# PRATIQUES

## OU LES CAHIERS DE LA MÉDECINE UTOPIQUE

*Luttes ouvrières et santé - Les problèmes de la médecine du travail à Toulouse - Histoire d'A. - Epidémiologie et stratégie vacccinale - Les médecins et la politique : l'exemple du Chili...*

REVUE DU SYNDICAT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE
N° 4 - DÉCEMBRE 1975 - 12 F

# PRATIQUES

## OU LES CAHIERS DE LA MÉDECINE UTOPIQUE

## SOMMAIRE


AVRIL 1975. BESANÇON ..... 2

VERS DE NOUVELLES STRUCTURES MEDICALES

- MEDECINE LIBERALE ET CONTRATS D'ASSOCIATION ..... 4
- SUR « LES MEDECINS, LA MEDECINE ET LA SANTE » ..... 9

MEDECINS ET TRAVAILLEURS

- LUTTES OUVRIERES ET SANTE ..... 13
- LES PROBLEMES DE LA MEDECINE DU TRAVAIL A TOULOUSE .... 28

LA MEDECINE DES MALADES

- HISTOIRES D'A. ..... 33

LA MEDECINE DES MEDECINS

- EPIDEMIOLOGIE ET STRATEGIE VACCINALE ..... 40

COURRIER DES LECTEURS ..... 44

LES MEDECINS ET LA POLITIQUE

- L'ORDRE ET LE CHILI ..... 48
- RAPPORT ADRESSE A L'O. M. S. PAR LES MEDECINS CHILIENS .. 52


REVUE MENSUELLE - N° 4 - DECEMBRE 1975

# Avril 1975, Besançon...

Quelques dizaines de médecins venus des différentes régions de France, matérialisaient leur réflexion commune, par la « Charte » du Syndicat de la médecine générale, constitué ce jour-là.

Ces « Médecins de base » comme ils se définissaient, ne s'étaient pas réunis sur des options politiques ou philosophiques préalables, mais sur une critique de la médecine, de la santé « à partir de leur pratique quotidienne ».

Une des premières conclusions évidente pour tous, fut que la suppression du paiement à l'acte et son remplacement par la « rémunération à la fonction » sans être le remède à tous les maux, était le préalable indispensable à la destruction de l'institution médicale [1].

Sans doute, on avait déjà parlé de la rémunération à la fonction, mais ceux qui l'avaient fait n'avaient subi ni reproches, ni réprimandes, pas même des injures : ils rêvaient...

Novembre 1975... Il n'est pas un seul exemplaire d'un seul des journaux diffusés dans le monde médical qui ne contienne une « opinion » libre ou commandée pour et surtout contre la rémunération à la fonction. Le préalable de Besançon serait-il accepté ? Sûrement pas.

L'imagination des grands prêtres et de leurs complices fait merveille. On va tout réhabiliter, promouvoir : les études médicales, la F. P., la F. M. C., l'E. P. U., le P. P. U., les revenus, la retraite, le profil de carrière et revoici le D. P., le C lourd, le C léger, l'A. C. I., le tiers-payant, l'article 18, l'article 15, l'engagement national, la charte de la Médecine libérale, la morale ordinale, etc.

Que signifient tous ces sigles et une foule d'autres ? Ces articles ? Peu importe ; ce sont les spasmes d'un système moribond : le système conventionnel et « libéral ».

1. « Cette nouvelle église, cette cléricature, avec sa hiérarche, ses grands prêtres toujours liés au pouvoir politique (en collusion avec les pouvoirs économiques) et ses innombrables desservants face au peuple subjugué des fidèles, qui remet entre leurs mains sa vie, son salut, son destin. » (Yves Morenne, *Le Monde* des 16-17 novembre 1975).

Mais n'oublions pas qu'il est des morts qu'il faut tuer. Les princes de la politique et de l'économie dirigent le débat dans la coulisse. Le référendum de la C. S. M. F. et le « sondage objectif » de la F. M. F. leur font écho pour apprécier l'état d'esprit « à la base ».

Avec les médecins soucieux de ce que sera leur avenir à l'issue de cette crise nous entendons nous aussi proposer des solutions, agir. Mais dans un tout autre esprit. Avec un esprit de responsabilité syndicale et politique. L'exemple de la situation des médecins chiliens exilés, torturés, fusillés pour le crime de n'avoir pas voulu être solidaire des comploteurs de la junte militaire antipopulaire nous incite à une réflexion qui doit aussi être politique. Le rapport que les médecins chiliens adressent à l'O. M. S. — et que nous publions — illustre de façon éloquente et précise leur tragique expérience. Nous saurons en tirer tous les enseignements.

Avec une autre base aussi nous devons travailler : le monde du travail en quête perpétuelle de ce « complet bien-être physique, mental et social » que promet l'O. M. S. De notre dialogue, de notre confrontation, de nos actions avec les travailleurs et les travailleuses dépendent et la défense de notre indépendance professionnelle et une juste critique de notre pratique et les voies qui mènent à la « médecine utopique » dont nous rêvons. Médecine qui ne sera plus utopique puisque nous serons tous en Utopie.

C'est à ces réflexions que nous invitent ce numéro de la revue et les suivants.

PRATIQUES.

# VERS DE NOUVELLES STRUCTURES MÉDICALES

## Médecine libérale et contrats d'association.

> — Il est rappelé à nos confrères que conformément aux articles L. 462 du Code de la santé et 71 du Code de déontologie ils doivent communiquer au Conseil départemental leurs contrats d'association. Ces contrats doivent être passés par écrit et il appartient au conseil départemental de vérifier leur conformité avec les principes du Code de déontologie et les « clauses essentielles du contrat type ». *

Ce n'est qu'une formalité !... D'ailleurs est ce bien obligatoire ?... Comment s'y prendre ?... Recopions le contrat type et nous serons débarrassés !

Voilà nos premières réactions devant cette tracasserie paperassière supplémentaire : « le contrat d'association ».

En fait, la lecture de ces contrats types fait frissonner, tant ils expriment la défense des intérêts mercantiles des médecins libéraux, et sont éloignés de préoccupations médicales et sanitaires. Chacun pourra s'en rendre compte en étudiant les exemplaires de ces contrats, largement diffusés par les conseils départementaux, ou le supplément au Concours médical « La médecine de groupe ».

Ce n'est pas possible ! Il nous faut écrire autre chose !

Autre chose qui ne soit pas le simple contrat d'une transaction commerciale entre deux médecins.

Autre chose qui exprime réellement nos idées, notre véritable fonctionnement et nos préoccupations.

Autre chose qui montre que l'on peut aujourd'hui pratiquer une médecine de base, différente et enrichissante (pas du point de vue fiscal bien sûr).

Autre chose qui montre que l'utopie peut commencer à se réaliser, même si toutes les conditions sont loin d'être réunies.

Nous avons donc décidé d'écrire un nouveau type de contrat. Nous avons cependant cru nécessaire, afin de ne pas prêter le flanc à une critique stérile sur la forme, de bien veiller à citer toutes les clauses juridiquement obligatoires (décision du Conseil l'Etat) en terme d'association de médecins (exemples : les charges fiscales personnelles, le libre choix du médecin, les feuilles de Sécurité sociale, etc.).

Bien sûr, sur le fond, il y a quelques petites différences !

Nous n'avons pas reçu encore la réponse officielle de la commission des contrats du Conseil de l'Ordre de notre département. Pour l'instant, seul le président de cette commission nous a donné son point de vue dans une lettre datée du 10 juin :

« ... Par ailleurs, la rédaction de ce contrat d'association appelle dès à présent un certain nombre de remarques, notamment en ce qui concerne l'article 6.

---

* Introduction au contrat type de l'Ordre des médecins.

Ce dernier prévoit en effet que la totalité des honoraires sera versée dans une caisse commune, ladite caisse commune assurant le règlement des dépenses du cabinet médical et versant une rémunération mensuelle à chaque membre de l'équipe, personnel d'accueil et médecins ; il y a là une clause qui ne saurait être maintenue et qui devra faire l'objet d'une modification.

Vous aurez d'ailleurs intérêt à vous renseigner sur les incidences fiscales d'un tel salariat et il serait souhaitable que vous vous inspiriez pour la rédaction de votre contrat d'association du projet préconisé par le Conseil National, projet qui ne répond certainement pas à toutes vos préoccupations mais qui a le mérite de ne pas être antidéontologique... »

La rédaction de notre contrat impliquait que le conseil départemental prenne position à l'égard des principes définis dans celui-ci.

Il nous dévoile effectivement des préoccupations qui apparaissent essentiellement d'ordre fiscal : défendre l'intérêt financier de la profession serait-il plus « déontologique » que de s'efforcer de répondre aux besoins des usagers de la santé ?

G. B. et J. L. C.

CONTRAT D'ASSOCIATION
Des Docteurs : B. et C.
en vue d'assurer le fonctionnement du cabinet médical, à S... (93).

*Article 1er :* Les docteurs B. et C. s'associent pour pratiquer la médecine générale conformément aux principes suivants :

1° En premier lieu, lutter contre les véritables causes des maladies et développer l'information sanitaire de la population.

2° Assurer une permanence des soins dans le secteur d'activité du cabinet médical, dans les meilleures conditions possibles pour les usagers, et notamment : des consultations « lentes », permettant seules une écoute, un examen complet, et des explications multiples et détaillées ; des consultations sur rendez-vous dans le but d'éviter toute attente pénible ; un accueil permanent et de qualité, capable de répondre aux demandes des usagers et de prolonger l'ensemble des activités préventives et curatives, réalisant ainsi un véritable travail d'équipe entre les médecins et le personnel d'accueil.

3° Organiser une fonction permanente adaptée à la pratique quotidienne, grâce à une réflexion collective et une fréquentation hospitalière régulières.

4° Répartir l'activité de chaque médecin de la façon la plus égale possible entre la prévention, la formation, et l'exercice des soins.

5° Défendre activement l'exercice quotidien contre l'emprise du profit et notamment : lutter contre la pression publicitaire des laboratoires de production pharmaceutiques, lutter pour l'abolition du paiement à l'acte en tant qu'incitation à une médecine « à la chaîne », lutter contre toutes les formes de mercantilisme dans la médecine, lutter contre le contrôle médical patronal des arrêts de travail.

*Article 2 :* Les docteurs B. et C. sont conscients des limites imposées par la législation actuelle à la possibilité d'exercer une activité conforme aux principes énoncés dans l'article premier.

Ils constituent néanmoins à dater du 1er octobre 1975 une association, égalitaire en tous points, mais se réservent la possibilité d'en modifier les statuts en fonction de l'évolution de la législation. Notamment les docteurs B. et C. étudieront attentivement toutes les solutions qui permettront aux usagers de contrôler l'infrastructure sanitaire.

*Article 3 :* Afin d'y exercer leur activité médicale, les docteurs B. et C. utilisent les locaux déjà occupés par le docteur B. à S... (93).

Les améliorations dans l'agencement et le matériel du cabinet médical sont pris en charge par la caisse commune.

*Article 4 :* Le fonctionnement général du cabinet médical repose sur le travail d'équipe : discussions sur l'organisation du travail ; prise en charge collective de l'état sanitaire de la population du secteur correspondant au cabinet médical ; possibilité de consultations communes et d'étude de dossiers difficiles ; travail collectif de perfectionnement et d'unification thérapeutique ; tenue permanente du fichier commun... etc.

Ce fonctionnement général respecte le libre choix du médecin par le malade, et la liberté de prescription du médecin.

*Article 5 :* Compte tenu de la législation actuelle, le financement de l'ensemble des activités du cabinet médical est uniquement assuré par les honoraires relatifs aux actes de soins. Chaque médecin signe lui-même les feuilles de Sécurité sociale et de mutuelle.

Les docteurs B. et C., qui déplorent cette situation, étudieront à l'avenir toutes les formes de rémunération qui prendront globalement en compte les acivités de formation, de prévention et de soins.

*Article 6 :* La totalité des honoraires correspondant aux actes de soins et perçus par les médecins du cabinet médical, est versée dans une caisse commune.

Cette caisse commune, gérée collectivement par l'ensemble de l'équipe, assure le règlement des dépenses du cabinet médical, et verse une rémunération mensuelle à chaque membre de l'équipe, personnel d'accueil et médecins.

Les médecins et le personnel d'accueil conservent personnellement les charges fiscales correspondant à leur rémunération mensuelle.

*Article 7 :* Les docteurs B. et C. estiment qu'un objectif essentiel de l'équipe médicale est la continuité des soins.

Aussi s'attachent-ils à assurer, créer, ou améliorer un service de garde de nuit comme de jour, s'étendant sur tous les jours de l'année, en liaison étroite avec les confrères du secteur.

De même, en cas d'interruption de l'activité de l'un d'eux (maladie ou congé) ils s'engagent, si nécessaire en faisant appel à un remplaçant, à maintenir le fonctionnement normal du cabinet médical. Dans ce cas précis, les frais de remplacement sont réglés par la caisse commune du cabinet.

*Article 8 :* Les docteurs B. et C. estiment qu'un travail collectif implique des mesures de solidarité dans l'adversité.

Ils déplorent que, du fait de la situation dite libérale de la profession, la couverture sociale du médecin soit pratiquement inexistante. Pour pallier cette carence, le cabinet médical assurera de la manière la plus complète possible chacun de ses membres auprès des assurances spécialisées.

Par ailleurs les docteurs B. et C. sont conscients de l'ensemble des risques juridiques et administratifs qu'ils courent de part leur pratique médicale au service intégral des usagers ; ils se déclarent là encore solidaires et prendront si nécessaire toutes les mesures utiles pour se soutenir financièrement et moralement.

*Article 9 :* Afin de préserver la qualité des soins, la formation permanente et la prévention, voire pour les améliorer, il peut être nécessaire d'augmenter le nombre des médecins ou des personnes de l'accueil.

Le nouveau membre, choisi par l'ensemble de l'équipe médicale, souscrira aux principes généraux du présent contrat.

Le cas inverse, où un des membres de l'équipe doit partir, sera également résolu par l'accord mutuel en tenant compte de la nécessité d'assurer une permanence des soins.

*Artice 10 :* Les docteurs B. et C. affirment quils n'ont pas pris d'engagements étrangers au présent contrat.

# Correspondance du Syndicat

## L'Association « Jeunes Médecins » nous a adressé le questionnaire suivant* :

QUESTIONNAIRE

1. — *Sorti du moule hospitalier, confronté à la médecine praticienne, le jeune médecin est soumis à la douche écossaise ; il constate encore par la suite le cloisonnement, voire la concurrence, entre les différentes formes d'exercice.*
*Comment envisageriez-vous la complémentarité de celles-ci ?*

R. — Dans notre esprit, « ... le cloisonnement, voire (?) la concurrence entre les différentes formes d'exercice » vont à l'encontre des intérêts de l'ensemble de la population.

Dans la crise très profonde que traverse actuellement la médecine, il ne s'agit pas de trouver une « complémentarité », mais de donner à tous les médecins ainsi qu'aux autres professions de Santé, un Statut identique qui prenne en compte l'ensemble des activités : prévention, formation professionnelle, soins, éducation sanitaire, etc.

Il est inconcevable et surtout très nuisible que la médecine soit découpée en une multitude de qualifications, de statuts, de spécialités, etc. et que l'aspect commercial soit le plus souvent au premier plan.

2. — *Libre choix du médecin,*
*Liberté de prescription,*
*Entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires,*
*Secret professionnel.*
*Ces principes vous semblent-ils encore correspondre au développement actuel de la médecine ?*

R. — Le libre choix est limité, voire inexistant dans certaines régions du fait de la pénurie médicale.

La liberté de prescription n'existe pas. Prescrire n'est possible que dans les limites accordées par les trusts pharmaceutiques. Le matraquage publicitaire est la source principale, consciente ou non, de l'information médicale.

Le conventionnement a supprimé l'entente directe.

Qu'est-ce qu'un « secret professionnel » qui sert à cacher — et même à mentir — au malade sa maladie ? Surtout quand par ailleurs il est possible à des organismes comme la Sécurité sociale, les Assurances, et — le comble — des organisations patronales de contrôle, d'avoir accès au dossier des malades.

---

* Le docteur Jean-Daniel Rainhorn, membre de la Commission exécutive du Syndicat de la médecine générale lui a répondu le 28 juillet 1975.

3. — *Ces dernières années, les jeunes médecins, entre autres, ont été sensibilisés, à travers l'introduction des cours d'économie de la santé, à l'accroissement qui serait inquiétant des dépenses de santé ; dans le même temps, on entend dénoncer les carences en matières de santé (en personnel, en prévention, en dépistage, en recherche...)*
*Y a-t-il une solution à ce qui apparaît comme une contradiction ?*

R. — L'accroissement des dépenses de Santé est surtout liée aux gaspillages et à la politique de profit maximum qui anime les trusts pharmaceutiques.
Il ne s'agit pas de réduire le budget de la Santé, mais de le répartir selon les véritables besoins sanitaires de la population.
Les médecins ne peuvent apporter de solution car elles ne peuvent être que politiques et nécessitent donc un changement complet de l'organisation de la Santé en France.

4. — *Le pouvoir médical :*
*. Les problèmes de santé sont-ils ceux des seuls médecins ?*
*. Doit-on favoriser la prise de responsabilité du « patient » à son état de santé ? Comment ?*
*. Comment améliorer l'intégration du médecin dans la population, diminuer la distance qui le sépare du malade ?*

R. — Il est bien sûr évident que les problèmes de Santé sont ceux de la population tout entière.
Les médecins ont oublié que les gens qu'ils sont amenés à soigner sont des *adultes* et que ceux-ci ont le droit de savoir. Il faut briser le paternalisme médical.
Pour intégrer le médecin dans la population, il faudrait d'abord que la médecine soit véritablement faite pour tous. Supprimer toute notion de profit, développer l'éducation sanitaire, créer des unités sanitaires de base, ces principes parmi d'autres, doivent permettrent au médecin de trouver sa place au service de population.

5. — *En dehors du cadre des questions que nous vous avons posées, quelle idée essentielle souhaiteriez-vous exposer ?*

*R.* — Voir la Charte du S. M. G.

N. D. L. R. Nous apprenons que le contrat dont il est fait mention dans l'article précédent a été finalement accepté sans modification.

# A propos de "Les médecins, la médecine et la santé"[1], le débat se poursuit

LETTRE DE P. MULLER

Bien que j'en aie eu le ferme désir de parti pris, j'ai eu quelques difficultés pour prendre ma plume et faire un commentaire sur cette étude parue dans le numéro deux de *Pratiques*.

Tout d'abord pour la première partie, analytique, de cet article, il me reste à digérer cet important matériau, fruit de plusieurs années de réflexion et d'expérience personnelle, en face duquel je n'avais jusqu'à ce jour que très peu de références personnelles à mettre.

Quant à la deuxième partie « constructive » concernant le projet de sectorisation, je l'ai acceptée comme une structure de travail *a priori* satisfaisante. Je dis *a priori,* car pour moi une telle proposition ne pourra prendre pleine signification seulement lorsqu'on (on = travailleurs et usagers concernés) s'attaquera à l'intérieur d'un tel schéma de travail au problème des règles du jeu concernant le fonctionnement de la structure proposée.

Les mots de « centre local », « polyclinique », et « hôpital de secteur » resteront lettre morte si les rôles et les fonctions à l'intérieur de tels murs ne sont pas réinventés. Il est nécessaire de changer les divisions du travail que l'on trouve dans l'hôpital de 1975. Au système féodal actuel régi par et pour le corps médical (avec toute sa hiérarchie interne) qui se réserve l'exclusivité de toutes les tâches gratifiantes du double point de vue intellectuel et matériel, il faut opposer un fonctionnement où les rôles seront distribués selon d'autres critères, sans barrière infranchissables d'une catégorie à l'autre dans le temps et dans l'espace. Dans une telle perspective le corps médical devra savoir céder ses privilèges.

Dès lors que de tels problèmes seront abordés et étudiés avec tous les gens concernés, un projet tel celui que soumet Granier à notre réflexion prendra une consistance permettant d'aller de l'avant. Mettons-nous tout de suite au travail.

1. Article G. Granier paru dans le numéro 2 de *Pratiques*.

## LETTRE DE D. TIMSIT

L'étude très intéressante sur « Les Médecins, la médecine et la santé » a suscité des réflexions dont j'aimerais débattre.

La médecine est en crise, cela est certain : les problèmes de santé sont de plus en plus posés dans notre société, et d'une façon différente par rapport aux siècles passés.

La santé ne se définit plus comme l'absence de maladie mais comme un état de bien-être. Par déduction faussement logique, on demande aux médecins de procurer ce bien-être et on assiste à la médicalisation croissante de la vie quotidienne.

La pratique artisanale du médecin « libéral » de famille, ne semble plus suffire à répondre à cette demande. On s'oriente vers l'organisation d'un service public aux souples articulations qui, en dispensant les progrès techniques et le savoir médical, serait mieux placé pour répondre à cette exigence de santé.

