulement les grandes découvertes et les œuvres d'art. C'est aussi, c'est d'abord tout ce qui fait échapper l'humanité au pur rapport de forces, à la loi de la jungle, au règne sans contrepoids des forts sur les faibles. C'est l'émergence des droits humains qui protègent les individus et les minorités du despotisme, fut-il validé par le suffrage universel comme en Pologne, en Turquie ou aux États-Unis. C'est aussi la lente construction des systèmes de solidarité sociale où les personnes âgées, handicapées ou malades sont prises en charge par la collectivité, où, comme on vous le raconte dans ce numéro, l'accès à une médecine de qualité cesse d'être un privilège de classe. C'est, enfin, l'existence de politiques publiques à portée universelle dans l'enseignement, la santé, la Justice, les transports, la culture, l'environnement – l'air, l'eau, les paysages, le climat – qui constituent notre patrimoine commun et doivent pouvoir échapper au rouleau compresseur du marché.

La sécurité sociale et les services publics ont un coût. Il est élevé. C'est à leur financement que servent les impôts, les taxes et les cotisations sociales prélevées directement sur les salaires. Le degré de civilisation atteint par une société se mesure à la hauteur de ces prélèvements et à la qualité de leur répartition et de leur affectation. C'est même ce critère qui a longtemps distingué la droite libérale de la gauche social-démocrate et qui a pu conserver à cette dernière une large adhésion populaire. Du moins tant que les résultats étaient au rendez-vous.

**M**ais là, on s'exprime au passé. Car cette adhésion n'est jamais donnée une fois pour toutes. D'abord, il faut que la qualité des services fournis soit à la hauteur des attentes. Ensuite, qu'on puisse faire confiance à leurs gestionnaires : l'argent public doit être affecté aux objectifs fixés sans qu'une bonne partie ne se perde en cours de route dans une tuyauterie inutilement complexe. Face à l'idéologie libérale qui nous serine que « le privé » est toujours plus efficace que « le public » pour gérer quoi que ce soit, il fallait pouvoir démontrer qu'il n'est pas nécessaire d'être animé par l'esprit de lucre pour servir honnêtement l'intérêt général.

Cela fait des années que cette adhésion s'érode. Les remèdes de cheval prescrits par l'Union européenne ont débouché sur le définancement de la plupart des services publics, abandonnant au privé des pans entiers de l'organisation sociale. Un modèle managérial inspiré du « monde de l'entreprise » supposé tellement performant a implanté dans les services publics une couche de managers-mercenaires surpayés dont les résultats ne sont absolument pas à la hauteur de leurs prétentions et de la taille de leurs parachutes dorés. Restait au moins le pilotage politique, surtout quand il était assuré par des camarades... Et là, patatras.

Les scandales de l'année – Publifin, ISPPC, Samusocial, en attendant les suivants qui s'annoncent déjà – n'ont pas eu comme seule conséquence la perte de confiance dans le personnel politique. C'est bien pire : il s'agit de la perte de confiance dans la légitimité de l'impôt. Si l'argent que nous libérons de bon cœur pour le financement des fonctions collectives sert à entretenir une caste à la fois vénale et incompétente, autant le garder pour nous. Comment alors éviter que, lors des négociations sociales, tout le monde

se mette d'accord pour privilégier l'augmentation du « salaire poche » et du « pouvoir d'achat » au détriment du salaire socialisé sous la forme de services publics performants ? Avoir miné cette confiance au sein du « peuple de gauche », c'est là le crime majeur contre la civilisation commis par les Moreau, Gilles et autres Mayeur et Peraïta, ainsi que par le système qui les a produits.

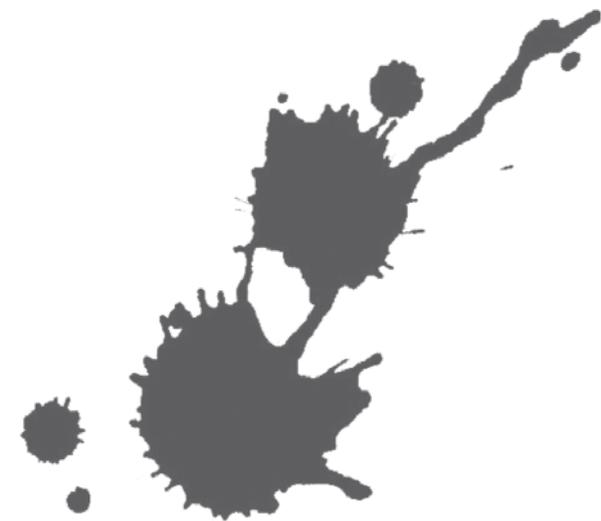
L'énorme chantier dit de la « gouvernance » n'est donc pas une petite affaire dont on sera vite débarrassé. Remplacer quelques têtes, supprimer des structures parasites et les mandats qui vont avec, cela ne suffira pas à restaurer la confiance. Il faudra inventer une autre philosophie gestionnaire, moins bureaucratique et plus horizontale, en associant largement les travailleurs et les usagers. Mais même une gouvernance assainie ne donnera aucun résultat sans une révolution fiscale égalitaire, sollicitant au profit de la solidarité les hauts revenus qui ne se sont jamais aussi bien portés.

**MÊME UNE  
GOUVERNANCE ASSAINIE  
NE DONNERA AUCUN  
RÉSULTAT SANS UNE  
RÉVOLUTION FISCALE  
ÉGALITAIRE.**

**D**onc, Il paraît que la tornade éthique de ce printemps a donné des idées à Benoît Lutgen, président d'un CDH en lent déclin historique. En voulant « débrancher la prise » des trois gouvernements francophones, il a publié l'acte de décès du vieux compromis politique entre sociaux-démocrates et démocrates-chrétiens qui a fait la plupart des gouvernements depuis la Libération. Personne ne fut dupe. Pour le noyau dirigeant du CDH, le discrédit qui frappe la gouvernance publique sous hégémonie socialiste n'est qu'un prétexte grossier. L'exemple du CD&V, même affaibli, lui sert de boussole : on peut survivre en étant la caution de gauche d'un gouvernement de droite, tandis qu'en étant la droite d'un gouvernement de centre-gauche, on est voué à la disparition car, à cet endroit, on ne sert plus qu'à défendre les intérêts d'un lobby qui se racapote inexorablement.

C'est ici qu'on partagerait bien ce cri du cœur de l'ancien responsable écolo José Daras : « *Je rêve d'un parti socialiste qui soit vraiment socialiste, d'un parti libéral qui soit vraiment libéral et d'un CDH qui ferme sa gueule.* »

**P**endant ce temps, chez nos voisins du Sud, le quinquennat d'Emmanuel Macron commence très fort. Celui qui allait donner un coup de jeune au vieux centrisme du « ni-ni » (ni de gauche ni de droite) n'a pas tardé à confirmer l'adage : le « ni-ni » penche toujours du même côté. Qu'il s'agisse de son casting parlementaire ou de ses premières mesures (fiscalité, code du travail), il fait la démonstration qu'on peut très bien avoir le ventre plat et mettre en œuvre les idées les plus éculées qui soient. ■



# S'abonner à POLITIQUE

*Politique*, nouvelle formule (2017), c'est 4 numéros de 132 pages par an + 1 numéro spécial.

## Particuliers

Papier : 45€ (ordre permanent : 3,75€/mois)

PDF : 40€ (ordre permanent : 3,3€/mois)

Combiné : 50€ (ordre permanent : 4,2€/mois)

## Institutions/sociétés

Papier : 48€ (ordre permanent : 4€/mois)

PDF : 43€ (ordre permanent : 3,6€/mois)

Combiné : 53€ (ordre permanent : 4,4€/mois)

Pour d'autres tarifs – réduits (pour chômeurs/euses, étudiant-e-s, BIM)

et pour l'étranger –, voir tous les détails ici : [www.revuepolitique.be/abonnement/](http://www.revuepolitique.be/abonnement/).

Tout nouvel abonnement à la formule papier donne droit à un livre gratuit.

Virement à effectuer sur le compte bancaire

BE67-2100-3271-1987 au nom de *Politique* asbl.

**POLITIQUE**, c'est aussi un site internet, à visiter : [www.revuepolitique.be](http://www.revuepolitique.be).

Numéro 102, à paraître en décembre 2017.



## POLITIQUE

est une revue belge d'analyse et de débat  
qui paraît 4 fois par an

**directrice de la publication** | France Blanmailland

**rédacteur en chef** | Henri Goldman

**rédactrice en chef adjointe** (site internet) | Joanne Clotuche

**secrétaire de rédaction** | Jérémie Detober

**gestion et finances** | Bernard Richelle

**collectif éditorial** | Mateo Alaluf, Pierre Ansay, Pierre Beaulieu,

Maryam Benayad, Rachel Brahy, Dominique Cabiaux,

Carlo Calderini, Delphine Chabbert, Luca Ciccio,

Carlos Crespo, Willy Estersohn, Bruno Frère, Jean-Paul Gailly,

Marc Jacquemain, Jérôme Jamin, Jean-Jacques Jaspers,

Karim Jguirim, Rabab Khairy, Hugues Le Paige, Philippe Marlière,

Gabriel Maissin, Grégory Mauzé, José-Manuel Nobre-Correia,

Laurence Noël, François Perl, John Pitseys, Thierry Poucet,

Gratia Pungu, Erdem Resne, Caroline Sägesser, Edgar Szoc,

Anne-Françoise Theunissen, Caroline Van Wynsberghe,

Violaine Wathelet

**administration et rédaction**

rue du Faucon, 9 – B1000 Bruxelles

+32 (0)2 538 69 96

courriel : [info@politique.eu.org](mailto:info@politique.eu.org)

site : [www.revuepolitique.be](http://www.revuepolitique.be)

**mise en page** | ZINC

*Politique* est publiée par l'asbl *Politique*

avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles.



FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES

*Politique* participe à Mag-Ximize, un projet qui vise à mutualiser certains services (communication, diffusion et vente) de médias belges alternatifs, progressistes et indépendants.

Ce partenariat est soutenu par la Région de Bruxelles-Capitale.

[www.magximize.be](http://www.magximize.be)



LA CHRONIQUE INTIME DE DELPHINE CHABBERT

## **Mon corps, un délit ?**

30 JUIN 2017 : SIMONE VEIL EST MORTE

Rares sont les personnalités politiques qui inspirent des commentaires aussi ambivalents et subtils que Simone Veil. « Progressisme tempéré », « modernité prudente », « fausse et incandescente modérée », « académicienne mais rebelle », « bourgeoise mais pas soumise »... La hauteur de son action nous élève jusque dans nos mots. Après plus d'une année de déclarations nauséabondes et de tweets politiques aussi vulgaires qu'affligeants, on savoure notre plaisir. Et notre peine aussi.

Le 26 novembre 1974, devant une Assemblée nationale composée à 95 % d'hommes, pour beaucoup hostiles, agressifs et hypocrites, Simone Veil projette la France dans un monde de respect et de droits pour les femmes, leur reconnaissant la capacité à décider pour elles-mêmes et protégeant leur santé. L'interruption volontaire de grossesse devient légale. Quelques années plus tard, l'IVG est remboursée par la sécurité sociale et le délit d'entrave est créé.

Le 30 juin 2017, en Belgique, l'avortement est encore un délit. Inscrit dans le code pénal, l'IVG est considéré comme un crime contre « l'ordre des familles et la morale publique ». Rien que ça. Dans les faits, bien heureusement, l'avortement est autorisé, encadré par des professionnels de la santé et remboursé par l'Inami. Environ 20 000 femmes sont concernées chaque année. Sans sanction mais avec un fond de stigmatisation et de culpabilisation. Les jugeant potentiellement criminelles, le législateur ne leur reconnaît pas la capacité de faire le bon choix pour elles-mêmes. Leur corps ne leur appartient pas complètement. Quel homme supporterait cela ?

En juin 2017, plusieurs partis politiques belges ont déposé des propositions de lois pour dépénaliser l'IVG : Défi, PS, Ecolo-Groen, SPA et PTB, aujourd'hui rejoints par un parti de la majorité fédérale, l'Open-VLD. Le MR, par la voix de la présidente du Sénat et d'autres ténors du parti, voudrait soutenir cette revendication, mais il est mal pris avec le CD&V et la N-VA qui y sont opposés. Ce 28 juin 2017, alors qu'une majorité alternative existe, le débat à la commission Justice de la Chambre a tout simplement été ajourné par un vote majorité contre opposition.

La France de 1974 a grandi par le courage de Simone Veil. Ici, on enrage du manque de force politique, de ces archaïsmes de la pensée et de la petitesse de nos élus. Heureusement, des voix et des figures s'élèvent et gagnent. Ailleurs. En Grande-Bretagne, la députée travailliste Stella Creasy a défié le gouvernement et emporté « une lutte de plusieurs décennies » : les Nord-Irlandaises contraintes d'avorter en Angleterre seront remboursées par le système de santé britannique.

D'autres résistent et défendent leurs droits de façon exemplaire, en Espagne, en Pologne ou en Hongrie.

Alors nous serons (vous serez ?) dans la rue le 28 septembre 2017, journée internationale du droit à l'avortement, pour faire reconnaître l'IVG comme un droit fondamental partout en Europe. Un droit reconnu, au passage, par l'OMS et l'ONU. Nous les femmes, ensemble avec les hommes, nous continuerons à défendre nos droits, parce que « *n'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis.* » Citation bien connue d'une autre célèbre Simone, auteure du Manifeste des 343 salopes qui ouvrit la voie au combat de Simone Veil. ■

RENCONTRE

# L'HISTORIEN, COMPLICE OU CRITIQUE?

conversation entre  
Shlomo Sand et Pieter Lagrou,  
historiens

Propos recueillis et retranscrits  
par Jean-Jacques Jespers



Clio, muse de l'Histoire, par Randolph Rodgers,  
Gettysburg (États-Unis)



En publiant, en 2008, *Comment le peuple juif fut inventé* (Paris, Fayard), Shlomo Sand, né en 1946 à Linz (Autriche), docteur de l'École des hautes études en sciences sociales de Paris et professeur émérite de l'université de Tel-Aviv, a bouleversé profondément les idées concernant le sionisme et la création de l'État d'Israël. Grâce notamment à des sources archéologiques israéliennes, Sand remettait en cause les grands mythes légitimant le « retour » des Juifs en Palestine, notamment le mythe de l'Exode après la destruction du Temple en 70, ou ceux du sentiment national unanime et de l'unité biologique ou ethnique des Juifs. Pour Sand, l'expansion du judaïsme hors de son foyer historique est due davantage aux conversions qu'à la dispersion d'un peuple originel et les Palestiniens – comme le reconnaissait Ben Gourion lui-même en 1947 – ne sont que les descendants des paysans de Judée, de Galilée et de Samarie, qui n'ont jamais quitté leur terre.

Accueilli d'abord par un silence médiatique assourdissant, ce livre a fini par conquérir un large public et par recevoir le prix Aujourd'hui en 2009. Il a été traduit depuis lors en hébreu et dans 20 autres langues. Inutile de dire que la droite israélienne a accueilli ce succès littéraire avec fureur et traité Shlomo Sand de traître à la patrie. Ces relations difficiles avec son pays ont amené l'historien à poursuivre son activité éditoriale dans la même direction, en publiant notamment *Comment la terre d'Israël fut inventée* (Paris, Flammarion, 2012) et, dans la foulée, *Comment j'ai cessé d'être juif* (Paris, Flammarion, 2013), dont il justifie le titre

de la façon suivante : « *Supportant mal que les lois israéliennes m'imposent l'appartenance à une ethnie fictive, supportant encore plus mal d'apparaître auprès du reste du monde comme membre d'un club d'élus, je souhaite démissionner et cesser de me considérer comme juif.* »

Son observation de ses collègues, notamment, a conduit Shlomo Sand à dénoncer le caractère mythologique de l'histoire en général, dans un ouvrage paru en 2015, *Crépuscule de l'histoire*. Il y éreinte, en particulier, la tradition historiographique française, dont il est pourtant issu et qu'il accuse d'être engluée, quoiqu'elle s'en défende, dans le conformisme et dans le « roman national ». On devine toutefois qu'à travers l'école française, c'est aussi l'historiographie israélienne *mainstream* qui est visée, en tant que propagatrice obstinée des mythes que Sand a dynamités.

En mars 2017, l'université Saint-Louis de Bruxelles a eu l'idée (l'audace ?) de confier à Shlomo Sand sa chaire Francqui afin qu'il vienne y faire cinq conférences sur le rôle de l'histoire et de l'historien. Mal lui en a pris : les autorités académiques ont reçu une lettre « très à cheval » de l'ambassade d'Israël, considérant cette invitation comme inopportune et conseillant à l'université de convier à l'avenir des historiens israéliens « plus sérieux ». La liberté académique n'a pas le même sens partout.

C'est à cette occasion que *Politique* a organisé une rencontre entre Shlomo Sand et Pieter Lagrou, professeur d'histoire contemporaine à l'ULB et représentant éminent de la « nouvelle école historique » belge. Vous trouverez dans ces pages le compte rendu de ce dialogue qui jette une lumière passionnante sur le rôle des historiens dans l'Histoire. ■

**PIETER LAGROU** : Votre livre<sup>1</sup> évoque les relations entre l'histoire et l'élaboration des nations. On pourrait dire que les rapports entre l'historien et le nationalisme ressemblent un peu aux rapports entre le cultivateur de pavot et l'héroïnomanie. Les historiens disent : « *Nous produisons le produit, on n'est pas responsables de ceux qui y sont accros.* »

**SHLOMO SAND** : Eric Hobsbawm<sup>2</sup> était sarcastique à ce propos : « *C'est nous qui faisons de l'opium pour les masses...* » Dans *Crépuscule de l'histoire*, je formule une sorte de conclusion de mon travail d'historien, j'observe les démarches en histoire et je fais une critique du métier d'historien. Marc Bloch<sup>3</sup> a considéré, dans son livre, que le métier d'historien consistait en une *apologie pour l'histoire*<sup>4</sup> ; moi, j'aurais dit que le métier d'historien est de faire une *critique de l'histoire*. J'ai toujours été critique sur beaucoup d'aspects de la discipline. Comme historien, j'ai grandi dans le cadre de l'École des hautes études en sciences sociales<sup>5</sup>,

1 *Crépuscule de l'histoire*, Paris, Flammarion, 2015.

2 Ce grand historien britannique (1917-2012), de filiation intellectuelle marxiste, a approfondi la connaissance des nations et des nationalismes, ainsi que celle des mythes qui les fondèrent aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles en Europe. Il est à l'origine des notions de « long XIX<sup>e</sup> siècle » (de 1789 à 1914) et de « court XX<sup>e</sup> siècle » (de 1914 à 1991). On lui doit plusieurs ouvrages fondamentaux, notamment *L'Ère des révolutions 1789-1848* (Bruxelles, Complexe, 1988), *L'Ère du capital 1848-1875* (Paris, Hachette, 1997), *L'Ère des empires 1875-1914* (Paris, Hachette, 1997) et, sans doute le plus célèbre, *L'Âge des extrêmes : le court XX<sup>e</sup> siècle 1914-1991* (Paris-Bruxelles, Le Monde Diplomatique-Complexe, 1999).

3 Le médiéviste Marc Bloch (1886-1944) a orienté la recherche historique vers des champs délaissés jusqu'alors (l'économie, les mœurs, le travail,...) et prôné le recours aux sources archéologiques, artistiques et numismatiques. Engagé dans la Résistance, il a été fusillé le 16 juin 1944.

4 *Apologie pour l'histoire ou métier d'historien* (1941), in *L'Histoire, la Guerre, la Résistance*, Paris, Gallimard, coll. « Quarto », 2006.

5 L'EHESS, établissement indépendant de l'Université, est l'héritière, depuis 1975, de la 6<sup>e</sup> section de l'École pratique des hautes études, fondée en 1868. Cette 6<sup>e</sup> section, intitulée « Sciences économiques et sociales », avait été créée en 1947 par Lucien Febvre (v. note 12).

proche des idées des *Annales*<sup>6</sup>. J'ai même enseigné, à la fin, à l'École. En arrivant aujourd'hui à réfléchir sur l'Histoire, je considère que c'est l'État-nation qui a créé le métier d'historien comme métier principal de la pédagogie nationale. Je constate que des matières comme l'économie, la philosophie, l'anthropologie, la sociologie ne sont pas enseignées au lycée. Logiquement, pour créer de bons citoyens dans un État démocratique, on devrait enseigner le droit. Et pour créer des personnes rationnelles du point de vue économique, il faudrait enseigner l'économie. Or ni l'économie, ni le droit, pour ne pas parler de la philosophie, ne sont enseignés dans les États-nations, de la Belgique à l'Irak de Saddam Hussein. Mais on

**« NI L'ÉCONOMIE,  
NI LE DROIT,  
POUR NE PAS PARLER DE  
LA PHILOSOPHIE, NE SONT  
ENSEIGNÉS DANS LES  
ÉTATS-NATIONS, »**

enseigne partout l'histoire, à l'école primaire et au lycée. Pourquoi ? Le passé est-il tellement important pour construire des citoyens, des démocrates, des personnes rationnelles ? Une cer-

taine connaissance du passé fait-elle de nous des êtres humains meilleurs, plus moraux ?

J'en suis venu à comprendre que l'histoire n'est pas seulement une matière analysée dans le cadre de recherches universitaires : c'est une matière *pédagogique*, au même titre que la géographie, les mathématiques, la physique, la littérature et les langues. À partir du XIX<sup>e</sup> siècle, la fonction principale de l'histoire a été d'aider à constituer des nations. Pour créer cette identité majeure de l'époque moderne, la nation, il y avait beaucoup de difficultés : il fallait prendre des matières culturelles plurielles pour

6 La revue *Annales d'histoire économique et sociale* (depuis 1994 : *Annales. Histoire, Sciences sociales*), fondée en 1929 par Marc Bloch et Lucien Febvre et éditée par l'École des hautes études en sciences sociales, est à l'origine d'un courant historiographique appelé « école des *Annales* », caractérisé par une perspective globalisante et par une approche transdisciplinaire, intégrant les sciences sociales.

« SI, EN EFFET,  
L'HISTOIRE SERT À  
CONSTRUIRE DES  
HÉGÉMONIES CULTURELLES,  
ELLE SERT AUSSI À LES  
DÉCONSTRUIRE. »

construire quelque chose d'homogène. La fonction d'homogénéité de la nation a été pro-

duite par le moyen des historiens et des géographes (il y a des cartes sur les murs des classes, sinon vous ne connaîtriez pas les limites de votre patrie!). Les historiens et les géographes (avec, évidemment, la langue, la littérature) ont beaucoup contribué à constituer les nations. C'est la raison pour laquelle l'histoire était tellement au centre de la pédagogie étatique de tout État-nation, qu'il s'agisse de démocratie libérale, de démocratie autoritaire ou d'État totalitaire.

Même à l'époque de Staline, les petits et les grands élèves russes ont toujours appris l'histoire. Je ne dis pas que l'histoire doit disparaître – il faudra toujours lire les livres d'histoire – mais je constate que l'histoire a fonctionné comme une matière assez conservatrice. Elle a homogénéisé une culture plurielle en une culture nationale et, en plus, elle a tenté de démontrer que dans le passé, nos ancêtres (les Belges, les Gaulois, les Hébreux...) agissaient déjà pour créer l'État-nation. En outre, pendant des années, l'histoire, c'était surtout l'histoire politique. Dès le début de l'histoire académique, au début du XIX<sup>e</sup> siècle en Prusse, et jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, l'histoire était politique. De Tacite<sup>7</sup> à Gibbon<sup>8</sup>, les historiens ont toujours été du côté du pouvoir, nourris par le pouvoir et en rapport direct avec les élites politiques. Leur niveau d'autonomie relative était très bas. En général, il n'y avait pas – ou presque pas – d'historiens contestataires.

**PIETER LAGROU** : Est-ce que cela n'est pas surtout, pour l'Europe occidentale du moins, une histoire du XIX<sup>e</sup>

7 Publius Cornelius Tacitus (58-120), historien et sénateur romain, auteur notamment de *La Vie d'Agricola*, *La Germanie*, *Les Histoires* et *Les Annales*. Il décrit le règne des empereurs romains.

8 Edward Gibbon (1737-1794), historien et homme politique britannique, est surtout connu pour son ouvrage monumental en 6 volumes *Histoire de la décadence et de la chute de l'empire romain* (1766-1788).

siècle, dont la Première Guerre mondiale a été l'aboutissement ? Là, en effet, les historiens se sont engagés pour justifier l'attitude de leur pays dans la guerre. Mais on a vu une première remise en cause après la Première Guerre mondiale, et certainement plus encore après la Deuxième Guerre mondiale. Parce que si, en effet, l'histoire sert à construire des hégémonies culturelles, elle sert aussi à les déconstruire. Étant donné que le socle de ces hégémonies est l'histoire, pour les déconstruire – notamment à partir des années 1950-1960 – on va écrire une autre histoire. L'histoire va participer aux *civil rights movements*<sup>9</sup> et on va voir apparaître une autre histoire donnant une place aux femmes, aux immigrés, aux exclus, au peuple « d'en bas ». On parle des grands historiens nationalistes, mais on peut aussi évoquer des historiens qui se sont attaqués à cette tradition, les Thompson<sup>10</sup>, les Hobsbawm... D'ailleurs, Tacite lui-même était critique envers les pouvoirs établis à Rome.

**SHLOMO SAND** : Thucydide<sup>11</sup> l'était davantage, en Grèce. Tacite, lui, est critique sur certaines choses à Rome, mais pas envers l'Empire romain. Mais ce n'est pas l'essentiel. Vous dites qu'après la Première Guerre mondiale, en Europe, le fonctionnement national a commencé à s'atténuer et qu'est apparue une his-

9 On désigne ainsi la série mondiale de mouvements sociaux et politiques qui a culminé dans les années 1960 en faveur de l'égalité des droits : mouvements des Afro-Américains (Martin Luther King, *Black Power*), des Amérindiens et des Chicanos et mouvements féministe et LGBT aux États-Unis, Révolution tranquille au Québec, mouvement des droits civils en Irlande du Nord, mouvement des droits humains en URSS, Printemps de Prague en Tchécoslovaquie,...

10 Edward Palmer Thompson (1924-1993), historien britannique de filiation intellectuelle marxiste, spécialiste du monde ouvrier, est le promoteur de « l'histoire par le bas » (*history from below*). Son œuvre la plus connue parue en français est sans doute *La Formation de la classe ouvrière anglaise*, Paris, Le Seuil, coll. « Points », 2012.

11 Homme politique et historien athénien (460-395 a.C.), auteur de *La Guerre du Péloponnèse*. Il s'est efforcé à la plus grande objectivité dans la description des événements qu'il relate.

toire parallèle. J'ai suivi la démarche, par exemple, des *Annales*. Je savais qu'avec l'école des *Annales*, avec le grand Marc Bloch, avec le grand Lucien Febvre<sup>12</sup>, plus tard avec Fernand Braudel<sup>13</sup>, c'en était fini de l'histoire nationale à la Lavisserie<sup>14</sup>, à la Michelet<sup>15</sup>, ces grands ancêtres.

J'ai baigné dans « l'histoire culturelle », l'histoire « d'en bas », antiétatique, antipolitique. Mais il y a là beaucoup d'illusions. La démarche des *Annales*, très importante dans l'histoire de l'historiographie, a libéré les historiens du credo politique, mais c'était aussi, en quelque sorte, une fuite de la politique. La revue *Annales*, qui va jouer un rôle important dans l'historiographie mondiale, a commencé en 1929. Environ 40 % du contenu de la revue concernait non pas le Moyen Âge mais l'actualité historique. J'ai cherché dans tous les numéros, jusqu'à la conquête de Paris par l'armée allemande. Il n'y a, dans la revue historique la plus importante à cette époque, aucun article sur la Première Guerre mondiale.

Il y a beaucoup d'articles sur la crise des finances en Suisse, sur la crise économique aux États-Unis, mais rien sur la Première Guerre mondiale. Vous pouvez dire que c'était trop tôt, mais de grands écrivains avaient déjà écrit sur ce thème, comme Romain Rolland et d'autres. Aucun article non plus sur la problématique de l'antisémitisme, ou plutôt, à cette

12 Historien moderniste, Lucien Febvre (1878-1956) entendait faire de l'histoire une science sociale, rejetant tout déterminisme et privilégiant « l'histoire-problème », qui cherche moins la description que l'explication.

13 Fernand Braudel (1902-1985) est l'un des représentants les plus connus de « l'école des *Annales* ». Faisant appel à la géographie, la démographie, l'ethnologie, la sociologie, l'économie et l'archéologie, il s'est consacré à l'étude de la civilisation méditerranéenne. Son œuvre majeure est sans doute *Civilisation matérielle, économie et capitalisme, XV<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles* (3 vol.), Paris, Armand Colin, 1979.

14 Ernest Lavisse (1842-1922), fondateur de l'histoire positiviste, est l'auteur de manuels scolaires exposant le « roman national » français et les mythes qui le fondent.

15 Jules Michelet (1798-1874) est l'auteur d'une *Histoire de France* et d'une *Histoire de la Révolution*, œuvres monumentales qui sont les premières sources du « roman national » français.

époque, de la *judéophobie*. Sur l'affaire Dreyfus, par exemple, rien de rien. Dans les dix années entre 1929

**« IL N'Y A, DANS LA REVUE HISTORIQUE LA PLUS IMPORTANTE À CETTE ÉPOQUE, AUCUN ARTICLE SUR LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE. »**

et 1939, il y a un article sur le fascisme, mais très marginal. Une réfugiée allemande, qui était la maîtresse de Febvre, a écrit un article très intéressant sur le nazisme, mais un seul article en dix ans ! Cela dit,

il est vrai qu'après la Deuxième Guerre mondiale, une démarche beaucoup plus profonde s'est détachée de cet héritage, de ce fonctionnement de l'historiographie face à l'État. Ce phénomène s'est manifesté surtout en Grande-Bretagne. Très peu en France, et autour de la Sorbonne, pas de l'École des hautes études. Des choses très intéressantes ont été publiées en Grande-Bretagne, notamment par Thompson et Hobsbawm. Cependant, parmi les historiens de Grande-Bretagne, le plus représentatif n'est pas Hobsbawm, ni encore moins Thompson.