*Première question :* la santé des gens dépend-elle de la médicalisation toujours plus poussée de leur vie quotidienne, dépend-elle vraiment de la pratique médicale telle qu'elle s'exerce actuellement, que ce soit dans le cadre du cabinet du médecin « de base » ou dans le cadre de la médecine hospitalière, c'est-à-dire dans le cadre d'une institution où le médecin est bien « payé à la fonction » ?

*Deuxième question :* suffit-il à un médecin d'être « payé à la fonction » pour qu'il pratique une médecine aux finalités libératrices ? Précisons : ce même médecin « payé à la fonction », exerçant une action préventive, etc., n'aura-t-il pas pour but *dans le cadre social actuel,* de « réparer » les gens pour les remettre au travail, que ce travail leur plaise ou non, qu'il soit ou non aliénant (exemples : les médecins des Mines, des grands services publics, S. N. C. F., E. D. F.) ?

*Troisième question :* la conscience des médecins est-elle indépendante de leur condition et de leur appartenance à une classe sociale ? Certes, on ne peut nier les contradictions de la situation du médecin généraliste dans la société actuelle, mais sa transformation en cadre supérieur d'une société fondée sur le profit aura-t-elle la vertu de faire du médecin un agent de contestation de la société qui fonde sa position. Au Chili la majorité des médecins s'est dressée contre le pouvoir populaire, pourtant bien timide. En Belgique et ailleurs en Europe quand les médecins luttent c'est pour la défense de leurs privilèges... et en U. R. S. S., a-t-on vu les psychiatres se dresser contre les internements arbitraires ?

*Quatrième question :* qu'appelle-t-on contrôle des « collectivités » ? Les centres-médicaux-sociaux de municipalités démocratiques ou communistes sont bien gérés par les représentants

de ces collectivités. Ce sont les mairies qui rémunèrent les médecins, qui financent les centres de santé, mais pour faire quel type de médecine ? Et quand bien même voudrait-on innover et transformer la pratique médicale (ce qui est rarement le cas) pourrait-on échapper aux impératifs de la société tout entière : rentabilité, concurrence, profits, les lois économiques qui régissent notre société déterminent toujours, en dernière analyse, les choix.

*Cinquième question :* l'opinion de la collectivité gestionnaire elle-même n'est-elle pas déformée par l'idéologie dominante en matière de santé et de médecine, n'est-elle pas mystifiée par le pilonnage des « médias » qui vise à faire des médecins et de la médecine l'alibi d'une société morbide ?

En définitive : j'approuve pleinement la transformation des structures du système de santé conformément à la charte du S. M. G. et aux propositions de l'auteur de l'étude. Mais je pense que ces transformations ne régleront pas le problème essentiel de déterminer quel type de médecine nous exercerons, ni comment nous prémunir contre les pressions idéologiques et autres exercées par la société actuelle et tout son appareil culturel et étatique.

Je pense que seule une patiente action avec les supposés « objets » de la médecine, à leur écoute, développée dans le cadre de l'effort commun pour transformer cette société aliénante, pourra un jour aboutir à la naissance d'une nouvelle conception de la médecine dans l'esprit des médecins et de la population. Alors notre pratique sera vraiment d'un type nouveau.

# Assemblée générale du M. A. S.

150 médecins assistaient à cette assemblée. Le travail s'organisait en commissions pour discuter de l'élargissement de la lutte contre le conseil de l'Ordre, des aspects concrets et juridiques de cette action et des formes possibles d'une nouvelle pratique médicale.

L'unanimité se fit sur la nécessité de poursuivre l'action et de refuser de cotiser en tenant compte toutefois de certaines situations particulières (médecins en instance d'installation) et de l'aspect exemplaire de ce geste. Les participants considèrent en effet que le fait de cotiser n'est pas contradictoire avec l'adhésion à l'ensemble des buts du M. A. S. et invitent à l'élargissement du mouvement.

Les participants ont aussi été unanimes pour considérer que le conseil de l'ordre est certes une bureaucratie contraignante mais surtout le symbole d'une idéologie. Cette idéologie érige les médecins en une caste « au service d'une médecine de profit contraire aux intérêts de la population ». Aussi le M. A. S. invite les médecins à développer les actions mettant en cause les structures et pratiques ne correspondant pas à l'intérêt des populations et des médecins eux-mêmes.

Un vote important devait toutefois diviser les participants de l'assemblée, les uns voulaient réserver l'adhésion au M. A. S. aux seuls médecins afin de le constituer en grand mouvement de contestation et de défense des médecins et de la médecine, à l'image du Syndicat de la Magistrature. D'autres voulaient, en y organisant les usagers faire du M. A. S. une structure analogue au G. I. S. déjà existant.

Le vote restant indécis, un certain flou persiste quant au devenir du M. A. S. Mais il reste indispensable que celui-ci se renforce en nombre et en capacité d'intervention.

# MÉDECINS ET TRAVAILLEURS

# Luttes ouvrières et santé

Le nord du département des Hauts-de-Seine est une banlieue très industrielle de la région parisienne. Cette véritable forteresse ouvrière a été le théâtre en juin et juillet derniers de deux grèves importantes : les usines Chausson d'Asnières et Gennevilliers et l'usine (A) des Câbles de Lyon (groupe C. G. E.) de Clichy.

Au cours de ces grèves, différentes initiatives ont eu lieu dans le domaine de la Santé, entre les ouvriers de ces usines et des médecins. C'est pour essayer de tirer un bilan de ces actions et de dégager des perspectives pour l'avenir qu'une table ronde s'est tenue sur le thème « luttes ouvrières et santé ».

Les participants au débat étaient : Marion Duval et Olivier Robain (Commission « Santé et Usines » du G. I. S.), Jean-Louis Raboutet (délégué C. G. T. des Câbles de Lyon), Alain Martinez (délégué C. G. T. de Chausson), Mouloud Chalah (délégué C. F. D. T. de Chausson), Christine Hammel, Daniel Timsit et Jean-Daniel Rainhorn (médecins généralistes à Gennevilliers).

## LES GREVES DU MOIS DE JUIN

J.-D. Rainhorn. — Il y a une question que je voudrais vous poser car elle soulève, dans mon esprit, une contradiction. Aux deux débats sur la Santé, pendant la grève de Chausson, ont été soulignés les aspects négatifs de la médecine du travail telle qu'elle est faite actuellement. Les travailleurs souhaitaient l'amélioration du contrôle de leur santé à l'usine. Cependant, dans les deux grèves du mois de juin, on n'a jamais senti que dans l'esprit des travailleurs en lutte les problèmes de la santé pouvaient se poser en tant que revendication, sauf à l'échelon individuel.

M. Chalah. — On a eu une discussion avec le médecin-chef de Chausson sur les conditions de travail, le taux des accidents du travail, sur la complicité du médecin quand il visite les ateliers et ne dévoile rien aux ouvriers. Mais il est vrai que ces problèmes n'ont pas été approfondis et que l'on n'a pas pris comme revendication les problèmes de santé, qu'on en n'a pas débattu.

C'est pourquoi, le débat avec les médecins du G. I. S. devait

justement essayer de combler ce vide. On avait besoin de l'avis de médecins qui contestent les médecins de l'entreprise qui sont là pour nous faire produire, remettre les travailleurs à leur place. Le rôle d'une telle réunion avec des médecins était de donner des informations aux travailleurs.

Il y a déjà eu un travail dans ce sens fait à Gennevilliers. C'était au cours d'une campagne antiraciste. Il y a eu un grand débat sur les conditions de travail avec les immigrés et en particulier sur le fait que beaucoup d'ouvriers croient que la Sécurité sociale est en déficit à cause des immigrés. Mais quand Daniel Timsit a donné les chiffres sur la Tuberculose, le taux des accidents du travail, les conditions de logement, cela a produit un impact qui a porté ses fruits.

D. TIMSIT. — Ce qui m'a frappé dans cette grève, au cours du débat auquel nous avons participé — trois médecins de Gennevilliers —, c'est que j'ai senti un intérêt profond. Il y avait à peu près 200 travailleurs qui sont restés jusqu'à 12 h 30 et il y a eu des dizaines et des dizaines d'interventions. Je me souviens de quatre histoires incroyables d'accidents du travail. Mais on ne s'est pas expliqué pourquoi, alors que le débat avait été fécond, il n'y a pas eu de suite alors que les conditions étaient réunies pour faire avancer la lutte sur les problèmes de santé.

A. MARTINEZ. — Cette contradiction est réelle. Pour l'ouvrier, le toubib c'est celui qui décide s'il est un bon cheval pour aller travailler et qui décide après un arrêt de plus de 15 jours s'il peut encore faire un bon cheval pour retourner au travail. Pour les travailleurs, le problème de quelle serait une autre médecine du travail, ne se pose pas encore.

En tant que militant, on se rend bien compte de l'intérêt de ce débat. Mais traditionnellement dans la classe ouvrière française, les organisations ne sont pas tellement portées sur ce terrain et que, nous-mêmes, au cours d'un mouvement de lutte, on est plus souvent orientés vers d'autres revendications. S'il y avait 10 accidents mortels par an à Chausson, le problème se poserait différemment. Mais il y a beaucoup de petits accidents du travail, souvent pas très graves et il est difficile de mener une bataille sur ce thème.

Pourquoi n'y a-t-il pas eu de suite au débat ? Pendant toute la période de la grève, on a été pris par de nombreuses tâches et le reste est passé au second plan. Dans une autre période, on aurait sans doute eu le souci de continuer dans cette voie.

D. T. — Pour essayer de clarifier ce problème et aller plus loin sur cette période, je veux rappeler les faits suivants.

Premièrement, à l'issue du débat, l'accord était fait avec les délégués du Comité de Grève et l'opinion qui s'était dégagée du débat, pour qu'une commission se forme pour mener une enquête

sur les conditions de travail. Cependant, un délégué syndical, ne semblait pas voir d'un bon œil cette commission d'ouvriers — dont plusieurs s'étaient désignés — et de médecins. Il voulait que cette commission se place dans le cadre légal de la commission légale, qui n'existait que sur le papier, d'examen des conditions de travail. On voyait mal comment des médecins qui étaient hors de l'entreprise pouvaient s'insérer ! Au fond, cela revenait à nous exclure de ce travail. Bien entendu je n'y aurais vu aucun inconvénient s'il y avait eu d'autres médecins pour le faire. Mais ce n'était pas le cas !

Deuxième point remarquable au cours de cette grève. Plusieurs fois, nous avons demandé que l'on fasse un mouvement de soutien de médecins. Chaque fois, on nous a dit que « ça n'était pas le moment ». Sauf, tout à fait à la fin, 4 à 5 jours avant la reprise du travail. Objectivement, on a été un peu paralysés dans notre action par une véritable méfiance de la part, non des travailleurs, mais de certains délégués syndicaux.

A. M. — Dans ce sens, tu ne te trompes pas. Il y a une méfiance des organisations syndicales.

J.-D. R. — Mais pourtant dans ces deux grèves, on a senti qu'au niveau individuel les problèmes de santé préoccupaient les ouvriers. Dans les débats, c'était très clair.

Alors, est-ce que vous aussi, au fond, vous n'avez pas considéré que ces problèmes n'étaient pas encore vécus collectivement ? Regardons l'exemple de la grève de Pennaroya. Les problèmes de santé étaient au premier plan des revendications. Et dans les usines de la métallurgie les conditions de travail sont aussi très pathogènes...

M. DUVAL. — La grande différence avec la grève de Pennaroya, c'est que le problème de santé se posait de la même façon à tous les ouvriers. Ils étaient tous exposés au plomb. Dans les entreprises de la métallurgie, le problème est différent pour chacun. A chaque poste le risque n'est pas le même. Et c'est difficile de faire l'unité dans une lutte sur des problèmes qui touchent chaque travailleur de façon différente.

## L'IMPOSSIBLE MEDECINE DU TRAVAIL

J.-L. RABOUTET. — Une chose me paraît déjà essentielle à dénoncer : il existe peu de lois et ces lois ne sont même pas appliquées. Un exemple, le plus simple : aux Câbles de Lyon d'après un rapport du médecin du travail fait au Comité d'établissement, on s'est aperçu que l'année dernière seulement 547 travailleurs sur 2 000 et cette année 942 sur 2 000 ont passé la visite médicale obligatoire pour tous.

Devant ces chiffres, le médecin se contente de dire que si les gens ne viennent pas aux visites obligatoires, ils viennent par contre quand ils ont quelque chose et cela remplace la visite. Tout cela n'est pas sérieux.

Pour qu'apparaissent les problèmes de fond, il faut déjà faire sauter ce qui les voile, ce qui empêche de façon évidente pour tous, le médecin du travail, de faire son travail. C'est dans cet esprit que l'on peut formuler la revendication suivante : plus de temps, un médecin à temps complet à partir de tant d'ouvriers.

Dans les deux grèves dont nous parlons, nous n'avions rien préparé de précis sur les problèmes de santé et nous ne pouvions pas du jour au lendemain remédier à cette carence, pas plus que nous n'étions capables comme les « lip » de mettre sur pied une commission spécialisée. Le patron ne nous a pas laissé souffler une minute.

Dans la lutte que nous menions, nous avions à résoudre un certain nombre de problèmes et si nous avions abordé de but en blanc avec des tâches pratiques le problème de la santé, cela aurait fait une contradiction supplémentaire et les gars disent dans ces cas-là : « On a assez de problèmes comme cela avec les revendications principales, ne les augmentons pas. »

A l'heure actuelle, le médecin d'entreprise ne peut être qu'un « mauvais » médecin ou alors il se fait licencier. D'ailleurs, la majorité des travailleurs l'appellent le « médecin du patron ». Que peut-on faire pour que ça change ?

La première réaction est de l'attaquer personnellement : « Ce médecin, il ne vaut rien », « il faut donc en changer, en demander un bon. » A l'usine, actuellement, on en attend un deuxième. Les gens disent : « Espérons qu'il sera meilleur que l'autre. » Mais cela reste une affaire de personne. On ne dit pas encore : « Comment avoir dans notre entreprise, un médecin qui puisse poser sérieusement et efficacement nos problèmes de santé ? » Nous-mêmes, nous n'avons pas de « ligne » bien définie là-dessus.

On pourrait se baser au moins sur les expériences d'autres pays. Les médecins d'entreprise, cela n'existe pas dans tous les pays. Ce sont parfois des médecins de quartiers, qui sont chargés de faire des vacations dans les usines, ce qui me semble à priori, préférable. Il serait intéressant d'étudier la question.

O. ROBAIN. — Chaque pays a son système particulier. En Italie par exemple, les médecins du travail sont payés par les municipalités.

J.-L. R. — Une revendication de la C. G. T. est que le médecin du travail ne soit plus payé par les patrons, mais par l'Etat. Cela ne suffit pas non plus.

Dans l'immédiat, nous avons à lutter. Que peut-on faire pour éviter les défauts des deux grèves dans ce domaine.

Imaginons qu'un travail de quartier soit fait en liaison avec les militants de l'usine. Petit à petit les travailleurs connaîtront ces médecins et le problème « c'est des gens de l'extérieur » n'existera plus. Ils diront alors : « Ce docteur là peut nous aider. »

Pour les luttes à venir, on peut imaginer de faire en liaison, des interventions par tracts ou affiches sur les accidents du travail, certains problèmes médicaux ou le contrôle patronal des arrêts de travail.

Mais cela ne résoud pas le problème qui est que chacun se sent malade individuellement alors que c'est une maladie collective. C'est à nous d'en faire prendre conscience en développant à partir de cas précis, l'idée juste que c'est la Société capitaliste qui rend malade. Il faut là-dessus rendre la révolte collective et donner des objectifs. Dans notre usine, il faut que nous étudions dès maintenant les rapports faits par le docteur. C'est quand même un moyen de dénonciation formidable. Si tu montres un truc pareil ça va faire discuter.

## POUR DES ACTIONS COMMUNES

D. T. — Justement, est-ce que l'on ne pourrait pas faire quelque chose en commun à propos de l'affaire Wuillaume-Chapron, sur les accidents du travail. Soit un tract, une plaquette où nous pourrions donner des éléments généraux et des exemples précis sur ce qui se passe à l'usine.

On pourrait même demander la participation d'un juge du Syndicat de la Magistrature qui exposerait le point de vue juridique. L'accident du travail serait alors abordé de trois façons : l'injustice, le côté médical et le point de vue des travailleurs.

A. M. — C'est une idée qui me trotte depuis pas mal de temps dans la tête : que peuvent nous apporter les médecins ?

Au sein des Comités d'Entreprise, on a la possibilité d'amener des techniciens en ce qui concerne les conditions de travail, pour avoir des arguments face au patron. J'y vois un double aspect ; d'une part faire entrer les médecins dans l'entreprise — bonne habitude à prendre — et d'autre part apporter un point de vue technique. Le patron sera contre, mais ne peut s'y opposer.

J.-L. R. — Il y a un autre texte officiel qui donne droit au patron d'interdire l'entrée de son usine à qui il veut. A partir du moment où il va sentir que c'est dangereux, il ne laissera entrer personne.

A. M. — Cela ferait prendre conscience aux travailleurs que le médecin peut être aussi un militant.

D. T. — Je propose donc une chose. Diffuser un texte sur l'affaire Chapron avec les points de vue de juristes, médecins et ouvriers, et voir à partir de là ce que l'on peut faire.

On peut par exemple recueillir des histoires comme celles qui ont été racontées au débat de Chausson. Ce texte serait un prétexte militant à un contact et permettrait d'engager une relation suivie médecins-ouvriers. Si on regroupe plusieurs faits scandaleux, on ne pourra plus parler de faits individuels car cela devient une situation collective et on avance. Il y aurait alors une relation à long terme avec un approfondissement de ces problèmes dont on ne peut pas donner les perspectives au départ.

L'enquête elle-même, c'est déjà une pression militante sur l'adversaire. Cette enquête peut durer plusieurs mois et permettre d'orienter les travailleurs vers les médecins qui sont d'accord avec cette nouvelle pratique.

J.-L. R. — C'est tout à fait faisable. Mais je veux revenir à l'idée de faire pénétrer un technicien au Comité d'Entreprise. Chez nous, le C. E. c'est déjà loin des travailleurs. A mon avis, on risque de se mettre dans une position de faiblesse car on ne pourra pas imposer une telle initiative.

A. M. — Le patron a bien son propre technicien ! C'est faire prendre conscience aux travailleurs que l'on a aussi la possibilité du côté ouvrier d'avoir des médecins pour avancer dans la dénonciation des conditions de travail que le patron nous fait.

On peut commencer à rapprocher les travailleurs et les médecins sur le lieu de l'entreprise. Dans les Comités d'hygiène et de sécurité, on dit les plus belles généralités car on ne connait pas les faits. C'est là que la médecine est utile si elle est au service des travailleurs.

J.-L. R. — Un autre point me paraît important à éclairer. Les patrons se préoccupent de tous ces problèmes de conditions de travail. Ils les confient à des spécialistes qui donnent une argumentation qui peut tromper certains militants. C'est l'aspect moderniste de certains médecins du travail qui expliquent par exemple que pour le travail en équipe, il faut avaler des raisins secs et de la magnésie pour supprimer les vertiges. Certains gars au C. E. ont pensé : « c'est bien car il a réfléchi au travail en équipe ».

D. T. — Ce que tu voudrais, c'est connaître ces aspects modernistes et réformistes de ces courants de la médecine et en dégager les aspects trompeurs.

## QUELLES REVENDICATIONS ? COMMENT COMBATTRE ?

M. D. — Je crois qu'il ne faut pas s'illusionner sur ce que peut faire le médecin du travail payé ou non par le patron. Quelle que soit la pratique du médecin, le patron récupère toujours ailleurs. On peut parfaitement aider, dans les CHS, les

ouvriers à établir une liste de revendications et le patron pourra en accorder les deux tiers. Il aura alors une image bien humaniste, mais ce qu'il aura donné c'est la serviette et non pas la hotte d'aération. A la limite, c'est dangereux de se limiter à de telles revendications.

A. M. — Il faut se mettre à notre place. Dans certaines circonstances, la simple serviette peut être vachement importante dans la mesure où cela peut permettre d'aller plus loin après. Dans notre usine, il y a un service qui étudie les gestes du travail à la photo et qui ensuite rationalise. On vient dire au travailleur : « Là, tu vois, tu fais un geste de trop ! »

Il faut que nous ayons suffisamment de connaissances pour argumenter face au patron car il fouille de plus en plus de choses.

J.-L. R. — La dessus, je dis qu'à la limite, le patron, je n'en ai rien à faire. Je ne discute pas sur son terrain. Avec ce langage là, ils ont toujours raison.

L'argumentation doit être pour nous-mêmes, pour mieux comprendre tous ces problèmes que les gars ressentent de façon spontanée, pour les analyser, car la seule connaissance empirique ne suffit pas. Pour faire passer cette révolte individuelle au niveau collectif, plus notre connaissance et notre propagande seront élaborées, mieux cela sera.