Thompson est le plus grand historien de l'après-guerre et des années 1950 – à mon avis, c'est le Tolsstoï de la classe ouvrière britannique – mais, dans son œuvre, cette classe ouvrière britannique est trop homogène. À cette époque, on ne faisait pas encore attention à la diversité. Les différences au sein de la classe ouvrière britannique – entre les Gallois, les Écossais, et bien plus – ne s'expriment pas dans ses travaux. Les marxistes n'avaient pas de vibrations nationalistes, mais ils ont pris la classe ouvrière comme un produit direct de la nation. C'est, selon moi, une des faiblesses de Thompson et de Hobsbawm. Hobsbawm – et c'est important – est le seul historien qui a commencé à réfléchir sur le fonctionnement des nations, surtout dans son livre *Nations and Nationalism*<sup>16</sup>. Mais les grands théoriciens de la critique des nations, de la démarche historique de création des

16 Édition française : *Nations et nationalismes depuis 1780 : programmes, mythe et réalité*, Paris, Gallimard, 1992.

nations, n'étaient pas des historiens. Vous trouvez parmi eux des gens qui viennent de l'anthropologie ou de la sociologie, comme Benedict Anderson<sup>17</sup> ou Ernest Gellner<sup>18</sup>, mais pas d'historiens. Hobsbawm ne représente pas une nouvelle génération d'historiens. Bien sûr, quelques historiens ont rejeté cette démarche « politico-nationale », ont commencé à déconstruire la « grande histoire » de Lavisse, mais sans imposer d'alternatives.

Ce n'est que plus récemment que j'ai vu des signes d'attitudes plus réflexives. Aux États-Unis, le métier d'historien a commencé à bouger vers les années 1970, surtout avec ce qu'on appelle le *postmodernisme*. Je ne parle pas des théoriciens, je parle d'historiens comme Hayden White<sup>19</sup> ou Joan Scott<sup>20</sup> : c'est grâce à eux que j'ai pu écrire mon livre sur l'histoire. C'est surtout dans l'historiographie française que je constate un certain conservatisme. Un exemple : le livre de Hayden White *Metahistory* est traduit en allemand, en italien, en espagnol, en japonais, mais pas en français. Il y a, à Paris, des gens

**« CE N'EST PAS UN EUROPÉEN QUI A RÉVÉLÉ QUE LES GOTHES, LES WISIGOTHES ET TOUTES CES NATIONS, C'EST PLUTÔT MYTHIQUE. »**

17 L'anthropologue et politologue américain Benedict Anderson (1936-2015) est surtout connu pour son ouvrage *L'imaginaire national : réflexions sur l'origine et l'essor du nationalisme* (Paris, La Découverte, 1996).

18 Les travaux d'Ernest Gellner (1925-1995), d'origine tchèque et exilé en Grande-Bretagne, relèvent de l'anthropologie, de la sociologie et de la philosophie. Principal ouvrage traduit en français : *Nations et nationalisme*, Paris, Payot, 1989.

19 Historien américain de la littérature et de la critique littéraire, connu pour son œuvre *Metahistory: The Historical Imagination in Nineteenth-Century Europe* (1973).

20 Les travaux de Joan Wallach Scott sont consacrés au mouvement ouvrier français et à l'histoire des femmes et du féminisme. Une œuvre à retenir : *Théorie critique de l'histoire. Identités, expériences, politiques*, Paris, Fayard, 2009.

qui ne savent même pas qui est Hayden White. Je me demande pourquoi c'est Patrick Geary, un historien américain, qui a écrit sur les mythes des anciens peuples du début du Moyen Âge<sup>21</sup>. Ce n'est pas un Européen qui a révélé que les Goths, les Wisigoths et toutes ces nations, c'est plutôt mythique. Ce n'est pas un historien belge, ni français, c'est un historien américain qui a fait ce travail de base de montrer que la plupart des concepts sur les peuples gaulois, teutons... sont des inventions du XIX<sup>e</sup> siècle.

**PIETER LAGROU** : À ce propos, on remarque aussi un changement. Après 1945, une génération d'exilés européens (Hobsbawm et Gellner, évidemment, mais aussi Tony Judt<sup>22</sup>, István Deák<sup>23</sup>, Michael Marrus<sup>24</sup>, Peter Gay<sup>25</sup>, George Mosse<sup>26</sup> ou Fritz Stern<sup>27</sup>) s'est retrouvée aux États-Unis et en Grande-Bretagne. De par leur exil, ces historiens européens ont pu porter un regard externe et critique sur l'histoire européenne. Mais cette génération-là, soit elle vient de décéder, soit elle n'est plus active. Je ne suis pas sûr qu'il y ait une relève de cette tendance critique des universités britanniques et américaines. Déjà, elles ne jouent plus le même rôle, et elles le joueront encore moins – on peut être assez pessimiste – après le Brexit et l'élection de Trump... Heureusement, par un effet de contagion, on connaît, notamment en Allemagne, et de plus en plus en France aussi, de nouvelles gé-

21 Notamment (en français) dans *Quand les nations refont l'histoire. L'invention des origines médiévales de l'Europe*, Paris, Aubier, 2004.

22 Fils d'une mère russe et d'un père belge issu de rabbins lituaniens, Tony Judt (1948-2010) était un spécialiste de l'histoire de la gauche européenne.

23 D'origine hongroise, István Deák a enseigné l'histoire européenne à Columbia.

24 Né en 1941, exilé au Canada, historien de « l'Holocauste ».

25 Alias Peter Joachim Fröhlich (1923-2015). Il enseigna l'histoire de la psychanalyse à Yale.

26 Historien américain d'origine allemande (1918-1999), il a exploré l'univers des totalitarismes.

27 Historien américain d'origine juive allemande (1926-2016), spécialiste de l'Allemagne et du nazisme.

générations qui sont souvent passées par l'Angleterre ou par les États-Unis, ou qui ont été profondément influencées par ces auteurs et qui, en Europe, maintenant, écrivent une autre historiographie.

« EN EUROPE, CE SONT PLUTÔT LES PHILOSOPHES QUI ONT DONNÉ LE TON : ROLAND BARTHES, MICHEL FOUCAULT, MICHEL DE CERTEAU ET D'AUTRES. »

Scott et Hayden White, et beaucoup d'autres. Aux États-Unis, il y a une tradition historiographique beaucoup plus réflexive et critique qu'en Europe à propos du métier d'historien.

Un autre exemple ? En Europe, ce sont plutôt les philosophes qui ont donné le ton : Roland Barthes, Michel Foucault, Michel de Certeau et d'autres. Or Foucault joue un rôle chez les historiens américains ou israéliens, mais pas chez les historiens français. Ce ne sont pas les historiens de l'École des hautes

**SHLOMO SAND** : C'est vrai, ces émigrés d'Europe – souvent des Juifs, mais pas forcément – sont plus réflexifs que d'autres sur l'histoire nationale, à commencer par Karl Deutsch<sup>28</sup>, un des grands penseurs sur la nation, et Hans Kohn<sup>29</sup>. Par ailleurs, s'il y a des historiens américains réflexifs et critiques, ce ne sont pas seulement les émigrés de la première génération, ce sont aussi ceux qui ont travaillé sur l'histoire européenne, comme Carl Becker<sup>30</sup>. Les choses qu'il a écrites dans les années 1930, on pourrait penser qu'il les a écrites dans les années 1980. Pour mes travaux critiques sur l'histoire, j'ai pu compter surtout sur les démarches des Britanniques et des sociologues à propos du nationalisme, et aussi sur un Américain qui ne se définit pas comme postmoderniste, Howard Zinn<sup>31</sup>, et sur Joan

28 Karl Wolfgang Deutsch (1912-1992), sociologue et politologue tchèque germanophone exilé aux États-Unis. Ses travaux ont pour thèmes la guerre et la nation.

29 Philosophe et historien juif américain (1891-1971) dont les travaux portent sur le nationalisme, le judaïsme et le panslavisme.

30 Carl Lotus Becker (1873-1945) a écrit de nombreux ouvrages sur le XVIII<sup>e</sup> siècle et sur l'histoire américaine.

31 Historien et politologue (1922-2010), Howard Zinn fut un acteur du mouvement américain des droits civiques. Son best-seller : *Une histoire populaire des États-Unis*, Paris, Agone, 2002.



études qui ont suivi cette démarche critique des philosophes.

**PIETER LAGROU** : Le métier d'historien en France, c'est plus que l'École des hautes études et c'est plus que les *Annales*. Je suis d'accord avec vous pour dire que l'école des *Annales* et, un peu au-delà, une certaine tradition marxiste – incarnée notamment par Thompson – ont pratiqué une fuite dans la longue durée. Plus on insiste sur la longue durée, plus on peut éviter de se confronter à l'histoire politique. Mais l'histoire politique, elle s'est faite ailleurs aussi. Déjà, immédiatement après la Première Guerre mondiale, avec la BDIC<sup>32</sup> et autour de Pierre Renouvin<sup>33</sup>, une histoire politique apparaît qui va, justement, dépasser le cadre national. L'hégémonie culturelle d'un socle national en France, c'est notamment, plus tard, le gaullisme et une histoire héroïque de la Deuxième Guerre mondiale, selon laquelle tous les Français auraient été des résistants. En effet, la déconstruction de cette histoire-là ne s'est absolument pas faite à l'École des hautes études ni dans la revue *Annales*. Mais elle s'est faite, et elle a été faite par des historiens. Il est important de le souligner. Une vraie histoire critique a totalement remis en cause l'histoire nationale en France, comme cela fut d'ailleurs le cas en Allemagne.

**SHLOMO SAND** : Je ne le conteste pas : à partir des années 1960, il y a des couches nouvelles dans l'historiographie allemande. Mais en France ? Moi qui ai passé des années à Paris, j'ai le droit de critiquer, avant tout, l'école historique française, parce que j'en

32 La *Bibliothèque de documentation internationale contemporaine* (BDIC) a été fondée en 1914 par un couple d'industriels, les Leblanc, qui ont rassemblé tous les documents sur la Première Guerre mondiale et sur ses causes. Ils ont fait don de leur collection à l'État en 1917.

33 Spécialiste français de l'histoire des relations internationales, Pierre Renouvin (1893-1974) a rompu avec l'histoire diplomatique traditionnelle en s'inspirant de la méthode des *Annales*.

viens. Chaque fois, on cite Renouvin. Bien sûr ! Il y a aussi Henri Lefebvre<sup>34</sup> et tous ceux de la Sorbonne, après la guerre. D'ailleurs, à cause des liens avec les communistes, la Sorbonne était du côté de la Résistance, mais pas l'École des hautes études. En fait, j'ai généralisé un peu trop. Mais pour vous donner un exemple de raison pour laquelle je suis devenu critique, moi qui me suis toujours considéré comme un héritier des *Annales*, je mentionnerai le fait suivant : si je m'intéresse au fordisme dans les années 1930, pour comprendre ce qui se passe dans les grandes

« UNE VRAIE HISTOIRE CRITIQUE A TOTALEMENT REMIS EN CAUSE L'HISTOIRE NATIONALE EN FRANCE, COMME D'AILLEURS EN ALLEMAGNE. »

branches de l'industrie moderne, je dois lire Céline<sup>35</sup>, je dois lire Simone Weil<sup>36</sup>. Je ne peux trouver aucun historien qui décrive le taylorisme ou le fordisme. Et en ce qui concerne le colonialisme ? Pour

être franc, j'ai un côté moral, donc je me pose des questions à propos du colonialisme et notamment de la guerre d'Algérie. Braudel, qui était tellement attaché à la Méditerranée et qui a vécu huit ans en Algérie, n'a presque jamais parlé de la guerre d'Algérie – et s'il s'y est référé, il vaut mieux ne plus retrouver le texte...

Mais qui a écrit le premier livre sur la guerre d'Algérie ? Ce n'est pas un Français, c'est un Anglais, Alistair Horne, qui a publié *A Savage War of Peace* en

34 Le philosophe Henri Lefebvre (1901-1991) s'est consacré à la sociologie, à la géographie et à l'urbanisme dans une perspective de « matérialisme dialectique ».

35 Plusieurs passages de *Voyage au bout de la nuit* (paru en 1932) dénoncent avec virulence l'inhumanité du capitalisme en général et du mode de production taylorien en particulier.

36 Philosophe, écrivaine, militante politique, Simone Weil (1909-1943) s'engagea comme ouvrière chez Alsthom, aux Forges de Basse-Indre et chez Renault. Elle rend compte de cette expérience pénible dans *La Condition ouvrière* (Paris, Gallimard, 1951).

« C'EST SEULEMENT  
DANS LES ANNÉES 1980  
QUE COMMENCENT  
À PARAÎTRE  
DES TRAVAUX  
SUR VICHY... »

1977<sup>37</sup>. Vous pourriez m'objecter qu'il n'y avait pas encore assez de distance avec les événements. Mais

regardez alors l'histoire de Vichy. À part l'ouvrage assez médiocre de Robert Aron<sup>38</sup>, qui n'est pas vraiment un historien, il n'y a pas de livre français sur Vichy. En 1974 est paru le sommet de l'historiographie française, *Faire de l'histoire*<sup>39</sup>, avec plus de 30 articles des plus grands historiens français, de l'école des *Annales* et d'autres. Eh bien, il n'y a aucun article – nous sommes en 1974 ! – sur le colonialisme et aucun article sur la guerre d'Algérie. Il y a le climat, il y a l'amour, il y a le sexe, mais rien sur ces deux sujets. Et je pense que le seul livre qui était paru à cette époque sur Vichy était celui d'un Américain, Robert Paxton<sup>40</sup>.

**PIETER LAGROU** : En 1974, en effet, les historiens en vue ne publient pas sur ce sujet. Mais certains travaillent depuis la fin des années 1960 à déconstruire l'historiographie de Vichy. Et la grande vague, elle arrive effectivement dans la deuxième moitié des années 1970. On commence à travailler sur l'exclusion des immigrés dans l'histoire de la Résistance, sur la persécution des Juifs... Léon Poliakov<sup>41</sup> n'a pas attendu 1974 pour écrire sur ce sujet. Pour la guerre d'Algérie, Pierre Vidal-Naquet était un historien antiaquisant, mais c'est quand même lui qui a dénoncé la torture en Algérie...

37 Traduction française : *Histoire de la guerre d'Algérie*, Paris, Albin Michel, 1987.

38 R. Aron (avec Georgette Elgey), *Histoire de Vichy 1940-1944*, Paris, Fayard, 1954.

39 P. Nora et J. Le Goff (dir.), *Faire de l'histoire* (3 vol.), Paris, Gallimard, NRF, 1974.

40 *Vichy France, Old Guard and New Order 1940-1944*. Traduction française : *La France de Vichy 1940-1944*, Paris, Le Seuil, 1973.

41 Historien de l'antisémitisme, Léon Poliakov a commencé dès 1946 à publier ses recherches sur le sort des Juifs dans les pays contrôlés par les puissances de l'Axe.

**SHLOMO SAND** : Il ne l'a pas dénoncée comme historien, mais comme intellectuel. En 1958, il est assistant à la Sorbonne, je crois, et comme il s'oppose à la guerre, il est viré. Un autre historien a réagi aussi, comme intellectuel : c'est Henri-Irénée Marrou<sup>42</sup>, un grand historien chrétien, un peu oublié, qui s'est opposé à la guerre d'Algérie en 1956. Mais c'est vrai, pour être honnête il ne faut pas généraliser abusivement. Vous avez mentionné certains travaux, notamment sur les immigrés. Mais il n'y a pas de travaux sur le régime de Vichy jusqu'au livre de Paxton. J'ai trouvé quelques articles, mais ni Pierre Vidal-Naquet, ni d'autres ne pouvaient se confronter à Vichy. C'est seulement dans les années 1980 que commencent à paraître des travaux sur Vichy. Peut-être fallait-il attendre que les gens meurent.

**PIETER LAGROU** : La Belgique a été encore plus lente que la France à propos de la Deuxième Guerre mondiale. Il y a eu un blocage politique complet autour de la Question royale. On ne va créer un centre d'études sur la Deuxième Guerre mondiale qu'à la fin des années 1960<sup>43</sup> et les premières publications vont suivre seulement à la fin des années 1970. Il est d'ailleurs très intéressant de constater que les personnes qui vont travailler dans ce centre et qui vont « inventer » l'historiographie de la Deuxième Guerre mondiale en Belgique sont en quelque sorte, politiquement, des marginaux : José Gotovitch, qui était communiste, et Albert De Jonge, qui avait été condamné pour collaboration.

**SHLOMO SAND** : C'est vrai, les choses commencent avec des marginaux. Qu'est-ce que cela confirme ? Je ne crois pas que les historiens soient bêtes. En général, ils sont plus intelligents que beaucoup d'autres, mais il y a chez eux une certaine prudence. Je vis, en Israël, dans une historiographie qui, du point de vue des mythes, ressemble plutôt à l'historiographie eu-

42 Historien antiquisant français (1904-1977), spécialiste du christianisme primitif et de la philosophie de l'histoire.

43 Aujourd'hui Cegesoma (Centre d'études guerre et société).

ropéenne, très conservatrice, très mythique, d'avant la Deuxième Guerre mondiale : les historiens sont très prudents face aux grands mythes qui ont construit la nation israélienne. J'ai lu beaucoup de livres sur l'histoire juive, le sionisme, Israël, et j'ai pu constater que les thèses de nos historiens nationaux se débitent en notes de bas de page plutôt qu'en formulations claires.

Pour en revenir à la France, il n'y a pas, parmi les historiens, un esprit critique comparable à Bourdieu chez les sociologues. Pas même Madeleine Rebérioux<sup>44</sup>, qui a dirigé ma thèse, ou Georges Haupt<sup>45</sup>. Quant à Pierre [Vidal-Naquet], on était content qu'il s'occupe de la Grèce : dès qu'il s'approchait de l'histoire contemporaine, il était attaqué. Avec une grande prudence, il s'en est pris au négationnisme, mais c'était son affaire personnelle. Dans une longue conversation, il m'a mis en garde pour écrire mes propres livres. Au moment où j'allais aller de l'avant, j'ai eu son soutien. Mais lui, il a évité de se mêler de choses qui ne relevaient pas de son métier. Vous comprenez, un historien de l'antiquité n'a pas vraiment le droit de traiter de Vichy de façon professionnelle... Depuis Michelet et Lavis, oui, je le reconnais, ça a changé, je ne suis pas idiot. Mais je suis jaloux, surtout en Europe, de certains sociologues, de certains philosophes, et parfois des historiens marginaux, à qui on n'a pas assez fait honneur. D'accord pour ce qui concerne Renouvin, Hobsbawm et Thompson : ils sont incomparables. Mais si je fais une analyse mesurée, je dirai que l'historiographie s'installe plutôt dans le fauteuil de l'idéologie conservatrice.

**PIETER LAGROU** : Oui, l'histoire est souvent conservatrice. D'abord, elle l'est méthodologiquement. On forme nos étudiants à ne pas s'écarter d'un positivisme et d'une obsession de la prudence. Du coup,

44 Madeleine Rebérioux (1920-2005) a centré ses recherches sur l'histoire de la III<sup>e</sup> République et fut la biographe de Jean Jaurès.

45 Historien français d'origine roumaine (1928-1978), spécialiste de l'histoire du mouvement socialiste et de la II<sup>e</sup> Internationale.

l'histoire est aussi, dans la façon dont se formulent les hypothèses, conservatrice par prudence. Je pense à Henri Michel<sup>46</sup>, qui a publié sur Vichy. La grande différence entre Paxton et Michel, c'est que Paxton avait une plus grande franchise de ton et que Michel s'interdisait de s'exprimer de façon carrée. Le grand historien belge Jean Stengers, qui a travaillé sur le Congo, a eu ce même réflexe quand un reportage de la BBC [sur l'histoire du Congo sous Léopold II] a fait

« PARFOIS, MÊME, ON A L'IMPRESSION QUE CERTAINS CHERCHENT UN PEU ARTIFICIELLEMENT À BRISER DES TABOUS QUI N'EXISTENT PLUS. »

scandale, ou quand Adam Hochschild, dans son livre<sup>47</sup>, a cherché à choquer en disant que Léopold II était pire que Staline et Hitler réunis. Stengers incarnait quand même son pays : il s'est senti obligé

de prendre la défense de la colonisation belge, ce que ne reflétaient pas ses travaux. Il y a, en effet, ce conservatisme de ton : on ne dit pas les choses de façon tranchante.

C'est encore en grande partie le cas aujourd'hui, même si désormais on ne peut plus être pris au sérieux en accusant un historien français ou allemand d'être « antipatriotique ». Cependant, on peut l'être, aujourd'hui plus que jamais, en Turquie. On peut l'être en Israël. En Hongrie, en Lituanie, on taxe des historiens d'antipatriotisme – mais il y en a très peu. En Pologne, on peut mettre son avenir professionnel en danger en écrivant certaines choses. Je ne pense pas que ce soit le cas en Belgique, en France, en Allemagne, où parfois, même, on a l'impression que certains cherchent un peu artificiellement à briser des tabous qui n'existent plus. Il faut se demander, aujourd'hui, quel est le rôle critique de l'historien. Ce n'est plus de dénoncer Vichy : c'est une bataille d'ar-

46 Henri Michel (1907-1986) a publié en 1967 (six ans avant le livre de Paxton) *Vichy Année 1940*, portrait sans complaisance du régime pétainiste.

47 *Les Fantômes du roi Léopold*, Paris, Belfond, 1998.

rière-garde. Sarkozy a imposé dans les écoles la lecture de la lettre d'adieu d'un résistant communiste<sup>48</sup> : cela prouve à quel point cette histoire-là n'est plus problématique. Il y a aujourd'hui d'autres horizons pour les historiens. Comme on vit dans une société où les références à l'histoire sont omniprésentes, l'historien a bien là un rôle critique. Ce rôle ne consiste plus à dire « *la France n'a pas été une nation de 40 millions de résistants* », mais notamment à poser des questions sur nos mythologies à propos de la démocratie elle-même.

« JE NE SAIS PAS  
SI LES LYCÉES  
AURONT BESOIN  
DANS LE FUTUR DU MÊME  
NOMBRE DE PROFESSEURS  
D'HISTOIRE. »

**SHLOMO SAND** : Je crois qu'on en est arrivé à la situation suivante (en tout cas c'est mon hypothèse) : la grande tâche historique de l'historiographie universitaire, à partir de Leopold von Ranke<sup>49</sup> et d'autres, a été de contribuer à façonner de la science ; or cette tâche est terminée. Donc, une partie de la fonction pédagogique de l'historiographie a également pris fin. Cela ne veut pas dire que l'histoire n'a plus aucun rôle. Mais une tâche pédagogique centrale commence à reculer. L'expression nationale, aujourd'hui, est plutôt en régression. Ce qui émerge, ce sont des communautarismes assez flous, mais ce n'est plus l'idée nationale civique, politique, d'autrefois. On ne sait pas ce que va devenir l'Europe, avec le Brexit, ni l'ensemble du monde occidental, avec ces orientations, mais je crois que quelque chose de l'idée nationale civique, politique, recule et n'est pas encore rem-

48 La lettre écrite à ses parents en octobre 1941 par le jeune communiste Guy Môquet, juste avant d'être fusillé par les Allemands à l'âge de 17 ans, fera l'objet d'une lecture obligatoire dans les lycées en 2008, sur l'initiative du président Sarkozy.

49 Historien allemand (1795-1886) qui déclara : « *l'histoire ne sera faite que des témoignages directs et des sources les plus authentiques.* »

placé, ni par une idée européenne forte, ni par ce qui la contrebalance, le communautarisme parfois ethnocentrique, religieux, etc. J'essaie de prophétiser le passé, pas le futur ! Je ne peux dire qu'une chose : je sais que la tâche des historiens d'autrefois est terminée. Il y a beaucoup de chercheurs sur le passé, mais je ne sais pas si les lycées auront besoin dans le futur du même nombre de professeurs d'histoire.

**PIETER LAGROU** : Notre ministère de l'Éducation a justement un projet dans ses tiroirs pour réduire très sévèrement les cours d'histoire et les noyer dans une espèce de nouveau module...

**SHLOMO SAND** : Il y a quand même un phénomène qui doit nous inquiéter. Je suis critique envers le métier d'historien, assez conservateur, mais on ne cesse pas de raconter des histoires sur le passé, et si ce ne sont pas des historiens, ce sont des metteurs en scène, dans des séries télévisées et des films. Ce n'est pas grave : parfois, ils ont des démarches plus osées que les historiens. Je pense à Stanley Kubrick, à la manière dont il a représenté la Première Guerre mondiale dans les années 1950<sup>50</sup>, alors que les historiens hésitent encore. Sur la Collaboration en France, la série télévisée de Marcel Ophüls *Le Chagrin et la pitié* en a dit plus, et plus tôt, que les historiens de l'époque. Donc, je ne suis pas totalement contre cette intervention des autres médias.

Mais le problème, c'est une série de fiction comme *Game of Thrones*. C'est soi-disant sur l'histoire : il y a là un agent qui crée des images sur le passé, un soi-disant médiéviste européen, mais l'irrationnel intervient tout le temps, et les violences, très réalistes. C'est terrible. Le rapport entre une analyse rationnelle et les images du passé bascule. Si le rôle des historiens comme pédagogues, à l'époque moderne, commence à reculer, ce qui les remplace ne vaut pas mieux, selon moi. Beaucoup de gens, lorsqu'ils pensaient à la vie sous l'occupation en France, se l'imaginaient selon *La grande vadrouille*. Pour moi-même, je m'en souviens, à une certaine époque, Bourvil et

50 Dans *Les Sentiers de la gloire*.

Louis de Funès étaient des héros de la Résistance. Donc, imaginez ceux qui n'ont pas eu accès à l'historiographie : ils vont de moins en moins comprendre les concepts et, de plus en plus, se fier aux images. L'imaginaire du passé peut devenir pire qu'autrefois.

**PIETER LAGROU** : À cet égard, on est peut-être dans un troisième temps aujourd'hui. Dans un premier temps, on a eu une histoire nationaliste, une histoire positive, pour célébrer la nation. Puis on en est venu à une histoire négative, de dénonciation (« *les mythes nationaux sont faux* »). C'est l'histoire des années noires, c'est Vichy, c'est l'Holocauste et, par extension, c'est le colonialisme, la sorcellerie. Cette histoire négative devient peu à peu une histoire-épouvantail : « *le passé, c'était horrible ! estimez-vous heureux de vivre dans le présent !* » Autrement dit, il y a eu une sorte de grande bataille héroïque entre les gentils – c'est-à-dire nous, les démocrates, les tolérants, les antiracistes – et les autres qui sont vilains, méchants, meurtriers. Cette histoire-là est devenue totalement consensuelle. On n'a plus le droit de critiquer le présent : « *attention, si vous estimez qu'il y a des choses à redire sur le fonctionnement de notre démocratie, c'est Adolf qui revient...* »

Donc, aujourd'hui, le potentiel critique de l'histoire est dans un troisième mouvement : c'est, notamment, d'oser poser des questions à la démocratie. La démocratie, ce n'est pas ce système magnifique, cohérent, inventé en 1789 et qui a triomphé de ses ennemis. La position critique, c'est de dire : « *la démocratie, c'est la souveraineté du peuple – ce qui veut aussi dire, parfois, la dictature de la majorité –, mais c'est aussi des droits individuels : c'est bien pour cela qu'il y a eu, à la fois, la proclamation de la souveraineté du peuple et la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.* » On ne peut pas dire aujourd'hui de Trump, ou des partisans du Brexit, ou de Marine Le Pen : « *ce sont des fascistes, ils sortent du champ de la démocratie.* » Non, ils sont *dans* la démocratie. L'histoire et les historiens doivent faire savoir que la démocratie, ce n'est pas un système immuable et une panacée universelle, et que le danger est *au cœur même* de la démocratie. Il faut aujourd'hui faire une histoire critique des vain-

« L'HISTOIRE ET  
LES HISTORIENS DOIVENT  
FAIRE SAVOIR  
QUE LA DÉMOCRATIE,  
CE N'EST PAS  
UN SYSTÈME IMMuable. »

queurs et reconnaître que, oui, le suffrage universel peut faire peur. Il a fait peur en 1848, il a fait peur dans les

années 1930, il fait peur aujourd'hui. Avoir peur du suffrage universel ne signifie pas sortir de la démocratie. Puisque toutes ces références historiques polluent les débats politiques, les historiens ne peuvent pas faire autrement que de dire : « *il faut reformuler les leçons qu'on peut tirer de l'Histoire.* »

**SHLOMO SAND** : Au XIX<sup>e</sup> siècle, on utilisait le terme de *démocratie* en opposition à *monarchie* : la souveraineté du peuple *versus* la souveraineté du monarque. Jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, le sens du mot *démocratie* a toujours été le même : « souveraineté du peuple », face à des régimes monarchiques, dictatoriaux, militaires, etc. Bertrand de Jouvenel<sup>51</sup> et, après lui, l'historien conservateur israélien Jacob Talmon<sup>52</sup> ont été les premiers à utiliser les termes de « *démocratie totalitaire* ». Ils ont défini l'Union soviétique comme une démocratie totalitaire, c'est-à-dire un régime totalitaire qui justifie son existence par des principes démocratiques. À la pire époque de Staline, on a organisé des élections tous les quatre ans. Sous Saddam Hussein, en Irak, on organisait toujours des élections.

C'est dire que l'idée de démocratie comme « souveraineté du peuple » était partagée par presque tout le monde sur la planète, mais sous deux versions différentes. L'idée de démocratie, qui était au XIX<sup>e</sup> siècle un cri de guerre général pour la souveraineté des peuples, se cristallise, à partir de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, en *démocratie libérale* et *démocratie autoritaire* ou *totalitaire*. On a compris, à cette époque,

51 Écrivain, juriste, politologue et économiste français (1903-1987), tenté quelque temps par la Collaboration, théoricien de la prospective (dans sa revue *Futuribles*) avec Gaston Berger.

52 Jacob Leib Talmon (1916-1980), professeur d'histoire moderne à l'université hébraïque de Jérusalem.

que dans la démocratie libérale, il doit y avoir non seulement un pluralisme politique dans la lutte pour le pouvoir – un principe anti-rousseauiste –, mais aussi une séparation entre les différents pouvoirs : législatif, judiciaire, exécutif. Aujourd'hui, en Israël, il y a un débat terrible sur la séparation des pouvoirs. Je vois la même chose aux États-Unis et, pour la première fois, en France, quand François Fillon, dans sa campagne électorale, a commencé lui aussi à décrier les juges. Je crois que c'est la première fois, dans l'histoire que je connais, qu'on attaque les juges en France. Même pendant la guerre d'Algérie, il n'y avait pas ce phénomène. On voit apparaître l'idée que la démocratie, c'est « le vote de la majorité », point final. En Israël, c'est ce qu'on dit.

**PIETER LAGROU** : En Belgique aussi, avec Théo Francken...

**SHLOMO SAND** : On ne comprend plus que, dans son développement, la démocratie libérale, ce n'était pas seulement la souveraineté du peuple, pas seulement le vote de la majorité. Cette rupture, l'historien peut la suivre et l'identifier. En Israël, c'est vraiment crucial. Nous sommes confrontés à une certaine réalité politique en Occident, qui n'est pas en décadence, comme tous ces intellectuels parisiens le prétendent, mais qui est à un tournant. Peut-être avez-vous raison : il y aura une autre tâche pour les historiens-chercheurs à l'Université, ce sera de contribuer à sauvegarder un certain héritage démocratique libéral, qui est arrivé tard dans l'Histoire.

**PIETER LAGROU** : Même si le « gros de la troupe » est encore plongé dans une histoire-épouvantail où la seule façon d'interagir avec le présent, c'est de faire peur en faisant référence au passé... Bien sûr qu'il faut étudier le passé, mais il faut aussi arrêter de sortir des pans entiers de notre histoire du débat sur la démocratie elle-même. Aucun leader politique n'a autant utilisé le référendum qu'Adolf Hitler. L'ambition des fascistes italiens, d'une certaine manière, c'était de produire une souveraineté populaire supérieure à celle de l'Italie libérale du suffrage censitaire. Trump,

ce n'est pas le retour d'une espèce de démon, il est *dans* la démocratie. C'est cela qu'il faut expliquer aujourd'hui : la menace, elle vient de l'intérieur. C'est se rassurer faussement que de croire qu'une fois qu'on aurait une Constitution, tout serait réglé. Rappelons-nous 1848 : la première fois qu'on a introduit le suffrage universel, il y a eu ensuite le retour de l'Empire et Napoléon III... Ce genre de situation peut se reproduire. Et pour comprendre cela, je crois que l'histoire et l'historien ont un rôle à jouer.

**SHLOMO SAND** : On a cette faiblesse : chaque fois qu'on est confrontés à un phénomène nouveau, on fait trop vite des parallèles avec le passé. C'est humain, c'est le fruit de notre expérience personnelle. Demain, je ne

**« CHAQUE FOIS QU'ON EST CONFRONTÉS À UN PHÉNOMÈNE NOUVEAU, ON FAIT TROP VITE DES PARALLÈLES AVEC LE PASSÉ. »**

me brûlerai plus la main avec des allumettes, parce que j'aurai fait un parallèle avec le passé. Donc, on a aussi tendance, dans la vie politique, dans l'espace public, à faire toujours des références au pas-

sé. Or, si je peux me brûler deux fois les doigts avec des allumettes, en histoire, en revanche, il n'y a pas de phénomènes répétitifs : le passé ne revient pas. Le fait que les démocraties ont tendance aujourd'hui à pencher vers le populisme et l'autoritarisme (qui peuvent aussi être de gauche, et pas seulement de droite), c'est un phénomène nouveau. Ce phénomène a un rapport avec une certaine faiblesse de l'idée libérale, du pluralisme, et avec la situation de l'économie capitaliste. Je ne sais pas, d'ailleurs, si nous sommes devant une nouvelle crise financière ou devant un déclin du capitalisme.

Quand j'étais jeune, j'aurais été ravi de pouvoir parler de déclin du capitalisme. Aujourd'hui, il ne s'agit pas d'une crise comme en 1929, c'est peut-être plus grave, mais je ne suis pas fou de joie à l'idée que le capitalisme disparaisse, parce que je crains qu'il ne soit remplacé par une sorte de barbarie économique (je

lance là un terme qui n'est pas scientifique !). Donc, le rôle de l'historien comme intellectuel critique doit être, en premier lieu, de rappeler

**« EN FRANCE, IL N'Y A PAS VRAIMENT DE RACISME, MAIS UN MANQUE DE SENSIBILITÉ À LA PLURALITÉ. »**

toujours que le parallélisme a ses limites et ensuite, de créer de nouveaux concepts pour se confronter à une nouvelle réalité. Parce que je ne crois pas que Trump soit fasciste. Il est peut être pire, d'ailleurs, d'une certaine façon. On peut faire des parallèles avec certains phénomènes populistes, mais le fascisme, c'est autre chose. Ce qui m'inquiète beaucoup en tant qu'historien, c'est ce qui se manifeste actuellement aux États-Unis, avec Trump, et aussi en Israël : cette fermeture identitaire, qui fait partie de ce populisme. C'est inquiétant parce que le marché mondialisé, avec ses crises, va continuer à jeter les gens les uns contre les autres.

Dans le livre où j'évoque les intellectuels parisiens actuels comme Finkielkraut, Lévy...<sup>53</sup>, je sors de mon rôle d'historien. Je suis plus équilibré à propos des années 1930 que sur le début du XXI<sup>e</sup> siècle, parce que je suis inquiet, surtout pour la culture française. Voilà une génération d'ex-maoïstes qui n'ont gardé qu'une chose du maoïsme : l'intolérance. Ils ont cessé d'attaquer le capitalisme et ils ciblent les immigrés, les différences, etc. Je me sens en général plus proche, du point de vue de la sensibilité, des concepts nationaux anglo-saxons, qui optent pour la diversité. En France, il n'y a pas vraiment de racisme, mais un manque de sensibilité à la pluralité. Je viens d'un des pays les plus racistes du monde occidental : Israël. Mais en Israël, culturellement, il y a un pluralisme structurel. L'université de Tel-Aviv, par exemple, est peuplée d'étudiantes portant le foulard (cela ne m'a jamais dérangé, surtout qu'elles portent des jeans à taille basse... !). C'est très intéressant : malgré tout le racisme judéo-israélien, on considère les

différences comme une chose normale en Israël. Le pluralisme culturel existe, plus qu'en France. Quand je me suis plongé dans le débat intellectuel parisien, j'ai été horrifié.

**PIETER LAGROU** : Apportons une petite note positive sur l'historien : heureusement, l'histoire est une discipline très autocritique. On cite tout le temps le philosophe Georges Santayana sans vraiment le questionner : « *Ceux qui ne peuvent se rappeler le passé sont condamnés à le répéter.* » Il faut oser le dire : ce sont des bêtises. On énonce là une notion cyclique de l'Histoire, comme si on était condamnés à revivre sans cesse une Histoire qui se répète, sauf si on fait quelque chose. Donc, il n'y a pas que des historiens qui manquent parfois de lucidi-



53 *La fin de l'intellectuel français ? De Zola à Houellebecq*, Paris, La Découverte, 2016.

té, il y a aussi des philosophes. Vous disiez qu'il faut donner davantage de cours d'économie. Mais s'il y a bien une discipline qui manque d'autocritique, c'est l'économie, qui à chaque crise est capable d'expliquer rétrospectivement ce qui est arrivé, mais qui est parfaitement incapable de le prévoir. Finalement, en termes d'autocritique, les historiens ne sont peut-être pas les plus mal lotis.

**SHLOMO SAND** : Oui, à propos de l'économie, je suis complètement d'accord. Cela ne m'empêche pas de penser que, au lycée, il faut enseigner l'économie : une économie critique ou, pour être plus précis, une économie politique. Mais une des parties de mon livre est consacrée à critiquer la notion de *science* en histoire. Dans son livre, Marc Bloch insiste : il est d'un métier « scientifique ». J'essaie, en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle, de détacher l'histoire de cet héritage positiviste – et pas seulement positiviste ! Nietzsche a bien compris pourquoi les historiens allemands se définissaient comme « scientifiques ». Il a dit : « *La science a remplacé, au XIX<sup>e</sup> siècle, l'idéologie.* » Le code de la vérité est scientifique, c'est la raison. Et il y a des gens qui y croient vraiment : l'histoire est une science ! On pourrait commencer par en revenir à certains critères de scientificité.

« J'ESSAIE, EN CE DÉBUT DU XXI<sup>E</sup> SIÈCLE, DE DÉTACHER L'HISTOIRE DE CET HÉRITAGE POSITIVISTE. »

**PIETER LAGROU** : Si on prend le critère de Popper (« *une affirmation est scientifique quand elle est falsifiable* »), je crois que l'histoire n'est pas seulement un discours libre, et que certains propos sont parfaitement falsifiables. Je peux prouver la fausseté d'une affirmation en histoire.

**SHLOMO SAND** : Je n'approuve pas totalement Karl Popper. Vous avez dit tout à l'heure : « *L'économie*

*ne peut pas prédire, donc je ne crois pas que c'est une science.* » Eh bien, je ne crois pas que l'histoire soit une science parce que l'histoire ne peut pas dire ce que sera demain. La chose la plus essentielle pour une science est de pouvoir prédire. Même si on se trompe, il y a une chance au moins que tel phénomène se répète. Cela n'existe pas en histoire.

**PIETER LAGROU** : On ne peut pas, techniquement, prédire. Mais on peut, en prenant du recul dans le temps, avoir une appréciation plus correcte du présent dans lequel on vit. La démocratie est en crise, l'Union européenne est en crise, les États-Unis vivent une crise sans précédent de leur système constitutionnel : en prenant du recul, on peut mieux placer ces crises dans leur perspective.

**SHLOMO SAND** : Oui, je crois qu'il y a un rôle pour l'historien. Je n'aime pas le terme « science politique », par exemple, mais je crois qu'il y a un rôle pour le spécialiste de la politique. Il y a de bons charpentiers et de mauvais charpentiers. Je suis sûr que le tailleur de Fillon, c'est vraiment un bon tailleur, si on le paie 13 000 euros par costume ! Et pourquoi est-il un bon tailleur ? Parce qu'il est arrivé à prendre des mesures exactes et à confectionner quelque chose qui tombe parfaitement. Mais jamais vous ne qualifiez un bon tailleur de « scientifique ». Je crois qu'un bon historien utilise le même genre de savoir-faire. Il y a de grands historiens – Hobsbawm, entre autres – qui ont déchiffré leur temps d'une façon admirable. Mais il y a aussi des écrivains qui, sans la prétention d'être scientifiques, ont déchiffré certaines réalités qu'ils ont vécues, avec d'autres moyens.

Tout à l'heure, j'ai mentionné Céline. Ce n'est évidemment pas l'idéologue qui a le plus mes faveurs, mais dans *Voyage au bout de la nuit*, sa description des réalités des années 1930 est, par beaucoup d'aspects, préférable à celle de l'école des *Annales*. Le film de Charlie Chaplin *Les Temps modernes* déchiffre un des mécanismes qui ont forgé toute l'industrie du XX<sup>e</sup> siècle, le fordisme, mieux que les historiens. En France, les historiens se sont plus occupés des paysans que

« QUAND L'HISTORIEN  
SE PRONONCE  
SUR UN FAIT DU PASSÉ,  
CELA A DES  
IMPLICATIONS POUR LE  
PRÉSENT. »

de l'influence du taylorisme dans la vie quotidienne. Les historiens peuvent apporter beaucoup sur la connaissance du passé, mais il y a des écrivains qui le font mieux. Sur le totalitarisme, par exemple, Raymond Aron a été très important, à mes yeux, mais George Orwell aussi.

**PIETER LAGROU** : Il ne peut jamais y avoir de monopole des historiens sur le discours concernant le passé. Parfois, on fait mieux, parfois on fait moins bien, souvent on a moins d'imagination que d'autres. Je dirais quand même qu'en général l'historien a un peu plus de conscience et d'intégrité dans le traitement des sources.

**SHLOMO SAND** : C'est comme pour le costume, il y a un art du métier. Authentifier les sources, décomposer les idées reçues, tout ça, c'est l'art du métier. Mais personne ne peut dire ce que Trump va faire. Derrière lui, il y a un phénomène à la fois personnel, culturel et politique que nous ne connaissons pas. Quand Trump a été élu, la droite a fêté l'évènement en Israël. Elle a pensé : « *on va confirmer notre élan colonisateur dans les territoires occupés !* » Et voilà qu'arrive à Jérusalem l'envoyé spécial de Trump : contre toute attente, il y a eu une froideur incroyable ! Surtout que c'était un envoyé spécial avec une kippa, « un fidèle de notre Dieu » ! Trump peut être vraiment méchant envers les Palestiniens, mais il peut aussi être complètement différent. L'historien ne peut pas savoir.

**PIETER LAGROU** : On ne peut pas réduire la science à la capacité de prédire. Quand l'historien se prononce sur un fait du passé, cela a des implications pour le présent. Dire ce qui s'est passé en Anatolie en 1915, ce n'est pas « *die Gedenken sind frei*<sup>54</sup> ». Les uns disent qu'on a tué des Arméniens, d'autres qu'aucun Arménien n'a été tué. Dans la Palestine de 1948, est-ce que

les Arabes sont partis sans qu'on ne leur fasse rien ? Ou en Pologne, à partir de l'été 1941, est-ce qu'on exterminait des Juifs, ou bien est-ce que ça n'a jamais existé ? Statuer sur la réalité des faits a des implications sur le présent.

**SHLOMO SAND** : C'est pour cela que je continue à écrire des livres d'histoire. Mais mon ambition est d'être un bon tailleur. J'ai mené une lutte pour la vérité sur 1948, car je crois qu'il n'y aura jamais de compromis historique entre Israéliens et Palestiniens sans la mémoire de 1948. Mais toute la profession, en Israël, essaie de ne pas en parler, d'éviter, de faire disparaître 1948, de dire qu'on peut arriver à un compromis historique sans évoquer 1948. Moi, par rapport à ma radicalité en histoire, je suis relativement modéré en politique. Cela ne veut pas dire que je ne suis pas pour les luttes historiques, mais je n'ai pas d'illusions. Tout ce que vous avez dit le confirme : le bon historien, même le bon historien critique, doit vivre comme la chouette de Minerve<sup>55</sup>.

**PIETER LAGROU** : Oui, l'historien peut être un bon ou un mauvais tailleur. Mais parfois, il peut aussi être couturier, et faire sensation. Et c'est là qu'il peut avoir un impact sur les hégémonies culturelles. Votre livre *Comment le peuple juif fut inventé*, c'était la sortie du couturier, qui a fait sensation. Vous êtes bien placé pour savoir qu'il y a des historiens qui peuvent avoir le courage de rompre avec certains mythes et, par-là, de reconfigurer le débat. Tous mes étudiants connaissent votre livre et y trouvent une vraie joie d'émancipation du récit du passé. Il n'y a pas énormément d'historiens qui ont un impact sur le présent. Vous montrez bien, par vos travaux, que parfois, c'est important de faire scandale et de modifier les termes du débat.

55 « *La chouette de Minerve ne prend son envol qu'à la tombée de la nuit* » (Hegel, *Principes de philosophie du droit*, 1821) : il faut veiller tard, profiter du silence de la nuit afin d'entendre mieux le son de « *la vérité du monde* ». La tâche de la philosophie (ou de la recherche) n'est pas de dire comment le monde doit être, mais de penser le monde tel qu'il est.

54 « Les opinions sont libres. »

**SHLOMO SAND** : J'ai eu pour ce livre des éloges très flatteurs de grands historiens au niveau international, comme Hobsbawm ou Hastings<sup>56</sup>. En revanche, en Israël, ils disent que je ne suis pas historien. Ils disent que c'est de la littérature. Les historiens sionistes n'acceptent pas de me reconnaître comme un des leurs. En ce moment, en Israël, la corporation se conduit comme la corporation des historiens belges avant la Première Guerre mondiale. J'ai essayé d'éduquer mes étudiants à davantage d'esprit critique, mais....

Quand on m'a demandé quels textes m'avaient aidé à déconstruire l'historiographie sioniste traditionnelle, j'ai évoqué, justement, les travaux de Gellner, de Hobsbawm, d'Anderson. J'ai aussi évoqué les travaux des archéologues israéliens, qui ont commencé, par

56 Max Hastings, journaliste et historien britannique, auteur de nombreux ouvrages sur la Deuxième Guerre mondiale.



leurs découvertes, à décomposer les grands mythes de l'Exode, de Salomon, de David..., ce qui m'a aidé à basculer, à aller de l'avant. Et le troisième texte qui m'a aidé à écrire ce livre, c'est la lettre que j'ai reçue de l'université de Tel-Aviv, qui me confirmait que j'étais nommé *full professor*. Je n'aurais pas pu écrire ce livre, par exemple, comme thèse de doctorat : elle n'aurait pas été admise. Dès que j'ai reçu la lettre qui me confirmait comme *full professor*, je me suis décidé. Je savais que cela m'apporterait beaucoup de problèmes, mais je me suis dit que « du haut de la chaire », ce livre serait plus intéressant. J'étais déchiré, cela n'a pas été facile, parce que je suis un membre de l'establishment de l'université de Tel-Aviv, mais je me suis dit que si ce n'était pas moi qui le faisais, dans ma propre génération, il n'y en aurait pas d'autre.

Dans les nouvelles générations, je suis sûr qu'il y aura des historiens israéliens critiques, mais dans ma propre génération, ce n'était pas possible. J'ai des collègues qui pensent comme moi, en sociologie, en science politique, mais aucun collègue historien.

**PIETER LAGROU** : Il y a certainement beaucoup moins de contrôle politique sur l'Université et sur l'histoire aujourd'hui qu'il y a quarante ans. En revanche, il y a beaucoup plus de précarité. Quand je vois mes jeunes collègues, la précarité qu'ils vivent leur interdit totalement de prendre des risques intellectuels. La précarité des statuts des chercheurs finit par avoir le même effet que le contrôle politique auparavant. Et c'est absolument déprimant.

**SHLOMO SAND** : Oui. Je décris cela dans le roman que je suis en train d'écrire sur l'Université... Un roman policier historique ! ■

«EN ISRAËL, LA CORPORATION SE CONDUIT COMME LA CORPORATION DES HISTORIENS BELGES AVANT LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE.»



LA CHRONIQUE SOCIALE DE MATEO ALALUF

# Publifin à la Silicon Valley

20 JUIN 2017 :

TRAVIS KALANICK, LE PATRON D'UBER, DÉMISSIONNE

Il a dû tout faire avant d'être poussé vers la sortie : harcèlement sexuel, surveillance électronique de son personnel, vol de propriété intellectuelle. Travis Kalanick demeure cependant une incarnation de la modernité des *start up*. Jusqu'à la dénonciation par Susan Fowler du harcèlement sexuel permanent qui régnait à Uber, goutte qui a fait déborder le vase, les investisseurs s'accoutumaient parfaitement de la corruption et de l'indécence qui régnaient dans l'entreprise.

La Silicon Valley n'est pas le havre d'un métissage humain et intellectuel, mais le creuset de la *bro culture* (culture des frangins), faite de machisme, de culte de l'argent, de réussite individuelle à dominante d'hommes blancs. De même que Travis Kalanick doit son succès à un logiciel d'intermédiation entre chauffeurs et usagers dont l'intérêt principal a été de détourner les lois fiscales et sociales des pays dans lesquels il opère, Steve Jobs (Apple) s'est distingué en copiant les interfaces de Xerox et Mark Zuckerberg (Facebook) en s'appropriant le projet des frères Winklevoss. Chaque fois qu'Uber remplace une société de taxis chez nous, un transfert de ressources s'opère vers ses actionnaires de la Silicon Valley.

Rien de commun entre Uber et Publifin, même si, à Liège comme dans la Silicon Valley, l'intérêt de l'entreprise se confond avec le contournement des lois, la gestion autocratique du personnel et l'enrichissement des dirigeants. À Liège, non seulement l'échelle est sans commune mesure, mais Moreau, Gilles, Drion et Pire n'ont rien inventé. Il n'en reste pas moins que, dans les montages institutionnels de nos sous-régions, pointe le rêve de devenir une Silicon Valley. Le milieu liégeois ne renferme-t-il pas une variante de *bro culture* des frangins fondée sur le clientélisme ? Dans l'air du temps, à peine élu, Emmanuel Macron s'est aussi donné comme objectif de faire de la France « *une nation qui pense et agit comme une start up* ».

Il faut chercher dans le capitalisme d'enrichissement, décrit par Luc Boltanski et Arnaud Esquerre<sup>1</sup>, le lien entre la démission de Travis Kalanick en Californie et la mise à l'écart du trio Gilles (PS), Drion (CDH) et Pire (MR) à Liège. À la différence de la grande entreprise et de la finance qui avaient caractérisé ses deux phases précédentes, le nouveau régime du capitalisme est celui de l'avènement de l'entrepreneur. Le marché s'étend désormais, notamment par l'industrie touristique, aux espaces naturels, aux pratiques culturelles (cuisine, artisanat, art...), au patrimoine. L'innovation repose désormais sur la capacité de chacun de devenir un entrepreneur de soi. L'enrichissement scellerait en conséquence la réconciliation de la créativité et des idéaux sociaux. Uber et Publifin seraient des accidents. Même s'il demeure une différence d'échelle entre l'ambition de l'un et celle de l'autre, Stéphane Moreau, après avoir quitté son mayorat d'Ans, demeure encore patron de Nethys à Liège et Mark Zuckerberg se profile aux États-Unis comme successeur de Donald Trump. ■

1 L Boltanski et A. Esquerre, *L'enrichissement. Une critique de la marchandise*, Paris, Gallimard, 2017.

# Pour une gauche médicale

## MÉDECINE RÉPARATRICE OU ÉMANCIPATRICE ?



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Thierry Poucet  
et Monique Van Dormael

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



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

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

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

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

nombre de médecins, de sensibilités politiques diverses, qui condamnaient la grève dans le silence et l'impuissance<sup>2</sup>.

## LA DISSIDENCE

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

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

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

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

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

Si la grève médicale de 1964 fut le déclencheur de la fondation du

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

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

## 1964-1971 : RÉFLEXIONS ET OPTIONS

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

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

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

*taux universitaires* (1967) ; *L'enseignement de la médecine* (1968) ; *La médecine préventive*

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

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

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

En 1971, il va franchir une étape capitale en publiant *Pour une politique de la santé*<sup>3</sup>, un ouvrage de

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

synthèse proposant un modèle global et cohérent d'organisation du système de santé.

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

#### CONTRE LA CULTURE MÉDICALE DOMINANTE

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

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



réfuse les rapports de pouvoir au sein de la relation médecin-malade : « C'est à l'individu, à la communauté, qu'il appartient de prendre la décision parce qu'ils ont seuls le droit moral de juger si les effets justifient les coûts... La compétence technique ne peut assurer à celui qui la possède un monopole, en droit ou en fait, de la prise de décision ; il doit surtout se consacrer à fournir

une information objective, base nécessaire et préalable à toute décision<sup>5</sup>. »

Les médecins sont des techniciens, des conseillers ; ils ont un rôle essentiel d'éducation sanitaire pour que la population et les patients individuels puissent prendre des décisions en connaissance de cause.

La seconde option contredit également la culture médicale dominante selon laquelle la santé n'a pas de prix : « La santé n'est qu'un bien parmi d'autres<sup>6</sup> ».

La dynamique du secteur de la santé ne peut se mesurer à sa capacité d'attirer tous les crédits, aux dépens de la culture, de l'éducation, du logement... qui contribuent aussi à la santé ; et donc, l'utilisation des ressources en soins de santé doit être efficiente.

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

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

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

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

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

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

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

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

## DES PROPOSITIONS CONCRÈTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

nocratiques ou culpabilisatrices, favorise la participation et l'émancipation<sup>17</sup>. L'ouvrage conclut sur un appel à collabora-

tions et alliances dans la recherche et la mise en pratique de ces idées.

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

**L'EFFERVESCENCE DES ANNÉES 1970**

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

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

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

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

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

## STRATÉGIES DE CHANGEMENT

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

prêtant à l'expérimentation à petite échelle de formules innovantes, afin de les évaluer avant d'en proposer la généralisation.

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

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

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

lorsqu'il s'agit de leur propre corps, et se mobilise lorsque la lutte pour la dépénalisation de l'avortement s'amplifie en 1973 avec l'arresta-



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

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

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

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

## CONTRE L'ORDRE DES MÉDECINS

L'un des obstacles identifiés par le Germ tient aux interprétations de la déontologie médicale par l'Ordre des médecins, largement infiltré par les Chambres syndicales. L'Ordre combat le travail en équipes et le partage entre médecins et non-médecins. Il a sanctionné pour publicité abusive et concurrence dé-

loyale des médecins qui diffusaient à leurs patients un journal d'information et renonçaient au ticket modérateur. Il s'oppose au suivi des toxicomanes à la méthadone, à l'avortement. Il oppose le principe du secret professionnel à la transmission de données à des fins d'évaluation. De nombreux médecins progressistes, dont des membres du Germ, sont régulièrement convoqués par l'Ordre, qui a le pouvoir de les sanctionner par un blâme, une suspension voire une radiation.

L'opposition à l'Ordre des médecins dépasse largement le Germ, mais c'est ce dernier qui va marquer ses débuts en publiant, en novembre 1974, une *Lettre d'information* analysant l'anachronisme

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

et le corporatisme du syndicat médical. Le Germ propose des alternatives pour veiller à l'éthique médicale et conclut à « *l'impérieuse nécessité de supprimer l'Ordre*<sup>22</sup> ». La contestation radi-

cale de l'Ordre des médecins a démarré et durera encore de longues années. Le Germ la soutiendra en publiant de nouvelles analyses<sup>23</sup>, tandis que le mouvement de contestation s'élargit. Il culminera en 1980 avec l'Appel des 300 et Aktie Orde Vlaanderen, lorsque plusieurs centaines de médecins manifesteront publiquement leur refus de reconnaître l'autorité morale de l'Ordre et, par conséquent, de payer leurs cotisations.

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

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

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

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

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

### LE GERM ET LES MAISONS MÉDICALES

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

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

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



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

Le Germ n'excluait pas de créer lui-même un CSI où il aurait le contrôle des opérations et de l'évaluation mais observait

néanmoins, avec un intérêt mesuré, le phénomène des maisons médicales. La première année de recherche fut descriptive. Elle permit d'identifier les points communs entre les maisons médicales et les concepts du CSI, mais aussi les obstacles à leur plein développement. Ce travail fut le point de départ d'une collaboration de plus de 10 ans. Le Germ apportait un accompagnement à la mise en place et à l'évaluation de projets concrets – dossier unique, hospitalisation à domicile, références, éducation sanitaire, comité de participation. Les maisons médicales se familiarisèrent avec le modèle conceptuel du CSI, entretemps confronté au contexte belge<sup>24</sup>, et se l'approprièrent lors de la création en 1980 de la Fédération des maisons médicales. Cette collaboration contribua également à l'expérimentation d'une alternative au paiement à l'acte. Le Germ avait déjà clarifié les alternatives possibles<sup>25</sup> et plaidé pour la

réactivation de la possibilité d'un forfait prévue par la loi de 1945 sur l'assurance maladie. Les négociations menées par les maisons médicales aboutirent en 1982 à un règlement de l'Inami. Loin d'être parfait, ce règlement prévoyait néanmoins l'abonnement et l'inscription privilégiés par le Germ. Le « forfait » démarra sur le terrain en 1984,

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

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

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

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

Ces recherches posaient toutefois des problèmes méthodologiques particuliers : les chercheuses ne se contentaient pas d'analyser les problèmes, elles s'engageaient aux côtés des acteurs de terrain pour imaginer et tester des solutions potentiellement reproductibles. Cela ne cadrait pas avec les préceptes dominants de la neutralité du chercheur. Face aux

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

questionnements internes, une intense réflexion sur la « recherche-action » comme démarche à la fois scientifique et so-

ciale permit d'affiner la méthodologie appliquée aux soins de santé.

### LE MONDE ET LES TEMPS CHANGENT

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

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

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



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

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

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

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

d'éducation permanente et la responsabilité de publication. La filiation vers *Santé conjugulée* s'amorçait.

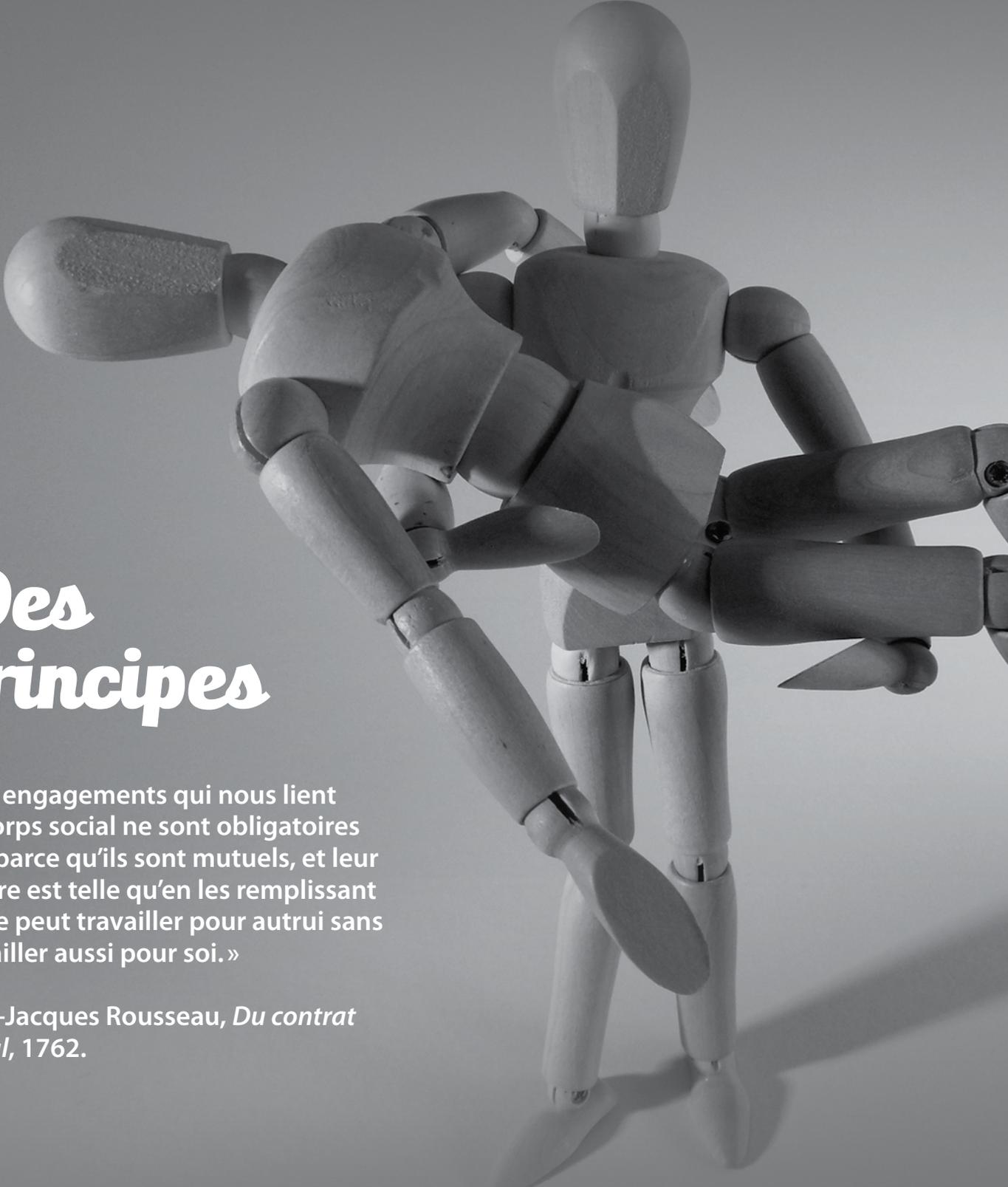
Le Germ considérait que son travail serait accompli quand ses idées seraient reprises au point que l'on oublie qu'il avait été le premier à les formuler. Dans certains domaines, c'est ce qui s'est passé. Même si l'influence du Germ est largement reconnue par la Fédération des maisons médicales, qui se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

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

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

26 Germ, « Actes des états généraux de la Santé – 1984 – Quelles stratégies de promotion de la santé en période de crise ? », *Cahier du Germ*, n° 187-191, 1985.