Quant au patron, notre seul argument valable, c'est le rapport de forces.

A. M. — Depuis la grève, le patron donne l'illusion aux travailleurs qu'il les consulte sur leur sort alors qu'en réalité il ne leur donne que les informations qui lui sont favorables.

Si on n'avait pas connu l'existence de ce service spécialisé dans l'étude des gestes, on aurait pu croire que tout était fait pour permettre aux travailleurs de moins se fatiguer. En fait, sur le plan de la productivité son histoire est impeccable. Mais quand tu ne le sais pas, qu'est ce que tu veux dire ?

Il serait important de mener une campagne sur le rôle de la médecine du travail. Si le médecin n'était pas dépendant du patron, il serait un peu plus neutre et pour nos luttes cela pourrait nous servir. Par exemple dans l'affaire Chapron, l'ouvrier qui a été tué était invalide à 67 %. C'est un véritable scandale !

D. T. — En effet, le médecin du travail devrait être responsable.

O. R. — Mais il s'agissait d'un intérimaire. Et on sait qu'il existe une espèce d'argumentation officielle disant que la visite obligatoire est pour ceux qui sont embauchés mais pas pour les intérimaires.

A. M. — L'autre jour, un ouvrier a vu le médecin du travail pour reprendre son boulot après plus de quinze jours d'arrêt de travail. Le médecin lui a dit qu'il n'était pas apte au boulot et


DOCTEUR, JE CROIS QUE J'AI LA SILICOSE...


MAIS NON, MAIS NON. JUSTE UNE ALLERGIE AU POLLEN
ZUT ALORS, SI LES MINEURS SONT ALLERGIQUES AU POLLEN...
J'ESPÈRE QUE LES ABEILLES VONT PAS ATTRAPER LA SILICOSE...
REISER

il a ajouté : « vous comprenez, après l'affaire qui vient de se passer, je n'ai pas envie d'être inculpé ».

On a donc la possibilité de faire une campagne à plus grande échelle contre la médecine du travail en France.

O. R. — Je pense que les choses changent. A un important Congrès à Lyon, il a été admis que les médecins du travail engagés par le patron n'étaient en aucun cas capables d'apprécier les risques et que seuls des médecins du travail engagés par les syndicats pourraient être à même d'envisager les risques d'une autre manière. La médecine moderniste n'a pas que des mauvais côtés. Quelquefois ce sont aussi des idées nouvelles qu'on peut utiliser.

A. M. — En ce moment, on a à Chausson un inspecteur du travail qui est présent en permanence. On lui téléphone souvent, il se déplace et met le patron en demeure sur un certain nombre de choses : Ceci a un impact important dans l'entreprise.

J.-D. R. — Il y a un danger qu'il faut mettre en lumière : c'est l'argument selon lequel on peut opposer à la médecine du travail du patron une médecine du travail des syndicats.

Ce qui a été dit tout à l'heure rejoint parfaitement nos préoccupations de médecins généralistes. Il ne devrait pas y avoir de spécialistes de la médecine du travail. Le travail fait partie intégrante de la vie et la médecine du travail doit donc être faite par les médecins de quartier. Notre rôle serait beaucoup plus utile, si travaillant vingt heures dans notre cabinet et vingt heures dans une entreprise nous pouvions assurer cette fameuse liaison. C'est cela le véritable travail médical que nous voudrions faire.

Opposer un spécialiste à un autre est une erreur. Si nous devons développer l'idée d'une intervention d'un médecin dans l'entreprise, il me paraît beaucoup plus juste de dire que ce doit être le médecin du quartier qui doit s'y rendre.

D. T. — Pour le médecin du travail, justement parce qu'il est spécialisé et d'autant plus s'il est moderniste, le grand souci est d'adapter l'homme au travail sans trop de dégâts.

Si cette fonction était assurée par le médecin du quartier, lui qui est le médecin de la vie quotidienne, de la famille et non pas seulement du travail, ce serait alors différent. Fondamentalement, son rôle serait alors d'adapter le travail à la vie et non l'inverse. Bien sûr, il faudrait pour cela que le médecin soit débarrassé de tout son conditionnement de classe.

J.-D. R. — La réalité de la médecine en France fait que l'on est beaucoup plus indépendant, actuellement, pour poser les problèmes de la maladie liée au travail que le médecin payé par le patron. Cette indépendance du médecin de ville peut rendre des services.

D. T. — Il est vrai que par rapport au médecin du travail, il a l'indépendance financière. Mais le médecin quel qu'il soit,

n'est pas indépendant de son idéologie. Et celle-ci est souvent profondément réactionnaire. L'indépendance du médecin est un mythe.

J.-L. R. — L'indépendance du médecin est globalement un mythe, mais l'indépendance financière du médecin du travail renforcerait les possibilités d'actions progressistes.

A. M. — Ce médecin sera rétribué par qui ? Economiquement, il sera forcément dépendant de quelqu'un. Il faudrait répondre à cette question.

J.-L. R. — Il y a un petit pouvoir que nous pouvons utiliser dès maintenant. Celui qu'a le comité d'établissement de refuser dans un premier temps, l'embauche de tel ou tel médecin. Nous, nous l'avons fait uniquement pour montrer au médecin qu'il sera contrôlé par nous et que nous avons l'intention d'être vigilant sur son activité. Du coup, il s'est cru obligé de nous exposer ses théories. S'il est progressiste, il aura compris notre souci. Sinon, tant pis.

D. T. — Qu'est-ce qui pourrait faire changer de façon déterminante les conditions de santé à l'usine ?

A. M. — Donnez-nous un bulldozer et nous changerons tout...

J.-L. R. — Si on travaille dans une atmosphère empoussiérée, les moyens techniques existent : c'est une question d'investissements.

S'il s'agit de changer l'exploitation dans le travail avec ses profondes conséquences sur notre santé : c'est une question de Révolution sociale.

M. C. — Je placerais les conditions de travail peut-être avant la réduction des horaires de travail. Il faut qu'il y ait une harmonie entre le temps de travail et le repos. Par exemple chez Chausson, beaucoup d'ouvriers travaillent même le samedi. Et encore, le seul jour de repos, le dimanche, ils vont peut-être y toucher aussi. Il suffit qu'ils y mettent le prix.

Il faut aussi une meilleure surveillance médicale vis-à-vis de la sécurité. Par exemple, l'autre jour, un ouvrier se blesse à 10 h du soir. Il va à l'infirmerie où il ne trouve personne. Le directeur répond : « je regrette, les gardiens sont des secouristes ». On s'est révolté un petit peu. Pas trop car sinon nous nous faisions sortir. Les gardiens à cette heure là, ils sont saouls. Vous voyez sur quelles bases Chausson modernise ses méthodes médicales pour secourir les ouvriers. Ces choses-là, il faut les dénoncer !

J.-L. R. — Il y a d'abord un travail de prise de conscience et donc aussi d'unification à faire sur ces problèmes sans oublier dans les débats de fond, les questions urgentes, scandaleuses.

Dans ma boîte, plus de 200 gars travaillent la nuit et il n'y a plus d'infirmerie à 22 h 30. Comme dit le camarade de Chausson, les infirmiers ce sont les gardiens, et les gardiens souvent, sont

devenus alcooliques parce que leur boulot (12 h par jour payées seulement 9 h) et leur fonction particulièrement déprimante (sauf pour ceux spécialement embauchés pour des fonctions répressives) les bousillent comme nous bousille notre travail ou le manque d'intervention d'urgence la nuit.

La Direction a finalement accepté l'embauche d'un pompier-infirmier. Un an après, son accord écrit, elle a appliqué sa décision. Le pompier-infirmier était correct et sa façon de faire son travail était très proche des intérêts des travailleurs. Mais suite à la grève, la direction renforce la répression, même la nuit. Elle transforme le pompier-infirmier en contremaître de nuit : tout ce qu'elle touche, elle le salit : c'est un mouchard que nous avons maintenant.

Il nous faudra maintenant nous battre pour exiger un infirmier de nuit sans autre qualification.

D. T. — Dans le domaine de la santé, ce qui peut toucher les ouvriers, c'est l'évocation de leur propre condition. Quand les gens retrouvent dans un texte l'histoire de leur usine, l'histoire de leurs camarades, cela produit un effet mobilisateur.

J.-D. R. — Un autre problème lie les médecins aux ouvriers : c'est celui de « l'absentéisme ».

Nous pensons, en tant que médecins, que bien souvent le meilleur service que l'on peut rendre à un ouvrier qui en a marre, qui est fatigué mais qui n'a rien de particulier, est de lui donner quinze jours de repos. Mais d'un autre côté, on entend certains responsables syndicaux qui posent le problème de la désertion du lieu du travail : « c'est un tire au flanc, dès qu'il peut partir, il s'en va ».

Quand vous étiez en grève, certains travailleurs sont venus nous demander un arrêt de travail et nous, bien que du côté des grévistes, nous leur avons fait leurs papiers. On ne pouvait pas les juger !

J.-L. R. — Justement, nous avons eu de sacrées explications sur ces problèmes pendant la grève. Mais on n'a pas forcément les forces suffisantes pour les résoudre au moment de la lutte. Et en particulier lors de la dernière grève, on n'a pas du tout maîtrisé les problèmes de santé. Si tous ces débats étaient préparés avant, on serait moins pris au dépourvu.

Dans ce sens la construction du Syndicat de la Médecine Générale est pour nous intéressante. Cela nous permettra peut-être de dénoncer certains faits de santé au niveau national et nous sommes attentifs pour ces raisons au mouvement progressiste dans le système de santé.

Cela pourrait nous permettre de révéler plus facilement certains aspects cachés de l'exploitation et donc de lutter contre plus efficacement. Par exemple : je n'ai jamais — ou rarement —

entendu parler dans les films, les livres, ou même la télévision de problèmes d'expertise et des rentes qui suivent les accidents du travail, de l'angoisse et de la révolte qu'éprouvent les travailleurs dans ces situations qui font partie intégrante de notre vie.

C'est significatif : si tous ces problèmes n'ont pas atteint le domaine de la culture ou des mass média, c'est qu'il existe bien dans notre société, une face cachée, une vie secrète, une maladie honteuse, celle qui nous vient directement du travail salarié. Il faut y mettre un terme.

D. T. — Comment à votre avis peut-on transfermer les conditions de santé à l'usine.

A. M. — En les rasant au bulldozer.


PRATIQUES

OU LES CAHIERS
DE LA MÉDECINE UTOPIQUE

Revue mensuelle, publiée par le Syndicat de la médecine générale, B. P. n° 8, 92220 Bagneux.

Prix de vente au numéro : 12 F. Prix de l'abonnement annuel (10 numéros + numéros spéciaux) : 100 F.

BULLETIN D'ABONNEMENT

*Si cette revue vous paraît chère, n'oubliez pas qu'elle fonctionne sans aucun support publicitaire. 1 000 abonnements sont nécessaires.*

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

.....

Situation professionnelle précise .....

.....

Règlement par chèque ☐ bancaire ☐ postal à l'ordre de la Revue PRATIQUES.

## Le S.M.G. solidaire des médecins du travail licenciés à Toulouse

*Nous insérons la pétition que le syndicat des médecins du travail (S. N. P. M. T.), fait circuler pour défendre les docteurs Garnier et Lafue licenciés par la direction de l'association des médecins du travail interentreprises de Toulouse. Nous invitons nos lecteurs à signer cette pétition. Cette action s'insère dans notre lutte pour défendre notre indépendance professionnelle.*

*Les docteurs Garnier et Lafue ont eu le mérite de s'opposer aux directives de leur « médecin-chef » qui voulait les cantonner dans la pratique discutable des bilans de santé, au détriment des autres formes de leur exercice de médecine du travail (les visites des lieux de travail étaient alors forcément sacrifiées).*

## Motion de solidarité envers les docteurs Garnier et Lafue

Le Bureau National porte à la connaissance de tous les membres du S. N. P. M. T. les faits suivants :

Deux de nos camarades, exerçant dans un Service Interentreprise le S. R. A. S. du Bâtiment de Toulouse, viennent d'être victimes d'une mesure de licenciement ; cette sanction, scandaleuse et arbitraire prise au mépris des prescriptions du Code du Travail frappent deux médecins qui n'encourent aucun reproche, mais ont eu le tort simplement de vouloir exercer leur mission en toute conscience. Il s'agit là d'un exemple typique de « fait du prince ».

Il va de soi qu'un certain nombre de procédures ont déjà été engagées au plan judiciaire, certaines sont en cours, d'autres sont envisagées tant de la part des intéressés que du Syndicat.

Nous voulons souligner ici, d'emblée, que ces camarades ont reçu l'appui le plus total et le plus actif de la part des Grandes Centrales Ouvrières, notamment la C. G. T. et la C. F. D. T.

C'est pourquoi, il serait tout à fait incompréhensible que nos amis ne bénéficient pas de la solidarité unanime de leurs pairs. Il y va d'ailleurs non seulement de la plus élémentaire confraternité, mais d'une charité bien ordonnée.

En effet, il ne s'agit pas, hélas, de cas isolés ; chaque année, 6 à 7 de nos confrères se voient ainsi éliminés de leur poste brutalement : *ce qui leur arrive peut vous arriver demain.* En vérité, il nous faut bien le constater : notre indépendance n'est pas protégée et des employeurs malintentionnés parviendront toujours à leurs fins, c'est-à-dire l'exclusion du médecin « gêneur », et ce, grâce à des arguties et des

procédés tout à fait divers. Dans la mesure où nous offrirons un front uni, dans la mesure où toutes nos voix se feront entendre et dans la mesure où nous persévèrerons, nous obtiendrons enfin des textes législatifs apportant de véritables garanties. C'est ainsi que progressent les lois sociales.

Le Bureau National y est pour sa part absolument déterminé, mais, sans votre consensus, son action sera sans effet ; aussi vous invite-t-il instamment à signer et à faire signer autour de vous la motion ci-dessous, par vos confrères, mais aussi les non médecins.

Il compte fermement sur vous et, par avance, vous remercie de votre témoignage.



MOTION

Je joins ma protestation concernant les licenciements scandaleux des Docteurs GARNIER et LAFUE à celle du Bureau National du S. N. P. M. T. et j'assure mes deux confrères de mon entière solidarité.

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Lieu d'exercice : ..... Service : ..... Signature

*A adresser :* Docteur Jean CHEVY
113, avenue Ernest-Ruben
87000 LIMOGES

# Les problèmes de la médecine du travail à Toulouse : une atteinte à l'indépendance professionnelle

Comme partout ailleurs en France, les Services inter-entreprises de la région Midi-Pyrénées sont des organismes d'une efficacité réelle douteuse, du fait notamment de l'insuffisance du nombre de médecins, chargés d'effectifs à surveiller beaucoup trop élevés. De plus, ces médecins travaillent de manière anarchique, sans attribution suivie d'entreprises, ni moyens médicaux suffisants.

Comme ailleurs en France, un certain nombre de médecins du travail de ces Services ont tenté et tentent encore d'obtenir des conditions de travail leur permettant d'assurer une médecine du travail qui soit autre chose que du dépistage en série, et qui puisse réellement avoir une action efficace en milieu de travail : hygiène, prévention, adaptation de postes, études de nuisances, etc.

Dès 1972, un médecin d'un service inter-entreprises de Toulouse recevait une lettre de licenciement pour « incompatibilité d'humeur » : il avait tout simplement demandé à la direction un effectif à surveiller conforme à la législation. Le comité inter-entreprises du service fut assez conscient de la gravité du problème posé pour refuser le licenciement.

Mais c'est aux « Services régionaux d'Action sociale du Bâtiment et Travaux publics » (S. R. A. S.) que se situe le conflit majeur qui intéresse l'avenir même de la Médecine du Travail. Il s'agit d'un Service type Association patronale, pour lequel l'organisme de contrôle prévu par la loi fut jusqu'en 1974, parfaitement « bidon », les représentants salariés étant « cooptés » par les employeurs. Mais ceci n'est pas particulier aux S. R. A. S....

L'histoire commence vraiment en 1972 : à la suite d'investissements coûteux, c'est-à-dire de la construction d'un centre fixe d'une importance évidemment excessive, des difficultés financières apparaissent dans la gestion du Service.

Pourquoi ces investissements excessifs en locaux et matériels générateurs de difficultés financières et de compression du personnel médecin ? Il y a une raison précise : ce service est dirigé *en fait* par un « médecin chef » le Dr Carrière, le président et le

directeur administratif ayant un rôle plus effacé. Ce « médecin chef » qui se dit « directeur du service technique », ou « seul responsable du service technique » avait une idée derrière la tête : créer un Centre de « Bilans de Santé » ultramoderne, doté de moyens informatiques, dont il espère tirer gloire et profit : cet organisme pourrait ultérieurement être subventionné et même « vendre » des bilans de santé, aux cadres anxieux appâtés par ce « miroir aux alouettes ».

En attendant, ces investissements coûteux empêchent le fonctionnement normal du Service, comme on va le voir.

Rappelons d'abord qu'en médecine du travail le titre et la fonction de « médecin-chef » ne sont pas prévus par la loi, qui ne prévoit qu'un « médecin coordonnateur ».

A la suite des difficultés financières, le « médecin-chef » (désigné en 1955 par l'employeur, président du Service, qui n'était autre que son oncle...) ce confrère donc, décide de supprimer un médecin, pour faire des économies : un médecin ayant dépassé 65 ans est donc mis à la retraite, *et il n'est pas question de le remplacer.* Toujours dans un but d'économies, on supprime à l'un des médecins (Garnier) le financement d'une consultation de reclassement des handicapés (consultation Médico Sociale d'Orientation) qu'il avait créée quelques années auparavant avec l'accord et l'appui du Service. Ne pouvant abandonner cette consultation, maintenant installée à l'Institut de Médecine du Travail de l'Hôtel-Dieu et qui a pris une grande extension, Garnier voit son salaire amputé de 25 % ! Au même moment eut lieu l'élection de « médecins-délégués » prévus par la législation : les médecins élus ne plaisant pas à la direction, celle-ci annule de son propre chef ces élections et en refait d'autres, après que la majorité des médecins du Service aient été « chapitrés » par le « médecin-chef ». Sur un total de quatorze médecins, dont certains à temps partiel, cinq d'entre eux (dont trois des « délégués » éliminés) protestent vivement contre ces manipulations.

Par la suite ces cinq médecins, devenus quatre peu de temps après, sont victimes de mesures diverses d'éloignement par mutation de secteur (il s'agit d'un service régional) et sont définitivement coupés de toute information et de toute réunion de coordination.

Leurs protestations auprès du président du Service et de l'Inspection du Travail restent sans effets, mais la direction du Service se durcit.

Au début de 73, l'un d'eux, Bonnidan, est l'objet de pressions écrites et téléphoniques de la part du directeur et du « médecin-chef », car son Rapport Annuel (destiné aux Services du Ministère du Travail) ne leur convenait pas : il contenait en effet quelques critiques, d'ailleurs fort modérées, sur l'organisation et

le fonctionnement du Service. Bonnidan refusa bien sûr de céder à ces pressions, et le Directeur Départemental du Travail approuva sa position. Il fut alors convoqué pour licenciement devant le « comité de liaison », organisme de contrôle du Service. Devant la vague de protestations émanant des organisations syndicales d'une importante entreprise dont il avait la charge depuis 14 ans, ce licenciement échoua : les membres du « comité de liaison » oublièrent, pour la plupart, d'assister à la réunion prévue pour le licencier. L'affaire en resta là, mis à part les mutations et autres mesures discriminatoires dont il continue à être victime avec 3 de ses confrères.

A la même époque, en mai 73, la direction du Service adressa à tous les médecins une série de « notes de service » précisant l'autorité du directeur et notamment du « médecin-chef ». Celui-ci, cosignataire de ces notes, exigeait, entre autre, une « autorité directe et exclusive » sur les médecins, y compris « l'avis pour détermination des conditions contractuelles d'exercice et l'accord pour toutes modifications non contractuelles des conditions d'exercice : congés exceptionnels, autorisations d'absence, primes, promotions, sanctions, etc. ».

Quatre médecins du Service (Bonnidan, Garnier, Lafue, Salvan) estimèrent que ces notes de service créaient une dépendance technique inadmissible, et de plus modifiaient profondément les termes de leur contrat : il existe déjà en effet une direction administrative. De plus ces notes sont sans valeur légale.

Ils demandèrent donc l'avis de la Direction Départementale du Travail puis de la Direction Régionale, sans obtenir de réponse. Ils demandèrent également l'avis du Conseil Départemental de l'Ordre, chargé de contrôler les contrats : après une enquête fort peu objective d'un membre du Conseil, aucune réponse précise n'est donnée à leur question pourtant, elle, fort précise : ces notes de service sont-elles compatibles avec l'indépendance professionnelle exigée par le Code de Déontologie ?