Disponible sur [www.bdsp.ehesp.fr/Base/12598](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/12598).



# Des principes

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

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

# PARCE QUE LA SANTÉ N'EST PAS UNE MARCHANDISE

Jean Hermesse et Jonathan Bouvy



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

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

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

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

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

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

### UNE RÉGULATION LIMITÉE

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

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

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

Notons que des régulations existent même dans des pays partisans d'un renforcement des mécanismes de marché dans les soins de santé. C'est le cas aux Pays-Bas, où une certaine planification et un contrôle de la qualité sont toujours de rigueur. En outre, l'histoire montre que, paradoxalement, la protection des marchés les plus autorégulés nécessite la mise en place d'institutions qui garantissent l'application de ce principe<sup>2</sup>. La dérégulation est un choix politique qui nécessite la création d'instruments ou d'institutions (qui peuvent par ailleurs représenter

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

un coût important) pour être garant du système économique. L'horizon du marché « totalement libre » repré-

sente de ce point de vue une belle utopie.

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

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

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

Notons que ces principes peuvent se retrouver

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

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

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

### BIZARRERIES ET INCOHÉRENCES

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

Par ses dimensions éthiques, sociales et économiques complexes, la santé compromet fortement son intégration optimale à un marché pur, autorégulé en fonction de l'offre et de la demande. Pour Ronald Dworkin, il est inacceptable d'appliquer des principes de libre marché à l'assurance-maladie pour trois raisons : « *La répartition inégale des richesses de sorte que les plus démunis ne pourraient s'offrir aucune*

*assurance-maladie, le risque d'une différenciation des primes peu souhaitable basée sur les risques de maladie et l'asymétrie d'information*<sup>3</sup>. » La question de l'optimalité (chère à la doctrine néolibérale) ou de l'efficacité sociale est posée.

L'asymétrie d'information, du fait que le patient n'est généralement pas en mesure d'évaluer lui-

même la qualité et la nécessité des soins, rend impossible la connaissance parfaite des conditions de l'offre et de la demande dans le chef des patients et falsifie le marché. Dans ce cas, des

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

majorations de tarifs de prestations peuvent s'opérer aisément. L'absence de transparence financière participe aussi à cette asymétrie, puisque seul le prestataire connaît les tarifs.

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

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

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

4 Chiffres 2012.

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

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

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

### UNE EFFICACITÉ DOUTEUSE

Aujourd'hui, les possibilités d'analyses statistiques permettent de mettre en évidence les impacts négatifs sur la santé publique de la marchandisation des systèmes de santé. Premièrement, abordons un problème d'efficience. Si l'on compare le niveau de dé-

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

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

pense de santé par pays avec le niveau d'espérance de vie, concept étroitement

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



plus grande partie des dépenses y sont collectivisées et transitent par les mutualités. Les coûts de gestion de ces dernières sont souvent critiqués par les défenseurs du libre marché. Une analyse fouillée montre qu'en réalité, les frais de gestion des mutualités sont plutôt modérés, puisqu'ils s'élèvent à moins de 3,3%. Tandis que du côté des assurances privées, les frais de gestion avoisinent souvent

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

les 20% : « En 2015, dans les produits "hospitalisation", les commissions s'élevaient à 8,3% des primes acquises, tandis que les frais généraux se fixaient à 13,9%<sup>6</sup>. »

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

D'autres questions interpellent sur le plan de l'efficacité sociale. Là où des soins de haute qualité sont développés, ils sont souvent plus chers. À l'opposé, d'autres acteurs commerciaux développent des services accessibles où la qualité n'est plus un objectif premier (encadrement, temps consacré aux soins, hygiène, sécurité...). Cela s'observe notamment par l'apparition d'un segment *low cost* dans le secteur des maisons de repos. Sur le marché mondial, les in-

novations sont souvent peu accessibles financièrement tandis que les prix varient surtout en fonction de l'offre et de la demande. Ainsi, le prix exorbitant de certains médicaments nouveaux et rares pose des problèmes aux systèmes de santé<sup>9</sup>. Leur accessibilité n'est alors réservée qu'à une portion congrue de la population mondiale.

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

## PHÉNOMÈNES DÉRIVÉS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**LA BELGIQUE N'EST PAS ÉPARGNÉE**

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

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

13 Statistiques OCDE 2014.

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

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

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

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

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



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

### **POUR UNE RÉGULATION RESPONSABLE**

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

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

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

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

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

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

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

### DE L'OXYGÈNE!

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

Agir en amont du régime de soins de santé sera

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

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

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

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



# DÉFENDRE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN EUROPE\*

Jean-Pierre Unger,  
Ingrid Morales et Michel Roland

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

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

Jean-Pierre Unger est médecin, professeur associé de Santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Ingrid Morales est médecin, directrice médicale adjointe de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Bruxelles.

Michel Roland est médecin, président de Médecins du monde Belgique et professeur honoraire de médecine générale à l'Université libre de Bruxelles.

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

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

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

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

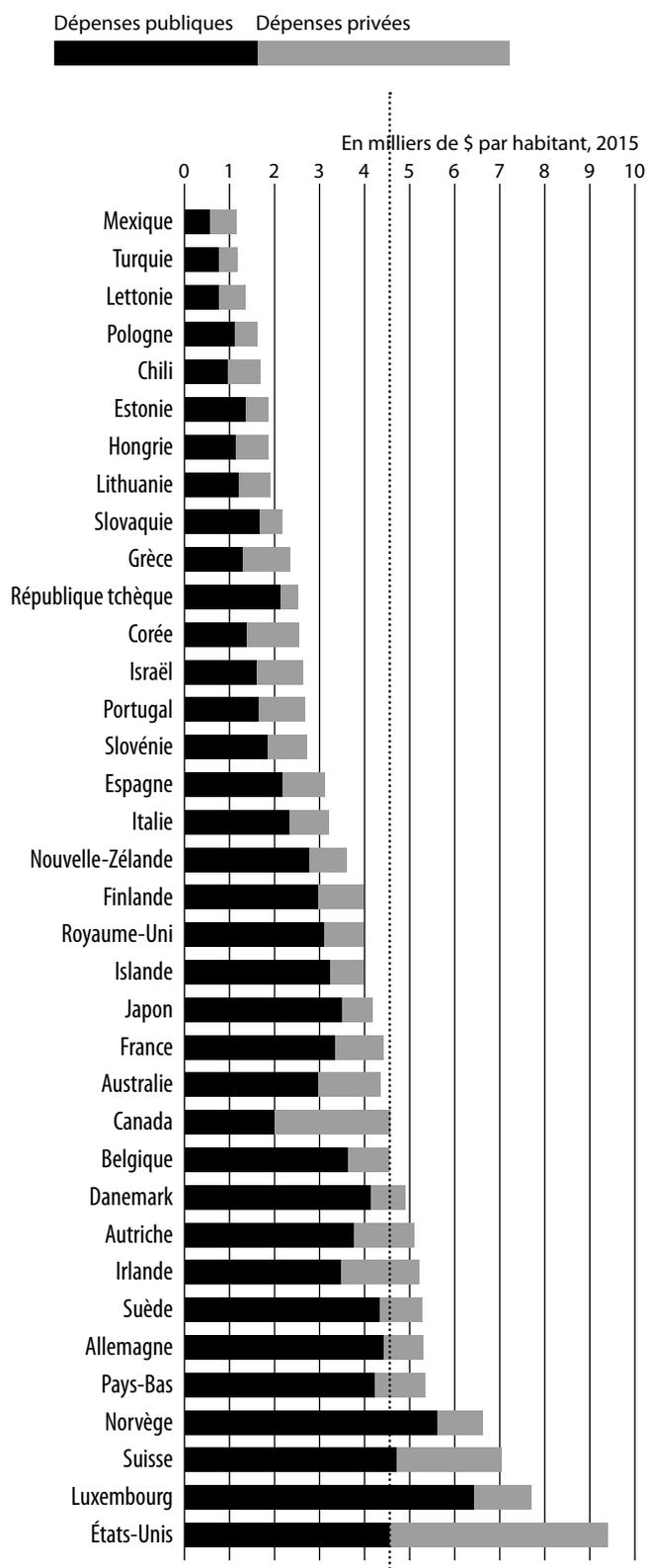
<sup>2</sup> Income Group, *Unmet Care Need due to Costs in Eleven OECD Countries*, Commonwealth Fund, 2010.

<sup>3</sup> 2015 OECD Health Statistics, <https://goo.gl/yzW0U6>



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

En tant qu'objectif politique, ces propriétés devraient pouvoir mettre d'accord les organisations de patients (qui œuvrent pour un accès universel à des soins de santé de qualité, dans des systèmes eux aussi universels<sup>7</sup>) et les organisations de médecins (qui veulent agir en faveur d'une pratique médicale éthique et « hippocratique<sup>8</sup> » et qui souhaitent que

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

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

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

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

les praticiens conservent le statut professionnel dont ils ont joui depuis 1945).

### 2| De quoi défendre la sécurité sociale ?

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

### 3| Comment défendre la sécurité sociale ?

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

### DES SERVICES DE SANTÉ À FINALITÉ PUBLIQUE POUR DES SOINS HIPPOCRATIQUES

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

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

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

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

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

merciale. C'est ainsi que, par souci de rendement, la « gestion des soins » tend à standardiser et à bureaucratiser indûment la pratique thérapeutique<sup>10</sup>.

### À L'ORIGINE DES SYSTÈMES DE SOINS EUROPÉENS

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

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

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

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

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

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

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

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

## **SOUS LA SÉCURITÉ SOCIALE EUROPÉENNE, UN TRAVAIL DE SAPE**

Le transfert de systèmes nationaux de santé aux forces économiques n'a rien d'impossible : la coopération au développement a bien changé de mains,

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

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

dans le courant des années 1990, et sa logique est devenue économique, sans que cela ne fasse de vagues.

On imagine, ce-

pendant, la puissance politique dont il faut disposer pour espérer faire main basse sur près de 7 % du PIB européen en 20 ans. Or cette puissance existe et le scénario n'a rien d'une fiction. 25 ans, c'est le temps qu'il a fallu pour opérer la réforme du secteur de la santé en Amérique latine. Et 7 % de plus qu'en Europe, c'est la part de PIB que, *grosso modo*, les États-Unis consentaient à leur secteur des soins de santé en 2014. C'est donc aussi le volume des capitaux qui pourraient changer de mains (en passant du public au privé) et de secteur (pour se diriger vers celui des soins) si la sécurité sociale était *partiellement* privatisée (nous disons *partiellement* parce que, nous le verrons, personne ne souhaite qu'elle le soit tout à fait).

## **LES CANDIDATS AU MARCHÉ EUROPÉEN DES SOINS DE SANTÉ**

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

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

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

### DÉRÉGULATION ET "MANAGED CARE"

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

La décision clinique fait alors l'objet du *managed*

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

*care*, à savoir une régulation commerciale qui s'impose aux médecins contractualisés. Le *managed care* standardise la presta-

tion des soins grâce à des *guidelines*, des instructions écrites. Ces « *recommandations de bonne pratique* » sont définies comme des propositions développées selon les principes de *l'evidence-based medicine* (« médecine basée sur les preuves ») ayant pour but d'aider le praticien à donner les soins les plus appropriés dans chaque circonstance clinique. Si les recom-



13 Voir note 10.

mandations que l'on trouve dans la littérature scientifique peuvent poser des problèmes d'utilisation professionnelle<sup>14</sup>, la rationalisation bien comprise de la décision clinique fondée sur une base statistique ne constitue pas un standard rigide. Au contraire, le médecin doit l'adapter aux différents contextes cliniques. Mais les guides de bonnes pratiques produits par les bureaucraties commerciales sont, quant à eux, réellement délétères, parce qu'ils visent d'abord à

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



maximiser le profit généré par la pratique médicale. Ces guides pénalisent le patient, par exemple, en biaisant la consommation pharmaceutique et l'utilisation de la technologie médicale et en rationnant les admissions dans les hôpitaux de complexité majeure tels que les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux régionaux. À ce sujet, la comparaison entre l'accès

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

aux soins aux États-Unis et l'accès aux soins en Europe est extrêmement parlante ; les données sur le sujet sont aisément accessibles en ligne<sup>15</sup>.

Pour étendre leur marché en Europe, les banques-

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

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

15 [www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm)

## DÉFENDRE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN EUROPE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si elles veulent être entendues des médecins, les mutuelles devraient militer pour que les revenus des

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

## DES SOINS BIOPSYCHOSOCIAUX ET CENTRÉS SUR LE PATIENT ET LA FAMILLE

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

- ils donnent des soins biopsychosociaux et non strictement biomédicaux ;
- ils *négoient* la conduite thérapeutique avec leur patient ;
- ils intègrent à leur pratique clinique des interventions et des préoccupations de santé publique<sup>2</sup>.

## UNE POLITIQUE DE « MOTIVATION SYMBOLIQUE » DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Seuls des professionnels très motivés peuvent donner des soins comme nous les attendons tous – des soins efficaces, biopsychosociaux et éthiques – parce que ce type de prestation a un coût d'opportunité élevé pour le soignant. On a donc payé déceamment les professionnels de santé en Europe. Toutefois, les politiques de santé agissaient aussi sur leur motivation symbolique. Elles jouaient, par exemple, de l'utilisation des connaissances et des habiletés en pratique clinique ou

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

du développement personnel du médecin en cours de carrière. Et le système assurait une éducation médicale continuée digne de ce nom, en transmettant une culture professionnelle et pas simplement des compétences – comme le conçoit la bureaucratie européenne de Bruxelles. Mais aujourd'hui, dans de nombreux pays, on serait bien en peine de trouver encore trace d'une politique de motivation immatérielle des médecins.

## L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS DE SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À des degrés divers, la médecine de première ligne et un hôpital (parfois délocalisé sur plusieurs sites) s'organisaient en systèmes locaux pour améliorer la coordination clinique et gestionnaire des services. Et comme ces structures étaient centrées sur le patient, les médecins de famille en étaient la cheville ouvrière et les gestionnaires en étaient souvent des médecins. Tout cela n'était possible que parce que la propriété et les dettes des services de santé devaient avoir une finalité publique. Bien que ressortant d'un large éventail de figures institutionnelles, les entraves financières et administratives à la commercialisation des hôpitaux, cliniques et centres de santé européens ont été suffisantes pour maintenir les assurances privées à la marge du système.

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

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

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

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

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

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

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

### **LE PATRONAT EUROPÉEN : UN ALLIÉ INATTENDU ?**

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

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

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

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

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

### UNE AUTONOMIE SUFFISANTE

L'expérience des États-Unis montre aux patients qu'ils ont intérêt à ce que les organismes payeurs aient une mission publique et non commerciale. L'histoire des systèmes de santé néerlandais et suisse montre aux contribuables que leurs intérêts convergent avec ceux des patients : la commercialisation des soins accroît brutalement les dépenses totales de santé, publiques et privées.

Mais à l'exception de ces deux derniers pays, les politiques européennes ont généralement traduit, depuis 1945,

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

une volonté de finalité publique des soins individuels. Pour cela, elles ont donné aux professionnels une autonomie suffisante. En leur assurant une gestion non commerciale, elles ont voué les services de santé à une finalité sociale qu'elles ont su garantir par un financement qui l'était tout autant. Enfin, elles se sont dotées de systèmes de santé universels, c'est-à-dire entièrement accessibles à tous.

L'expérience européenne montre aussi que la finalité des services de santé et la mission du financement des soins doivent être publiques pour que les soins soient susceptibles d'obéir à une éthique professionnelle. *A contrario*, la privatisation des assurances menace le caractère hippocratique des soins et l'existence même de la médecine en tant que profession. En sous-finançant temporairement les soins de santé et en concluant des traités commerciaux internationaux qui entendent réguler le financement des soins, l'Europe politique a fait le choix de commercialiser la santé et d'en finir avec une tradition hippocratique vieille de 2500 ans. Avec le Ceta, le Tisa ou

le TTIP, l'Union européenne sera tenue d'adopter les législations (de type américain) qui organisent ce financement en marché. En tout état de cause, ces traités permettront aux banques-assurances d'attaquer en justice un gouvernement qui, par exemple, déciderait de confier le financement des soins de santé à des organisations sans but lucratif, comme les mutuelles françaises et belges.

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

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

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

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

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

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

#### QUATRE PILIERS

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

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

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

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

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

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

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

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



# SANTÉ POUR TOUS ?

Perrine Humblet

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

Mais ce système n'est pas tombé du ciel. Et, malheureusement, il n'est pas forcément éternel.

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

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

## LA SANTÉ EST POLITIQUE

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



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

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

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

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

L'organisation de l'accès aux soins, de même que le développement pour la santé, s'inscrivent à l'époque dans une perspective fataliste. Le système de soins de santé se met en place dans un cadre épidémiologique encore très marqué par les maladies infectieuses et transmissibles. La révolution pasteurienne<sup>1</sup> récente a produit le modèle « *une maladie = un germe* », un modèle dont l'efficacité se révèle avec le développe-

ment de vaccins et de nouveaux médicaments. Ce modèle est également porteur d'une représentation selon laquelle les risques d'atteintes à la santé sont distribués de manière aléatoire (les germes circulent) et où les citoyens sont donc égaux face aux maladies.

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

## OBJECTIF ÉGALITÉ

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

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

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

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

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

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

Quels sont dès lors les changements sociaux à mettre en place ? La Commission sur les déterminants sociaux de la santé, créée par l'OMS au début des années 2000, rassemble les observations et soutient les développements théoriques permettant de comprendre ce qu'elle appelle des « *inégalités évitables, inacceptables et injustes* ». Selon cette Commission, la réponse doit aussi passer par des actions systémiques pour « *s'attaquer à la répartition inéquitable*

*du pouvoir, de l'argent et des ressources et aux causes structurelles de ces conditions de vie* ». Autrement dit, les changements à mettre en place pour lutter contre les inégalités en matière de santé passent par des politiques intersectorielles et transversales. Ils ne peuvent pas relever du seul secteur de la santé.

## INSÉCURITÉ SOCIALE

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



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

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

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

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

## Salut la santé...

Georges Bauherz

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

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

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

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

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

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

*santé. Il est au contraire historiquement construit, objet de concurrences et de luttes entre des*

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

En matière d'inégalités de santé, on observe une tendance semblable à celle qui se manifeste dans la lutte contre la pauvreté : la perspective néolibérale s'accommode aisément de pratiques d'assistance aux plus pauvres, mais elle fait obstacle à une lutte contre les inégalités sociales sur un plan global. En Belgique, la prise de conscience de la nécessité d'agir contre les

inégalités de santé a pris du retard et elle est encore insuffisante. Elle reste sectorielle, ciblée surtout sur les populations les plus précaires, faisant l'impasse sur le gradient régulier qui différencie progressivement le niveau de santé des différents groupes, des plus démunis aux plus riches. L'individualisation des pratiques isole et stigmatise les groupes sociaux « à risques » tout en épuisant les professionnels, mis dans l'incapacité de mettre en place des environnements « soutenant » et solidaires.

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

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

Le christianisme, contrairement au chamanisme, a abandonné le salut du corps à la médecine, se réservant celui de l'âme. Après la division du travail entre les hommes et les femmes, ce fut peut-être une des divisions fondamentales des rôles sociaux. Mais la tradition populaire résiste à

cette division, et les innombrables pèlerinages aux saints guérisseurs dans nos pays ne font pas la séparation entre religion et médecine.

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



# LES SOINS DE SANTÉ ENTRE SOCIAL ET MARCHAND

Fanny Dubois et François Perl

Le principal objectif des systèmes publics d'assurance-maladie est la socialisation des risques médicaux rencontrés tout au long de la vie (maladie, invalidité, vieillesse).

Le système belge poursuit cet objectif depuis sa création en 1964. Dans un jeu fragile de tensions à examiner de plus près.

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

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

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



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

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

### BISMARCK

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> Où la protection sociale est financée par des cotisations prélevées sur la masse salariale.

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

Certains verront un verre à moitié plein, d'autres un verre à moitié vide.

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

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

### COMPLEXITÉ

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



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

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

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

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

## CONFLICTUALITÉ

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

énorme dans les arbitrages politiques.

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

La Belgique, comme partout dans le monde, n'a pu échapper au processus de marchandisation de son système de soins de santé. Depuis quelques dé-

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

centennies, ce mouvement s'opère de façon plus radicale avec le développement des assurances privées ou encore l'incroyable accélération de la technonologisation de la médecine

(que ce soit au niveau des médicaments, des dispositifs médicaux ou de l'importante croissance des technologies de l'information dans la fourniture des soins).

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

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

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

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

mentation des coûts. Les logiques de profit et de concurrence qu'instaure la marchandisation alimentent les logiques de sélection des individus et de segmentation des organisations<sup>4</sup>.

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

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

## NOUVELLES PATHOLOGIES

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

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

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

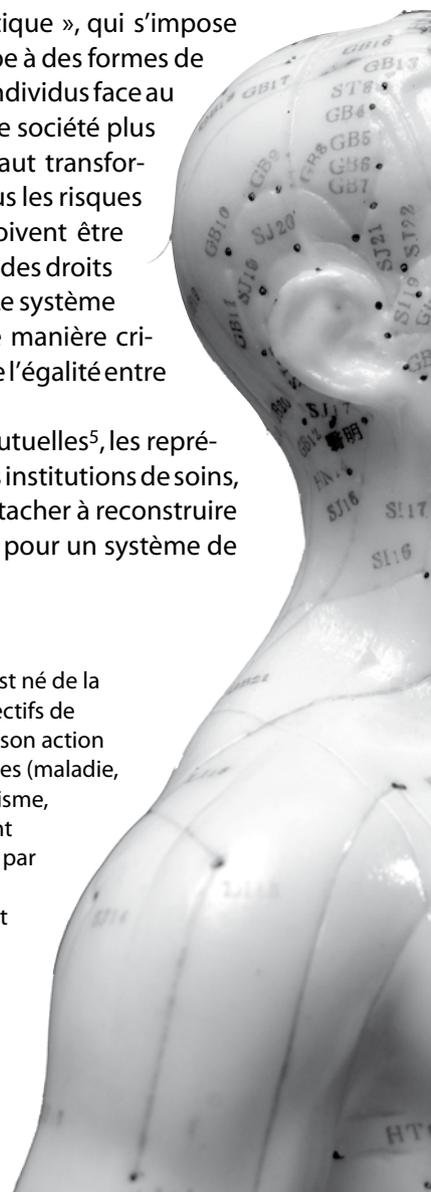
Ces phénomènes expliquent pour une bonne part l'explosion du nombre de cas d'incapacité de travail de longue durée.

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

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

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

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



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

Georges Bauherz

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

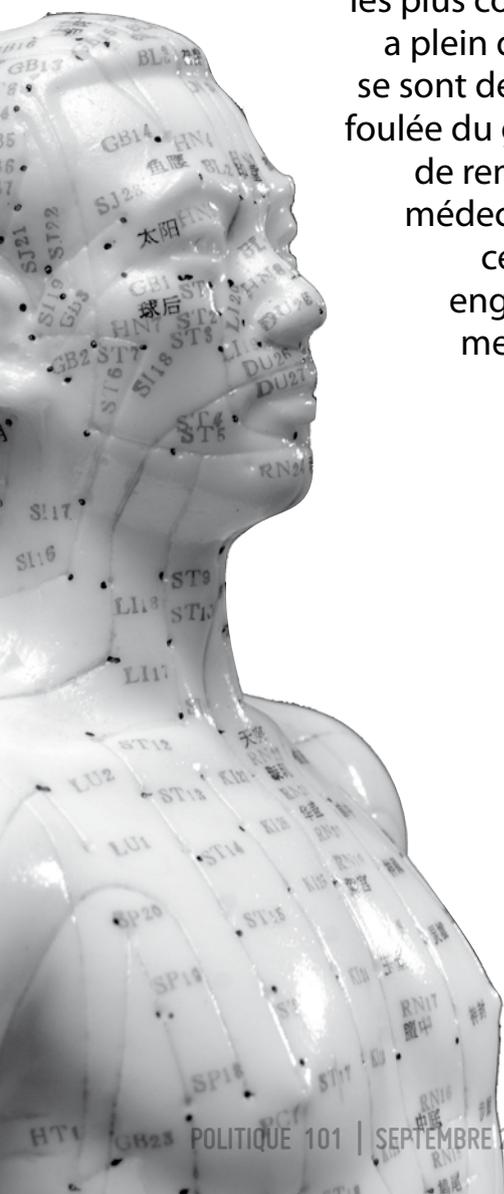
Il n'est nul besoin de donner une définition précise des médecines « autres » pour se convaincre de leur existence, ni pour voir qu'elles se portent bien. La table de démultiplication élaborée par l'Organisation mondiale de la santé en recense plus de cent différentes, chaque année en apparaissent de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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

## PATIENTS OU CLIENTS ?

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

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

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

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

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

### LA BONNE NATURE SELON ROUSSEAU

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

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

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

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

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

### ENTRE L'ÉQUILIBRE ET LE DÉSÉQUILIBRE

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

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

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

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

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

### QUESTION D'EFFICACITÉ

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

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

La première manière d'aborder la question de la signification des médecines non conventionnelles, la plus classique, est de se poser la question de leur efficacité. Globalement, cela « marche ». Comme

dans la confection ou l'automobile, les affaires marchent, les clients reviennent, ils sont satisfaits, ils votent avec leurs pieds et avec leur portefeuille. Mais cela n'aide en rien à dire la nature politique du phénomène. Le problème méthodologique est majeur : comment, par exemple, utiliser les procédures d'évaluation de la « médecine basée sur les

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

preuves », comme les études contre placebo, pour des thérapeutiques comme l'homéopathie qui ne prend en considération que des malades singuliers et non des maladies bien définies.

Le seul moyen, c'est d'évaluer l'homéopathie dans son ensemble plutôt que rien, ce qui est moralement difficile à accepter. Et cela d'autant plus que le même dispositif devrait pouvoir être proposé à la médecine « conventionnelle », la médecine générale par exemple, ce qui serait encore moins accepté. Or, si on sait que l'aspirine fait baisser la température (en tous cas chez le petit neveu fiévreux qui en a pris), il est impossible de dire si la médecine, dans son ensemble, est efficace pour guérir les maladies. Et elle l'est sans doute beaucoup moins que ce que l'on imagine. Et encore moins pour préserver la santé.

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

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

peu acceptable. Les valeurs en hausse sont l'autonomie du sujet et la transparence, valeurs « ni de gauche ni de

droite » mais que tout le monde peut reprendre à son compte, légitimement.