La « fièvre » continue donc à « monter », et les sanctions de pleuvoir, contre les quatre : refus de formation continue, du perfectionnement habituel de l'assistance aux congrès, refus du matériel médical indispensable, refus du temps nécessaire pour les activités en milieu de travail, éloignement géographique systématique, mutations incessantes, etc.

Ils demandent alors l'avis du Ministère du Travail, qui, en janvier 1974, dépêche un inspecteur général (M. Blanc) et le médecin-inspecteur de l'administration centrale (Dr Rothan). Après leurs enquêtes, on n'entend plus parler de cette inspection..., ni de ses conclusions. A une demande de renseignements faite par le S. N. P. M. T., il est répondu qu'il s'agit de querelles personnelles et de problèmes déontologiques », mais cette lettre recon-

naît les insuffisances d'organisation et de fonctionnement du Service.

La fièvre monte toujours, et fin 1974, les quatre médecins reçoivent un « ultimatum » de leur employeur, exigeant qu'ils reconnaissent les fonctions du « médecin-chef » telles qu'elles sont précisées par les fameuses notes de service. Faute de quoi, on considérera qu'ils ont donné leur démission. Ils répondent qu'ils acceptent toutes dispositions conformes à la législation, à leur contrat, et au code de déontologie.

Au début de 1975, sous la pression des organisations syndicales de travailleurs, sensibilisées aux problèmes de médecine du travail depuis la tentative de licenciement de Bonnidan, une Commission de Contrôle conforme à la législation est créée et se réunit pour la première fois pour une prise de contact, et plusieurs fois ensuite pour étudier les rapports annuels des médecins et de la direction, et pour mettre au point un règlement intérieur conforme à la législation. Puis la commission de contrôle est à nouveau convoquée pour donner son accord au licenciement de Garnier et Lafue, sous le motif qu'ils refusent l'autorité du « médecin-chef »...

Par deux fois, la commission refuse de se prononcer, le règlement intérieur n'étant pas approuvé par l'inspection du travail.

Lors d'une troisième réunion, en juin 75, le vote en vue de l'accord pour le licenciement eut lieu, mais l'accord ne fut pas donné par la commission. Précisons que cette commission comprend 4 employeurs et 8 représentants des salariés, 2 par syndicat : C. G. T., C. F. D. T., F. O. et C. G. C. Précisons également que le Code du Travail exige pour l'accord de licenciement « la majorité des membres présents ou non ». Or, 4 salariés refusèrent de voter, estimant la procédure irrégulière faute de règlement intérieur valable (2 C. G. T. et 2 C. F. D. T.). Parmi les 8 votants, il y eut 3 abstentions et 5 voix pour le licenciement : ce qui ne représentait pas la majorité requise par le Code du Travail, soit 7 voix. Dans ce cas, légalement, c'était à l'inspecteur du travail de trancher, mais il ne fut pas saisi à cet effet par la direction des S. R. A. S. Mais alerté par Garnier et Lafue, cet inspecteur précisa au président des S. R. A. S. que la commission de ce contrôle n'avait pas donné d'accord.

Malgré cela, le licenciement eut lieu dans les derniers jours de juillet, à une époque bien choisie pour éviter des remous prévisibles. Le juge des référés, aussitôt saisi, reconnut l'irrégularité du licenciement, mais se déclara incompétent, estimant qu'il n'y avait ni urgence ni voie de fait... L'affaire suit son cours sur le plan judiciaire.

Quant à l'inspecteur du travail, après avoir consulté le directeur des Relations du Travail au Ministère, il a dressé procès-verbal contre le président des S. R. A. S. pour infraction au Code du

Travail, ce qui peut entraîner une sanction telle que « un emprisonnement de 10 jours à 1 mois, et une amende de 600 à 1 000 francs, ou l'une ou l'autre de ces peines.

Quant au Conseil Départemental de l'Ordre, son avis fut sollicité une nouvelle fois en octobre 75, au sujet des notes de service de mai 73, son président estime qu' « il ne peut estimer ce litige du point de vue déontologique ». Il admet donc que l'on puisse placer le médecin du travail sous l'autorité d'un « directeur technique », médecin désigné par le patronat : que devient alors l'article 9 du code de déontologie ?

Cette affaire comporte un caractère de gravité qui n'échappe à personne. Elle pose le problème de l'indépendance du médecin du travail vis-à-vis des pressions patronales — de l'efficacité et des objectifs de la médecine du travail —, de sa crédibilité pour les travailleurs.

Les objectifs sont bien définis par la législation, mais celle-ci n'est pas appliquée en règle générale par les services interentreprises. De plus ces textes sont insuffisants pour garantir l'efficacité du médecin et son indépendance professionnelle. Le médecin du travail consciencieux se heurte nécessairement aux exigences de l'appareil de production et de la rentabilité : il reste sans défense devant les employeurs qui peuvent s'en débarrasser non seulement par licenciement abusif ou illégal, mais par bien d'autres subterfuges : par exemple en changeant de service inter, en créant un service autonome et inversement ; ou en exigeant un changement de médecin dans le cadre du service inter, par la menace de démissionner.

Tout est à revoir dans cette organisation, faute de quoi la médecine du travail disparaîtra petit à petit dans l'indifférence générale.

# LA MÉDECINE DES MALADES

## Histoire d'A

Un centre de contraception et d'interruption volontaire de grossesse vient de s'ouvrir à l'hôpital de Colombes organisé par des femmes et des médecins du M. L. A. C. de Gennevilliers.

Bien qu'il soit bien sûr trop tôt pour tirer un bilan quelconque de son fonctionnement, il nous a semblé intéressant d'en donner dès maintenant l'information dans la mesure où des situations analogues peuvent se retrouver ailleurs et aboutir à des expériences semblables.

A partir du vote de la loi, la pratique des avortements en cabinet de ville a été arrêtée et notre action a été dirigée vers la prise en charge de ce problème par le corps médical dans son ensemble et les structures hospitalières en particulier.

L'hôpital du secteur comporte une maternité affligée d'un chef de service farouchement opposé à la pratique de l'I. V. G. sous toutes ses formes. Nous avons donc exploité la contradiction qui existait entre d'une part ce chef de service et d'autre part l'administration de l'A. P. en la personne d'une directrice bien décidée à mettre sur pied une structure destinée à appliquer la loi ; en grande partie d'ailleurs sous la pression du M. L. A. C. qui n'a cessé de multiplier les démarches auprès d'elle menaçant d'actions plus spectaculaires telles que celles qui avaient été pratiquées dans d'autres hôpitaux.

Le rapport de forces jouait à plein en notre faveur :

— un M. L. A. C. actif toujours présent et mobilisé,

— une administration décidée à appliquer la loi contre le chef de service en question,

— nos connaissances techniques de l'avortement par aspiration liées à notre expérience passée,

— le monopole absolu de la bonne volonté en ce domaine puisque aucun médecin ne se proposait pour faire fonctionner ce centre.

Ceci nous a donc permis d'imposer nos conditions en ce qui concerne l'organisation du centre, véritable petite unité autonome à l'intérieur de l'hôpital ; en particulier nous avons choisi nous-même pratiquement tous les membres de l'équipe tant infirmière que médicale.

## QUE VOULONS-NOUS FAIRE ?

1. — Du point de vue de l'avortement :

NE PAS ETRE DES AVORTEURS. Ce centre doit donc traiter des problèmes de contraception, d'avortement, sexualité, stérilité, etc.

Ne pas rendre seulement un service technique mais perpétuer l'aspect collectif d'accueil et de discussion avec les femmes qui est un des grands acquis du M. L. A. C.

2. — Du point de vue de l'hôpital :

OUVRIR UNE BRÈCHE dans le système hospitalier tel qu'il existe en y introduisant une pratique différente :

— entre nous : poser le problème de la division des tâches et de la hiérarchie ;

— vis-à-vis des femmes : non pas humaniser l'hôpital mais faire prendre conscience qu'il est possible de rester adulte en entrant à l'hôpital et rendre ainsi insupportable l'écrasement qu'on y subit ailleurs (notamment dans le service de maternité qui est sur le même palier) ;

— vis-à-vis des étudiants : montrer qu'il existe des techniques médicales qu'on ne leur enseigne pas et pourquoi ;

— vis-à-vis des médecins de l'extérieur : la lettre ci-contre leur a été adressée afin de les informer de l'ouverture du centre et d'essayer de les faire participer au maximum à notre travail.

Bien que ce centre soit ouvert depuis peu de temps, le caractère insolite de ce qui s'y passe a déjà attiré beaucoup de curieux membres du personnel de l'hôpital qui veulent voir ce qui s'y passe. A nous de ne pas les décevoir.

# Assistance Publique — Hôpitaux de Paris

Centre de Contraception et d'Interruption Volontaire de Grossesse

Colombes, le 17 octobre 1975.

Hôpital Louis-Mourier 178, rue des Renouillers 92700 Colombes

Cher Confrère,

Le Centre de Contraception et d'Interruption Volontaire de Grossesse de l'hôpital Louis-Mourier, commencera ses activités le 28 octobre 1975. Cette unité autonome est placée sous la responsabilité du Professeur Agrégé, F. COSTE, chef du service de Réanimation Médicale.

Cette unité se fixe deux objectifs :

— répondre aux besoins de la population de notre circonscription en matière de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ;
— faire un travail de synthèse à partir de notre pratique, de manière à éclairer un certain nombre de questions relatives à la contraception et à l'I. V. G.

Ce centre a pu être mis sur pieds dans le cadre de la loi Veil, grâce aux efforts conjugués d'un groupe de médecins engagés dès le début dans la lutte pour la libéralisation de l'avortement, et de l'Administration de l'Assistance Publique qui a mis à leur disposition les moyens de travailler dans de bonnes conditions.

Nous nous proposons de considérer dans un ensemble les problèmes de contraception et d'interruption de grossesse. En effet, une grossesse non désirée est souvent l'occasion d'aborder et de résoudre, en accord avec la situation particulière de chaque femme, les problèmes de contraception.

Les interruptions de grossesse auront lieu le plus souvent possible, par la méthode d'aspiration, sans anesthésie générale, dite méthode de Karman. Cette méthode applicable avant la 8e semaine comptée à partir du premier jour des dernières règles, présente des avantages maintenant reconnus de tous :

1. — l'aspiration, pratiquée entre la 6e et la 8e semaines d'aménorrhée, constitue la technique d'évacuation utérine la moins traumatisante ;
2. — l'absence d'anesthésie générale permet la pratique de cette interruption de grossesse en ambulatoire ;
3. — le prix de revient forfaitaire est de 400 F, non remboursés par la Sécurité sociale ;
4. — SURTOUT, cette méthode établit un climat de confiance. C'est grâce à un tel climat que la contraception sera discutée et mise en route dans les meilleures conditions.

Pour faire bénéficier les femmes de cette méthode, il convient de les adresser au centre LE PLUS TOT POSSIBLE.

Si cette méthode nous paraît souhaitable il reste que des interruptions de grossesse sous anesthésie générale seront également pratiquées :

— pour toutes celles qui le désirent ;

— pour les grossesses plus avancées (la loi autorise l'I. G. jusqu'à la 14e semaine d'aménorrhée) ;

— pour certains cas particuliers (certaines mineures, femmes anxieuses...).

Dans ce cas, une courte hospitalisation sera nécessaire, de 12 à 36 h, pour le bilan pré-anesthésique et la surveillance post-opératoire. Le prix forfaitaire sera de 600 F ou 700 F, selon la durée d'hospitalisation.

Le centre sera ouvert du lundi 9 h au vendredi 17 h, avec des consultations tous les jours, de 9 h à midi et de 14 h à 17 h.

Les femmes désirant interrompre une grossesse, devront prendre contact le plus rapidement possible avec le centre, en se présentant aux heures de consultation ou en téléphonant.

Tous les examens complémentaires seront pratiqués à l'hôpital, tant en ce qui concerne la contraception, qu'en ce qui concerne le bilan pré-opératoire. Une recherche d'agglutinines irrégulières sera faite chez toutes les femmes Rh—, afin de pouvoir prévenir une iso-immunisation par injection de gamma-globulines.

Les PROBLEMES DE CONTRACEPTION seront abordés dès le premier contact avec les femmes, lors de réunions collectives que nous projetons d'organiser, au décours de l'I. G., que celle-ci nécessite une hospitalisation ou non, et enfin lors de la dernière consultation huit jours après l'interruption, pour examen gynécologique de contrôle.

L'établissement d'une contraception adaptée à chaque femme reste le but principal de notre centre. Ainsi, souhaitons-nous voir le nombre de grossesses non désirées diminuer considérablement.

Vous recevrez un compte rendu de tous ces événements de manière à pouvoir aider la femme à suivre la contraception que nous aurons choisie avec elle.

Nous sommes à votre entière disposition pour discuter avec vous de tout problème pouvant se poser à propos de cette nouvelle pratique.

Soyez assuré, Cher Confrère, de nos sentiments dévoués.

L'équipe médicale.

## EN D'AUTRES LIEUX AUSSI L'ACTION DES USAGERS ET DES MEDECINS S'AFFIRME :

A l'hôpital Saint-Antoine à Paris, la direction du service de gynécologie-obstétrique a été contrainte de retirer la lettre qu'elle faisait signer aux femmes désirant interrompre leur grossesse et que nous avons publiée dans notre N° 2.

Dans le 14e arrondissement de Paris, deux pétitions réclamant l'application immédiate de la loi Veil étaient adressées à la direction de l'hôpital Broussais. L'une signée par 17 médecins généralistes de l'arrondissement, l'autre par 334 membres du personnel de l'hôpital, des délégations C. G. T., C. F. D. T., et M. L. A. C. intervenaient dans le même sens.

## Lettre d'un malade...

Comme promis je vous adresse les deux ordonnances du Dr...

En voyant ces ordonnances j'ai tout de suite pensé qu'elle avait un pourcentage sur les ventes de médicaments ; il est en effet incroyable que pour deux petites angines un traitement de ce genre soit donné.

Sur le tas je n'ai acheté que : Percutalgine — Gargarisme.

Ordonnance pour Mme L...

1 { Dihydro streptomycine
  { Pénicilline 1000000
  { Colimycine 1000000
2) Hexacycline
3) Ultra levure
4) Gargarisme au Neol Bottu
5) Locabiotal
6) Pastilles Maxilase-Bacitracine
7) Aturgyl
8) Netux

Ordonnance pour M. L...

1) Propiocine
2) Locabiotal
3) Percutalgine
4) Pastilles Lysopaïne
5) Deturgylone
6) Toplexil
7) Aspirine Vitamine C Upsa

On entend souvent dire : « Ce sont les malades qui réclament des médicaments », « une ordonnance longue justifie la consultation du patient », etc. Les médecins se dégagent ainsi de la responsabilité de la prescription de médicaments dont ils savent pertinemment qu'ils sont inutiles.

Voici un bon exemple du contraire : prescription abusive critiquée et refusée par le malade.

*310 F d'économisés... Les Français n'ont pas de pétrole mais ils ont des idées !*

# Achat de médicaments et tiers payant partiel

*Peu de gens et certainement encore moins de médecins savent qu'il existe depuis 1956 une convention entre la Sécurité sociale et les pharmaciens visant à instaurer le tiers-payant partiel pour les assurés sociaux en matière d'achat de médicaments.*

*C'est-à-dire que lorsque le montant de l'ordonnance dépasse trente francs les malades peuvent ne payer au pharmacien que le ticket modérateur.*

*La marche à suivre est indiquée par le texte ci-dessous distribué sous forme de tract par une association populaire familiale de la banlieue parisienne.*

## Médicaments : comment payer ?

### 3 SOLUTIONS

**PAYER LA TOTALITE** | **CREDIT DU PHARMACIEN** | **APPLICATION DE LA CONVENTION Sécurité Sociale - Pharmaciens TIERS-PAYANT ou délégation de paiement**

**Première solution : PAIEMENT DE LA TOTALITE**

Pour ceux qui ont de l'argent... pas de problème
Mais est-ce normal d'avancer une deuxième fois l'argent déjà versé par nos cotisations « Sécurité sociale » ?
LE DROIT A LA SANTÉ N'EST-IL QUE POUR UNE CATÉGORIE ?

**Deuxième solution : CREDIT DU PHARMACIEN...** en attendant le remboursement par la S. S.

Une solution de facilité pour le pharmacien... c'est de l'assistance.
— c'est humiliant de dire que l'on n'a pas d'argent
— la mère de famille devra faire la queue pour demander « cette faveur »
— elle ira une deuxième fois « faire la queue » à la Sécurité sociale
— puis elle reviendra une fois encore chez le pharmacien pour rembourser.

DONC TROIS DÉMARCHES... PLUS D'UNE DEMI-JOURNÉE DE PERDUE...

**Troisième solution : LE TIERS-PAYANT PARTIEL**

— la Sécurité Sociale (le Tiers) paie directement au pharmacien (à votre place d'assuré) une partie importante 70 % des frais de l'ordonnance.

SOLUTION INCONNUE DE LA PLUPART DES FAMILLES OUVRIÈRES

L'assuré social ne paie au pharmacien que les 30 % des frais de médicaments restant à sa charge

— pour une ordonnance s'élevant au moins à 30 F

— somme ramenée à 10 F pour les pensionnés vieillesse et les chômeurs.

SEULE CETTE SOLUTION ASSURE
LE DROIT A LA SANTE POUR TOUS

— **QUI PEUT EN BENEFICIER ?** Tous ceux qui vont se faire rembourser dans les Caisses de Sécurité sociale de leur commune (les travailleurs du régime général - étudiants - fonctionnaires).

*Attention :* les régimes spéciaux (S. N. C. F. - R. A. T. P. - G. D. F. - E. D. F. - Enseignants) ne peuvent bénéficier de cette convention.

— **COMMENT EN BENEFICIER ?**

— donner au pharmacien
- ordonnance et feuille de maladie Sécurité sociale
- pièce d'identité
- carte d'immatriculation à la Sécurité sociale
- le dernier bulletin de salaire (120 h de travail minimum)

— pour le chômeur : attestation d'inscription à un service de main-d'œuvre

— pour le pensionné vieillesse : extrait d'inscription au registre des pensions, rentes et allocations.

NE PAS OUBLIER

Lors de l'envoi de votre dossier à votre centre de paiment pour obtenir le remboursement de la visite médicale, ne pas oublier de joindre LE VOLET ROUGE qui vous est remis par le pharmacien (si vous demandez le tiers-payant).

Vérifier que, sur votre ordonnance, le pharmacien a bien apposé un cachet prouvant l'avance faite.

Savoir que l'attestation annuelle des 1 200 h peut être refusée par le pharmacien car elle ne prouve pas que vous avez travaillé durant le mois qui précède la date de l'ordonnance.

EXIGER LE TIERS-PAYANT,
C'EST AGIR POUR L'APPLICATION D'UN DROIT

POURQUOI FAIRE APPLIQUER CE DROIT :

— pour ne pas déséquilibrer davantage le budget

— pour ne pas payer deux fois la même somme

1. — les cotisations sur salaire
2. — le paiement au pharmacien

— pour la suppression de perte de temps, de fatigue, de déplacement au guichet de la Sécurité sociale.

# LA MÉDECINE DES MÉDECINS

## Epidémiologie et stratégie vaccinale

Comme chaque été et peut-être plus que chaque été il y a eu de nombreux cas d'hépatite virale.

On a comme toujours évoqué les insuffisances de l'hygiène et conclu que la découverte prochaine d'un vaccin permettra d'éviter la maladie.

Je ne suis pas sûr que les choses soient aussi simples. L'hépatite pose en effet des problèmes très voisins de ceux posés par la poliomyélite.

On sait que avant la vaccination la poliomyélite était pratiquement inconnue dans certaines collectivités à faible niveau d'hygiène et qu'elle était au contraire plus fréquente dans les pays développés, tendant même à devenir plus fréquente quand l'hygiène s'améliorait.

On interprétait et on interprète toujours cela en disant que quand le virus est très largement répandu les enfants sont soumis à une infection précoce alors que les anticorps maternels les protègent encore. Ils font une maladie inapparente mais immunisante, leur immunité étant entretenue par des contacts fréquents avec le virus tout au long de la vie.

Dans ces conditions la poliomyélite infection est fréquente, la poliomyélite maladie est rare.

Quand le virus est moins répandu, la probabilité d'être infecté tôt diminue, l'infection est plus souvent tardive entraînant plus souvent une maladie apparente et grave.

Quand l'hygiène s'améliore encore plus on atteint un seuil où le virus devient suffisamment rare pour que l'infection d'un individu au cours de sa vie ne soit plus quasi obligatoire, à ce moment tout progrès de l'hygiène entraîne à la fois une diminution de l'infection et une diminution de fréquence de la maladie.

L'évolution comparée de la poliomyélite maladie dans les pays développés et les pays dits sous-développés montre une très nette diminution dans les premiers une augmentation franche dans les seconds (fig. 1).