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

### L'ENJEU EST DANS LE POUVOIR DE LA CORPORATION

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

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

La frontière qui sépare la médecine officielle et les médecines alternatives est une frontière en trompe-

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

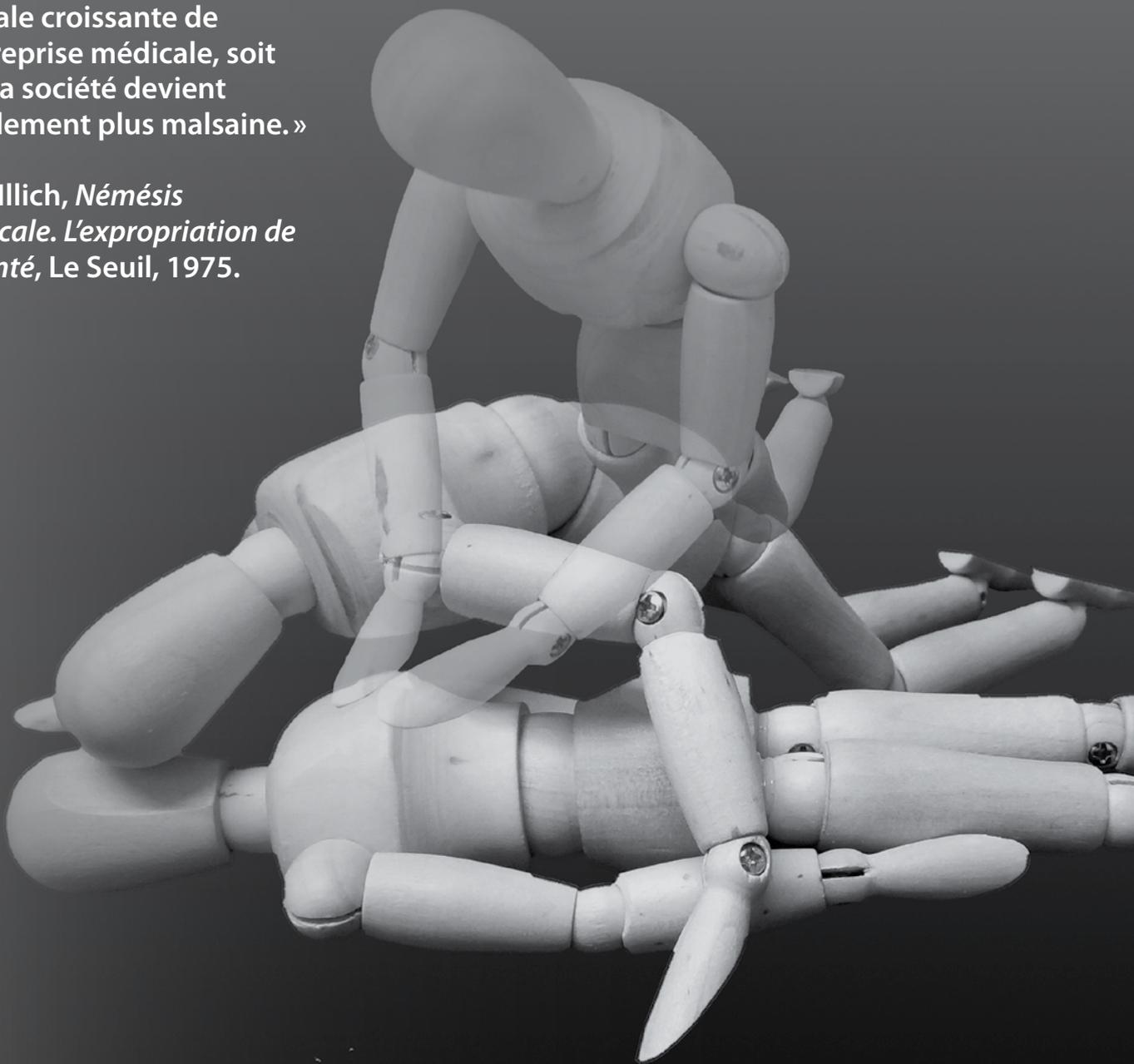
l'œil, une frontière qui, comme certains murs séparant les pays, s'effondre dès qu'on souffle dessus. Cette frontière ne sert qu'à renforcer, de chaque côté, le sentiment d'irréductibilité des territoires qu'elle sépare. Elle bénéficie aux va-t-en guerre de chaque camp. Ce genre de frontière sert le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

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

# Des pratiques

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

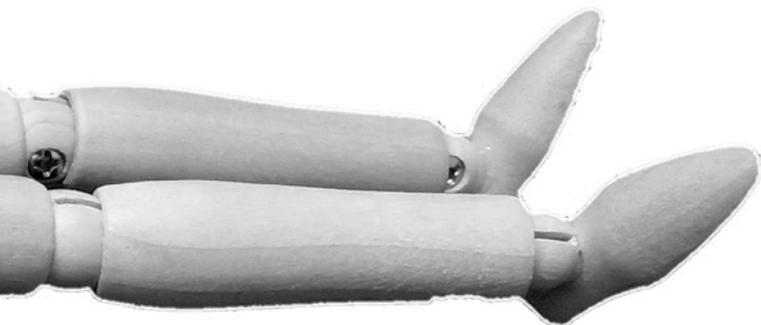
Ivan Illich, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Le Seuil, 1975.



# 1945-1990 : MAISONS MÉDICALES, SEMAILLES ET GERMINATION

Marinette Mormont  
et Michel Roland

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



Marinette Mormont est historienne et journaliste à l'agence Alter

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

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

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

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

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

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

patients, et qui instaure un carnet de santé individuel. Pour le porte-parole du mouve-

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

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

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

Ailleurs dans le monde, à l'heure des mouvements

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

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

### ET DONC LES MAISONS MÉDICALES FURENT

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

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

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

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

de santé et, plus largement, le modèle de société de consommation qui s'impose partout. À ce moment, c'est toute la première ligne qui est en ébullition. Les centres de santé mentale se créent dans la vague de l'antipsychiatrie : les « fous » ont désormais leur place dans la cité, on prône la *désinstitutionnalisation* et la nécessité d'un virage ambulatoire (qui consiste à écourter voire éviter les séjours en milieu hospitalier au profit d'un suivi des personnes dans leur milieu de vie). Les centres

d'aide aux usagers de drogues se structurent afin de prendre en charge ce public, perçu non plus comme des délinquants mais davantage comme des patients. De leur côté,

les plannings familiaux prennent leur essor autour des luttes pour le droit à la contraception puis à l'avortement. Tous ces groupes se constituent sur une base militante. Ils se connaissent et travaillent en synergie.

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

Au-delà de leur engagement dans un modèle alternatif de soins de santé, les maisons médicales décident d'appliquer à leur activité, mais aussi à leur mode de fonctionnement et de gestion, les principes qu'elles souhaitent voir mettre en œuvre dans la société dans son ensemble. Plusieurs orientations politiques et philosophiques traversent le mouvement : trotskysme, marxisme-léninisme, anarchie, hédonisme, etc. Les discussions vont bon train. Le fonctionnement quotidien en autogestion se pré-

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

sente comme une troisième voie entre un centralisme à la soviétique ou à la chinoise et des options libertaires qui font la part belle au « tout au local » et à l'individu. Cette troisième voie, qu'on pourrait qualifier de « libérale structurée », consiste à partir de la base et des besoins locaux, tout en développant des collaborations afin d'éviter les trous et les redondances. Les maisons médicales sont en délibération permanente avec l'environnement dans lequel elles sont implantées, avec le citoyen.

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

## LA SANTÉ DEVIENT GLOBALE

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

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

primaires comme la clef de la réduction des inégalités en matière de santé

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

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

### L'APPEL DES 300

Fin 1979, deuxième grève des médecins : encore une fois, le Dr Wynen et les Chambres syndicales mènent la fronde, avec le soutien de l'Ordre des médecins, et s'opposent à des mesures qui ambitionnent de limiter les prérogatives et le pouvoir décisionnel du corps médical. Mais cette fois, les médecins progressistes du pays organisent concrètement la résistance. Parmi eux, les militants de *Médecine pour le peuple* (MPLP)<sup>5</sup> et les médecins de nombreuses maisons médicales. À nouveau, le conflit est très violent. À la maison médicale de Forest, en collaboration avec

les organisations syndicales, quinze lignes téléphoniques sont installées pour « dispatcher » les appels des patients. Des permanences de garde sont organisées dans certains hôpitaux de quartier et les cas les plus sérieux sont acheminés vers l'hôpital militaire. À la suite de cette grève, 300 praticiens décident de ne plus payer leur cotisation à l'Ordre des médecins, manifestant leur opposition avec le soutien inconditionnel de l'Ordre à la grève. C'est « l'Appel des 300 ». La grève des médecins sera condamnée par le gouvernement, par la voix du ministre CVP de la Prévoyance sociale Luc Dhoore. Mais, quelques années plus tard, les 300 médecins seront quand même condamnés à acquitter les intérêts de retard pour toutes les cotisations non payées à l'Ordre. Notons incidemment que l'organisation mise en place pour contrecarrer l'absence des médecins grévistes (dont certains avaient d'ailleurs, comme en 1964, quitté le pays dans une nouvelle « opération valises ») s'est révélée fort efficace et a réussi à limiter les inconvénients de la grève pour la population : tous les malades ont été soignés, parfois seulement avec un peu de retard. Cet échec relatif de la grève de 1980 est sans doute une des explications de la férocité prolongée de nombreux médecins « libéraux » à l'égard de ceux des maisons médicales : interdiction de participer au rôle de garde, médisances systématiques, etc.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Installée initialement de manière spartiate dans le grenier de la maison médicale de Forest, la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF) inscrit dès le départ, dans ses principes fondateurs, son projet d'organisation des soins de santé, basé sur des soins de première

ligne, globaux, continus, intégrés et caractérisés par une accessibilité maximale. Une des prochaines étapes prioritaires à franchir ? La reconnaissance d'un système de financement forfaitaire.

### LE FORFAIT : NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT

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

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

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

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

pluridisciplinaire de même que l'intégration des soins curatifs, préventifs et de la promotion de la santé. Un rapport<sup>7</sup> du Centre

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

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

Avec le temps, de nouveaux concepts, de nouvelles méthodologies, de nouvelles stratégies sont étudiées et développées. On passe de la pluri- à l'inter- puis à la transdisciplinarité : il ne s'agit plus de

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

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

## LE SUCCÈS AU RENDEZ-VOUS

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

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

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

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

10 Proverbe cambodgien.

# MÉDECINE POUR LE PEUPLE

Sofie Merckx

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

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

Gravure : le docteur Norman Bethune avec Mao Zedong.



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

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

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

## SOCIÉTÉ ET SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En outre, dans nos pays occidentaux, le degré d'inégalité entre les revenus a une plus grande influence sur la mesure du bien-être et de la

santé que le niveau moyen de revenu. Le professeur Navarro, chef du service de santé publique de l'université John Hopkins, affirme : « *Ce ne sont pas les inégalités qui tuent les gens, [...] ce sont les responsables de ces inégalités qui tuent les gens*<sup>5</sup>. »

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

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

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

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

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

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

## LES LIENS AVEC LE PTB

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

Avec nos maisons médicales, nous mettons en pratique notre conception de la santé pour tous. Nous ne cachons pas notre lien avec le PTB. Nous avons récemment procédé à une enquête dans notre maison médicale de Deurne (Anvers) : il s'avère que 90 % des patients de cette maison médicale savent que MPLP est liée au PTB et que 89 % d'entre eux estiment positif que nous luttons ensemble, par exemple, pour faire baisser le prix des médicaments ou pour de

meilleures conditions de travail. Mais *Médecine pour le peuple* est une association plus large que le PTB. L'ensemble de nos patients représente toute la diversité culturelle, religieuse et politique de notre société.

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

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

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

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



COMMENTAIRE

## Le pouvoir du médecin de gauche

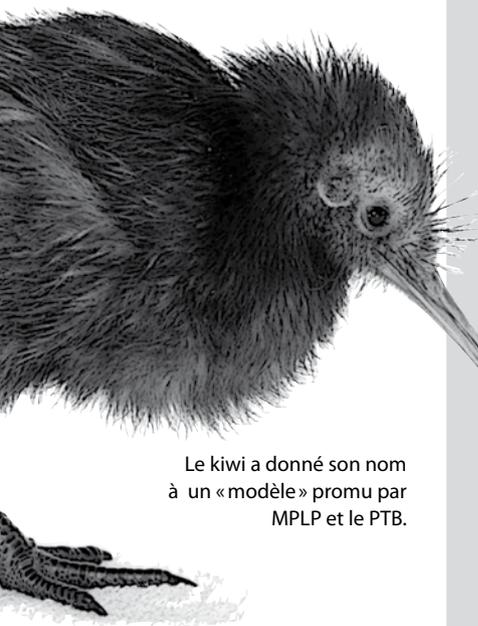
L'article de Sophie Merckx me laisse sur ma faim. L'activité de Médecine pour le peuple est décrite avec franchise, attire la sympathie, est présentée avec fraîcheur et un brin d'ingénuité, tout en rose. On aimerait cependant des précisions sur ce qui fait la singularité de MPLP, comparé aux autres maisons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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



...

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

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

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

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

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

# LA PISTE HUMANITAIRE

entretien avec Michel Roland

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

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

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

**Michel Roland** : Les priorités des différentes ONG résultent souvent des circonstances liées à leur fondation, telles qu'elles ont été cristallisées dans leur objet social et leur charte. Une fois qu'une structure a une personnalité juridique et tout un corpus de routines, les décisions d'entreprendre telle ou telle action se prennent en fonction des demandes émanant soit de membres, soit des pouvoirs publics, soit de « communautés locales » : lorsque ces dernières prennent connaissance de l'action de l'ONG dans une région donnée et souhaitent la voir répliquée dans la leur. Si la demande a l'air suffisamment sérieuse, elle fait alors l'objet d'une mission exploratoire. Si celle-ci s'avère positive, l'exécution de la mission dépend encore évidemment des capacités de financer le projet. Parfois, le financement précède la mission et nous oriente dans

une direction. Parfois, c'est l'ONG elle-même qui fixe ses priorités et essaie – sans toujours y parvenir – de rassembler les fonds nécessaires. D'un point de vue strictement financier, certaines situations sont beau-



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

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

L'évolution naturelle tend à l'élargissement de l'objet social plutôt qu'à sa restriction. C'est notamment ce qui fait que les grandes ONG ont tendance à agir désormais à la fois sur le plan local (ce que dans le jar-

gon, on appelle les programmes « domestiques ») et international. Cet élargissement est non seulement géographique, mais également thématique, à partir du constat que le « médical » à lui seul est insuffisant.

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

On peut parler des « Big four » en évoquant la Croix-rouge, Médecins sans frontières (MSF), Médecins du

monde (MDM) et Handicap international. À côté de ces acteurs majeurs existent aussi de nombreuses organisations locales actives sur des projets beaucoup plus ponctuels, ou d'autres

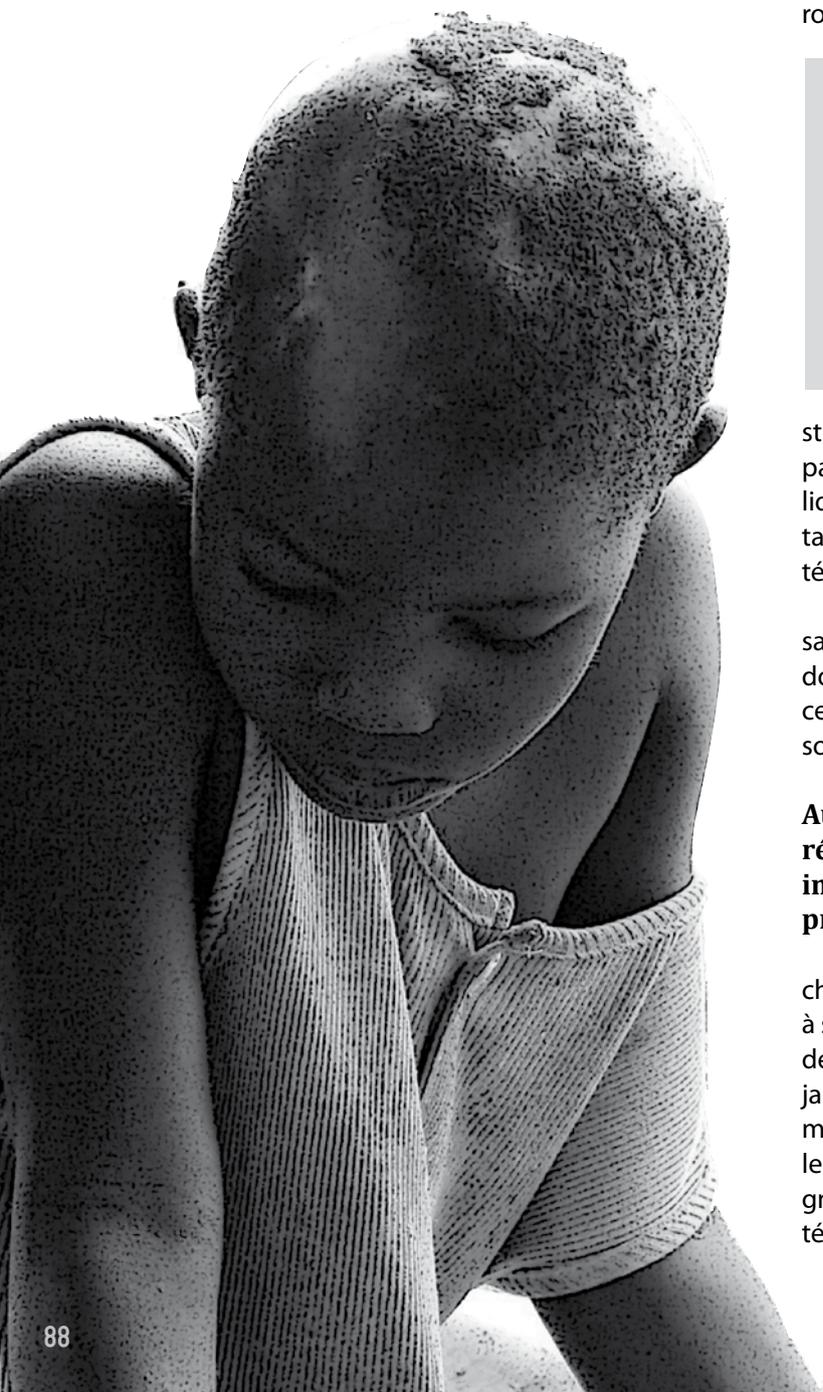
**LA RENCONTRE DES THÉMATIQUES « SANTÉ » ET « ENFANCE » SONT LES PLUS PORTEUSES EN TERMES DE RÉCOLTE DE FONDS.**

structures qui sont actives en matière de santé mais pas de manière exclusive. Je pense par exemple à Solidarité socialiste (culture et enseignement) ou Caritas (qui est experte en matière de mutuelles de santé).

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

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

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



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

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

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

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

Il n'y a pas de profil unique. Il y a à la fois de la générosité, de l'attrait pour « l'exotisme » et surtout un côté baroudeur. Les gens ne vont plus sur place pour « se faire la main », comme ça a pu être le cas, jadis. Soit on n'ose plus le dire, soit c'est une motivation beau-

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

coup moins fréquente qu'avant. Mais il est vrai que ce sont en général des jeunes qui partent. Il est très rare que les gens passent plus de vingt

ans à effectuer des missions à l'étranger. S'ils continuent à travailler dans la même ONG, c'est en général au « siège ». Mais il est fréquent que la deuxième étape de la carrière se fasse à l'ONU, à l'OMS, dans des espèces de sinécures dont ceux qui les occupent reconnaissent souvent l'inutilité *in petto*.

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

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

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

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

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

Existe également un risque lié à ce qu'on appelle le FBR (financement basé sur le résultat), qui est de plus

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

en plus souvent utilisé par les pouvoirs publics. L'idée est intéressante mais pose des difficultés en termes de budget : le financement est en effet libéré par tranches en fonction des résultats et rend la planification beaucoup plus difficile, voire aléatoire. Le FBR se fonde sur l'idée noble de subventionner les résultats plutôt que l'action pour l'action mais elle n'est pas exempte de risques organisationnels.

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

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

Le courant majoritaire provenant des grandes institutions internationales préconise la mise en place d'une couverture santé universelle de base. L'idée n'est pas dénuée d'intérêt mais elle porte en elle le risque de développement d'une médecine à deux vi-

tesse : les soins de base pour la majorité de la population et des soins plus pointus pour une toute petite minorité. Je crois beaucoup aux mutuelles de santé pour contrer ce risque et étendre progressivement le panier de soins offerts à l'ensemble de la population. La Belgique détient d'ailleurs une expertise de pointe dans ce domaine, en particulier aux mutualités chrétiennes. À mon sens, notre apport en termes de soins de santé doit se diriger de plus en plus vers le soutien technique à l'organisation de systèmes de santé justes et universels, plutôt qu'à la simple dispensation de soins.

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

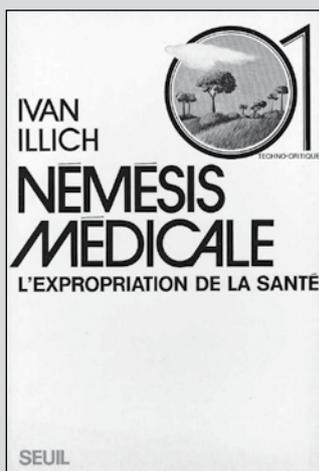
### **Comment caractériser l'évolution des quarante dernières années ?**

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

*Propos recueillis par Georges Bauherz et Edgar Szoc*

## L'autre Illich\*

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



Porto-Rico. Il fonde ensuite le Cidoc, célèbre centre de recherche interculturel à Cuernavacca, au Mexique, avant de revenir en Europe.

Il est l'auteur d'une œuvre critique abondante qu'on peut considérer comme un des fondements de l'écologie politique et sociale. Reprenant l'analyse marxiste de la double

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

Exemple fameux : l'automobile. Plus il y a de voitures, de plus en plus rapides par ailleurs, et plus la vitesse moyenne de déplacement

baisse. En ville du fait de l'encombrement, et en général par la somme énorme de travail nécessaire pour financer les moyens de transport individuels.

...

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

...

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

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

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

# SECRET PROFESSIONNEL, DROIT ET DÉMOCRATIE

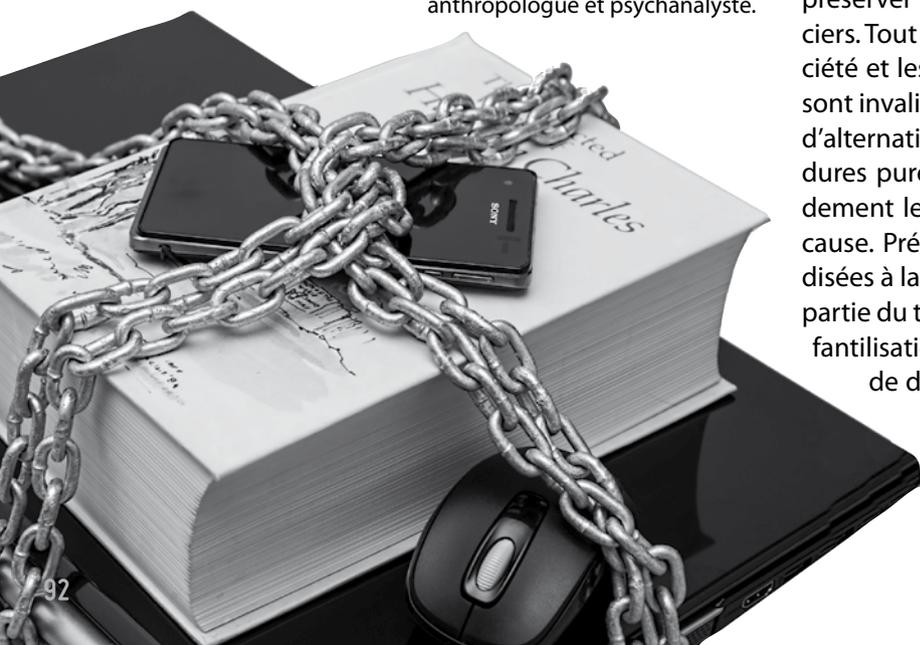
Francis Martens

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

Francis Martens est psychologue, anthropologue et psychanalyste.

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

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



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

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

### CONFIANCE RUINÉE

Mais il est clair que ces mesures convergentes de démantèlement du secret professionnel, mises en place au nom des attentats, n'auront aucune efficacité significative en matière de prévention du terrorisme. C'est du moins l'avis des experts. Purement idéologiques, ces manœuvres n'ont d'efficacité escomptée que sur le plan électoral – sans souci du brouillage qu'elles induisent en pervertissant une disposition de loi déjà contraignante : celle d'assistance à personne en danger. De plus, le prétexte invoqué – la mauvaise volonté ou l'irresponsabilité des CPAS – est mensonger. Il n'est que trop vrai,

par contre, que ces mesures ruineront la nécessaire confiance envers les travailleurs sociaux tout d'abord. Envers les praticiens des soins de santé. Envers les psychothérapeutes, les avocats, les journalistes. Envers tous ceux à qui on ne peut parler qu'en confiance et quelquefois sous le sceau d'un véritable secret.

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

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

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

### LA MISE À MAL DE LA SÉPARATION DES POUVOIRS

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

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

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

les procédures qui anesthésient la pensée.

Pulsionnellement, la constitution d'une zone séparée en nous – issue de nous-mêmes – préside

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

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



# GENRE, FÉMINISME ET PRATIQUES MÉDICALES

Catherine Markstein  
et Ariane Rixout

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



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

Laurie Penny, bloggeuse féministe<sup>1</sup>

**L'**historiE<sup>2</sup> de l'emprise de la pratique médicale patriarcale sur le corps des femmes à travers les siècles se résume à trois éléments principaux : la stigmatisation, la séparation et la dépossession.

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

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

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

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

Catherine Markstein est médecin, coordinatrice de l'ASBL *Femmes et santé*, membre fondatrice de la Plateforme pour promouvoir la santé des femmes et « conférencière gesticulante », Bruxelles.

Ariane Rixout est médecin en formation, profane et de culture orale, Paris.

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

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

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

**La dépossession.** À la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le discours change encore. Un nouveau concept se crée

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

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

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

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

et se vend, celui de la *prévention* médicale. Pour soutenir le commerce, après la Seconde Guerre mondiale, on propose un nouveau

mythe : la santé éternelle. C'est ainsi que s'installe la médicalisation des cycles vitaux, avec comme conséquences, pour les femmes, le régime de la mesure et

**SOUVENIRS**

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

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

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

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

Ce processus marque l'achèvement d'une évolution : les femmes sont désormais dépossédées de leur confiance en leurs compétences et en

leurs ressources propres pour comprendre les signes et les mouvements de leur corps. Le but commercial de toutes ces constructions idéologiques est clair : multiplier les consultations et les examens médicaux et accroître la consommation de médicaments<sup>6</sup>.

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

6 B. Duden, *Notre corps nous appartient*, sur [www.plateformefemmes.be/IMG](http://www.plateformefemmes.be/IMG).

**LES HORMONES  
FÉMININES ONT  
TOUJOURS  
SUSCITÉ  
PRÉOCCUPATIONS  
ET ENCADREMENTS.**

« Une femme peut apprendre tout ce qui est nécessaire pour faire le travail général de la gynécologie, sans avoir à étudier la médecine. »

Rina Nissim, activiste féministe du *self-help*, fondatrice du dispensaire de femmes de Genève, auteure de plusieurs livres<sup>7</sup>

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

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

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

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

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

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

De quelles libertés jouissent-elles ? Sous l'emprise de quel stress vivent-elles ? Qu'en est-il de la fatigue, des tâches domestiques et des obligations professionnelles, des difficultés financières, de la charge mentale ? Doivent-elles encore prendre soin des enfants ou des petits-enfants, voire des parents ? Ont-elles des ennuis de santé ? Qu'en est-il des femmes qui

ont été violées, abusées sexuellement (alors même qu'elles sont nombreuses à être battues ou abusées émotionnellement par leurs partenaires)<sup>9</sup> ?

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

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

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

9 M. Szyper, C. Markstein, V. Francœur, *Femmes et sexualités sans règles*, 2008, sur [www.femmesetsante.be](http://www.femmesetsante.be).



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

### CHEMINS D'ÉMANCIPATION

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

Parmi les forces politiques féministes et anti-patriarcales, on trouve le mouvement LGBTQI<sup>10</sup>, espace de subversion et de créativité, et aussi le mouvement du planning familial, une arme féministe toujours en place. Malgré l'existence de ces forces, le frein principal à l'émancipation des femmes et à leur autonomisation par rapport à leur corps et leur santé, c'est l'isolement. Elles ressentent le besoin de l'expertise

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

médicale pour prendre en charge leur souffrance : elles recherchent souvent une réponse médicale à un mal-être social (surcharge, épuisement, isolement) et le médecin devient ainsi le seul dépositaire de leur détresse. La réponse logique de ce dernier va être

la médicalisation. Celle-ci instaure dans la relation une dépendance qui ne peut en rien remédier à la souffrance sociale de la personne.

Lors de la consultation individuelle, le rapport de forces

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

### LA POSTURE AUTORITAIRE DU MÉDECIN

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

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

beaucoup de difficultés, à l'enseignement médical. Dans nos facultés, les inégalités sociales de santé ne font pas partie du programme d'enseignement, pas plus que les luttes sociales pour la promotion de la santé, la surmédicalisation, le rôle des lobbies industriels, la place de la phytothérapie ni même l'organisation des soins.

Des pratiques médicales féministes (examen gynécologique au miroir, position anglaise<sup>11</sup>), de la santé des minorisé-e-s sexuel-le-s, du consentement, des violences (ver-

bales, sexuelles ou physiques), de la libido féminine, des traitements non médicamenteux des affections féminines normales ou pathologiques (douleurs menstruelles, mycose génitale), de tout cela il n'est jamais question dans les cours de médecine. Et dans la philosophie du soin, en l'absence d'un enseignement sur la dialectique entre le normal et le pathologique, le rôle du médecin dans la pathologisation d'une personne ou d'un comportement est minimisé.

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

Un autre frein notable à l'émancipation et à l'autonomisation des femmes envers leur corps et leur santé peut aussi venir des médecins « amis » qui prennent la parole en lieu et place des femmes et usagères

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

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

### POUR UNE CULTURE FÉMINISTE DU SOIN

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

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

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

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

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

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

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

Nous assistons actuellement, partout en Europe – et notamment dans le mouvement divers des résistances politiques et citoyennes –, à l'émergence vivace de collectifs autogérés qui s'organisent autour du soin, de la question de l'intime ou de la réappropriation de la santé. On notera également que le discours des associations d'usagèr-e-s prend de plus en plus une orientation politique et féministe et réussit à se faire entendre par les pouvoirs publics. Quant aux lieux institutionnalisés de lutte (les Centres féministes de la santé en Allemagne, le *National Women's*

*Health Network* aux États-Unis, la Plateforme pour promouvoir la santé des femmes en Belgique<sup>15</sup>), ils constituent des références pour les responsables de la santé publique, grâce à leur recul historique, à leur pertinence et à leur indépendance politique. Toutes ces facettes du mouvement permettent de développer la recherche collective et scientifique, afin d'étayer le plaidoyer autour de pratiques soignantes féministes. ■

15 [www.plateformefemmes.be](http://www.plateformefemmes.be)

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

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

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



# DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN MILIEU RURAL

Jean Laperche et Cécile Bolly

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

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

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

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

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

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



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

### LES PAUVRES PLUS NOMBREUX À LA CAMPAGNE

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

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

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

#### Médecins généralistes actifs en garde sur Luxembourg – Dinant 1

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

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

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

De 2015 à 2025, 158 nouveaux mé-

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

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

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

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

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

## SOUTIEN AUX PRATIQUES DE GROUPE

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

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

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

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

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

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

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

- Le soutien aux pratiques de groupes : les pratiques

existantes, maisons médicales et autres associations de fait de généralistes, sont invitées à témoigner de leurs organisations et de leurs projets professionnels à la population, aux autorités et à leurs confrères. Ceux-ci

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

acceptent l'idée que les jeunes générations de médecins préfèrent à plus de 80 % le travail en groupe pour l'entraide et la flexibilité des horaires, tout en assurant une réelle continuité des soins aux patients. Les praticiens qui travaillent seuls se rencontrent et, aidés par des conseillers de la province de Luxembourg, apprennent à se parler et à construire progressivement des associations de médecins dont un tiers deviennent des associations pluridisciplinaires. L'aide du Service public de Wallonie est un incitant à ces regroupements.