Ce fait pose le problème de l'utilité de la vaccination antipolio dans certaines conditions. Nous y reviendrons.

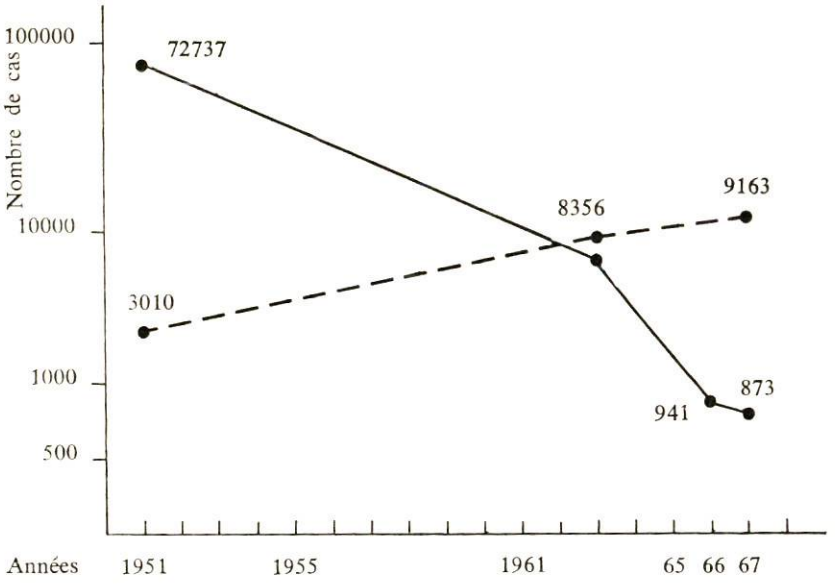



Fig. 1. — Incidence de la poliomyélite de 1951 à 1967

Trait plein : 23 pays européens + U. S. A., Australie, Nouvelle Zélande et Canada.

Trait pointillé : 45 pays d'Afrique, Amérique du Sud et du centre et Asie.

Pour l'hépatite, le schéma épidémiologique est très voisin, même s'il n'est pas strictement identique : le virus est là aussi disséminé par les selles, contaminant par voie orale.

Quand il est très répandu il infecte les très jeunes enfants donnant une maladie bénigne le plus souvent inapparente.

La diminution de la diffusion du virus entraîne au contraire, au moins jusqu'à une certaine limite, une augmentation de la maladie.

Mac Collum représente cet aspect épidémiologique par une courbe de fréquence de la maladie en fonction de l'hygiène et sur laquelle il situe quelques pays (fig. 2) :

Il apparaît selon ce schéma que dans un pays comme les Etats-Unis la limitation de la diffusion du virus peut au moins dans un premier temps augmenter la fréquence de l'hépatite-maladie. Au contraire, la Suède est dans une situation telle que toute diminution de la diffusion du virus devrait entraîner à la fois une diminution de fréquence de l'hépatite-infection et de l'hépatite-maladie.

Il est intéressant de noter que, aux U. S. A., la fréquence de l'hépatite-maladie a augmenté ces dernières années.

Deux des régions où l'augmentation a été la plus forte sont des régions relativement favorisées sur le plan sanitaire avec un taux de mortalité infantile inférieur à la moyenne nationale.

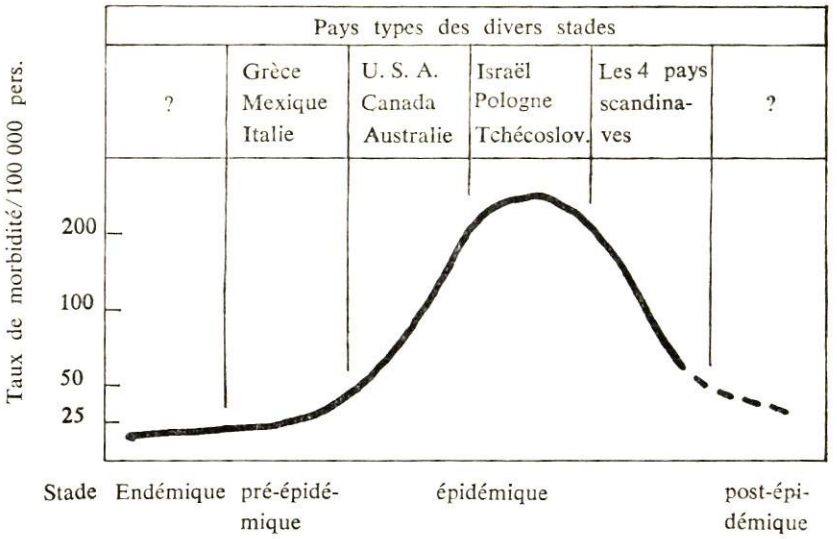



Fig. 2. — Schéma de l'évolution épidémique de l'hépatite

Quelle est la situation en France ?

De quel côté sommes-nous de la courbe en cloche ?

Il n'est pas possible de faire sérieusement des choix sanitaires si l'on ne connaît pas la situation épidémiologique et cela de façon approfondie (par région, par tranches d'âge, par type d'habitat, par classes sociales... etc.).

Si on fait l'hypothèse (vraisemblable) que la France est dans une situation proche de celle des U. S. A., on peut redouter qu'une limitation de la diffusion du virus, n'entraîne une augmentation de fréquence de la maladie.

La question que je voudrais poser est la suivante : Est-il justifié de tenter de limiter la diffusion du virus, si l'on ne met pas tout en œuvre pour dépasser rapidement le sommet de la courbe de fréquence de la maladie ?

Une lutte contre la diffusion du virus n'a peut-être de sens que si on a le projet et les moyens de passer rapidement du côté « scandinave » de la courbe.

Toute politique « timide » n'est-elle pas pire que inefficace : NOCIVE ?

Peut-on favoriser la diffusion du virus ?

— Il est évident qu'il n'est pas sérieusement envisageable d'abandonner toutes les habitudes d'hygiène et de voir réapparaître et se multiplier la polio, le choléra, la fièvre typhoïde... etc.

— On doit néanmoins s'interroger sur ce qu'il faut faire lorsque quelqu'un a une hépatite.

Certains parlent d'isolement, désinfection et souhaiteraient une hospitalisation systématique si elle était réalisable (Laverdant, *Rev. Prat.* tome XXIV, n° 3).

Au contraire d'autres proposent de ne pas lutter contre la diffusion du virus chez les sujets sains. (Boyer dans « Les infections inévitables »).

Laquelle de ces deux attitudes est justifiée ?

Il nous paraît difficilement concevable que dans un même pays dans une même région, la pratique de chacun puisse être aussi radicalement différente de celle de son voisin.

— Un problème va bientôt se poser avec la mise au point prévisible d'un vaccin.

Son utilisation devra prendre en considération son coût, son efficacité, son innocuité...

Si on l'utilise massivement, il est possible et même vraisemblable que l'on arrive à éradiquer le virus sauvage.

Si on ne vaccine que 20 ou 30 % d'une population où le virus est très répandu, que se passera-t-il ?

Les vaccinés ne feront ni infection sauvage ni maladie, pour les non-vaccinés le virus sauvage ayant plus de difficultés à se répandre, l'infection aura lieu en moyenne plus tard, et la maladie sera plus fréquente.

L'amélioration de l'hygiène n'est bénéfique en ce qui concerne l'hépatite qu'au-delà d'un certain seuil. La vaccination à venir ne jouera-t-elle pas le même rôle ?

Ne risque-t-elle pas de n'être utile qu'à partir d'un certain taux de vaccinés et nocive en deçà ?

Cette question est prématurée en ce qui concerne l'hépatite mais on peut la poser pour la polio.

La polio a-t-elle fait des progrès dans certains pays malgré la vaccination ou en partie à cause d'elle ?

Connaît-on pour différents pays l'évolution comparée de la polio qui permettrait de répondre à cette question ?

Ce papier ne conseille ni d'isoler le malade ni de favoriser la diffusion du virus. Il n'est pas et ne veut pas être un plaidoyer contre la ou les vaccinations.

C'est simplement une proposition de débat sur un problème sanitaire concret.

S'il contient une part de vérité, il démontrera qu'il n'y a pas de politique sanitaire sérieuse.

S'il est complètement faux et farfelu il prouvera qu'on peut être médecin et ne rien comprendre à l'épidémiologie des maladies infectieuses.

J.-P. LELLOUCHE.

# COURRIER DES LECTEURS

*Nous avons reçu de Besançon la plate-forme suivante du Groupe régional d'Information et d'Action sur la Santé (G. R. I. A. S., 40, rue des Tulipes, 25000 Besançon).*

Le G. R. I. A. S. est une association type loi de 1901 regroupant des médecins de la région Franche-Comté-Bourgogne.

A l'origine de ce regroupement, il y a un certain nombre d'interrogations concernant le mode d'exercice de la médecine, et ses difficultés dans l'organisation actuelle de notre système de santé, les rapports entre Médecine et Travail, la soumission générale de la profession médicale à une idéologie rétrograde et réactionnaire.

Ces interrogations ne sont pas seulement les nôtres : ces dernières années ont vu surgir un peu partout en France des actions et des débats ponctuels, dont le caractère nouveau était d'apparaître devant l'opinion publique et d'intéresser l'ensemble des travailleurs et des « consommateurs de santé ». Citons parmi d'autres la mise en cause de l'Industrie pharmaceutique, la lutte pour la libéralisation de la contraception et de l'avortement, les débats sur les conditions et la sécurité du travail, à l'occasion de conflits tels que Pennaroya à Lyon en 1972, et plus récemment, la campagne de refus et de lutte contre l'ordre des Médecins et l'idéologie qu'il incarne.

Ainsi sont nés un certain nombre de groupements qui, soit au plan national, soit au plan régional, cherchent à approfondir la réflexion et coordonner les luttes, tendant ainsi à dégager les axes d'une nouvelle politique de la Santé au service de la Population :

— le Groupe Information Santé (G. I. S.), inspirateur notamment du manifeste des Signataires contre l'ordre des médecins avec refus des cotisations (l'organisation des signataires au niveau national ayant abouti à la création d'une nouvelle Association : le Mouvement Action Santé (M. A. S.) ;
— le Syndicat de la Médecine générale, autre proposition du G. I. S., créé en avril 1975, qui regroupe des généralistes sur la base de leur pratique médicale ;
— Santé et Socialisme, organisation proche du C. E. R. E. S., à l'origine d'un colloque en juin 1975 consacré aux « Verrous de la Santé » ;
— sur une base de coordination régionale :
  — le Mouvement Santé population (M. S. P.) à Lyon, s'adressant aux médecins et usagers de la région Rhône-Alpes,
  — le Mouvement pour une Santé au Service de la Population de l'Ouest (A. M. S. P. O.) à Rennes,

— Groupes des Médecins d'Auvergne, à Clermont-Ferrand,
— le G. R. I. A. S.

Le G. R. I. A. S. a donc une vocation régionale. Ses objectifs sont définis à l'article 2 des statuts :

— réunir l'ensemble des médecins Bourgogne-Franche-Comté, souhaitant la réalisation de profondes mutations dans l'exercice de la médecine ;
— animer une réflexion critique de la santé dans le système actuel ;
— proposer et coordonner des actions précises sur des problèmes de la Santé, en collaboration avec les organisations populaires, les travailleurs de la Santé et les usagers.

La coordination est assurée par un Bureau (collectif) qui se réunit régulièrement, et un Secrétariat dont le siège est à Besançon, 40, rue des Tulipes.

Les thèmes de réflexion et de lutte sont pris en charge par des commissions, dont le nombre peut varier en fonction des problèmes qui se posent au niveau régional.

Quatre commissions sont actuellement mises en place :

1) *Commission « ordre des médecins » :* développement du mouvement de lutte contre l'ordre. Réflexion sur l'organisation de la profession. Défense des médecins signataires, etc.
2) *Commission « contraception avortement éducation sexuelle » :* enquête sur l'application de la loi Weil dans les établissements publics de la région. Contribution à la mise en place d'une véritable politique d'orthogénie.
3) *Commission « Médecine et Travail » :* problème des contrôles parallèles patronaux d'arrêt de travail. Réflexions sur l'absentéisme, et le présentéisme. Problème des expertises médicales après accidents du travail. Recherche d'une concertation avec les syndicats.
4) *Commission médicaments :* place des médicaments dans la relation médecin-malade. Médicaments et profit. Recherche de dialogue et d'actions avec les associations de consommateurs.

L'un des objectifs fondamentaux du G. R. I. A. S. est le dialogue et la concertation avec l'ensemble de la population ; c'est dans cette optique que sont actuellement entreprises des démarches avec l'ensemble des organisations populaires et vis-à-vis de l'opinion publique, par l'intermédiaire de la Presse Régionale et Nationale.

*Pendant le mois de novembre, divers C. H. U. ont vu se dérouler des mouvements revendicatifs d'étudiants en médecine en tant que travailleurs de la santé (Paris-St-Antoine, Lyon, Dijon, Grenoble, Tours, Rouen...).*

*La section C. F. D. T. des étudiants hospitaliers de Rouen nous a communiqué un certain nombre de documents. Nous publions ci-dessous leur plate-forme qui, quoique déjà ancienne, résume bien leurs buts pendant la grève de novembre, ainsi que la conclusion d'un tract du 12 novembre. Le S. M. G. leur a apporté son soutien : la convergence des analyses et des perspectives est patente.*

Nous Externes de DC2, DC3, DC4, nous voulons nous syndiquer à la C. F. D. T. afin de pouvoir obtenir, par le biais des luttes syndicales, le statut de TRAVAILLEURS EN FORMATION.

• En effet, nous voulons être payés au S. M. I. C. :

— Car le fait de poursuivre pendant sept ans des études médicales sans être payés (à part l'aumône de 350 francs par mois pendant les deux dernières années), conduit à réserver la profession médicale à une élite sociale par ailleurs la plus réactionnaire sur les problèmes de santé des travailleurs (avortement, médecine du travail, origine sociale des maladies fonctionnelles) et à justifier par la suite les privilèges du corps médical (argent, prestige social...).

— Car nous refusons de cautionner par notre bénévolat le mythe traditionnel de la vocation médicale, du dévouement et du service gratuit, qui n'est en réalité pour la hiérarchie hospitalière, qu'un moyen commode pour masquer la pénurie et obtenir du personnel qu'il subisse sans se révolter des conditions de travail absolument déplorables (heures supplémentaires gratuites, bas salaires, etc.).

Par ailleurs dans notre société, tout travail fourni se doit d'être rétribué et nous ne voulons pas faire cadeau à l'Etat des observations médicales, rédactions de dossiers, des actes thérapeutiques, des gardes que nous accomplissons.

— Car enfin la nécessité de trouver du travail pour survivre entraîne de nombreux étudiants à accepter des gardes d'infirmières à n'importe quelles conditions, ce qui contribue à masquer le manque de personnel et à casser les luttes des infirmières pour la création de postes dans les services (sans pour autant diminuer leur travail vu notre manque de formation pratique).

• Nous voulons aussi avoir une formation qui mette réellement le médecin au service de la population. Ceci passe par :

— la suppression des stages non formateurs,

— la possibilité de choisir des certificats « à la carte » pour coordonner ceux-ci avec nos stages,

— la possibilité d'avoir à l'hôpital une pratique médicale effective (soins, actes thérapeutiques), ce qui n'est envisageable que dans le cas où nous sommes payés, faute de quoi notre rôle de jaune par rapport au personnel s'en trouve renforcé,

— la contestation d'un enseignement académique médical, technique et hiérarchisé dans le cadre duquel nous n'avons aucun lien réel avec les malades (ce sont les infirmières qui s'occupent de toute la surveillance des malades), aucune possibilité de comprendre les implications sociales et psychologiques de leur maladie, et qui au bout du compte, nous laisse désarmés quant à notre pratique future, curieusement aveugles en ce qui concerne les déterminants sociaux de la maladie (conditions de vie, maladies professionnelles, etc.

## POURQUOI VOULONS-NOUS NOUS SYNDIQUER ?

— Parce que nous savons très bien, l'expérience des années précédentes l'ayant prouvé, qu'il ne suffit pas de faire part de nos exigences aux autorités compétentes (mandarins, direction de l'hôpital, ministère de la santé) pour qu'elles soient satisfaites. Nous ne pourrons imposer nos revendications que dans le cadre d'une mobilisation qui bénéficie du soutien des travailleurs de l'hôpital. Pour cela, il faut que ces revendications ne contredisent pas leurs intérêts et qu'elles ne puissent être utilisées contre eux par la direction de l'hôpital : d'où la nécessité de les élaborer concrètement avec eux dans un cadre syndical.

— Parce que nous refusons la médecine qu'on veut nous faire pratiquer, c'est-à-dire une médecine complice de l'exploitation des travailleurs, dans la mesure où elle ignore et masque délibérément les causes sociales de la maladie.

Nous ne voulons plus continuer à soigner les gens sans dire que c'est la société qui les rend malades !

Contrairement à ce qu'on veut nous faire croire au nom d'un humanisme apolitique et hypocrite, la médecine n'est pas au-dessus des classes ; et dans ce cadre nous nous rangeons aux côtés des travailleurs, contre le Conseil de l'Ordre et les mandarins à la solde du patronat.

Plate-forme des étudiants hospitaliers C. F. D. T. de Rouen.

Avril 75.

*Pour tout cela, il faut :*

— Etre solidaires avec les autres travailleurs de la Santé (en particulier les Syndicats), les infirmières, sage-femmes, kinés, A. S. H., Chefs de Cliniques, Médecins Généralistes. S'engager à ne plus être des briseurs de grève dans les luttes des infirmières en jouant les bouche-trous la nuit et le matin.

— Se battre pour obtenir le statut de Travailleurs en Formation.

— Etendre notre action aux usagers de la Santé.

— Elaborer en collaboration avec les autres facultés nos revendications et nos propositions en vue du Collectif National des 28 et 29 novembre.

NOS REVENDICATIONS S'INSCRIVENT DANS UN CADRE NATIONAL ET NE PEUVENT ETRE SATISFAITES QUE PAR UNE UNION INTERSYNDICALE DE TOUTES LES PROFESSIONS CONCERNEES.

# LES MÉDECINS ET LA POLITIQUE

## L'ordre et le Chili

Le 29 octobre 1973, Lortat Jacob parlant officiellement au nom du corps médical français a publié la déclaration suivante :

— « Je ne saurais terminer cette allocution traditionnelle sans tourner mes pensées vers ces nouveaux théâtres de tueries qui viennent de s'ouvrir en raison de discordes nationales ou internationales. S'il les regrette profondément, il n'est pourtant pas du rôle du Conseil de l'Ordre des médecins français de porter une quelconque appréciation politique sur ces conflits.

« Mais consterné par ces discordes passionnées et meurtrières, comme vous-même, j'en suis sûr, je vous demande d'avoir pour nos confrères engagés dans toutes ces luttes, en tous points du globe, une pensée particulière de commisération pour ce qu'ils endurent, eux et leurs familles, tout en espérant qu'il leur sera donné de conserver l'esprit hippocratique, sachant s'élever au-dessus de tout esprit de vengeance, ou de passion politique et d'apporter aux blessés quels qu'ils soient les soins les plus généreux.

« Si les médecins ne doivent jamais admettre aucune dépendance politique par rapport au pouvoir quel qu'il soit, ils doivent quelles que soient leurs attaches politiques conserver leur indépendance morale et technique.

« Ces deux éléments font partie de la doctrine du Conseil national de l'Ordre des médecins français. Ils sont nécessaires à la pratique d'une médecine humaine... cette liberté ayant toutefois comme toute liberté d'hommes responsables, ses limites. Pour nous, ces limites coïncident avec l'intérêt des malades. »

Ce texte ne peut concerner que le Chili (septembre 1973).

Ce texte est une ignoble tartufferie qui met dans le même sac les assassins et leurs victimes.

Que s'est-il passé au Chili ?

Un gouvernement qualifié de socialiste est venu au pouvoir vers 1970. Peu après, les médecins défenseurs de la société qualifiée de libérale, se sont associés à ceux qui voulaient abattre le gouvernement légal et ont fait la grève des soins (je ne sais pas si cela « coïncide avec l'intérêt des malades » comme dit le président de l'Ordre).

Un peu plus tard, une bande de tueurs champions de la « société libérale » a pris le pouvoir. Tous les médecins qui avaient refusé la grève des soins ont été poursuivis, emprisonnés, torturés, assassinés, souvent dénoncés par leurs « confrères » (consulter *Amnesty international).* La vérité historique ne supporte aucune autre version.

Lortat Jacob devrait se taire ou appeler les médecins du monde entier à utiliser tous les moyens de pression pour faire cesser le massacre de médecins dont le seul crime était d'avoir refusé la grève politique des adversaires de l'unité populaire.

Gabriel GRANIER.