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

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





LA CHRONIQUE MÉTISSÉE DE RABAB KHAIRY

## La visibilité des racisé·e·s

21 JUIN 2017 :

DANIÈLE OONO REFUSE DE CRIER « VIVE LA FRANCE »

Je ne finis pas de m'interroger sur le succès public inattendu que rencontre, depuis sa sortie en mai, le documentaire de Raoul Peck – dense et intellectuellement exigeant –, *I Am Not Your Negro*<sup>1</sup>. Certes ce succès vient confirmer l'attrait des publics belge et français envers les films traitant du racisme aux États-Unis (Spike Lee, Quentin Tarantino, Bruce Beresford pour son multioscarisé *Miss Daisy et son chauffeur* et plus récemment Jordan Peel avec *Get Out* qui a dépassé le million d'entrées en France). Mais, à la différence de nombre de ces films, il apparaît que le propos de l'écrivain James Baldwin, tel que transmis par Raoul Peck, vient nous questionner sur les inégalités raciales en cours ici, dans nos sociétés européennes. Julien Truddaïu, chargé de projet à l'ONG *Coopération Education Culture*, le confirme : « *Le film de Raoul Peck est fort : il restitue sèchement, images à l'appui, l'universalité des propos de Baldwin. On ne parle plus des USA et de "leurs Noir-e-s" mais "des Noire-s" et "des Blanc-he-s", et plus largement d'oppressé-e-s et d'opresseur-e-s. Le film interpelle et choque tous les spectateurs/trices. Il les remue entre autre parce qu'il explique nombre de tabous installés en France et en Belgique (dont ceux évidemment liés aux histoires coloniales respectives). Deux pays où les Noir-e-s ne sont que très peu représenté-e-s dans l'espace public et médiatique et où ils et elles sont parmi les plus discriminé-e-s au logement et à l'emploi.* »

À la lumière d'incidents récents, on constate que le message de Raoul Peck et de James Baldwin est loin d'avoir pénétré les élites médiatiques et politiques, qui demeurent imperméables à toute réflexion profonde sur les questions raciales et post-coloniales. En juin dernier, l'organisation d'ateliers non mixtes lors du Festival afro-féministe Nyansapo a suscité une polémique telle qu'Anne Hidalgo, la maire de Paris, a été jusqu'à vouloir en interdire la tenue. Par ailleurs, toujours au mois de juin, Danièle Oono, nouvelle députée – noire – de la France insoumise, a été sommée, lors d'une émission sur la chaîne RMC, de proclamer « Vive la France ! ». Elle était mise en cause pour avoir, en 2012, apporté son soutien à la liberté d'expression du groupe ZEP, qui avait fait l'objet de poursuites judiciaires pour une chanson intitulée « Nique la France ».

Dans le même temps, « Happy Men », le 3<sup>e</sup> forum du réseau de cadres supérieurs, exclusivement masculin, était accueilli en grande pompe au sein du ministère français des Solidarités et de la Santé. La mise en miroir de ces différents événements montre à quel point les modes d'expression et de lutte sont appréciés différemment selon que l'on est un homme blanc ou une femme noire. Raisonnent alors les mots du billet du journaliste Cédric Mathot, dans *Libération*<sup>2</sup> : « *Lorsque des Noirs ou des Arabes font le choix de sortir de l'invisibilité et du mutisme afin de décrire la réalité telle qu'elle est – violente, inégale et destructrice –, la droite extrême, l'extrême droite ou encore l'État s'emploient à tenter de convaincre l'opinion publique de l'illégitimité de ces discours.* » Et on ne peut s'empêcher de mesurer l'étendue du retard, ici, de la prise de conscience des discriminations systémiques et la persistance de modes de pensée coloniales. ■

1 Le film se dirige vers les 100 000 entrées en France et au Benelux.

2 « De quel droit somme-t-on Danièle Oono de crier "Vive la France" ? » *Libération*, 22 juin 2017.

GAUCHE

# PORTUGAL : UNE EXPÉRIENCE INÉDITE

José-Manuel Nobre-Correia

Professeur émérite  
à l'Université libre de Bruxelles  
et spécialiste des médias,  
José-Manuel Nobre-Correia  
est un observateur de la vie  
politique au Portugal  
où il réside.



À partir d'une célèbre affiche de  
la « révolution des œilletons » (25 avril 1974)

À l'extrémité la plus occidentale de l'Europe, au Portugal, se déroule depuis presque deux ans une expérience de majorité parlementaire et de gouvernement de gauche. Un cas rare auquel pourtant on s'intéresse peu, obnubilés que nous sommes par les tribulations de Syriza en Grèce, de Podemos en Espagne ou de la France insoumise dans l'Hexagone...

**T**out porte à croire que la pertinence de l'actualité est fonction de la dimension du pays où elle se déroule. C'est manifestement le cas pour ce qui est des critères journalistiques. Mais c'est aussi le cas dans les milieux politiques. À moins d'une rupture radicale qui puisse laisser présager un « grand soir » avec des « lendemains qui chantent », car alors l'intérêt augmente grandement : ce fut le cas du Portugal et de sa « Révolution des œillets » en 1974-75<sup>1</sup>...

Or, de nos jours, sur les rives du Tage, aucun « grand soir » ne paraît s'annoncer. D'où l'intérêt des médias et des politiques européens pour ce qui se passe plutôt en Espagne et les « lendemains qui chantent » annoncés régulièrement par Podemos. Alors que, tout en sachant relativiser les choses, l'organisation sœur au Portugal existe depuis 1999, le Bloco de Esquerda (Bloc de gauche, BE) étant même la troisième force politique au parlement. D'autres préfèrent se tourner du côté de la Grande-Bretagne et vers le succès relatif récent du Labour que d'aucuns attribuent à son retour aux « fondamentaux ». Mais, au Portugal le Bloco de Esquerda et surtout le Partido Comunista Português (PCP) ne sont-ils pas restés fidèles à ces « fondamentaux »-là ?...

### LA CONJONCTION DE TROIS FACTEURS

Bref : médias et politiques ont recours à des loupes aux graduations différentes pour expliquer leurs enthousiasmes pour les situations politiques de pays différents et des formations politiques de ces pays. Même si la différence majeure avec tous ces pays-là est que, au Portugal, la gauche est au pouvoir depuis bientôt deux ans !

Certes, on dira qu'à l'extrémité la plus occidentale de l'Europe, la gauche est dans une situation plutôt équivoque. Que le modèle politique adopté n'est pas vraiment le plus enviable, avec un gouvernement du seul Partido Socialista (PS). Mais combien d'autres pays de l'Union européenne ont-ils une majorité parlementaire de gauche au pouvoir avec des succès économiques et sociaux incontestables ? Sans oublier que, depuis lors, la gauche progresse

1 Ce fut aussi ponctuellement le cas durant la rédaction de ce texte, lors du gigantesque incendie qui, du 17 au 22 juin, a dévoré des villages de l'intérieur centre du Portugal. Mais dès le surlendemain, les médias européens parlaient encore et toujours de l'incendie de la tour de Londres le 14, mais plus beaucoup de l'incendie au Portugal. Pourtant, celui-ci a fait un nombre de victimes assez comparable !...

**LE GOUVERNEMENT DE DROITE A PRATiqué UNE INVRAISEMBLABLE POLITIQUE DE LA TERRE BRÛLÉE, AUGMENTANT TAXES ET IMPÔTS...**

continuellement dans les sondages au point de, théoriquement, déterminer désormais une majorité absolue à

l'Assemblée de la République, au cas où les élections législatives auraient lieu ces temps-ci : en janvier 2016, un mois après l'entrée en fonction du gouvernement d'António Costa, la gauche pesait 50,9 % dans les intentions de vote et la droite 39,8 % ; un an et demi plus tard, à la mi-juin 2017, ces valeurs atteignaient respectivement 61,2 % et 29,2 %<sup>2</sup>.

Il est vrai que cette approche optimiste de la situation politique portugaise doit être fortement nuancée sur certains points. Et tout d'abord par le fait que, malgré quatre années d'opposition sous une législature où la droite du Partido Social Democrata (PSD) et du Centro Democrático Social (CDS)<sup>3</sup> a pratiqué une « politique d'austérité » bien plus sévère que celle qui lui était imposée par la « troïka »<sup>4</sup>, le PS, principale force d'opposition, n'est pas parvenu à sortir gagnant des élections législatives d'octobre 2011. Ce qui a amené le président de la République d'alors, un personnage profondément hargneux et culturellement fort limité, à quelques semaines de quitter ses fonctions, à inviter la coalition PSD-CDS à constituer un gouvernement minoritaire. Coalition immédiatement mise en échec au parlement, ouvrant ainsi les portes à la formation d'une majorité de gauche (et pas exclusivement PS sur le plan parlementaire), pour la première fois depuis que la Constitution de 1976 est entrée en vigueur.

En fait, l'actuelle majorité parlementaire est le fruit de trois principaux facteurs. D'abord, le PS n'est pas

parvenu à gagner à lui seul la majorité absolue ni même à se classer comme premier parti en termes électoraux, se plaçant derrière le PSD. Ensuite, le fait que les deux formations situées à sa gauche, le BE et le PCP, aient gardé un amer souvenir de leur « tacticisme » en mars 2011, quand ils conclurent une « alliance objective » avec la droite pour faire tomber le gouvernement socialiste minoritaire de José Sócrates, faisant ainsi place nette à un gouvernement de droite PSD-CDS. Enfin, troisième facteur, le gouvernement de droite a pratiqué une invraisemblable politique de la terre brûlée, augmentant taxes et impôts, diminuant salaires, pensions et pouvoir d'achat, provoquant une hausse substantielle du chômage, de la pauvreté et de l'émigration (surtout de jeunes avec une formation universitaire), décapitant diverses grandes entreprises publiques et privées passées sous le contrôle d'intérêts étrangers (bien souvent à des prix dérisoires)<sup>5</sup>.

### L'HOSTILITÉ DE LA DROITE ET DE LA TROÏKA

Une fois connus les résultats des élections législatives d'octobre 2015, très rapidement, et à la grande surprise de la plupart des observateurs, aussi bien le PCP que le BE ont invité le PS à constituer un gouvernement minoritaire qu'ils pourraient appuyer au parlement : c'était la seule sortie honorable possible pour António Costa, secrétaire général du PS. D'autant plus plausible que Costa, ancien maire de Lisbonne, avait entretenu des rapports cordiaux avec ces autres formations de gauche. Ajoutons-y un petit détail privé : si sa mère, journaliste, est encore aujourd'hui militante socialiste, son père, écrivain, est resté militant communiste jusqu'à sa mort...

2 Sondage Aximage paru le 16 juin 2017 dans le quotidien généraliste *Correio da Manhã* et dans le quotidien économique *Jornal de Negócios*, édités par le même groupe de médias.

3 Ces deux partis sont affiliés au Parti populaire européen (PPE) « d'inspiration libérale-conservatrice ».

4 Composée de la Commission européenne, de la Banque centrale européenne et du Fonds monétaire international.

5 Sur les premières semaines de vie de la majorité parlementaire de gauche, voir :

J.-M. Nobre-Correia, « Des ententes aux lendemains incertains », *Les Blogs de Politique*, Bruxelles, 28 décembre 2015.

J.-M. Nobre-Correia, « Après quarante ans, le grand tournant », *Politique*, Bruxelles, n° 93, janvier-février 2016, p. 12-15.

J.-M. Nobre-Correia, « L'avenir ne fait que commencer », *Politique*, Bruxelles, n° 94, mars-avril 2016, p. 63-64.

De longues négociations commencèrent alors entre les délégations du PS, du PCP, du BE et du Partido Ecologista os Verdes (toujours allié au PCP dans la Coligação Democrática Unitária à l'occasion des élections<sup>6</sup>). Des négociations étrangement menées séparément entre le PS et chacun des trois autres partis, donnant lieu à des signatures finales séparées sur trois documents différents.

**MALGRÉ DES TENSIONS ET NÉGOCIATIONS RÉGULIÈRES, L'APPUI PARLEMENTAIRE AU GOUVERNEMENT SOCIALISTE A GLOBALEMENT TENU.**

Très rapidement, la droite s'est mise à proclamer que le nouveau gouvernement ne tiendrait pas et serait inévitablement de courte durée. Le leader du PSD, Pedro Passos Coelho, s'est mis à annoncer régulièrement la prochaine crise et même « l'arrivée du diable » (*sic*) pour la rentrée de septembre 2016 ! Les médias grand public, fort marqués à droite, sont bien souvent tombés dans l'incrédulité, voire dans la dérision, annonçant régulièrement des tensions à l'intérieur du PS et offrant volontiers des tribunes aux contestataires favorables à une entente du *centrão* (grand centre), c'est-à-dire : du PSD avec le PS. Et il va sans dire que, en outre, les médias se sont mis régulièrement à voir, un peu partout, des signes annonciateurs de crises entre les partis de la majorité, des signes provenant des syndicats, des hôpitaux publics, des écoles publiques, des institutions européennes, des agences de notation...

Pourtant, peu à peu, la majorité de gauche donnait des signes de volonté de tenir toute la législature. Et, malgré des tensions et négociations régulières, l'appui parlementaire au gouvernement socialiste a globalement tenu. Il a ainsi permis à Costa et à ses mi-

6 D'aucuns prétendent que le PEV n'est qu'une annexe du PCP, qui aurait joué un rôle lors de la création du parti écologiste. Mais le fait est que le PEV prend bien souvent des positions différentes du PCP, aussi bien au parlement qu'en dehors, notamment en matières sociétales.

nistres de mener une politique à contre-courant de celle imposée par la « troïka ». Une « troïka » qui affirmait mordicus qu'il n'y avait pas d'alternative à l'austérité et qu'il fallait dès lors se soumettre et respecter strictement ses consignes.

Victime des sarcasmes du ministre allemand des Finances, Wolfgang Schäuble, du président néerlandais de l'Eurogroupe, Jeroen Dijsselbloem<sup>7</sup>, et du vice-président letton de la Commission européenne, Valdis Dombrovskis, avec cette condescendance habituelle qu'ont les Européens du Nord pour ceux du Sud, le ministre portugais des Finances, Mário Centeno, a dû se battre durant de longs mois avant de démontrer que les options politiques de son gouvernement donnaient de bons résultats et même d'excellents résultats. Au point que, une quinzaine de mois plus tard, il sera officiellement approché à diverses reprises pour reprendre le poste de président de l'Eurogroupe, Dijsselbloem devant quitter le poste dès la constitution d'une nouvelle coalition gouvernementale aux Pays-Bas !

## LES ÉCONOMISTES DE BRUXELLES EN ÉCHEC

Le fait est que, après la rupture avec la politique d'austérité désastreuse du gouvernement PSD-CDS, la situation économique portugaise va mieux, grâce aux options prises par le gouvernement du PS. Grâce à une baisse de la charge fiscale directe, une baisse de la TVA (notamment dans la restauration, de 23 à 13%), une hausse du salaire minimum (à deux reprises : à 530 euros d'abord et à 557 un an plus tard), un retour de diverses aides sociales (avec notamment la restitution des valeurs de 2010 pour les personnes

7 Après que son parti – le Partij van de Arbeid (PvdA), nom du parti social-démocrate aux Pays-Bas – eut été mis en déroute aux élections législatives néerlandaises, Jeroen Dijsselbloem, ministre des Finances, a osé déclarer au quotidien allemand *Frankfurter Allgemeine*, à propos de la situation financière des pays de l'Europe du Sud, que « on ne peut pas dépenser tout l'argent en alcool et en femmes et venir ensuite demander de l'aide » ! Déclaration prise comme un signe d'arrogance myope teintée de xénophobie qui a fait scandale chez des Européens du Sud, sans que cela ait entraîné la démission dudit président de l'Eurogroupe...

**L'INÉNARRABLE  
SCHÄUBLE, FERME SOUTIEN  
DU GOUVERNEMENT  
PSD-CDS QUI, SELON LUI,  
SE TROUVAIT « SUR LE BON  
CHEMIN »...**

âgées), une actualisation des pensions et une réduction progressive des statuts professionnels précaires. Avec des conséquences qui ont en tout contredit les grands « analystes » néo-libéraux de Bruxelles : croissance économique, baisse du chômage, augmentation des postes de travail, baisse du déficit budgétaire, augmentation des exportations et balance commerciale avec l'étranger positive, l'investissement lui-même donnant finalement des signes de reprise.

D'aucuns diront que des facteurs externes expliquent par certains côtés ces retombées positives sur l'économie portugaise, notamment la croissance économique que l'on observe dans l'Union européenne et plus particulièrement dans l'Espagne voisine, principal partenaire commercial du Portugal. Et aussi que le climat de forte insécurité qui règne sur le Nord de l'Afrique et le Proche-Orient explique grandement l'énorme croissance de l'afflux de touristes sur les rives les plus occidentales de l'Europe.

Quoi qu'il en soit, le 25 mai dernier, le Portugal est sorti formellement de la Procédure pour déficit excessif (PDE) qui lui avait été imposée par la Commission européenne en 2009. Le gouvernement appuyé par la majorité de gauche atteint les meilleurs résultats budgétaires des 42 ans de démocratie, proposant même le remboursement anticipé de 10 milliards d'euros au FMI<sup>8</sup>. Alors que l'inénarrable Schäuble, ferme soutien du gouvernement PSD-CDS qui, selon lui, se trouvait « sur le bon chemin », se disait préoccupé (en juin 2016 et encore en mars 2017 !) avec l'éventualité de voir le gouvernement PS (appuyé par des « bloquistes » et des communistes) demander un deuxième sauvetage financier... Il a dû cependant reconnaître la réalité des faits lors de la réunion des ministres des Finances de

<sup>8</sup> Le 30 juin, le Portugal a remboursé 1 milliard d'euros au FMI et le gouvernement se proposait de rembourser 2,6 milliards de plus avant le mois d'août, alors que ces paiements devraient être faits entre juin et octobre 2019.

l'Eurogroupe de la mi-juin : un déficit budgétaire de 3 % du PIB en 2015, de 2 % en 2016 et une prévision de 1,5 % en 2017 ; une croissance économique de 0,9 % en 2014, de 1,6 % en 2015, de 1,4 % en 2016 et une prévision de 1,8 % en 2017 (l'Institut national de statistique évoquant même un possible 2,5 %). Et le même Schäuble de déclarer que Centeno était, somme toute, le Cristiano Ronaldo de la finance !...

### UN CLIMAT SOCIAL FORTEMENT APAISÉ

Certes, la dette publique reste très élevée : 130 % du PIB. Mais tout porte à croire que le climat économique est devenu positif et a le vent en poupe, tandis que le climat social connaît une manifeste accalmie que la droite, fort râleuse, attribue à une prétendue connivence des syndicats avec les partis de gauche (et plus particulièrement du plus important, la CGTP,

Scène du 25 avril 1974.  
AUTEUR INCONNU, BLOG HISTÓRIAS COM HISTÓRIA DE PAULO NOGUEIRA



Confédération générale des Travailleurs portugais, où le poids du PCP est historiquement notoire, mais aussi de l'UGT, Union générale des Travailleurs, où l'influence est partagée entre PS et PSD). En fait, cette accalmie s'explique un peu parce que le taux de chômage qui était de 12,5 % en mai 2011, à la veille de l'entrée en fonction du gouvernement PSD-CDS, et que celui-ci avait fait monter jusqu'à 17,5 % en janvier 2013, était encore de 12,2 % en novembre 2015 (grâce notamment au départ de centaines de milliers de jeunes vers l'étranger). Il était en mars dernier de 9,8 %, la valeur la plus basse depuis 2009, avec une chute depuis mars 2016 qui était pour cette période la plus importante des pays de la zone euro.

Ce climat social particulièrement serein est également fortement favorisé, à la très grande surprise de la majorité de l'opinion publique de gauche, par le nouveau président de la République, Marcelo Rebelo de Sousa, élu en janvier 2016 et entré en fonction dès mars. Homme de droite, ancien président du PSD, Rebelo de Sousa est aussi un ancien professeur d'université de droit constitutionnel, soucieux des formes. En outre, il n'est pas vraiment un admirateur de l'homme politique Passos Coelho, qui avait plutôt cherché à lui mettre des bâtons dans les roues à l'approche des dernières élections présidentielles. La chute brutale de Passos Coelho auprès de l'opinion publique, mise en évidence par les sondages, ne fait que conforter l'opinion du président à son sujet...

À gauche, et surtout au sein de la gauche radicale, des voix se lèvent pour demander que l'action du gouvernement soit plus clairement réformatrice et sociale. Car beaucoup de décisions concernant de grandes institutions publiques (au niveau des diverses entités de régulation, comme de la banque publique, par exemple) continuent à être prises en concertation du PS avec le PSD, dans la mesure même où beaucoup supposent constitutionnellement une approbation par un vote d'une majorité spéciale des deux tiers à l'Assemblée de la République. Sans que BE, PCP et PEV aient réellement leur mot à dire, mais sans qu'ils s'opposent aussi ouvertement à de telles façons de procéder.

Pourtant, dans une attitude décidée mais prudente, le gouvernement a marqué quelques avan-

cées sociales avec l'accord de toute la gauche (mais aussi du PAN, Pessoa Animais Natureza, qui compte un seul député). En promulguant une loi sur l'adoption par des couples du même sexe (malgré le veto initial de l'ancien président de la République), en abaissant la durée du temps hebdomadaire de travail dans la fonction publique à 35 heures, en faisant des animaux « des êtres vivants dotés de sensibilité » et non plus des choses (mesure d'ailleurs adoptée à l'unanimité par l'Assemblée de la République).

Pour ce qui est du secteur toujours sensible de l'enseignement, malgré une forte hostilité de la droite (et une manifeste instrumentalisation par l'Église catholique), la gauche a mis un point d'arrêt à l'expansion

**À GAUCHE, [...] DES VOIX SE LÈVENT POUR DEMANDER QUE L'ACTION DU GOUVERNEMENT SOIT PLUS CLAIREMENT RÉFORMATRICE ET SOCIALE.**

de l'enseignement privé subsidié par l'État : désormais, seules les écoles privées existant dans des lieux d'où l'école publique est absente seront encore subsidiées par des fonds publics.

On cherche ainsi à

mettre fin à un fossé social de plus en plus évident entre écoles privées pour élèves sélectionnés de milieux plutôt favorisés et écoles publiques ouvertes à tous, y compris aux élèves issus des milieux défavorisés. Et il faut y ajouter encore le fait que dorénavant les livres scolaires sont gratuits pour les 370 000 élèves qui entrent en 1<sup>ère</sup> année primaire.

D'autres revendications de la gauche plus radicale consistent à faire que le gouvernement puisse procéder à des investissements publics plus importants (actuellement fort réduits, conséquence de la dette publique qui reste à payer) de manière à favoriser l'enseignement et l'assistance médicale, mais aussi à augmenter le salaire minimum et le niveau des pensions, de manière à réduire les poches de pauvreté existantes. Se pose également, plus largement, le problème de l'accès de mandataires des trois autres partis partenaires de la majorité parlementaire aux institutions publiques dont ils sont quasiment absents, exception faite du Conseil d'État (or-

gane consultatif du président de la République) où le PCP a fait son retour avec un représentant et où le BE a pu désigner pour la première fois un des siens.

### ÊTRE OU NE PAS ÊTRE AU GOUVERNEMENT

Une question plus déterminante se pose encore : pourquoi les partis qui constituent la majorité parlementaire ne se retrouvent-ils pas au sein du gouvernement, où seul le PS est présent ? Le discours dominant au sein des médias et du monde politique depuis 1975, en tout cas – caractérisé par l'hostilité à l'égard des partis se situant à la gauche du PS et surtout à l'égard du PCP – a pu inviter à une certaine prudence tactique lors de la constitution du gouvernement de gauche en novembre 2015. Plus rien ne justifie aujourd'hui un gouvernement purement PS : le Portugal n'est pas sorti de l'UE ni de l'euro, ni même de l'Otan, n'a pas nationalisé la moindre entreprise (exception faite de la reprise de 50 % du capital de la compagnie aérienne TAP qui avait été privatisée par le précédent gouvernement alors qu'il avait déjà été renversé au parlement !)... et personne ne dévore des petits enfants au petit déjeuner ! On n'a même pas vu le BE, le PCP et le PEV des couteaux entre les dents : ils se sont montrés, tout au contraire, des gens parfaitement fréquentables et urbains !

Le côté plutôt paradoxal de la question est que les trois partis en question ne se montrent pas particulièrement intéressés par une telle participation gouvernementale, préférant garder leur indépendance à l'Assemblée de la République comme à l'extérieur, en assumant pleinement leur fonction tribunitienne ! Ce qui ne va peut-être pas sans poser quelques problèmes au sein de l'opinion publique et des futurs électeurs. En effet, selon le sondage Aximage de la mi-juin déjà cité, en cas d'élections, le PS obtiendrait 43,7 % des votes, le PSD 24,6 %, le BE 9,7 %, la CDU (PCP-PVE) 7,8 % et le CDS 4,6 %, sans oublier 7,3 % de votes blancs ou nuls et 2,3 % d'indécis.

De tels résultats reviennent à dire que seul le PS profite nettement des succès du gouvernement, très largement au détriment du PSD. Autrement dit : un électorat globalement centriste, bombardé par la propagande du gouvernement PSD-CDS, du Conseil européen et de la Commission européenne, ainsi que

des médias portugais grand public, était confronté à la gestion décevante du PSD-CDS, mais ne faisait pas suffisamment confiance au PS pour voter pour lui lors des élections d'octobre 2015. Aujourd'hui, au vu de la nouvelle situation économique et sociale, cet électorat centriste a glissé sans états d'âme du côté du PS.

Mais de tels résultats montrent aussi clairement que BE et PCP-PEV marquent le pas, se maintiennent en termes de résultats électoraux annoncés par les sondages mais ne tirent aucun profit de leur inclusion dans la majorité parlementaire et de leur appui extérieur au gouvernement PS. La question qui se pose dès lors est celle de savoir si, avec des résultats annoncés qui pourraient lui permettre de disposer d'une majorité absolue à l'Assemblée de la République,

**LES TROIS PARTIS EN QUESTION NE SE MONTRENT PAS PARTICULIÈREMENT INTÉRESSÉS PAR UNE TELLE PARTICIPATION GOUVERNEMENTALE.**

le PS va encore se tourner vers ses actuels alliés. António Costa déclare ici et là que la majorité de gauche sera maintenue. Le futur le dira...

Ce futur pourrait d'ailleurs déjà donner des premiers

signes importants lors des élections locales prévues pour le dimanche 1<sup>er</sup> octobre. Des élections auxquelles PS, BE et CDU se présenteront séparément, quitte à ce que se nouent par la suite des alliances pour constituer des majorités au sein des communes et des municipalités<sup>9</sup>. On verra alors si la CDU parvient à maintenir et même à élargir sa traditionnelle implantation locale, son action à ce niveau-là étant d'ailleurs généralement reconnue même par des milieux de droite. Mais on verra aussi si le BE parvient enfin à sortir de l'étroite sphère intellectuelle urbaine et à s'implanter réellement au niveau local, dans le Portugal rural « de l'intérieur », ce qu'il n'est toujours pas parvenu à faire jusqu'à présent.

Par ailleurs, la manière dont se dérouleront les

9 Dans la structure administrative portugaise, une municipalité (*concelho*) réunit plusieurs communes (*freguesias*).

campagnes électorales locales entre concurrents de gauche et les résultats obtenus par chacune des formations de cette même gauche seront évidemment analysés à la loupe, car ils pourront laisser présager la suite de la majorité parlementaire, de sa solidité et de l'envie de pousser plus loin les accords qui lient les quatre partenaires.

### DU TOURISME AU TOURISME POLITIQUE

Un des facteurs qui expliquent l'évolution économique positive du Portugal est l'explosion du nombre de touristes venant de l'étranger qui l'ont choisi pour leurs escapades : + 12,6 % en 2016 par rapport à l'année précédente et une sobre estimation de + 10,0 % pour 2017 par rapport à l'année dernière. Il ne semble pourtant pas que le « tourisme politique » ait suivi une évolution comparable : à part le cas du malheureux Benoît Hamon du PS français, qui

Scène du 25 avril 1974.  
AUTEUR INCONNU, BLOG HISTÓRIAS COM HISTÓRIA DE PAULO NOGUEIRA



**SEUL LE PS PROFITE  
NETTEMENT  
DES SUCCÈS  
DU GOUVERNEMENT,  
TRÈS LARGEMENT AU  
DÉTRIMENT DU PSD.**

est venu chercher l'appui du PS et du BE (ce dernier ayant estimé, dans une attitude plutôt sectaire, qu'il n'était pas vraiment un

des siens !), la gauche européenne ne semble pas particulièrement intéressée par le « cas portugais »...

Ce manque d'intérêt peut s'expliquer par le côté singulier de la cartographie de la gauche portugaise, avec un parti communiste qui se maintient au parlement comme quatrième force politique et qui parvient également à maintenir des positions non négligeables dans l'administration publique locale, ainsi qu'une position forte dans le monde syndical et des positions enviables dans des organisations de femmes et de jeunes. Un parti qui, malgré sa traditionnelle implantation dans les milieux ruraux, âgés et peu instruits, est parvenu à renouveler et rajeunir fortement ses adhérents, ses cadres et ses mandataires politiques.

Dans la plupart des pays européens et notamment dans ceux où les partis communistes avaient des positions électorales et sociales fortes (tels l'Italie, la France ou l'Espagne), ces partis ont aujourd'hui disparu ou été réduits à la portion congrue alors que – conséquence même de l'inexistence de fait du PS quand la « Révolution des œillets » a éclaté et de sa dérive rapide vers des positions centristes sous la pression de ses parrains états-uniens et fédéral-allemands – le PCP s'est retrouvé à occuper une grande partie de l'espace de gauche, où l'on retrouvait également une multitude de groupuscules gauchistes sans avenir.

Par ailleurs, pour ce qui est du Bloco de Esquerda, il constitue un cas somme toute assez original et déjà ancien dans le panorama politique de la gauche européenne, où l'on ne retrouve pas vraiment d'exemples comparables. Conjonction de trotskistes, de maoïstes et d'ex-rénovateurs du PCP, le BE – dont les principaux leaders sont depuis quelques années surtout des femmes – est avant tout un parti aux origines intellectuelles et urbaines, s'inspirant d'un marxisme fortement modernisé par des préoccupations so-

**L'EXPÉRIENCE PORTUGAISE RÉUSSIRA-T-ELLE ET, PLUS SIMPLEMENT, SURVIVRA-T-ELLE ? LES PROCHAINS MOIS SERONT PROBABLEMENT DÉCISIFS.**

ciétales et écologistes, n'ayant pas des origines aussi plurielles et fragmentées que le grec Syriza, et ne revendiquant ni les origines spon-tanéistes ni la démarche populiste que l'espagnol Podemos assume de par sa généalogie issue des « indignados ». Même si, dans la « soupe » qui caractérise bien souvent le Parlement européen, ils fassent tous les trois partie de la Gauche unitaire européenne (dans le cas du BE comme « parti associé »)... tout comme d'ailleurs le PCP !

Autrement dit : la gauche portugaise est somme toute composée par des formations politiques aux généalogies plutôt classiques, bien que marquées toutes par le sceau de la modernité sociétale. Ajoutons-y la grande stabilité et continuité du PCP et celle – plus récente, certes – du BE. Des histoires et positionnements politiques qui les distinguent fortement de beaucoup de leurs congénères européennes. Des congénères européennes qui, en fin de compte, s'intéressent peu à l'expérience portugaise, rêveuses qu'elles sont quelquefois de « lendemains qui chantent » sentant bon des printemps de modernité auquel l'humanité songerait depuis l'aube des temps...

### TENTATIONS ET RESPONSABILITÉS HISTORIQUES

L'expérience portugaise réussira-t-elle et, plus simplement, survivra-t-elle ? Les prochains mois seront probablement décisifs. Les résultats des élections locales d'octobre pourront avoir des retombées importantes sur les rapports entre partis de gauche. Toutefois, les raisons majeures qui ont amené les quatre formations à s'entendre restent entières : la virulence idéologique du gouvernement précédent de la droite PSD-CDS, la violence de ses procédés, les tentatives répétées de violer la Constitution, la manière dont il a remis à des intérêts étrangers des entreprises bien souvent très rentables, l'incompétence dont, tout compte fait, il a fait preuve pendant ses plus de quatre ans de gestion. Tout un ensemble d'attitudes qui ont fortement marqué et choqué « le peuple de gauche », qui a vu dans la démarche des

gouvernements de Passos Coelho le désir profond de reconstituer la société de l'ancien régime salazariste, avec ses forts clivages sociaux, ses prébendes pour une minorité et ses énormes poches de pauvreté pour beaucoup...

Encore faudra-t-il que les formations de gauche ne perdent pas de vue ces souvenirs d'un passé récent et les priorités sociales qu'aujourd'hui les citoyens attendent d'elles. Et encore faudra-t-il que le PS ne se laisse pas éblouir par les tentations d'une potentielle majorité absolue et n'oublie pas, alors, ses compagnons de route et ses responsabilités historiques... ■

### POST SCRIPTUM

## UN GIGANTESQUE INCENDIE, ET SOUDAIN...

**T**out allait bien dans le meilleur des mondes. Pratiquement tous les indicateurs économiques étaient au vert et les sondages étaient bons pour la gauche. La droite, elle, râlait de plus en plus, sa stratégie étant de nier les évidences et ne pas avancer la moindre proposition alternative...

Soudain, le 17 juin, un énorme incendie se déclare dans une région boisée du centre du pays. Pendant cinq jours, il dévore des villages entiers, faisant 64 morts et 254 blessés. A-t-il comme origine la foudre, comme prétendent des spécialistes ? Ou a-t-il été le fruit d'un acte humain, comme affirment d'autres ?

### RENTABILISER POLITIQUEMENT LA TRAGÉDIE

Le fait est que l'équipement en matière de communications d'urgence fait défaillance et que protection civile et pompiers ne réagissent pas avec l'efficacité souhaitable. La droite se jette alors dans une attaque contre le gouvernement, incapable de protéger les citoyens, de concevoir une politique de la forêt et de disposer d'équipements à la hauteur des besoins. Sauf que la forêt attend des solutions depuis des dé-

cennies, que le gouvernement PSD-CDS n'a strictement rien fait en la matière, comme lors de précédentes défaillances des équipements d'urgence en communications.

Tirer profit de la tragédie : l'attitude de la droite est plutôt mal vue. Mais elle relance l'offensive quand, curieusement, un « important » vol de « matériel de guerre » est annoncé le 28 juin. S'y ajoutent d'étranges offensives venant d'Espagne. Dans le cas de l'incendie, c'est *El Mundo*, quotidien madrilène d'une droite activiste, qui publie pendant quelques jours des textes féroces annonçant la fin du gouvernement d'António Costa, signés par « Sebastião Pereira ». Mais *El Mundo* n'a plus de correspondant à Lisbonne et personne dans le milieu journalistique ne connaît ce confrère, aucun détenteur de la carte de journaliste ne portant ce nom. Et quand la direction d'*El Mundo* est interrogée à ce sujet, elle répond qu'il s'agit d'un pseudonyme. Un « pseudonyme » disparu tout de suite des colonnes du journal...

Quant à l'armement, c'est le quotidien numérique *El Español*, fondé et dirigé par le fondateur et premier

directeur d'*El Mundo* (suite à son licenciement par le propriétaire, l'italien RCS, éditeur du milanais *Corriere della Sera*) qui publie la liste du matériel volé ! De là à penser que la droite et l'extrême droite, comme en 1974-76, ont installé leurs bases arrière en territoire espagnol pour déclencher l'offensive contre un gouvernement et une majorité parlementaire devenus à leurs yeux intolérable... Hypothèse d'autant plus plausible qu'en Espagne, à gauche, on rêve de plus en plus de « l'expérience portugaise », tandis que la droite éprouve des sueurs froides face à un possible « effet de contagion »...

Une manifestation de protestation de militaires réservistes de droite est convoquée... et annulée quelques jours plus tard. Ensuite, c'est l'état-major des forces armées qui vient dire que le matériel volé était vieillot et destiné à la casse, ne valant plus que 34 000 euros ! Tandis que des officiers haut gradés, dont certains liés au 25 Avril (Vasco Lourenço, par exemple) mettent en question la réalité d'un tel vol...

## UNE ÉTHIQUE À GÉOMETRIE VARIABLE

Mais alors que la droite demandait avec insistance la démission de la ministre de l'Administration interne (du fait de l'incendie) et du ministre de la Défense (à cause du « vol » d'armes), ce sont trois secrétaires d'État qui ont démissionné le 9 juillet, devant le ministère public qui voudrait les accuser d'avoir accepté des invitations du groupe d'énergie Galp pour la finale de l'Eurofoot l'année dernière à Paris. Ce qui suscite une polémique sur l'éthique de la vie politique, mais aussi sur celle du milieu judiciaire qui « oublie » les invités des partis de droite pour la même échappée à Paris.

Le 14 juillet, huit nouveaux secrétaires d'État entrent en fonction, tous les ministres ayant gardé leurs postes. Un nouveau sondage publié le 15 juillet montre que la gauche se renforce, tandis que la droite faiblit : PS 44,0 %, PSD 22,9 %, BE 10,1 %, CDU 7,8 %, CDS 5,3 %, blancs ou nuls 7,5 % et indécis 2,4 %<sup>10</sup>. La droite portugaise et ses amis espagnols peuvent encore se faire du mouron... ■

10 Sondage Aximage paru le 15 juillet 2017 dans le *Correio da Manhã* et le *Jornal de Negócios*.

ENSEIGNEMENT

# LE « PACTE D'EXCELLENCE » : UN DÉFI À LONG TERME

## Nadine Plateau

Nadine Plateau est présidente de la commission « enseignement » du Conseil des femmes francophones de Belgique.

Cet article a été soumis pour discussion à **Jacques Liesenborghs**, pédagogue et ancien directeur d'école. Il intervient au fil de l'article par le biais de commentaires encadrés. Comme on le verra, son sentiment est sensiblement différent de celui de l'auteur.



Depuis plus d'un an, les médias font écho aux travaux réalisés dans le cadre du *Pacte pour un enseignement d'excellence*. Régulièrement, la presse publie des opinions, dans l'ensemble plutôt critiques, émanant d'individus ou de porte-parole de groupes concernés, de près ou de loin. De quoi s'agit-il au juste ? Est-ce un Pacte avec le diable, comme le soutiennent certain-e-s ? Une énième réforme pour tenter de guérir les maux de notre système éducatif ? Un bras de fer entre parties aux intérêts divergents ? Un formidable projet audacieux, ambitieux, à long terme ? Sans doute tout cela à la fois. Car les jeux ne sont pas faits. Le Pacte est un processus en cours, programmé jusqu'en 2030 et sur lequel il est toujours possible d'exercer une influence, en particulier pour celles et ceux qui tentent d'agir pour une école plus démocratique et plus juste, que ce soit à l'intérieur même des structures du Pacte ou à la marge du système.

**E**n 2014, le gouvernement nouvellement constitué de la Fédération Wallonie-Bruxelles<sup>1</sup> prend la décision de lancer un *Pacte pour un enseignement d'excellence* qui embrasse l'avenir de l'école du pré-primaire à la fin du secondaire. Dans sa Déclaration de politique communautaire (DPC) de 2014-2019, il définit la finalité du Pacte de la manière suivante : « *Identifier les moyens d'atteindre les objectifs d'amélioration des performances de notre système éducatif et de réduction des inégalités qui impactent la réussite*<sup>2</sup>. » *Excellence* rime donc avec *performance*. Si les inégalités sont mentionnées dans cet énoncé, on peut craindre que les seules inégalités sociales qui seront prises en compte dans les travaux du Pacte d'excellence ne soient celles dont l'impact négatif est avéré sur les performances. C'est que, depuis la mise en place des études PISA (en 2000) et le constat de l'énorme écart de résultats entre les élèves, la mesure de l'équité de notre système scolaire se fait en accordant une place prépondérante au statut socio-économique (baptisé ISE) des élèves, car celui-ci est fortement corrélé avec leur performance. Or ces deux indicateurs de l'équité que sont l'ISE et la performance (échec, redoublement, décrochage) échouent complètement à rendre compte d'autres inégalités présentes à l'école, de manière plus subtile et plus difficilement quantifiable : celles qui sont fondées sur le sexe, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique ou culturelle.

Cette conception de l'équité conduit à développer des politiques de prise en charge des écoles les moins performantes, mais sans se préoccuper des formes spécifiques de discrimination qui sont à l'œuvre partout. De plus, cette conception échoue à empêcher que les inégalités réelles entre filles et garçons ou entre Belges de souche et issu-e-s de l'immigration, au lieu d'être combattues, soient renforcées par des conditions d'apprentissage discrimi-

1 À ce moment, un gouvernement de coalition PS-CDH.

2 2014-2019, *Fédérer pour réussir*, FWB, p. 22.

natoires<sup>3</sup>. Celles-ci, sans avoir nécessairement d'effet négatif sur les performances, pèsent lourdement sur

3 D. Sensi, *Étude sur les stéréotypes dans les manuels scolaires en Communauté française de Belgique*, 2009, <https://goo.gl/o3VrvT>, consulté le 12.6.2017. A. Rea, *Performances des élèves issus de l'immigration en Belgique, selon l'étude Pisa*, Fondation roi Baudouin, 2009, <https://goo.gl/udqGdD>, consulté le 12.6.2017.

les parcours des élèves. En effet, quand un environnement scolaire tend à dévaloriser certaines catégories d'élèves ou à ne pas leur accorder de reconnaissance sociale, cela a des répercussions en termes de confiance en soi, de sentiment de sa dignité et de sa capacité, des facteurs si importants pour se constituer en acteur ou actrice de sa propre vie. En d'autres mots, c'est toute la visée émancipatrice de l'école,

### Encadré 1 LES OBJECTIFS DE L'ENSEIGNEMENT SELON LE DÉCRET « MISSIONS »

Article 6 : « La Communauté française [...] et tout pouvoir organisateur [...] poursuivent simultanément et sans hiérarchie les objectifs suivants :

1. promouvoir la confiance en soi et le développement de la personne de chacun des élèves;
2. amener tous les élèves à s'approprier des savoirs et à acquérir des compétences qui les rendent aptes à apprendre toute leur vie et à prendre une place active dans la vie économique, sociale et culturelle;
3. préparer tous les élèves à être des citoyens responsables, capables de contribuer au développement d'une société démocratique, solidaire, pluraliste et ouverte aux autres cultures;
4. assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale. » ■

Source : <https://goo.gl/RhJCii>, consulté le 12.6.2017.

### Encadré 2 LE PACTE D'EXCELLENCE : POURQUOI ? AVEC QUI ?

**Annoncé** dans la *Déclaration de politique communautaire 2014-2019* du gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Cadré dans une *note du 1er janvier 2015* qui explique les raisons du Pacte, son objectif (la culture de la qualité au sein du système scolaire), les conditions de sa réussite (une démarche participative) et l'approche en trois phases (état des lieux, objectifs prioritaires et plans d'actions).

**Encadré** par le « noyau dur » du Pacte : un *Groupe central* composé des représentant-e-s des pouvoirs organisateurs, des syndicats, des fédérations d'associations de parents, de l'administration générale de l'enseignement, des représentant-e-s des ministres de l'Enseignement supérieur et de l'Enseignement de promotion sociale. Il est chargé d'assurer le suivi de l'élaboration et de l'exécution du Pacte.

**Accompagné** par un *Comité d'accompagnement* composé des mêmes représentant-e-s auquel-le-s se sont joint-e-s : les recteurs des six universités, des représentant-e-s des hautes écoles, les ministres concerné-e-s, des représentant-e-s de la FEB, des Conseils économiques et sociaux des Régions, de la Fondation roi Baudouin, de la Ligue des familles, le délégué aux Droits de l'enfant, diverses personnalités académiques, scientifiques et culturelles et un représentant pour chacune des organisations suivantes : Changements pour l'égalité (CGÉ), l'OCDE et l'Union européenne. La consultation va donc au-delà des acteurs institutionnels de l'enseignement. Un bémol cependant : la parité n'est pas au rendez-vous, puisque sur la cinquantaine de membres du Comité d'accompagnement, on ne compte qu'une dizaine de femmes.

**Légitimé** par un *Comité scientifique* composé de représentant-e-s des universités et hautes écoles, de la Fondation Roi Baudouin et des consultants (McKinsey). Ce comité scientifique assiste le Groupe central.

**Préparé** par des groupes de travail (GT) dont la composition est déterminée par le Groupe central. ■

telle que la poursuivait le décret « Missions » de 1997 (**voir encadré 1**), qui vient à faire défaut.

## LE CADRAGE DE LA QUESTION

Dans l'agenda politique, la manière dont une question est formulée lui donne aussitôt un cadre contraignant. C'est ainsi que, d'emblée, une composante majeure du problème de l'école est absente, puisque ni la Déclaration de politique communautaire, ni la première note du gouvernement ne touchent au principe des réseaux. Et pourtant, nous savons toutes et tous que ceux-ci sont responsables en grande partie, non seulement du coût élevé de l'enseignement en Fédération Wallonie-Bruxelles par comparaison avec les autres pays de l'Union européenne, mais aussi de la situation de concurrence entre établissements, le fameux « marché scolaire », qui caractérise notre Communauté. La question des réseaux est donc dès le départ rejetée hors du cadre de la réforme. (**Voir commentaire 1.**)

Ensuite, deuxième contrainte : le dispositif mis en place (**voir encadrés 2 et 3**). Les deux ministres successives en charge du dossier jusqu'en juin 2017 (Joëlle Milquet et Marie-Martine Schyns) ont mis l'accent sur la qualité participative de l'élaboration du Pacte. Il est vrai que la société civile a été représentée dans certains organes et que les citoyennes et citoyens sont encouragé-e-s à s'exprimer sur le site Web du Pacte. Mais l'opération semble jusqu'à présent relever davantage de la communication que d'une réelle participation. La grande majorité des enseignant-e-s, des parents et des élèves n'ont pas eu voix au chapitre<sup>4</sup>.

En réalité, les travaux du Pacte sont restés majoritairement confinés aux espaces classiques du dialogue social, entre les mains des technicien-ne-s de l'enseignement que sont les pouvoirs organisateurs, les syndicats, les fédérations d'associations de parents, bien rodé-e-s à ce genre d'exercice et auquel-le-s ont été adjoints des experts et des consultants (au masculin, car à l'exception de Dominique Lafontaine de l'ULg, cette catégorie ne compte pas de femmes). À

4 NDLR : si ce n'est par la voix de leurs organisations représentatives, sauf en ce qui concerne les élèves.

## LES TRAVAUX DU PACTE SONT RESTÉS MAJORITAIREMENT CONFINÉS AUX ESPACES CLASSIQUES DU DIALOGUE SOCIAL.

cela s'ajoute le rôle crucial du Groupe central – composé des mêmes partenaires sociaux et des représentant-e-s des ministres

et de l'administration –, qui organise, encadre, résume les travaux à chaque étape et fait les propositions qui seront au fur et à mesure transposées dans des décrets. Bref, le modèle traditionnel de la négociation sociale, qui n'est pas vraiment favorable à une innovation dont notre enseignement a tant besoin, reste bien prédominant, même si la communication autour de l'appel à une participation massive et l'organisation d'ateliers pédagogiques et de journées d'étude tente de nous faire croire le contraire.

### Commentaire 1 CLASSIQUE ET LOURD...

*Le titre pompeux du Pacte était déjà révélateur. Le choix n'a pas été, le résultat n'est pas « pour une école pour tous et pour le XXI<sup>e</sup> siècle ». Pour une école qui a l'ambition de bousculer tous les conservatismes (sources d'inégalités) qu'ils soient ceux de certains enseignants, de certains parents, de certains partis ou syndicats ou d'une certaine opinion très mal informée sur le sujet.*

*Et donc, Nadine Plateau a raison, ils ont mis en place un dispositif hyper-classique et lourd. Alors qu'il fallait inventer (innover !) un dispositif bien plus ambitieux, bien plus citoyen, à la hauteur des enjeux. Par exemple en organisant des débats dans toutes les communes, dans tous les centres culturels, avec un large public, de vrais acteurs de terrain et des experts. Dans les écoles aussi bien sûr. Partout où c'était possible. Pour créer autour de « l'école pour tous et pour le XXI<sup>e</sup> siècle » une effervescence culturelle et démocratique, susceptible de faire bouger les lignes et les imaginaires.*

*Au lieu de quoi, d'interminables débats d'experts qui s'autoproclament « acteurs de l'enseignement ». Résultat : des textes jargonants. Les lire : une véritable punition... Mais qui les lira jusqu'au bout ? Un enseignant sur 100 ? Un citoyen sur 10 000 ? ■ JACQUES LIESENBORGHS*

## L'ÉMINENCE GRISE DU PACTE

La troisième contrainte imposée par le cadre, c'est la présence dans l'ensemble du processus du principal consultant, dont le rôle est pour le moins flou. Nous savions dès la parution des premiers textes (**voir encadré 3**) produits par les groupes de travail (GT) que le plus gros rapport (contribution au diagnostic) avait été confectionné par le bureau de consultance McKinsey. Celui-ci dispose d'une expertise dans l'analyse des systèmes d'enseignement européens. Cette expérience lui a servi de base pour produire un diagnostic de la performance du système d'enseignement à partir de trois indicateurs appelés les *trois E* (**voir encadré 4**). McKinsey conclut que, par comparaison avec les meilleurs systèmes européens (entendez : les plus *performants*), la Fédération Wallonie-Bruxelles pourrait faire mieux sans dépenser plus. Mais pour cela, il faudrait procéder davantage à des réformes ayant un impact direct sur ce qui se passe dans les établissements. Ces réformes



devraient porter, par exemple, sur les formations et le tutorat, sur les pratiques collaboratives, sur les plans de carrière pour les enseignants et les directions, sur les mécanismes de responsabilisation, sur le pilotage par utilisation de données, etc.<sup>5</sup>

L'intervention de ce bureau de consultance ayant été contestée, la ministre Marie-Martine Schyns a

**...LA PRÉSENCE DANS L'ENSEMBLE DU PROCESSUS DU PRINCIPAL CONSULTANT [MCKINSEY], DONT LE RÔLE EST POUR LE MOINS FLOU.**

été interpellée à ce propos au Parlement. Dans sa réponse, elle a confirmé que McKinsey « a apporté et continue d'apporter un support important dans le cadre d'analyses techniques mises à la disposition

des instances du Pacte<sup>6</sup> ». Elle a également admis que les prestations, actuelles et à venir, de McKinsey « se sont inscrites dans une convention conclue à titre gratuit avec la Fédération Wallonie-Bruxelles [...] grâce à un mécénat<sup>7</sup> ».

La participation McKinsey s'avère donc problématique à un double titre. D'abord à cause de l'opacité concernant le financement de son intervention : aux dires de la ministre, le gouvernement ignore même le montant du mécénat. Ensuite, parce que l'équipe du consultant fonctionne comme une éminence grise. Si, lors de la première phase, McKinsey a produit un document public, depuis lors nous ne trouvons plus aucune trace de sa contribution. Or, il accompagne tout le processus, comme l'a affirmé la ministre. On

5 McKinsey & Company, *Contribuer au diagnostic du système scolaire en FWB*, 2015, p. 83.

6 Réponse à l'interpellation de B. Trachte (Ecolo) à la commission de l'éducation du Parlement de la Communauté française le 17 mai 2016, <https://goo.gl/JCqAbb>, consulté le 12.6.2017.

7 Selon la ministre, le mécénat provient de l'entité belge de McKinsey, de la *Global Social Sector Practice* de McKinsey International, de la fondation Inbev-Baillet-Latour et de la fondation Libeert.

### Encadré 3 LES TROIS PHASES DU PACTE

#### PHASE 1 : DIAGNOSTIC

Quatre rapports sont produits et mis en ligne en juin 2015 :

- le rapport État des lieux du GT1 (groupe de travail n° 1), présidé par Philippe Maystadt (président de l'Ares) ;
- le rapport Sens, valeurs, objectifs et missions de l'école du XXI<sup>e</sup> siècle du GT2, présidé par Didier Viviers (recteur de l'ULB),
- le rapport Contribuer au diagnostic du système scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles, réalisé par le bureau de consultance McKinsey,
- une synthèse par le Groupe central.

#### PHASE 2 : ÉTABLISSEMENT DES OBJECTIFS

C'est la phase opaque. Un document intitulé Définition des objectifs pour la rédaction des plans d'action du Pacte, publié en septembre 2015, distingue quatre axes thématiques pilotés par des universitaires :

- « Compétences et savoirs », piloté par Ch. Orange (ULB),
- « Améliorer le parcours scolaire de l'élève et lutter contre les échecs et les inégalités scolaires », piloté par D. Lafontaine (ULg),
- « Soutenir et investir dans les équipes pédagogiques », piloté par V. Dupriez (UCL),
- « Adapter la gouvernance du système scolaire », piloté par M. Demeuse (UMons).

Ces axes sont subdivisés en 12 objectifs, attribués à 12 groupes de travail dont on connaît l'intitulé mais dont on ignore la composition et dont les travaux restent confidentiels. Le site du Pacte ne donne accès qu'aux cahiers des charges des groupes de travail.

#### PHASE 3 : PLAN D'ACTION

Le 3 mai 2016, le Groupe central publie l'Avis n° 2 : Orientations relatives aux objectifs du Pacte, rédigé à partir des rapports des 12 groupes de travail thématiques et de la coupole École-Culture.

Le 2 décembre 2016, le Groupe central publie le Projet d'avis n° 3, un ensemble d'orientations et d'initiatives qui constituent un projet d'accord que les membres du Groupe central vont présenter à leurs instances.

Le 7 mars 2017, le Groupe central publie l'Avis n° 3, dont certaines parties ont été considérablement augmentées et dont chaque objectif stratégique est maintenant accompagné d'une opérationnalisation (modalités de budgétisation). ■

### Encadré 4 LA PERFORMANCE ET LES 3 « E »

Selon McKinsey, la performance d'un système scolaire se mesure à la manière dont il remplit les missions qui lui sont confiées au regard de trois critères fondamentaux :

1. l'**efficacité** ou la capacité du système à scolariser (taux de scolarisation, de redoublement, de décrochage, décisions d'orientation...);
2. l'**équité** ou la capacité du système scolaire à limiter l'impact des inégalités sociales sur les inégalités scolaires ;
3. l'**efficience**, qui découle de la comparaison entre résultats obtenus et moyens financiers consentis. ■

Source : McKinsey & Company, Contribuer au diagnostic du système scolaire en FWB, 2015, p. 27-31.

peut raisonnablement faire l'hypothèse que, dans la préparation du Pacte, la conception de l'enseignement, ses objectifs, ses stratégies sont pour le moins colorés par l'influence de ce consultant qui, dans son document cité plus haut, lançait des pistes concernant la gouvernance et engageait le système éducatif dans un tournant nettement entrepreneurial. McKinsey incarne une vision, perceptible au niveau européen (notamment à l'OCDE), de « modernisation » de l'enseignement sur le modèle de l'entreprise. Cela dit, le consultant ne décide pas de tout : il ne siège d'ailleurs pas dans le Groupe central, qui comprend des forces tout à fait capables de s'opposer à cette tendance.

**LE « TRONC COMMUN » EST CONSIDÉRÉ [...] COMME L'INSTRUMENT PRIVILÉGIÉ DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SCOLAIRES.**

Le dernier document produit dans le cadre des travaux pour le Pacte est l'*Avis n° 3* (**voir encadré 3**). Le rejet de ce texte par les enseignant-e-s syndiqué-e-s, en février-mars 2017, n'a pas empêché la logique de concertation sociale de l'emporter, si bien qu'après avoir refusé sans claquer la porte, on acquiesce sous conditions en promettant la vigilance.

C'est donc dans ce cadre et avec ces contraintes que celles et ceux qui se battent pour une école plus juste vont devoir manœuvrer. Il est impossible ici de passer en revue tous les éléments constitutifs de cet *Avis*, aussi ai-je choisi deux propositions de réforme, les plus détaillées et les plus abouties, qui devraient être progressivement mises en œuvre dans des délais rapprochés. La première concerne le *tronc commun*, la seconde la *gouvernance* ou le pilotage de l'enseignement. Bien d'autres questions cruciales mériteraient d'être traitées, comme celle de l'enseignement technique et professionnel (après le *tronc commun*) ou celle de la formation initiale des enseignant-e-s – dont il est peu question dans l'*Avis* car elle a fait l'objet d'un projet de décret émanant du cabinet du ministre de l'Enseignement supérieur.

## UN TRONC COMMUN POLYTECHNIQUE ET PLURIDISCIPLINAIRE

Autant le mot *gouvernance* a des relents néolibéraux, autant le terme *tronc commun* est auréolé d'une connotation progressiste. Le *tronc commun*<sup>8</sup> est considéré depuis des décennies comme l'instrument privilégié de lutte contre les inégalités scolaires dans l'enseignement secondaire, car il supprime le système des filières de seconde zone (en cas d'échec, relégation de l'enseignement général vers des filières techniques, puis vers les filières professionnelles, réputées moins exigeantes et donc moins valorisées). C'est d'ailleurs dans cette optique qu'un premier *tronc commun* avait été introduit dans le premier cycle du secondaire tout au début du *renouveau*, la grande réforme des années 1970. Aujourd'hui, le Groupe central nous le propose comme le meilleur dispositif pour améliorer l'excellence de notre enseignement : un « *tronc commun renforcé de la première maternelle à la troisième secondaire* ».

S'il est question de *renforcement*, c'est qu'en réalité, ce *tronc commun* prévu au degré secondaire existe déjà aux degrés primaire et pré-primaire. C'est d'ailleurs à ce niveau que se fera essentiellement le renforcement promis : le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a décidé d'embaucher 1100 professionnel-le-s de la petite enfance dès la rentrée 2017. Nos institutrices maternelles ont en effet la charge de trop d'enfants par comparaison avec celles de nos pays voisins et la FWB veut réduire de moitié au moins l'écart d'encadrement par rapport à la moyenne de l'OCDE. Voilà un exemple de l'effet positif de la pression européenne sur des décisions politiques. (**Voir commentaire 2.**) Cette proposition de renforcement du degré maternel comprend également l'élaboration d'un référentiel, une amélioration de la qualité de l'accueil et, idéalement, devrait comporter un abaissement à 3 ans de l'âge du début de l'obligation scolaire. Cette décision a été accueillie

8 C'est-à-dire un enseignement unique pour tou-te-s les élèves, dans une seule filière commune, avec un seul et même programme.

**AU SEIN D'UN TRONC  
COMMUN, IL VA DE SOI  
QUE LES ÉLÈVES  
NE SONT PAS TOUS  
ET TOUTES AU MÊME  
NIVEAU.**

avec satisfaction par l'ensemble du monde de l'éducation, qui y voit une mesure démocratique susceptible de combattre les inégalités sociales de départ.

Le tronc commun, nous dit l'*Avis n° 3*, sera *polytechnique*, car les sept domaines d'apprentissage qui le composent seront d'égale valeur : l'apprentissage de la langue équivalra donc à celui des mathématiques et des sciences ou des activités physiques et sportives. L'accent est mis sur l'absence de hiérarchie entre les cours dits généraux et les cours techniques,

ce qui devrait contribuer à éviter que des filières ne se reconstituent *de facto*.

Le tronc commun sera aussi *pluridisciplinaire*. La majorité des domaines relèvent de divers champs disciplinaires. D'autres domaines, comme « *la créativité, l'engagement et l'esprit d'entreprendre* », ne sont liés à aucune discipline précise mais devront être développés transversalement à travers les cours. De telles mesures devraient contribuer à affaiblir les rigidités disciplinaires en encourageant le travail collaboratif entre enseignant-e-s de disciplines différentes. De nouvelles potentialités émergent donc, qui institutionnaliseraient des pratiques et des idées déjà en cours, car, dans certaines écoles, on n'a pas attendu le Pacte pour mettre sur pied des projets pédagogiques impliquant une approche transversale.