## Sur le même sujet

Le 27 mars 1974, le président du conseil de l'ordre des médecins français écrivait au président du collège des médecins du Chili et en recevait une réponse le 3 avril. Voici le texte intégral de cet échange de lettres.

« Monsieur le Président,

*Des informations de sources diverses mais concordantes dans leur ensemble, concernant nos confrères chiliens, inquiètent profondément le corps médical français.*

*En tant que Président du conseil national de l'ordre des médecins de France, je me permets de vous écrire pour vous faire part de notre émotion en apprenant que des médecins chiliens auraient été incarcérés, torturés, exécutés pour des faits dont certains relèvent sans doute du droit légitime en vigueur au Chili, mais dont d'autres ne seraient que d'avoir refusé de participer à des actions qui les auraient mis en contradiction avec les règles élémentaires admises dans tous nos pays, latins en particulier, de déontologie et d'éthique médicale.*

*Le conseil national de l'ordre des médecins de France s'est toujours refusé de prendre parti dans aucun conflit politique, quel qu'il soit ; mais s'agissant de faits contraires aux lois de l'humanité et de notre éthique commune, il s'estime autorisé à vous demander de plus amples informations sur ces faits.*

*Croyez, je vous prie, Monsieur le Président, à l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.*

P.-S. *J'ai en ma possession une liste de 90 médecins victimes de sanctions dont vingt au moins fusillés.* »

« *En réponse à votre communication n° 297-356 du 27 mars, nous devons vous dire ce qui suit : pendant le gouvernement de Salvador Allende un nombre appréciable de Chiliens se consacra à des activités extrémistes en violation ouverte avec les lois, et parmi ceux-ci on comptait un certain nombre de médecins. Le gouvernement du Président Allende renversé par le nouveau gouvernement ordonna la détention de ces éléments extrémistes ; ceux-ci ont été traduits en justice pour établir leur responsabilité et leur appliquer les peines correspondantes. Les citoyens qui au cours du procès ont prouvé leur innocence ont été mis en liberté, quelle que soit leur appartenance politique.*

*Dans le cas spécifique des médecins, ont été arrêtés ceux responsables d'avoir persécuté leurs confrères quand ils étaient au pouvoir, et d'avoir détruit les organismes de santé du pays, trans-*

*formant nos hôpitaux en places où régnaient la haine, la violence et le sectarisme, privés de médicaments et de tous les éléments minima pour travailler. Ce qui fut cause de nombreuses morts par manque de traitement adéquat.*

*Après le soulèvement militaire du 11 septembre, les délégués du Collège médical ont pu découvrir de nombreux hôpitaux clandestins, remplis de médicaments et de matériel qui auraient pu sauver beaucoup de vies s'ils avaient été disponibles dans les centres de soins.*

*Les hôpitaux clandestins, les arsenaux cachés, quelquefois au sein même des hôpitaux sont la démonstration éclatante que les autorités marxistes, avec l'aide de médecins extrémistes, se préparaient à la guerre civile.*

*Par conséquent, les médecins auxquels vous vous référez ont été traduits en justice par la justice militaire, en accord avec la Constitution et les lois chiliennes, et devront répondre des charges formulées contre eux pour les actions délictueuses précédemment signalées.*

*De plus, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous remettre la liste que vous dites posséder des 90 médecins victimes de sanction et des vingt au moins qui ont été fusillés afin d'en confirmer la véracité.* »

*Veuillez...*

*Signé :* Hugo SALVESTINI, *président,*
Osvaldo ARTOZA, *secrétaire général.*

« Je resterai en contact avec nos Confrères » ajoutait Lortat-Jacob rendant compte de cette correspondance.

Il convient de rappeler ce que sont les Confrères de Lortat-Jacob.

Le collège des médecins du Chili est l'équivalent de l'Ordre français : organisme semi-public au tableau duquel la loi 9263 de 1948 fait aux médecins obligation d'être inscrits pour pouvoir exercer leur profession. Mais la même loi, ainsi que la loi 16781 de 1968 interdit au Collège-Ordre d'organiser une grève ou d'empêcher le fonctionnement des services de santé.

Les Confrères de Lortat-Jacob, qui pas plus que l'Ordre français, ne font de politique, commencèrent, en 1970-72, par mettre tous les bâtons possibles dans les roues au travail sanitaire du gouvernement Allende. En juin 1972 ils se regroupent avec les avocats, les dentistes, ingénieurs, etc., dans la confédération des Collèges Professionnels, pour défendre en commun leurs privilèges.

Le Collège des médecins lance une première grève en octobre 1972, pour soutenir la grève des camionneurs (financée par la C. I. A.), agitant ses caducées dans la « manifestation des casseroles », abandonnant les hôpitaux y compris les soins d'ur-

gence (rappelons que 95 % des lits d'hospitalisation étaient dès avant 1970 dans les établissements publics et que 85 % des médecins chiliens travaillaient à temps plein ou partiel dans des hôpitaux publics). Cette grève ayant été un demi-échec, le Collège-Ordre organise en 1972-73 de multiples grèves locales. Il réforme ses statuts de façon à ce que les ordres de grève qu'il lance soient suivis par les médecins sous peine d'être radiés du tableau.

En août 1973, deuxième grève nationale des médecins sur des buts politiques ouvertement proclamés, et dont tous les observateurs ont souligné le rôle majeur dans la préparation du coup d'Etat du 11 septembre 1973. A cette époque, la Confédération des Collèges Professionnels — dont l'Ordre chilien est une pièce essentielle — s'unit avec le C. U. P. R. O. C. H. (Confédération unique des Professionnels du Chili, fondée le 5 mai 1971 et réunissant, friquée par la C. I. A., les capitalistes chiliens, petits et gros, dont la célèbre confédération des propriétaires de camions) pour constituer le Front National des professionnels, 114 organisations professionnelles, depuis le plus ferme soutien du régime de Pinochet, l'un des dirigeants donnait l'orientation de cet organisme : « La nécessité de ces organismes professionnels surgit avec le gouvernement de l'Union Populaire qui a forcé à la création de ce type d'organismes, qui sont des organismes de guerre, de guerre antimarxiste. Nous sommes dans un état de guerre interne, et nous avons été agressés par le régime marxiste. »

Tels sont les « Confrères » avec lesquels Lortat-Jacob partage une « éthique commune » et qui par la réponse qu'on a pu lire ci-dessus envoient sur les roses l'Ordre des médecins français et ses « lois de l'humanité ».

Sur la répression contre les médecins, le rapport à l'O. M. S. publié dans ce numéro donne l'étendue réelle (et encore, chiffres d'il y a 6 mois). Il faut d'ailleurs se demander pourquoi c'est précisément dans le domaine de la Santé (et pas seulement contre les médecins, mais contre les infirmières, assistantes sociales et autres travailleurs qui participèrent à la réforme du système de Santé) que la répression fut la plus féroce.

Imaginons en 1941 le président de l'Ordre des médecins français, alerté par le sort des médecins juifs, les rumeurs de camps de concentration, l'expérimentation humaine et les massacres pour eugénisme qu'on y pratiquait, adressant pour s'informer une lettre bien polie à ses collègues allemands de l'époque. On lui aurait de même façon, répondu rigolardement qu'il n'y avait pas de concentrations, et que de toute façon c'était bien fait pour ceux qui s'y trouvaient.

On n'a, bien sûr, pas de nouvelles de la suite de ces contacts avec les « Confrères ».

J.-P. Dio.

# Attentats contre la santé au Chili
# Présentation à l'Organisation mondiale de la santé (O. M. S.)

En 1970 le Chili vécut un des événements les plus importants de son histoire : Salvador Allende fut élu Président de la République et on mit en application un programme de gouvernement qui prétendait en finir avec la dépendance et le sous-développement du pays. Il s'agissait d'obtenir une amélioration sociale et d'intégrer les couches populaires traditionnellement maintenues en marge du gouvernement et de la société. Il s'agissait de la « voie chilienne vers le socialisme ».

Le coup d'Etat du 11 septembre 1973 interrompit violemment ce processus que le monde entier suivait avec un intérêt profond. La démocratie, l'Etat de Droit, le respect des droits et des libertés que les Chiliens avaient conquis et conservés jalousement au cours de leur histoire de pays indépendant ont été rasés par le fascisme. La terreur et la répression les plus brutales leur furent substituées. Le monde horrifié a pu voir comment étaient mis en application ces mécanismes de contrôle et de domination sociaux pires que ceux connus dans la dernière conflagration mondiale.

Durant le gouvernement du Docteur Salvador Allende, une politique de santé bien définie a été pratiquée. Elle s'accordait avec les critères les plus modernes de Santé Publique qui tendent à améliorer quantitativement et qualitativement le service de santé, à élargir l'accès à l'attention médicale à toute la population, en particulier aux couches les plus défavorisées et à incorporer activement les bénéficiaires aux actions de santé.

Le gouvernement fasciste qui s'est installé en septembre 1973 a terrassé ces principes. Une persécution implacable contre les médecins et fonctionnaires de la santé qui avaient œuvré activement pour l'application de la politique de santé du Gouvernement Populaire s'est déclenchée. On sait que 70 médecins ont été fusillés, que des centaines de médecins sont arrêtés dans des camps de concentration et que quelques milliers de fonctionnaires ont été licenciés.

Nous pensons qu'il ne faut pas cesser de dénoncer l'énorme préjudice que les régimes de terreur portent non seulement sur le plan de la santé physique des peuples avec les nombreux crimes, tortures, arrestations, mais aussi sur le plan de la santé mentale de l'ensemble de la population. Personne ne doit ignorer ce que signifie pour un peuple le fait de se voir soumis pendant plus d'un an et demi à l'Etat de Guerre Interne, au couvre-feu, aux communiqués de guerre,

à la présence constante de patrouilles militaires dans les rues, aux fusillades et meurtres sur la voie publique, aux perquisitions dans les « poblaciones » aux arrestations arbitraires, aux camps de concentration. Des milliers d'enfants assistent journalièrement à ces spectacles y compris ceux de l'arrestation et la torture de leurs propres parents. Sans doute beaucoup d'entre eux gardent-ils encore dans leur mémoire les images télévisées des militaires réjouis face aux scènes sanglantes que le putsch a provoquées.

La politique que la Junte Militaire de Gouvernement pratiquée dans le domaine de la santé consiste à considérer celle-ci comme un produit à vendre parmi tant d'autres, encadré dans le schéma de l'offre et la demande qu'elle appelle « économie sociale de marché ». D'autre part, tous les organismes qui rendaient possible la participation de la population aux programmes de santé ont été dissous depuis le premier jour de gouvernement fasciste.

Mettons en rapport ces agissements avec la Déclaration de Principes de l'Organisation Mondiale pour la Santé :

« La santé est un état de parfait bien-être physique, mental et social, elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie ou d'invalidité. »

« Avoir le meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre constitue un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa situation économique ou sociale. »

« Une opinion publique avertie et une coopération active de la part du public jouent un rôle capital dans l'amélioration de la santé des populations. »

C'est l'atteinte violente portée contre la santé du peuple chilien et la flagrante transgression des principes reconnus universellement que nous voulons dénoncer dans ces circonstances.

## I. LA POLITIQUE DE SANTE ET SON ORGANISATION

### *1. — La création du Service National de Santé.*

Jusqu'en 1952 plusieurs organisations publiques s'occupaient des solutions du problème de la santé au Chili : la « Beneficencia Publica » administrait tous les hôpitaux dont la plupart avait été construite et administrée par des organisations religieuses depuis le temps de la colonisation ; la « Direccion General de Sanidad » se chargeait notamment des problèmes du cadre de vie ; le « Département Médical de la Caisse de Sécurité sociale » qui s'occupait de façon ambulatoire des ouvriers assurés et de leurs familles ; la « Direccion de Proteccion de la Infancia y de la Adolescencia » qui remplissait des fonctions de médecine préventive auprès des mères et des enfants. Toutes ces organisations auxquelles s'ajoutaient d'autres de moindre importance avaient des budgets et des formes d'administration indépendants, les régimes de salaires et d'assurance sociale de leur per-

sonnel étaient différents, et leurs actions se superposaient ou se doublaient.

Parallèlement, il a toujours existé la médecine privée exercée dans les cabinets des médecins et dans quelques cliniques privées. Cet exercice de la médecine n'avait aucun lien avec les systèmes d'assurance sociale et n'a servi qu'aux classes sociales les plus aisées.

Pendant le Gouvernement du Front Populaire (1938-1941), le Ministre de la Santé d'alors, le Docteur Salvador Allende, présenta au Parlement un projet de loi dans le but de fusionner toutes les institutions publiques de santé et de créer ainsi le Service National de Santé ; ce projet a été bloqué pendant dix ans dans le Parlement à cause des objections présentées notamment par le Corps Médical. Pour que ce projet fût voté, il fallut au préalable une loi. Cette loi créait l'Ordre des Médecins du Chili qui, en dehors des dispositions propres à tous les ordres professionnels, établissait les procédures pour défendre les prérogatives des médecins dans tous les domaines et particulièrement dans le domaine économique. C'est ainsi qu'en 1952 a été votée la loi 10.388 qui donnait naissance au Service National de Santé (S. N. S.) et au Service de la Sécurité sociale.

La conception et la préparation du projet de création du S. N. S. avaient été confiées à un groupe de médecins formés dans l'Ecole de Salubrité de l'Université du Chili, dans son genre l'école la plus réputée d'Amérique Latine.

Bien que, théoriquement le S. N. S. fût conçu pour offrir un Service capable de veiller sur la Santé de la majorité de la population, les problèmes de financement limitèrent, au début, ses activités.

La Loi de 1952 plaçait donc sous l'égide du S. N. S. les activités de protection de la Santé de tous les Chiliens et le traitement des travailleurs et de leurs familles bénéficiaires du Service de la Sécurité sociale, ainsi que de celle des gens sans ressources. Cette loi prévoyait aussi la possibilité d'incorporer d'autres couches sociales selon les possibilités de financement.

D'autre part, a été votée la loi dite de Médecin Fonctionnaire qui comprenait aussi les dentistes et les pharmaciens ; elle établissait les conditions d'engagement de ces professionnels dans les services publics et leurs compatibilités avec les dispositions des ordres professionnels.

Le Service National de Santé engagea comme fonctionnaires un nombre toujours croissant de professionnels de la santé. Les médecins partageaient de la sorte leurs activités entre la médecine « fonctionnaire » et la médecine privée. D'autre part le S. N. S. passa des accords avec les Universités de façon à transformer la presque totalité des hôpitaux, tout au moins dans les grandes villes, en centres universitaires, d'enseignement et d'assistance. Ces accords furent importants pour le développement de la médecine chilienne du fait qu'ils ont motivé les professionnels pour consacrer une partie de leur temps au travail dans les hôpitaux où ils ont pu relier la recherche et les activités d'enseignant à la pratique de la médecine.

Il faut préciser cependant que cette forme d'organisation de la médecine a été source de difficultés à cause des orientations différentes données à l'exercice de la médecine, d'une part par l'Université qui

offre une formation trop académique et d'autre part par le Service National de Santé qui a besoin de professionnels intéressés aux problèmes réels de la santé de la population.

Une des difficultés majeures qui ont entravé le bon fonctionnement du S. N. S. réside dans le déséquilibre du financement de ses activités. Malgré cela au bout de quelques années le S. N. S. pouvait se compter parmi les exemples de médecine unifiée et intégrée du monde.

Pour pouvoir réaliser sa tâche le S. N. S. compta, du point de vue de son infrastructure, avec tous les hôpitaux de l' « ex-Beneficencia Publica », c'est-à-dire avec 95 % des lits d'hôpitaux du pays et avec les dispensaires de l' « ex-Caja de Seguro Obrero Obligatorio ».

Dans le but d'en rationaliser et décentraliser l'administration le pays fut divisé en 13 zones de santé et chaque zone en Aire de Santé, l'unité de base d'action étant l'Aire de Santé. Au niveau de la zone étaient dévolues les fonctions de coordination, de contrôle et d'assistance technique.

A un niveau supérieur se trouvait la Direction Générale qui avait pour mission la fixation d'une politique de santé pour le service en accord avec la politique gouvernementale fixée par le Ministre de la Santé.

La Direction Générale comptait un Département technique et un Département Administratif chacun comptant à son tour plusieurs sous-départements qui se chargeaient des aspects spécifiques du fonctionnement et de l'assistance au niveau national.

L'unité de base des activités du S. N. S., l'Aire de Santé, était définie dans les règlements des organismes de santé comme « le territoire géographique où le ou les établissements du S. N. S. exerçaient de façon intégrée des activités de protection de la santé auprès des habitants et de leur cadre de vie ». Dans chaque Aire un « Hôpital-Base » a été désigné dont le médecin-directeur dirigeait aussi ladite Aire de Santé. Il était responsable de la réalisation de tous les programmes du service ainsi que de l'administration et de l' « Hôpital-Base » et des dispensaires périphériques existants à partir desquels ces programmes étaient mis en application.

Traditionnellement les programmes du S. N. S. ont été les suivants :

— Infantile.
— Maternel.
— Du Service Médical pour Adultes.
— D'odontologie.
— De Dermatologie.
— D'Hygiène du cadre de vie.
— De Médecine du Travail.

Vers 1967, on commença à instaurer dans le S. N. S. le système de planification du budget par programme, ce qui permettait d'orienter de façon plus rationnelle les ressources vers les problèmes qui nuisaient plus sérieusement à la santé de la population.

Depuis sa création, tous les services que le S. N. S. offrait étaient gratuits pour les bénéficiaires du Service de la Sécurité sociale et pour les sans-ressources. Seuls les non-bénéficiaires devaient les payer au niveau de la médecine des soins.

Le développement accéléré des couches moyennes au Chili posa très tôt le problème de la médecine curative pour les employés des secteurs public et privé dont le système d'assurance différent de celui offert par le Service de la Sécurité sociale ne comprenait pas ce type de service.

Dans les faits, depuis la création du S. N. S. la plupart des employés avait eu recours à ses services moyennant le paiement d'une certaine somme ou en prouvant la modicité de leurs ressources, tandis que les employés aux revenus plus importants avaient recours directement à la médecine privée. Cette situation anormale fut discutée au Parlement en 1969, sous le gouvernement du Président Frei ; la loi de Médecine Curative pour les Employés fut votée, elle créait un système parallèle de services médicaux au lieu d'incorporer le secteur des employés au système du S. N. S.

Cette loi entraîna un retard dans la socialisation de la médecine au Chili car selon ce nouveau système, encouragé principalement par l'Ordre des Médecins, chaque malade payait directement le service reçu et ensuite était remboursé mais partiellement. Ce procédé fut élargi à tout le système hospitalier, ce qui fut à l'origine d'une ambiance de discrimination entre ouvriers et employés. D'ailleurs les employés subissaient à leur tour une discrimination par rapport au client « particulier », qui payait une somme plus élevée dans les cabinets privés des médecins.

Depuis la création du S. N. S. et des différents systèmes d'assurance sociale, l'Etat chilien a considéré comme une de ses obligations primordiales le souci de la prévention, protection et éducation pour la santé de la population. Ces principes qui correspondaient au développement démocratique de la société chilienne ont connu leur réalisation intégrale pendant le gouvernement du Docteur Salvador Allende.

*2. — La Santé pendant le gouvernement du Docteur Salvador Allende.*

Le nouveau gouvernement avait fixé clairement une doctrine et une politique de la santé. Le Président Allende disait textuellement dans son message au Parlement :

« ... dans le cadre d'un processus de transformations révolutionnaires des structures sociales de notre pays et d'édification de nouvelles formes de rapports pour définir dynamiquement de nouveaux objectifs et modèles culturels, la santé apparaît comme un droit inaliénable de l'homme et sa pleine réalisation est un devoir de l'Etat. »

« Nous avons dit que c'est un devoir de l'Etat de produire les changements révolutionnaires dans le Service de Santé qui permettront de briser les vieux moules qui ont empêché et empêchent le développement d'une médecine égalitaire, efficace, continue et suffisante. »

« Bref, notre mandat populaire nous impose la tâche de faire en sorte que le droit à la santé devienne une réalité, en dehors de toute discrimination. »

Les problèmes de santé les plus importants auxquels le S. N. S. (Service National de la Santé) s'est heurté sont : le taux élevé de

mortalité infantile, qui atteignait en 1970 80 ‰ des enfants de moins d'un an nés vivants, ainsi que la dénutrition, le pourcentage réduit des grossesses, accouchements, postpartum suivis médicalement, les maladies contagieuses et l'alcoolisme, conséquences des mauvaises conditions économiques, sociales et culturelles de la majorité de la population et des insuffisances des systèmes de médecine préventive et curative.

La politique mise en pratique a envisagé comme prioritaires les actions de préservation et de protection de la santé, l'Education sanitaire et le renforcement des activités des centres de soins des quartiers populaires et des services ruraux d'urgences.

Il a fallu développer l'action du S. N. S. là où habitaient les secteurs majoritaires : les grandes concentrations urbaines et la campagne, en encourageant la participation de la population. On envisageait, à plus longue échéance, la création d'un Service Unique de la Santé qui regrouperait toutes les activités en une seule institution d'Etat, sans supprimer l'exercice privé de la Médecine.

Cette politique sanitaire s'est traduite par un nouveau système de planification qui s'attaquait en priorité aux problèmes portant atteinte à la santé des groupes majoritaires, c'est-à-dire des secteurs de la population au plus fort risque de morbidité et de mortalité.

Il a fallu créer de nouveaux programmes, concernant :

— le développement socio-culturel,
— la Santé mentale,
— l'alcoolisme.

Les efforts ont porté en plus sur la construction et l'aménagement de nouveaux centres de soins et d'urgences ruraux, de recrutement d'un plus grand nombre de professionnels, un large programme de distribution de lait à tous les enfants de moins de 15 ans et aux mères et, enfin, sur ce qu'on a appelé la « Démocratisation du S. N. S. ».

Un décret du Ministère de la Santé a établi les procédures permettant l'incorporation de la population aux programmes de santé. Cette intégration se réalisait à travers les Conseils Locaux Paritaires de Santé qui fonctionnaient aussi bien au niveau de chaque centre de soins que dans les hôpitaux, constituant la base de chaque aire de Santé.

Ces Conseils, composés de représentants du quartier, de travailleurs de la santé et des membres de la Direction du S. N. S. respectifs, avaient pour fonction d'assister la gestion du service. Par leur intermédiaire, on rassemblait et on recoupait les informations provenant des habitants du quartier, et des fonctionnaires. En outre, on y informait sur les programmes du Service et on y discutait le mode de participation des habitants et des travailleurs de la santé à la mise en application.

Grâce à cette intégration on avait réussi à mener à bien d'importantes campagnes pour combattre les problèmes de santé les plus fréquents : campagnes contre la diarrhée infantile en été, contre la bronchopneumonie en hiver, campagnes de vaccination massive, etc. Dans certaines aires on avait commencé la formation de groupes de Volontaires de Brigades de Santé : il s'agissait d'habitants qui,

ayant suivi un entraînement sous la direction de fonctionnaires du Service, accomplissaient certaines tâches de préservation de la santé et d'éducation sanitaire, à l'intérieur de leur propre communauté.

Toutes ces mesures entraînèrent, en trois ans, une prise de conscience de la population par rapport aux problèmes de santé et une amélioration des indices du niveau de santé. C'est ainsi que le taux de mortalité infantile descendait à 65,3 ‰ en 1973.

Une première étape vers l'unification des Services de Santé fut l'accord entre le Service Médical National des employés et le S. N. S. En plus, on modifia certaines dispositions des accords avec les Universités, toujours dans le même but.

Les Universités, notamment la Faculté de Médecine de l'Université du Chili, prirent d'importantes initiatives destinées à résoudre les problèmes de santé, à créer une conscience médico-sociale chez les étudiants et à former le type de médecins dont le Chili avait réellement besoin.

C'est ainsi que les inscriptions en première année à l'Ecole de Médecine de l'Université du Chili a atteint 800 étudiants, contre 350 en 1968. D'autre part, on a intégré les étudiants au travail médical selon leurs capacités techniques dans le cadre des programmes spécifiques du S. N. S. dans une période de déficit aigu de médecins.

Les Ordres professionnels, en particulier l'Ordre des Médecins, refusèrent leur collaboration à la politique de santé du gouvernement du Docteur Allende.

Le corps médical, par l'intermédiaire de la loi du Médecin Fonctionnaire et du S. N. S., s'était engagé envers la société chilienne et ses gouvernements à contribuer à l'amélioration du niveau de santé de la population. Pour défendre ses privilèges sociaux et suivant des considérations idéologiques partisanes, la Direction de l'Ordre des médecins, sous le gouvernement du Président Allende, s'est opposée à la réalisation des nouveaux plans proposés, pourtant en accord avec les principes légaux existants au Chili. Bien des médecins, imbus des directives de l'Ordre, se sont refusés à travailler dans les centres de soins des quartiers et se sont bornés à leur travail traditionnel dans les hôpitaux. Seul un secteur de médecins conscients de leurs devoirs sociaux, ont réussi à remporter les importants succès de santé publique obtenus en 1970-1973.

La Direction de l'Ordre des médecins a participé publiquement et notoirement à la préparation du putsch du 11 septembre. Pendant la dernière année du gouvernement du Président Allende, elle n'a pas hésité à entrer franchement dans l'arène politique, fait insolite dans l'histoire du Chili. C'est ainsi qu'elle a organisé deux grèves pour appuyer les corporations de camionneurs, commerçants, chauffeurs de taxis, d'autobus et de quelques entrepreneurs, allant même jusqu'à exiger la démission du Président de la République.

Après le renversement du gouvernement légal du Chili, l'Ordre des médecins, laissant de côté tous ses principes déontologiques, a contribué ouvertement à la répression instaurée par le fascisme. La Direction de l'Ordre des médecins a participé activement à la dénonciation de tous les médecins partisans de la politique de santé du Président

Allende. Elle a permis que le recrutement par le S. N. S. de personnel médical et paramédical se fasse selon les antécédents idéologiques des candidats.

L'Ordre des Médecins n'a pas accordé l'aide requise par les familles des médecins « disparus » ou prisonniers, reniant de la sorte ses devoirs de défense et de protection de la vie et des droits civils de ses membres, transgressant ainsi non seulement la loi qui lui a donné naissance, mais aussi les principes de la Convention de Genève.

Nombreux sont les médecins qui sont allés jusqu'à mettre au service de la torture et de l'assassinat des prisonniers de la Junte militaire la science qu'ils avaient apprise pour contribuer à la santé.

## II. ATTEINTES CONTRE LA SANTE AU CHILI

### *1. — Violations des droits de l'homme. Situation des médecins et personnels paramédicaux.*

Nous n'essaierons pas d'établir ici à nouveau que la Junte militaire qui gouverne le Chili a violé et continue à violer les droits de l'homme. Ces violations ont été prouvées et condamnées par les commissions concernées des Nations unies et par toutes les organisations internationales.

Mais il ne s'agit pas seulement de violations de la Déclaration des Droits de l'Homme. La Convention de Genève stipule clairement que, même en cas de guerre, les personnels de la santé en fonction doivent être laissés en dehors du conflit. Et il ne peut pas en être autrement : l'homme se distingue des êtres irrationnels, entre autres choses, parce qu'il participe à la douleur de ses semblables, et c'est pourquoi il protège et respecte ceux qui ont pour mission de soulager la douleur. Et pourtant, au Chili, depuis le 11 septembre 1973, on s'est acharné à poursuivre particulièrement les médecins, les techniciens et les travailleurs de la santé. Tous les hôpitaux du pays, tous les centres d'urgences, toutes les consultations, tous les établissements de soins ont été investis par l'armée. Ce fait aurait suffi pour justifier une protestation de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Nous pourrions citer les noms, accompagnés de leurs titres et distinctions professionnelles, de 70 médecins fusillés sans jugement ou morts des suites de leurs tortures. Mentionnons seulement Enrique Paris, médecin psychiatre, assesseur du Président de la République ; le Docteur Absalon Wegner, responsable de la zone de Santé de San Felipe ; Hernan Henriquez, responsable de la zone de Santé de Temuco, fusillés sans jugement ; Gorge Jordan, médecin généraliste de la ville d'Ovalle.

Nous pourrions citer les médecins arrêtés à leur travail, torturés sauvagement et qui se trouvent encore en prison sans avoir été jugés et sans être passibles d'aucune autre accusation que celle d'avoir été des sympathisants du gouvernement du Docteur Salvador Allende. Qu'il suffise de dire que plus de 300 médecins ont séjourné dans les camps de concentration de la junte militaire.

Nous pourrions nommer un par un les médecins qui ont été expulsés du pays, obligés de s'exiler, ou qui ont dû quitter le Chili à cause des persécutions constantes auxquelles ils furent soumis. Citons seulement le Docteur Alfonso Asenjo, neurochirurgien connu, le Dr Alfredo Jadresic, endrocrinologue, ex-doyen de la Faculté de Médecine de l'Université du Chili.

Il est possible d'affirmer avec exactitude que plus de 12 % des médecins du Chili ont été contraints de quitter le pays, alors que le Chili a toujours souffert d'un déficit en médecins appréciable.

La haine et les persécutions se sont déchaînées également sur les personnels para-médicaux, d'infirmerie et des services de santé. 8 000 d'entre eux ont été arrêtés, torturés et expulsés de leur travail. Beaucoup sont morts. Beaucoup « ont disparu », selon les autorités. La persécution continue. Personne ne peut travailler dans le secteur de la Santé aujourd'hui au Chili sans avoir signé un formulaire où, sous la foi du serment et devant témoins, il déclare ne pas avoir d'idées ni de sympathies politiques appartenant à aucune autre doctrine que celle qu'impose la junte militaire.

Ceci dépeint la situation de la santé aujourd'hui au Chili, très différente de celle qu'on connaissait avant le 11 septembre 1973.

### 2. — *La politique de Santé de la Junte fasciste chilienne. « Economie sociale de marché. »*

La Junte Militaire a pratiqué une politique économique d'après un modèle appelé « économie sociale de marché ». Ce modèle implique, entre autres, qu'il doit s'établir la liberté des prix la plus étendue dans le marché des biens et services, que les activités devront être dans leur totalité dans le secteur privé et par conséquent, que l'activité de l'Etat doit se réduire au strict minimum. Si un tel modèle pouvait s'établir dans la réalité, les économistes qui le soutiennent affirment qu'il se produirait spontanément une allocation optimale des ressources qui combine l'efficience productive avec le maximum de bien-être social. Dans ce cadre, il est évident que la rentabilité financière privée devient le principal moteur des activités, de sorte que si un secteur donné n'offre pas d'opportunités de profit, il n'y aura pas d'investissement de capitaux et le secteur ne se développera pas.

La liberté des prix deviendra possible seulement si l'on élimine les pratiques monopolistes. En particulier, la discussion des traitements et salaires à partir des syndicats est considérée comme une pratique monopoliste dans le marché du travail, de même que les lois de protection du travail qui abritent les travailleurs contre l'arbitraire introduisent des « imperfections » dans la mobilité de la main-d'œuvre. Les fixations des honoraires médicaux de la part de l'Etat ou du Conseil de l'Ordre des Médecins sont un exemple de l'introduction de pratiques monopolistes dans le marché des services médicaux [1].

1. Avant le coup d'Etat les indemnités hospitalières et les honoraires des médecins étaient fixés par accord entre l'Etat et l'Ordre chilien des médecins

Ce modèle a été imposé par la Junte à l'échelle nationale sous la violence qui est connue de tous. Les violations répétées des Droits de l'Homme, des droits syndicaux et démocratiques ont été dénoncées dans les différents organismes du système des Nations unies. Il doit être établi que les faits dénoncés ne correspondent pas à une quelconque situation aiguë, ils sont inséparables de la conception sociale de la Junte fasciste chilienne et par conséquent, ils continueront à exister pendant le temps qu'une telle conception prévaudra.

La politique de l'économie sociale de marché a conduit au Chili à la pire crise économique de son histoire : l'inflation et le chômage ont atteint de tels niveaux que le Chili se trouve actuellement en tête des statistiques mondiales dans ces domaines. Par exemple, l'inflation a été de 42,2 % pendant les 2 mois de janvier et février 1975.

D'après les déclarations du Ministre de la Santé, Général de Brigade de l'Air (en retraite) Herrera, la politique de Santé sera subordonnée à cette « économie sociale de marché ». En effet, dans une interview de presse, le Ministre signale que 1) l'Etat reconnaît que la Santé est un droit inaliénable des personnes et qu'il a l'obligation de la leur assurer ; 2) la gratuité des services doit disparaître et l'on devra établir un système de paiements selon les revenus réels ; 3) la médecine devra rentrer dans le système de libre marché à l'aide du libre choix des médecins et de la concurrence entre les entreprises de santé ; 4) un système national de Services de santé sera établi [2].

Le cadre actuel de la situation économique au Chili permet d'affirmer qu'il existe incompatibilité totale entre la première supposition du Ministre et les affirmations suivantes. En effet, la destruction de la médecine planifiée et son passage au secteur privé, avec la fin du système des tarifs des honoraires médicaux qui s'en suivra, amènera dans le cas du Chili à un renchérissement considérable du service médical de sorte qu'il sera accessible seulement à des minorités possédant de grosses ressources. La brutale régression du nombre de médecins par habitant qui a été provoquée par la Junte, le manque traditionnel d'initiatives de la part du secteur privé au Chili auront pour résultat, si la médecine est abandonnée aux lois du marché et du profit, de faire reculer la situation des services médicaux au Chili au niveau du siècle dernier.

Selon la revue « Mensaje », publiée au Chili en décembre 1974, on estime à un minimum de 50 % la baisse du pouvoir d'achat des salaires dans la période de septembre 1973 à septembre 1974. Dans ces conditions il est évident que la masse des travailleurs sera incapable de payer sa demande de services médicaux surtout face à la hausse des prix de ce service provoquée par la Junte. La nécessité de services de santé n'a pas disparu, au contraire la tendance régressive s'approfondissant comme il est montré par les multiples indicateurs sur la dénutrition et la mortalité infantile ; mais l' « économie sociale de marché » indique que si la demande monétaire n'existe pas c'est parce que la nécessité n'existe pas. Il est alors grotesque de se vanter,

(Colegio-Medico) de façon comparable à notre convention (N. D. L. R.).

2. Autrement dit une vague coordination entre les entreprises sanitaires concurrentielles (N. D. L. R.).

comme le fait le Directeur du S. N. S., Dr Arriagade, de l'excédent budgétaire de 20 millions de dollars obtenu par le S. N. S. à l'exercice de 1974. Il est vrai que cette prouesse est en conformité avec la logique de l' « économie sociale de marché », c'est-à-dire réduire au maximum possible l'activité de l'Etat et considérer la santé publique comme une affaire. Cet excédent a été obtenu grâce aux licenciements arbitraires de milliers de fonctionnaires, beaucoup d'entre eux sans compensation légale. Selon le journal chilien *El Mercurio* du 8 décembre 1974, la dépense fiscale programmée pour 1975 sera le 75 % du niveau actuel (ce qui en termes réels sera encore moindre du fait de l'énorme inflation). Il est dit que les niveaux des activités seront maintenus dans les travaux publics et bâtiment et que les ministères de l'Equipement, Santé et Education seront privilégiés. Néanmoins, le 15 décembre 1974, le même journal indique le tableau statistique des 47 198 fonctionnaires qui seront licenciés d'ici à la fin 1975, le quota le plus élevé correspondant au Ministère de la Santé avec 7 698 fonctionnaires.

Par ailleurs, la Direction du Service National de Santé a diminué ses dépenses grâce à la suppression du programme de lait, à l'élimination des polycliniques périphériques, à la fermeture des services complets dans certains hôpitaux. Elle a obtenu des ressources supplémentaires du fait de la hausse des prix des services des hôpitaux, du passage progressif des hôpitaux de propriété de l'Etat au secteur privé par la voie de baux. Les ressources ainsi dégagées n'ont point pour objet l'accroissement de la capacité installée par la voie d'investissements dans des nouveaux hôpitaux car un des postes les plus excédentaires est précisément le budget en capital non investi, ce qui est confirmé par les déclarations du Directeur Général de la Société de Construction des Hôpitaux.

Le passage au privé de la médecine au Chili et la destruction de la médecine socialisée est en train d'aggraver rapidement la situation de santé du peuple chilien, tout spécialement de ses couches les plus défavorisées. Sans doute, la Junte militaire espère que les organisations internationales lui octroyent des crédits pour combler les vides que sa politique est en train de créer dans le domaine de la santé. On peut supposer toutefois que cette prétention sera difficilement cautionnée car ces organisations ne pensent pas appuyer une politique contraire à ces principes.

Les catégories sociales à bas revenus, que la politique économique de la Junte grossira par des couches de plus en plus vastes, verront annulées leurs possibilités d'accès aux services médicaux. Ainsi, l'immense majorité de la population chilienne se trouvera soumise à un recul de plusieurs décennies dans le domaine de la Santé.

### *3. — Niveau de Santé. Analyse des indices.*

Pendant la période 1970-1973, on a commencé à travailler en matière de santé selon un critère épidémiologique, c'est-à-dire en concentrant les efforts et les initiatives vers la réduction des causes prédominantes de mortalité. L'accent a été mis sur la santé maternelle

et infantile, la médecine du travail et l'hygiène du milieu environnant.

La destruction systématique, en quinze mois de gouvernement de la junte militaire, des progrès de santé publique qui représentaient vingt et une années d'efforts du peuple et des gouvernements constitutionnels du Chili, constitue un attentat aux principes essentiels de l'O. M. S., et elle signifie un gaspillage des ressources économiques et humaines que l'O. M. S. et d'autres organisations internationales ont apporté dans le but primordial de contribuer à l'amélioration du niveau de vie du peuple chilien.

Cette politique de la junte militaire a été dénoncée au Chili par ceux qui peuvent encore faire entendre leur voix dans un pays soumis à la censure la plus stricte. C'est pourquoi les Eglises chiliennes ont dû intervenir pour demander au gouvernement actuel la cessation de ses pratiques antihumanitaires.

Citons ici les paroles de l'évêque auxiliaire de Santiago, Fernando Ariztia lors de son message de Noël en décembre 1974 :

« Mais que faire de cette masse d'enfants qui pleurent et qui dorment mal parce qu'ils ont faim ? Il y en a qui pensent que nous ne voyons que des visions et des fantômes. Mais nous pouvons les informer que les dernières statistiques des quartiers populaires de Barrancas Norte, dans le secteur nord de Santiago (El Montijo, Violeta Parra, Herminda de la Victoria, 4 de Octubre et d'autres) révèlent que le tiers des enfants de moins de six ans, 33,17 % exactement (soit un total de 2 275 sur 7 584 enfants) se trouve *en état de dénutrition*. Nous connaissons les conséquences futures de cette situation » (pendant le gouvernement du Docteur Allende, dans ces mêmes secteurs, il n'y avait que 11 % environ d'enfants sous-alimentés ; autrement dit, en quinze mois, le pourcentage a triplé).

### *3.1. — La santé de la mère et de l'enfant.*

Le Chili a toujours effectué très rigoureusement ses statistiques. En 1970, il y avait un taux de mortalité infantile de 79,3 ‰. Le développement d'un large programme de contrôle, prévention et traitement des causes fondamentales de cette mortalité élevée (maladies respiratoires et diarrhées aiguës) a permis de réduire ce taux à 65,3 ‰ en 1973, c'est-à-dire une diminution de 17,6 %, indice difficile à atteindre en trois ans de temps. Des évaluations récentes de la C. E. P. A. L., publiées par le journal *El Mercurio* de Santiago du Chili, le 28 février de cette année, révèlent pour 1975 un taux de 77,3 ‰, autrement dit un indice semblable à celui de 1969, ce qui signifie une augmentation de 18 % de la mortalité infantile. Ces statistiques sont confirmées par d'autres indices révélant la crise économique dans laquelle la société chilienne a été entraînée : la Banque Mondiale estime que le taux d'inflation a atteint 600 % en 1974 et que le chômage oscille entre 15 et 20 % suivant les zones du pays ; tout cela a signifié une diminution de 60 % du pouvoir d'achat des salariés pour la période janvier 1974-janvier 1975.

L'église catholique chilienne a dénoncé ces faits ; d'après elle, on

commet actuellement au Chili « un génocide latent » (Rapport économique de l'Eglise catholique du Chili, février 1975).

Par suite de la politique d' « économie sociale de marché » appliquée par la junte militaire chilienne, la santé de la mère et de l'enfant s'est détériorée davantage par la disparition absolue des programmes de nutrition, aussi bien en ce qui concerne la formation de spécialistes dans ce domaine que la distribution gratuite d'un demi-litre de lait par jour à tous les enfants entre 0 et 14 ans.

Les programmes de nutrition et la formation du personnel nécessaire à leur réalisation correspondaient à un programme soutenu par l'O. M. S. au Chili, en vertu duquel cette organisation a remis 45 637 dollars à la junte militaire en 1974.

En ce qui concerne le programme de lait, il s'est vu réduit à des politiques rétrogrades pour la santé de la mère et de l'enfant au Chili : on est revenu à d'anciennes pratiques de discrimination des enfants, soit selon leur âge, la région où ils habitent ou leur condition sociale, ce qui n'est pas fondé sur des critères scientifiques. Plus grave encore est le retour en arrière par rapport aux progrès du programme de lait, qui avait amélioré en quantité et en qualité l'état nutritionnel des enfants chiliens, en quintuplant la quantité de lait distribuée, ce qui fournissait 70 % de calories d'origine protéinique aux enfants de moins de deux ans.