Au sein d'un tronc commun, il va de soi que les élèves ne sont pas tous et toutes au même niveau. Dès lors un dispositif de « *remédiation, consolidation, dépassement* » (ou RCD) est prévu, pour partie au sein de la classe et, en tous cas, au cours de périodes spécifiques incluses dans la grille horaire. En principe, la remédiation ne devrait plus être punitive, comme c'est souvent le cas aujourd'hui quand des élèves vont au rattrapage pendant que les autres se délassent à la récréation. Ce dispositif devrait permettre de personnaliser les apprentissages en différenciant l'approfondissement des matières en fonction du rythme de chaque élève. Enfin, l'évaluation devrait être formative, la certification n'intervenant qu'à quelques grands moments du continuum.

Comment ne pas être d'accord avec ces perspectives qui vont dans le bon sens ? Cependant, une question surgit aussitôt : comment le système va-t-il assurer que les principes d'égalité des savoirs et des compétences et de différenciation sans stigmatisation se traduiront concrètement dans la pratique ? Nous savons depuis le *Rénové* que des organisations formellement égalitaires n'empêchent pas de nouvelles hiérarchies d'apparaître. Comment faire en sorte que les pratiques artistiques aient, aux yeux du corps enseignant, des parents et des élèves, la même légitimité que les mathématiques ? Comment faire pour que la remédiation ne signifie pas exclusion

## **Commentaire 2 OPTIMISME...**

*Le propos est trop optimiste. Certes, il faut renforcer l'encadrement des classes maternelles. Mais les 1100 « professionnels de la petite enfance » promis seront distribués de façon purement mathématique. Sans aucun indice préférentiel nouveau pour les écoles des quartiers défavorisés. Dès la première décision significative du Pacte, on doit constater que la lutte contre les inégalités passe à la trappe !*

*Or, l'école maternelle, moment privilégié d'accrochage des enfants et des parents, se vit tout autrement selon qu'on se trouve à Schaerbeek, Seraing, Saint-Josse ou Lasne, Erpent, Lovreval. Selon que le milieu culturel de la famille est proche de celui de l'école ou qu'il est riche d'une tout autre culture. Et le boulot des instits est aussi tout autre, bien plus complexe, bien plus prenant, bien plus passionnant et bien plus épuisant à Saint-Josse, Seraing... C'est une évidence sauf pour les experts, les syndicats et les politiques.*

*Et puis, c'est quoi, ce « pré-primaire » dont parle l'auteure ? Ça sent la préscolarisation à plein nez. Le désormais fameux « Avis n° 3 » (ça vous fait pas rêver, vous ?) dénonce la tendance à la préscolarisation, mais – en même temps – on y insiste lourdement sur l'importance d'un nouveau « référentiel » qui fait craindre le pire aux institutrices les plus lucides. ■*

JACQUES LIESENBOGHES

**LA POLITIQUE DE  
RESPONSABILISATION  
ET D'AUTONOMIE  
REPOSE SUR TROIS  
DISPOSITIFS AUX NOMS  
RONFLANTS...**

et que l'orientation ne mène pas à la relégation ? C'est à toutes ces questions qu'il faudra

s'atteler dans les mois à venir. Le Groupe central mise sur la « *pédagogie différenciée* » et sur une bonne gestion de la diversité au sein des classes *via* le dispositif RCD. Mais il ne suffit pas de faire l'éloge de l'hétérogénéité sociale, culturelle et scolaire. Encore faut-il que les acteurs et actrices de terrain s'approprient réellement les dispositifs prévus et que ceux-ci ne soient pas imposés d'en-haut, sans formation préalable. Or actuellement, la formation des enseignant-e-s à la mixité sociale est loin d'être organisée.

### LA GOUVERNANCE OU LE PILOTAGE

L'*Avis n° 2* (**voir encadré 3**) donnait déjà à son chapitre le plus volumineux (plus d'un tiers des pages) le titre *Gouvernance, enseignants et directions*. Le mot *gouvernance*, emprunté au vocabulaire anglo-saxon relatif au management, désigne le nouveau mode de gestion, plus contractuel et participatif, que cet *Avis* préconisait pour le système éducatif. Abandonnant le mot mais pas le contenu, l'*Avis n° 3* consacre également son chapitre le plus étoffé à la même question, formulée différemment : il est dorénavant question de *pilotage* et de *leadership*, qui devraient accroître l'autonomie et la responsabilisation, donc motiver davantage les actrices et acteurs du système. Le raisonnement est le suivant : pour améliorer les résultats de notre système scolaire, il faut renforcer « *la responsabilisation des acteurs de l'enseignement par rapport à ces résultats* ».

La politique de responsabilisation et d'autonomie repose sur trois dispositifs aux noms ronflants : la *contractualisation des relations*, le *leadership distribué* et la *valorisation des enseignant-e-s*. Le premier dispositif consiste en un contrat, conclu entre, d'une part, le pouvoir régulateur<sup>9</sup> – qui définit des objectifs gé-

néraux autour des trois dimensions d'égalité, d'efficacité et d'équité – et les pouvoirs organisateurs des écoles et, d'autre part, les chefs d'établissement, qui détermineront des objectifs spécifiques pour leur école. Ce contrat prendra la forme d'un « plan de pilotage » (**voir encadré 5**). En principe, dans ce meilleur des mondes, les actrices et acteurs devraient bénéficier d'autonomie dans la fixation des objectifs et fonctionner dans la confiance et la collaboration. Mais l'autonomie sera relative, puisque le plan de pilotage requiert l'approbation des représentants du pouvoir régulateur. Quant à la responsabilisation, tant vantée, de l'équipe pédagogique, elle pourrait bien se réduire à la responsabilité de la (non-)réus-

#### Encadré 5 LE PLAN DE PILOTAGE

Premier élément neuf : chaque école aura une obligation de résultats. Un plan de pilotage sera élaboré par le chef d'établissement et le pouvoir organisateur en concertation avec les équipes pédagogiques. Il comprend quatre parties : la philosophie de l'établissement, les objectifs non chiffrés à l'échéance de trois ans et à l'échéance de six ans ; les stratégies afin d'atteindre ces objectifs, et une annexe comprenant l'évaluation quantifiée des objectifs.

Deuxième élément neuf : le pouvoir régulateur (qui régule tous les réseaux) y mettra le nez. Le plan de pilotage sera soumis à la supervision d'une nouvelle catégorie d'inspecteurs rebaptisés « délégués aux contrats d'objectifs » (DCO). Ceux-ci représenteront l'autorité régulatrice et veilleront à la conformité avec les objectifs généraux.

Chaque plan sera évalué par le DCO et au cas où les objectifs ne seraient pas atteints, des dispositifs seront mis en place pour remédier à la situation. Des sanctions (diminution de la subvention) sont prévues dans les cas d'incapacité ou de mauvaise volonté. ■

<sup>9</sup> Le pouvoir régulateur est l'Administration générale de l'enseignement (AGE), qui est compétente pour tous les réseaux.

site du plan.

Le deuxième dispositif est le *leadership distribué*. Les directions, en étant mieux formées et mieux recrutées, devraient jouer un rôle moteur dans l'animation (la motivation ?) des équipes pédagogiques. Elles devraient aussi être déchargées d'une partie des tâches administratives, pour pouvoir mieux gérer les ressources humaines en mettant en œuvre ce fameux *leadership distribué*. En d'autres mots, les directions pourront déléguer une partie des tâches pédagogiques à des enseignant-e-s expérimenté-e-s promu-e-s coordinateurs ou coordinatrices pédagogiques. On voit donc poindre l'image d'une école gérée à la façon d'une entreprise, avec un *supermanager* et des cadres moyens, liés par des contrats et soumis à des évaluations.

Quant au troisième dispositif, il concerne la profession enseignante. Diverses mesures sont envisagées pour améliorer les conditions de travail – en particulier celles des enseignant-e-s débutant-e-s, ce qui est indispensable étant donné le nombre d'abandons de carrière au cours des premières années. D'autres mesures visent à rendre la carrière moins plane : on a ajouté aux deux statuts actuels des enseignant-e-s (d'abord *temporaire*, puis *nommé*) un troisième statut, celui d'enseignant-e *expérimenté-e*, et on a assorti ces trois statuts de missions différentes, ce qui introduit de la diversité et de la promotion dans la carrière. Ces mesures visent de toute évidence à valoriser la profession, mais elles contribuent également à en modifier en profondeur la nature même : dans notre Communauté, un-e enseignant-e ne devrait plus se contenter de préparer ses cours à domicile (ce qu'on appelle *travail autonome*) puis de les donner en classe, en assistant de temps en temps à un conseil de classe. Désormais, ses tâches devraient inclure, en plus, la collaboration avec les collègues (appelée *travail collaboratif*), le service à l'école et la formation continuée, qui devrait passer à six jours obligatoires. Toutes ces fonctions devraient faire partie du métier, qui se déclinerait donc en cinq temps de travail différents : une petite révolution par rapport au système actuel. Les orientations du Groupe central s'attaquent en réalité à la carrière plane et à

l'individualisme de la profession, deux composantes du métier qui, dans une perspective de nouvelle gouvernance, font obstacle à l'évolution du corps enseignant vers ce que l'*Avis n° 3* appelle une « *organisation apprenante* », c'est-à-dire capable d'évoluer afin de favoriser le travail collaboratif.

### UN RENFORCEMENT DE LA DIVISION DU TRAVAIL

De manière plus générale, les orientations en matière de gouvernance du système d'enseignement confirment le phénomène analysé dans le rapport du premier groupe de travail du Pacte<sup>10</sup>, à savoir le passage, dans notre Communauté, depuis les années 1990, d'une « *logique bureaucratique-professionnelle à une logique de pilotage et d'évaluation externe* ». Gestion des ressources humaines, fixation d'objectifs

#### AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL – EN PARTICULIER CELLES DES ENSEIGNANT-E-S DÉBUTANT-E-S.

qualitatifs et quantitatifs, évaluation à partir d'indicateurs : la réforme prévue s'inscrit tout à fait dans cette nouvelle logique, qui se caractérise par « *l'accroissement de la division verticale du*

*travail éducatif entre différents segments professionnels* ». Avec la redéfinition des missions des directions (gestion des ressources humaines, leadership pédagogique, latitude accrue dans la gestion des ressources) et la création des *supermanagers* que seront les DCO, ce qui se profile semble bien être un écart croissant entre, d'une part, un personnel enseignant de terrain dont l'autonomie professionnelle serait réduite et, d'autre part, une élite administrative et techno-pédagogique (direction, inspection) détachée du terrain, qui aurait en charge la conception, l'encadrement, la gestion et l'évaluation du travail enseignant. Lors d'une journée d'études consacrée

10 Cf. « Axe thématique 3, chapitre 3.1 : Missions et fonctions respectives des différents acteurs », dans le rapport *État des lieux*, GT1, juin 2015, FWB, p. 109-115.

au Pacte d'excellence<sup>11</sup>, Christian Maroy – un des experts à la base de cette analyse – mettait en garde contre les dérives

**LA COMMUNAUTÉ  
ÉDUCATIVE POURRAIT  
GAGNER EN AUTONOMIE ET  
EN RESPONSABILITÉ PLUTÔT  
QUE DE SE CANTONNER  
DANS LA ROUTINE...**

de ce système de gouvernance telles qu'il les a observées au Québec : accentuation du pouvoir de la hiérarchie organisationnelle, développement de la gestion de la pédagogie, prévalence des indicateurs chiffrés sur les jugements qualitatifs situés, tendance à la normalisation des pratiques (vu la nécessité de se plier aux standards des évaluations externes) et amoindrissement des conditions favorables à l'innovation et à la créativité. À ce sombre tableau, j'ajouterais que, les enseignantes étant plus nombreuses sur le terrain que les enseignants et les élites étant majoritairement masculines, on a toutes les raisons de s'inquiéter des effets de ces évolutions sur les rapports sociaux de sexe. De toute évidence, le risque est grand que l'accroissement de la division verticale du travail n'aille de pair avec l'accroissement de la division genrée de ce travail, donc avec un accroissement des écarts de salaire et de statut entre les femmes et les hommes. **(Voir commentaire 3.)**

En dépit de ces perspectives peu encourageantes, je veux croire que d'autres scénarios sont encore possibles. Les orientations définies dans l'Avis n° 3 ouvrent des portes. La communauté éducative pourrait gagner en autonomie et en responsabilité plutôt que de se cantonner dans la routine et le « chacun pour soi ». La nouvelle gouvernance pourrait mobiliser les acteurs et actrices du monde de l'enseignement au lieu de produire des blocages inhibant initiative et responsabilité. Tout dépendra de la manière dont le processus va se poursuivre. La Plateforme contre l'échec scolaire est bien consciente des potenti-

11 Ch. Maroy, « Le métier d'enseignant à l'épreuve des politiques de responsabilisation à l'égard de la réussite : enjeux et défis », intervention à la journée d'études *Le Pacte pour un enseignement d'excellence : enjeux et perspectives pour les acteurs de l'école*, à la haute école Galilée, le 2 mai 2017.

tés du Pacte quand elle publie une carte blanche intitulée « *Une coordination inter-réseaux pour l'école ? Chiche!* » Elle voit dans le Pacte une opportunité pour lutter contre rien moins que le « marché scolaire », cette concurrence entre établissements si nuisible financièrement et si discriminatoire socialement. Elle relève dans le texte de l'Avis n° 3 la possibilité pour l'autorité centrale de faire deux choses dans ce sens : d'abord, elle peut fixer des objectifs spécifiques aux établissements d'une zone géographique, comme la collaboration et le partenariat entre écoles du même réseau et de réseaux différents ; ensuite, elle peut faire assurer la coordination inter-réseaux entre écoles d'une même zone par le directeur de zone, lui-même responsable de la coordination des DCO. Autrement dit, à condition que le pouvoir politique donne des injonctions claires au directeur de zone et aux DCO en matière de lutte contre la concu-

12 Carte blanche de J.-P. Coenen dans *Le Soir*, 5 mai 2017.

### Commentaire 3 DÉRIVES...

*Référence justifiée à Christian Maroy et à l'expérience du Québec qu'il a pu observer de près. Outre les dérives affolantes qu'il dénonce – relisez attentivement – c'est la disparition programmée de ce qui reste « d'humanité » dans les écoles fondamentales et secondaires. Cette nouvelle gouvernance à la mode Mc Kinsey, ces plans de pilotage, cette verticalité... réduiront encore la part des relations humaines, de la disponibilité des directions pour penser animation d'équipes, innovation pédagogique, accompagnement d'élèves, d'éducateurs ou de parents en grande difficulté.*

*D'ailleurs, si les textes insistent sur la formation des boss, ils ne précisent pas laquelle. Moi, je leur conseille de supprimer tous les bazars pédago-socio-anthropo-philosophe-bobos. Pour diriger un établissement scolaire type « Pacte 3 étoiles », la voie royale ? Solvay ou HEC chez nous, à la rigueur l'ENA et, top, une business school aux States. Enfin, n'oubliez pas de multiplier les grosses écoles-casernes, ça vous fera des économies d'échelle. Non, mais !*

■ JACQUES LIESENBORGHES

rence, ceux-ci pourraient agir sur l'offre éducative en évitant que des écoles proches ne proposent les mêmes options, ce qui est une source de gaspillage et met les écoles en concurrence. Il y aurait là, selon la Plateforme, une opportunité pour affaiblir le système des réseaux.

### AGIR ENSEMBLE

Le Pacte impose donc un cadre contraignant, mais pas totalement verrouillé. Des espaces existent pour que celles et ceux qui veulent une école plus juste, plus en phase avec notre XXI<sup>e</sup> siècle et plus émancipatrice puissent agir collectivement. En travaillant, soit à l'intérieur du cadre pour l'aménager, soit à l'extérieur du cadre pour en imaginer un autre. Dans le premier cas, ce sera, comme l'a fait la Plateforme de lutte contre l'échec scolaire, s'emparer des textes pour exiger des mesures allant dans notre sens. Fred Mawet, la secrétaire générale de CGÉ, écrivait à juste titre : « *Nous devons collectivement prendre le politique*

*au mot : s'il dit qu'il veut plus de qualité et d'égalité, il doit mettre en place les conditions indispensables pour cette évolution, et c'est cela que nous devons revendiquer collectivement*<sup>13</sup>. » Nous l'avons vu, à côté de tentatives lourdes qui vont dans le sens du contrôle et de la hiérarchie, on trouve dans l'Avis n° 3 des incitations à la mobilisation collective, à la collaboration et à l'autonomie, mais ces incitations ne sont pas assorties de moyens concrets pour les faire aboutir. D'où l'intérêt de maintenir la vigilance et de faire pression sur les autorités publiques, afin qu'elles tranchent en prenant leurs responsabilités. Diverses associations travaillent dans ce sens, continuent de réfléchir, d'informer, de débattre avec leurs adhérent-e-s. Elles accomplissent la tâche extrêmement importante que recommandait Luc Van Campenhoudt<sup>14</sup> aux partici-

pant-e-s à la journée sur le Pacte d'excellence mentionnée plus haut : « *Pour chaque mesure prise, il faudrait chaque fois se demander si cette mesure est conforme à la vision que nous avons.* »

**ON TROUVE DANS L'AVIS N° 3 DES INCITATIONS À LA MOBILISATION COLLECTIVE, À LA COLLABORATION ET À L'AUTONOMIE, MAIS...**

D'autres ont choisi de travailler en marge de ce système, bénéficiant de plus de liberté mais moins susceptibles d'influencer le cours des choses à court et moyen terme. Ainsi un mouvement citoyen comme *Tout Autre École*<sup>15</sup> (TAE), émanation de *Tout Autre Chose*, parce qu'il n'est pas soumis aux contraintes d'une réforme institutionnelle, peut se permettre de



13 F. Mawet, « Ils disent non, et après ? », *La Libre*, 7 février 2017.

14 L. Van Campenhoudt, « Quelle vision prospective pour le métier d'enseignant ? », intervention à la journée d'études *Le Pacte pour un enseignement d'excellence : enjeux et perspectives pour les acteurs de l'école*, à la haute école Galilée, le 2 mai 2017.

15 Voir le site [www.toutautrechose.be/toutautreecole](http://www.toutautrechose.be/toutautreecole) ainsi que « Une tout autre école », *Politique*, n° 91, septembre-octobre 2015.

**ON NE PEUT BRÛLER  
LES ÉTAPES  
DÈS LORS QU'IL  
S'AGIT DE  
TRANSFORMATIONS  
DU SYMBOLIQUE.**

prendre le temps et la liberté de réfléchir collectivement. TAE n'a défini que quelques balises, elles-mêmes susceptibles d'être bousculées de manière à n'exclure aucune personne ou idée pourvu qu'un minimum de valeurs soit respecté. Sa liberté d'agir et de rêver est donc immense. La forme que prendra l'aventure va dépendre de ses actrices et acteurs, elle se précisera petit à petit dans l'échange, le débat et surtout la diffusion des initiatives multiples qui existent déjà, mais sont trop peu connues. Comme l'écrit Jacques Cornet : « *On ne peut changer toute la réalité de l'école d'un coup, mais on peut au moins montrer qu'une autre réalité existe, est possible. Ah, si la RTBF acceptait de montrer agréablement ces écoles qui ont modifié leurs structures (temps, espaces, groupements, niveaux, rythmes, rites,...) et leurs cultures partagées (manières d'enseigner, d'apprendre, de travailler, d'évaluer), ces écoles qui pratiquent déjà l'absence totale de redoublement avec exigences sur les apprentissages*<sup>16</sup>. ». Jacques Cornet décrit là ce que TAE tente *via* son site et ses rencontres : faire connaître ce qui existe déjà et, de la sorte, commencer l'indispensable travail de transformation de notre culture, pour changer le paradigme de l'école.

Je plaiderai pour une double stratégie. Toute forme d'agir pour exploiter les opportunités du Pacte, dans le sens d'une école plus juste et plus adaptée à la société dans laquelle nous vivons, doit être saluée. Elle participe de cette reconfiguration de l'imaginaire sans laquelle aucun changement durable ne peut advenir. C'est pourquoi je miserai sur les progressistes qui participent plus ou moins directement aux travaux du Pacte, tout en sachant pertinemment que ces réformes ne menacent pas vraiment le système élitiste et sélectif, mais tout au plus l'améliorent quelque peu. Et je miserai aussi sur l'agir de TAE, sur le réseau qu'elle renforce, sur les contenus qu'elle pro-

16 J. Cornet, « Les enseignants sont-ils rétifs au changement ? », *Le Soir*, 16 février 2017.

duit, même si ses effets restent imperceptibles et non rentables à court terme. Car TAE constitue, comme le suggère l'un de ses moteurs, Bernard Delvaux, une base pour que soit créée plus tard une nouvelle institution éducative : « *C'est alors seulement, quand le récit sera plus clair et le réseau plus large, qu'il sera temps de faire appel aux instances politiques*<sup>17</sup>. » On ne peut brûler les étapes dès lors qu'il s'agit de transformations du symbolique. TAE a deux atouts : une belle énergie, comme ses journées annuelles l'ont amplement montré, et la profonde insatisfaction de nombreuses personnes affectées de près ou de loin par les maux de l'enseignement et désireuses de s'engager pour que cela change. **(Voir commentaire 4.)**

Les deux démarches ne s'excluent donc pas. Au contraire, elles peuvent aller dans la même direction. Chacun-e sait qu'en attendant les résultats d'un long travail de changement de paradigme, il n'est pas inutile de recourir à des réformes de moindre envergure pour préparer le futur. ■

17 B. Delvaux, « Comment réformer l'école ? Pas sans savoir pourquoi », *La Revue nouvelle*, n° 5, 2016.

**Commentaire 4  
INSATISFACTION...**

*Oui, l'insatisfaction (c'est parfois de la colère) est très profonde. Et, faute de mesures significatives à court terme, le massacre va se poursuivre ! 2030, c'est pas demain...*

*Oui, il y a de petites éclaircies, de Bruxelles à Arlon, des Pédagonautes et autres Enova ouvrent des voies nouvelles. Elles et ils n'ont pas attendu le Pacte pour se mettre en route, développer des projets innovants, inspirés des courants les plus solides et les plus démocratiques. Reste à espérer que d'autres suivront, seront soutenus et qu'ils pourront se développer dans « l'enseignement pour tous » et qu'ils ne seront pas réservés, comme c'est trop souvent le cas, à des publics « payants » et/ou culturellement favorisés.*

*Oui, un grand débat de société « pour une école pour tous et pour le XXI<sup>e</sup> siècle » est plus que jamais indispensable. Il n'a pas eu lieu.*

*L'école, c'est notre affaire à tous ! ■ JACQUES LIESENBORGHES*



LA CHRONIQUE AMÉRICAINE DE JÉRÔME JAMIN

## Le complot russe

2 MAI 2017 :  
HILLARY CLINTON ACCUSE POUTINE D'ÊTRE  
RESPONSABLE DE SA DÉFAITE

Les théories du complot ont plusieurs vies. Elles sont des objets d'étude à l'université, elles animent les conversations, elles servent à alimenter le débat sur les enjeux politiques. Elles sont aussi un moyen pour discréditer un adversaire en le mettant dans le camp des naïfs : si vous avez le malheur de débusquer un complot qui ne saute pas aux yeux, vous serez étiquetés « conspirationniste ». Vous serez alors écartés des plateaux et vous perdrez l'opportunité de placer une « carte blanche »...

Dans l'autre sens, il y a aussi un peu de snobisme dans le chef de celui qui accuse un adversaire de complotisme. Le complotiste, c'est l'intellectuel pauvre, démuné, incapable de saisir la complexité du monde ou d'une situation. Il veut faire science mais il n'y arrive pas. Il imite les règles élémentaires de la recherche mais son travail s'apparente à de la spéculation. Il prétend voir ce que personne n'a vu, mais en fait il est paranoïaque. Il est seul dans un monde lu à l'envers qui fait rire les élites intelligentes, diplômées et cultivées sur CNN. Il est snobé par les grands, ceux d'en haut, ceux qui lisent le *New York Times* ou le *Washington Post*.

Les théories du complot, c'est aussi, parfois, plus une question de personnes que de contenu. C'est en fonction de qui évoque l'éventualité d'un complot que l'hypothèse sera validée ou non. Dans certains cas, un même acteur sera jugé crédible ou non, en fonction du contexte politique. Exemple : le FBI est régulièrement accusé de mensonges, de cachotteries et de manipulations, mais ce service est devenu subitement crédible et bien intentionné depuis que les démocrates ont quitté la Maison blanche et que le « bureau » s'intéresse aux liens entre l'équipe de Donald Trump et les Russes.

Le fait que les Russes essaient d'influencer la vie politique américaine est un fait banal, aussi banal que l'étaient les écoutes du portable d'Angela Merkel par le président Obama. Or, accuser une puissance étrangère d'avoir provoqué l'élection de Donald Trump et accuser ce dernier d'être complice de la manœuvre, cela relève bien de la théorie du complot. Cette accusation s'inscrit dans une longue tradition qui commence avec Joseph McCarthy quand il s'élevait, entre 1950 et 1954, contre la « menace rouge » (la menace communiste, *the Red Menace*) et qui réapparaît aujourd'hui avec la menace russe<sup>1</sup>.

Les leaders démocrates, Hillary Clinton en tête, accusent les Russes d'avoir interféré dans la campagne électorale. Ils considèrent que Donald Trump a été élu grâce à Vladimir Poutine, et personne ne parle à ce propos de théorie du complot ! Évidemment : l'accusation vient de l'élite du parti démocrate, ce qui la rend forcément crédible aux yeux des éditorialistes. Elle viendrait de Noam Chomsky ou des *Birthers*<sup>2</sup>, ce serait assurément, aux yeux des mêmes éditorialistes, du délire conspirationniste. ■

1 L'ironie de l'histoire veut que le mentor de Donald Trump, l'avocat Roy Cohn, était l'assistant du sénateur McCarthy.

2 Les *birthers* (du mot anglais *birth*, « naissance ») affirment que le président Obama n'est pas né sur le sol américain mais au Kenya, que son certificat de naissance est un faux, et qu'à ce titre il n'aurait jamais dû devenir président.



LA CHRONIQUE IMAGE D'HUGUES LE PAIGE

## Asseoir le pouvoir

Depuis la nuit des temps, le siège symbolise le pouvoir. Il en est même un attribut essentiel. Le *thronos* grec était une « chaise haute, chaise pour les rois » et le trône royal, papal ou magistral désigne au sens figuré le pouvoir. Napoléon qui ne lésinait pas sur les signes du pouvoir avait fait installer quatre trônes (au Château de Saint-Cloud, au Palais des Tuileries et dans les deux assemblées législatives) de façon à ne jamais manquer du cadre solennel digne de son autorité. Plus tard, la III<sup>e</sup> République, qui n'en avait plus l'usage, les remisa au musée. Le siège du pouvoir qui ne porte plus le nom de trône réapparaît sous la V<sup>e</sup> République. François Mitterrand, monarque républicain par excellence, fait appel au grand créateur de meubles Pierre Paulin, lequel avait conçu la « curule » aux lignes épurées inspirées de la *sella curulis* de la Rome antique. Seul celui qui détient le pouvoir a le droit de s'asseoir sur la curule romaine. Nul doute que la nouvelle présidence « jupitérienne » retiendra cet attribut.

Dans l'exposition « Sièges en société, du Roi-Soleil à Marianne », organisée à Paris par le Mobilier national<sup>1</sup>, le siège est présenté sous tous ses aspects artisanaux, techniques et esthétiques mais aussi du point de vue du pouvoir. À travers trois siècles de l'art du siège, on voit comment chaque séquence historique produit le sien. L'institution du Mobilier national elle-même est, en France, au cœur de l'identité du pouvoir. Héritier de l'ancien Garde-Meuble de la Couronne, créé en 1604 par Henri IV, le Mobilier national est un service rattaché au ministère de la Culture et de la Communication. Il conserve une collection de premier plan, issue des achats et commandes destinés, hier aux demeures royales et impériales, aujourd'hui aux palais officiels de la République. La continuité est, de ce point de vue, saisissante. La Révolution a dispersé ou

détruit bien des appareils de l'Ancien régime mais celui-ci a continué à influencer les créations postérieures. Rien d'étonnant en ce qui concerne une paire de fauteuils réalisée pour le roi de Rome aux Tuileries en 1814, même si la destinée du second souligne bien la nature de sa fonction. Ici le fauteuil devient une délégation (partielle) de pouvoir puisqu'il a été prêté en 1915 au sultan du Maroc à l'époque du protectorat français de l'empire chérifien. Il est aujourd'hui un des trônes du roi du Maroc...

Sobres lignes contemporaines, mais tout en majesté, du fauteuil de Christophe Pillet en 2000 et qui sert tous les ans au président de la République dans la tribune du 14 juillet pendant le défilé militaire. Ici encore le siège prend toute sa valeur symbolique : durant ce défilé, le président est assis seul en avant de la tribune. Il trône littéralement, isolé de ses invités et des représentants des différents corps constitués respectueusement assis en retrait. Cette image du siège donne aujourd'hui encore à voir les prérogatives du pouvoir ou de son évanouissement. Il suffit de se souvenir des adieux télévisés de Giscard d'Estaing en 1981 et de ce long plan d'un siège qu'il quitte lentement et à regret, un siège désormais vide qui signe sa défaite.

« C'est l'objet qui nous pense », disait Jean Baudrillard. Dans son premier ouvrage publié, *Le système des objets*<sup>2</sup>, qui évoquait notamment les meubles (dont les chaises), Baudrillard rejoignait le Barthes des *Mythologies*<sup>3</sup>. Les deux hommes, aux confins de la philosophie et de la sémiologie, se rencontraient pour estimer, en quelque sorte, que c'est quand l'objet utilitaire perd sa fonction première qu'il devient « signe ». On peut observer ces « Sièges en société » à l'aune de leurs regards. ■

1 Galerie des Gobelins, 43 avenue des Gobelins, 75013 jusqu'au 24 septembre 2017. Dans une scénographie du décorateur Jacques Garcia.

2 Jean Baudrillard, *Le système des objets*, Gallimard, Paris, 1968. Réimpression 1978.

3 Roland Barthes, *Mythologies*, Le Seuil, Paris, 1957. Dernière réimpression 2010.

## SIÈGES EN SOCIÉTÉ

Chaque séquence historique produit son art – et son pouvoir – du siège. Sièges présentés dans leur signification sociale, à la fois symbolique et conceptuelle.



Une délégation partielle du pouvoir

Fauteuil de représentation issu d'une paire réalisée par Bellangé selon des dessins de Percier et Fontaine (1814)



Un fauteuil présidentiel tout en majesté

Production de l'Atelier de recherche et de création du Mobilier national, d'après un modèle de Christophe Pillet