Il faudrait y ajouter le témoignage d'innombrables pédiatres chiliens qui signalent la réapparition des cas de dénutrition grave, proches de la cachexie, qui il y a deux ou trois ans avaient pratiquement disparu des hôpitaux pour enfants.

L'O. M. S. peut-elle tolérer cela, si elle est conséquente avec ses principes ?

### *3.2. — Le truquage des statistiques de santé et de mortalité générale.*

Il faut rappeler aujourd'hui que le Chili possédait une infrastructure qui permettait de publier des statistiques périodiques et d'une certitude absolue. Les autorités actuelles, ou bien ne les publient pas, ou bien les publient truquées de façon évidente.

C'est particulièrement clair pour le taux de mortalité générale correspondant à 1973 publié par le S. N. S. en avril 1974.

Jusqu'en 1973, le Chili présentait un total de décès oscillant, en chiffres absolus, entre 83 000 et 88 000 décès pour 1972, avec une oscillation annuelle entre 1 500 et 2 000 pour causes naturelles et pour « Accidents, empoisonnements et violences ». Curieusement, les chiffres publiés par le S. N. S. pour 1973 signalent 82 900 décès (6 000 de moins qu'en 1972) et une diminution du taux de 8,8 ‰ en 1972 à 8 ‰ en 1973.

Sans aucun doute, ces chiffres ont été truqués pour masquer les morts des tragiques événements qui ont commencé le 11 septembre 1973. Ces données n'incluent même pas les 4 000 morts déclarés par la junte fin 1973, moins encore les chiffres officieusement reconnus à la télévision chilienne par un représentant de la junte militaire, qui a dit qu'il y aurait 50 000 morts.

La junte n'a pas non plus tenu compte des chiffres publiés par la Croix Rouge Internationale. Cette organisation déclare qu'au Chili le renversement du gouvernement constitutionnel du Président Allende aurait produit la mort de 80 000 personnes. On n'a pas non plus pris en considération les rapports d'autres organisations mondiales telles qu'Amnesty International.

*3.3. — La morbidité. — Réduction des moyens de la santé publique et faiblesses dans l'administration des services de santé.*

Le S. N. S., dès sa création, a eu la responsabilité médicale de 70 % de la population chilienne. Entre 1970 et 1973, sans avoir bénéficié d'une augmentation significative de ses ressources humaines, il a réussi à élever le taux total de consultations de 10 millions à 13 millions.

Depuis le putsch, le S. N. S. a subi une réduction progressive qui se traduit par une diminution de 25 % du total d'heures médicales par jour, par la fermeture de nombreux centres de soins et de petits hôpitaux dans les zones rurales. Il faut noter en plus :

— une diminution dramatique des soins dans les centres de soins du S. N. S., dans lesquels on arrive à refuser jusqu'à 40 à 60 % de la demande dans certains secteurs de Santiago (voir revue « Qué pasa », n° 198, page 32) ;

— une réduction de 1 000 lits sur le total du S. N. S. en douze mois (voir Annexe bulletin S. N. S. 1974) ;

— l'émigration ou l'expulsion de leur poste des spécialistes de la Santé Publique ;

— l'expulsion de leur poste d'environ 40 % des psychiatres. Résultat : 4 des 6 services de psychiatrie en province sont paralysés ;

— en neurochirurgie, spécialité dont la formation a un coût très élevé, plus de la moitié des spécialistes ont été contraints de quitter les services hospitaliers.

Ces faits montrent comment l'infrastructure du pays, ainsi que les ressources humaines, ont été annihilées en peu de temps.

En ce qui concerne le manque chronique de médecins, l'un des problèmes les plus aigus du Tiers Monde, la solution adoptée est significative.

En 1973 il y avait 6 600 médecins pour une population de 10 millions d'habitants. Lors du coup d'Etat, 70 médecins ont été assassinés, ce qui représente 1 % du total des médecins. Ce fait, reconnu par de nombreux organismes internationaux, équivaudrait à l'assassinat de 600 médecins dans un pays comme la France.

Les autorités de l'Ordre des médecins reconnaissent en mars 1975 que 800 médecins ont dû quitter le pays à cause du coup d'Etat. 300 médecins sont prisonniers au Chili, ou n'ont plus le droit d'exercer leur profession.

La C. E. P. A. L. estime qu'en 1975 il y au Chili 5 médecins pour 10 000 habitants c'est-à-dire un total de 5 000 pour tout le pays ; ces chiffres s'accordent avec les accusations que nous faisons.

Curieusement, les autorités actuelles du S. N. S. sont fières d'avoir épargné 20 millions de dollars en 1974, ce qui correspond à l'application d'une politique de santé qui prétend en finir avec le principe qui guidait l'Etat chilien auparavant : prendre en charge la santé de toute la population. La doctrine actuelle a marqué l'anéantissement du S. N. S. en tant que structure capable d'appliquer ce principe.

Bien que les chiffres montrent une régression incontestable dans l'état de la santé au Chili selon les critères de l'O. M. S., la junte militaire ne s'en soucie pas, elle accentue même cette orientation.

Pour des raisons budgétaires, le S. N. S. réduira l'engagement de personnel en 1975 à 30 % du total des promotions des professions de la Santé : on engage les nouveaux diplômés dans les proportions suivantes : 31 % des médecins, 16 % des dentistes, 23 % des pharmaciens, 30 % des infirmières, 40 % des sages-femmes, 20 % des techniciens médicaux, 26 % des diététiciennes et 25 % des kinésithérapeutes, c'est-à-dire 485 sur 1 500.

Des informations parues dans des journaux chiliens ces derniers mois mettent en évidence les déficiences des Services d'urgence de Santiago, autrefois considérés comme l'un des meilleurs de l'Amérique du Sud (Annexe 2, Doc. 10-1). Dans un service où il existait onze médecins, il n'en existe que quatre ; on ne peut opérer qu'un petit nombre de patients par rapport aux demandes. Dans cette même presse il est dit que le budget total du Service d'Urgence a été réduit en 1975 à 17 millions d'escudos, alors qu'en 1974 il était de 20 millions. Ceci sans considérer le taux d'inflation réel de 600 % quoique la Junte n'ait déclaré que 350 %.

Après avoir analysé ces chiffres, il est facile de mesurer les conséquences du prétendu financement du Service National de la Santé sur les vies humaines ainsi que celles d'une politique de santé résolument aveugle et parmi les plus rétrogrades du monde.

### 4. — *Réduction dans les Programmes de Formation du Personnel de Santé et Professeurs de Sciences Basiques.*

Depuis 1968, année de la Réforme Universitaire, la Faculté de Médecine de l'Université du Chili suivie par celles d'autres universités, augmentèrent considérablement le nombre de places destinées aux carrières médicales et paramédicales, particulièrement celles de médecin et d'infirmière. Parallèlement, on diversifia l'enseignement en l'étendant en dehors des hôpitaux à travers l'organisation de programmes dans les zones rurales. Tout ceci fut fait en accord étroit avec le Service National de Santé.

Après le coup d'état, de nombreux étudiants des carrières de la santé ont été rayés des registres des universités (d'après la C. L. A. C. S. O., en mars 1974 on aurait expulsé des facultés de Médecine, de Chimie et d'Odontologie de l'Université du Chili, à Santiago, un total de 1 181 étudiants) (Annexe 2, Doc. 21). Les nouvelles autorités continuent cette politique de répression. En octobre 1974, la 4e année de Médecine de l'Université de Concepcion fut entièrement dissoute.

Quant aux professeurs des carrières médicales et paramédicales, un pourcentage important a été destitué. Ce pourcentage atteint 70 % dans certaines spécialités, comme c'est le cas pour la Santé Publique et la Psychiatrie.

Le Département de Santé Publique et de Médecine Sociale de l'Université du Chili, créé en 1945, a été pratiquement démantelé : 70 % des membres du corps enseignant et technique ont été expulsés. Beaucoup d'entre eux ont été ou sont encore incarcérés. C'est le cas du Directeur de ce Département, le professeur Hugo Behm qui, détenu depuis juillet 1974 dans le camp de concentration de « Ritoque », est soumis à de violentes tortures sans qu'on ait établi une seule accusation contre lui. D'éminents professeurs dans cette discipline comme les docteurs Gustavo Molina, Mariano Requena, Héctor Gutiérrez, sont restés de longs mois en prison.

Ce Département de l'Université du Chili était, fondamentalement, une école de postgradués à caractère international classée par l'O. M. S. de type A.

L'O. M. S. a apporté son appui à ce Département par un programme établi en 1958 et destiné essentiellement à renforcer l'enseignement de cette discipline en Amérique Latine. Entre 1965 et 1973 elle a ainsi accordé 332 bourses à des professionnels sud-américains.

A la fin de 1973, les fonds destinés par l'O. M. S. à ce projet (47 847 dollars en 1973 et 47 200 en 1974) furent attribués à un projet dénommé « Enseignement de la Médecine et des Sciences de la Santé » destiné à développer et à renforcer l'enseignement médical et à organiser un programme d'internes dans les hôpitaux de campagne à l'intention des étudiants en médecine.

Devant la suppression virtuelle d'activités d'enseignement extra-hospitalières, la destination de ces fonds est incertaine. Ce qui est une nouvelle démonstration du gaspillage des ressources provenant des programmes maintenus par l'O. M. S. au Chili.

D'autre part, les Départements de Sciences Naturelles des universités chiliennes ont été gravement lésés dans leur travail d'enseignement et de recherche. Ainsi, la Société Chilienne de Biologie qui avait 414 chercheurs a perdu 28 % de ses membres et la Faculté de Sciences de l'Université du Chili 25 % de ses effectifs.

Tous ces attentats contre des enseignants et des chercheurs rattachés à la santé s'inscrivent dans un cadre plus large : celui de la répression farouche déclenchée par la Junte fasciste contre la totalité du système d'enseignement supérieur. D'autre part, à travers le dénommé « plan d'autofinancement des Universités », l'Etat cessera d'attribuer des crédits aux établissements d'enseignement supérieur. De cette façon, on discriminera l'accès des étudiants aux différentes facultés et la recherche se commercialisera par la vente des activités de recherche aux diverses entreprises.

Il n'est donc pas surprenant de constater au Chili une baisse considérable de la qualité des professionnels chargés de veiller sur la santé des Chiliens et personne ne s'étonnera d'apprendre que la santé de ce peuple s'est énormément détériorée depuis l'instauration de la Junte Militaire.

Avril 1975.

# Témoignage de trois médecins chiliens réfugiés

Pour compléter ce premier dossier sur le Chili nous nous sommes réunis avec trois médecins chiliens réfugiés en France. Ils expliquent ici comment sous le régime Allende la politique de santé du Chili a tenté d'encourager la participation de la population aux programmes de santé et comment l'intégration de la médecine curative et préventive a été envisagée. D'autres rencontres sont prévues. Nous vous en ferons part.

*De quelle façon avez-vous essayé de résoudre l'articulation du système national de santé avec la population ? De quelle façon la population pouvait-elle prendre en charge ses problèmes de santé ?*

DR E. — Sous le gouvernement de Salvador Allende le ministère de la santé a promulgué un décret qui permettait la création des « conseils paritaires de santé ». Ces conseils étaient formés d'une part par des représentants des travailleurs de la santé, médecins et autorités sanitaires et d'autre part par des représentants de la population. Ils existaient et fonctionnaient au niveau des régions sanitaires mais aussi au niveau des dispensaires et centres de santé.

Dans ces conseils paritaires les autorités sanitaires informaient la population des programmes de santé établis mais aussi elles étaient elles-mêmes informées des problèmes de santé vécus par la population. De cette façon on a pu améliorer les programmes du Service National de Santé. Les dirigeants de la population avec les dirigeants des syndicats du personnel de la santé établissaient des programmes qui étaient ensuite réalisés par l'équipe sanitaire et par la population elle-même qui, avec une certaine préparation, participait activement à la réalisation de ces programmes par exemple pour des campagnes de vaccinations ou d'éducation sanitaire, pour la prévention des diarrhées estivales ou des infections pulmonaires hivernales.

*Comment les programmes étaient-ils établis ? Etaient-ils discutés avec la population ?*

DR E. — Il faut considérer que nous n'avons pu vivre qu'une période très courte. Cela n'a pu faire que commencer de fonctionner pendant le gouvernement Allende.

DR A. — Tout programme de santé permanent ou transitoire a besoin de certaines lignes générales établies pour toute la région

ou tout le pays dont l'application doit s'adapter aux particularités de chaque région selon qu'elle est suburbaine, urbaine ou rurale. Ces programmes fondamentaux étaient élaborés par une équipe technique au niveau de la direction générale de santé. Il fallait ensuite les répercuter sur les équipes de santé dans les régions. Les conseils paritaires étaient informés de ces programmes et c'était principalement au niveau de l'application de ces programmes que la participation de la population était déterminante.

*Ces « conseils paritaires de santé » ont-ils eu une grosse influence sur l'application de ces programmes ?*

DR A. — Au début du gouvernement Allende nous avions lancé deux campagnes, l'une contre la diarrhée d'été, l'autre contre les infections plumonaires d'hiver. La participation de la population était là déterminante car il s'agissait beaucoup plus d'un programme d'éducation sanitaire qu'une adaptation des services périphériques pour les soins d'urgence. Nous pouvons dire que nous avons pu réduire, grâce à ces campagnes, la mortalité infantile de 10 points la faisant passer de presque 80 ‰ à 70 ‰. Il est très difficile d'attribuer cela à la seule amélioration générale des conditions de vie de la population. Nous pensons que c'était là surtout le fait des mesures prévues et de la participation populaire à la recherche de leur adaptation et de leur réalisation au niveau local.

*En quoi la participation de la population vous paraît-elle intéressante à vous médecin ?*

DR J.-L. — Nous avons pu assister à un changement de la relation médecin-malade. Pendant les presque deux ans qu'a duré cette expérience ce phénomène s'est fait à double sens. En ce qui nous concerne nous avons pu expliquer à la population par ses dirigeants de quartier mais aussi lors de grands rassemblements populaires les problèmes de santé ; expliquer par exemple les relations entre les maladies respiratoires et l'hygiène du milieu, relations qui quelquefois n'étaient même pas ressenties par la population. En revanche, ce contact étroit avec les populations nous a amené à améliorer notre savoir médical. Cela a été pour nous un aspect très important. Il nous a permis de simplifier notre langage, nous avons toujours, nous médecins, le défaut de parler un langage trop technique.

*Un autre point qui nous paraît intéressant c'est le fait que vous avez intégré de façon assez poussée la médecine de soins et la*

*médecine préventive. Pouvez-vous nous donner des exemples précis de cette intégration ?*

DR A. — Le Service National de Santé du Chili qui avait été créé en 1952, donc bien avant le gouvernement de S. Allende avait déjà prévu cette intégration de la médecine curative et de la médecine préventive mais cela avait été jusqu'alors peu appliqué ou mal appliqué.

DR E. — Des exemples ? Moi par exemple qui étais directeur d'un hôpital j'avais la responsabilité de tout le programme de santé, la partie soins mais aussi le programme d'épidémiologie, de P. M. I., etc. Chaque programme avait une partie préventive et une partie curative, moi, je devais intégrer ces deux parties. Pendant le gouvernement Allende on a renforcé la partie préventive, auparavant le budget de la santé était en grande partie accaparé par la médecine curative.

Autre exemple : les pédiatres devaient faire la consultation type P. M. I. mais aussi la consultation des enfants malades. Ils devaient aussi intégrer dans les activités des équipes pédiatriques les vaccinations.

Autre exemple : le programme de « nutrition supplémentaire ». Sous le gouvernement Allende un gros effort de distribution de lait aux nourrissons et femmes enceintes a été fait. Cette tâche incombait aux équipes pédiatriques au niveau local qui devaient intégrer cette tâche parmi les autres. Je crois que le point le plus important est de donner la responsabilité administrative à l'équipe qui travaille à la base.

DR A. — Ce qui est fondamental pour réaliser cette intégration c'est de compter sur les équipes qui travaillent à la base. Il n'y avait pas d'équipes exclusivement préventives ou exclusivement préventives, toutes les équipes étaient polyvalentes, préventives et curatives. Au sommet il ne peut y avoir cette intégration car pour développer certaines activités au niveau national la spécialisation des équipes est nécessaire à ce niveau, il doit y avoir là les spécialistes les plus spécialisés mais au niveau de la base il doit y avoir des équipes capables de tout faire. Lorsqu'on arrive au poste sanitaire le plus reculé où ne se trouve souvent qu'une seule personne, c'est elle et elle seule qui est chargée de la réalisation pratique, c'est elle qui fait tout, les soins et la prévention, l'éducation sanitaire, les vaccinations, etc.

Cette organisation correspond à une certaine conception de la santé, à une certaine doctrine dans laquelle la santé est considérée comme un tout dont on ne peut isoler les différents aspects. La structure soutenait cette conception qui n'est pas valable d'ailleurs que pour le Chili.

*Les structures que vous avez essayées de mettre en place au Chili pendant la courte période du régime Allende sont en fait proches de ce que, nous au syndicat de la médecine générale, nous proposons pour essayer de modifier l'organisation de la médecine en France : l'intégration de la médecine préventive et de la médecine curative au niveau d'unités de bases gérées à la fois par les travailleurs de la santé et la population.*

*Pourriez-vous nous dire comment au Chili vous avez abordé le problème de l'enseignement de la médecine ?*

DR A. — L'intégration pose automatiquement le problème de la réforme des études médicales. Il ne s'agit pas de reformer des médecins mal formés au départ, il s'agissait pour nous de former d'emblée les médecins dans la conception de l'intégration. C'est ainsi qu'à l'université nous avons supprimé les chaires de médecine préventive et intégré cet enseignement à l'ensemble de toutes les études médicales. On prétend souvent que pour développer la médecine préventive il suffit d'augmenter le nombre d'heures d'enseignement, ce n'est pas la méthode. Confier cet enseignement à une chaire qui, en fin d'études, essaie de former les futurs médecins alors qu'ils sont déjà formés ou déformés dans le schéma de la médecine clinique dans lequel on lui a appris à considérer l'individu comme un malade dont les organes présentaient certains défauts et qu'il fallait dépanner ne peut rien donner. Quand un médecin est formé comme cela on peut en faire un bon artisan pour dépanner mais pas un médecin qui pourra prendre en charge les soins de la santé de toute une population. Ce n'est pas la maladie qu'il faut traiter, c'est la santé.

*Comment avez-vous fait pour intégrer la médecine préventive à l'ensemble des études médicales ? Vous pourriez nous donner des exemples ?*

DR H. — Nous avons supprimé la chaire de médecine préventive qui ne voyait les étudiants qu'en fin d'études et nous avons créé des chaires intégrées aux cliniques médicales, médecine, chirurgie, pédiatrie. L'objectif est d'apprendre à l'étudiant à aborder les malades dans son entourage complet. Prenons l'exemple d'un malade atteint d'une cirrhose du foie. Il s'agit de former l'étudiant à considérer qu'il ne s'agit pas uniquement d'un problème de foie et de malade hospitalisé mais d'un problème qui a une ampleur beaucoup plus grande dans lequel la vie de l'individu, ses rapports avec sa famille, son milieu social, ses habitudes, son éducation forment un tout complexe et ont une importance considérable. Les étudiants avaient ainsi la responsabilité d'établir l'anamnèse des malades, pas uniquement sur les maladies antérieures mais aussi sur la famille, le milieu de travail, etc., ils

devaient réunir tous les éléments pour faire un diagnostic familial, social, professionnel, préalable au diagnostic clinique.

*Dans quelle mesure y avait-il au niveau gouvernemental, en ce qui concerne la prévention, une intégration avec les autres secteurs gouvernementaux ?*

DR E. — Depuis plusieurs années il y avait une grande concentration des responsabilités dans le Service National de Santé. Un effort de coordination a été entrepris au niveau gouvernemental pour les problèmes d'environnement, de logement, de pollution de l'eau, de l'air et de la terre entre tous les organismes concernés. Une commission nationale de protection de l'environnement avait commencé ce travail, elle a été interrompue par le coup d'état militaire. En tant que pays sous-développés nous avons beaucoup de problèmes d'environnement car nous avons les problèmes propres au sous-développement, pollution de la terre et de l'eau en particulier auxquels viennent s'ajouter les problèmes de pollution liée au développement, pollution de l'air.

DR H. — Dans mon secteur, lorsqu'on a commencé le programme de contrôle des maladies digestives infantiles on s'est très vite rendu compte que dans de nombreux endroits la priorité n'était pas médicale. Il y avait certes un manque de médecins qu'on aurait pu résoudre plus ou moins grâce à une décentralisation mais le plus urgent était souvent un problème d'hygiène. C'est ainsi par exemple que nous avons pu voir une population, sensibilisée au préalable par les programmes d'éducation sanitaire, faire pression auprès des pouvoirs publics pour couvrir un réseau d'égouts qui traversaient à ciel ouvert leur quartier depuis une vingtaine d'années. Une délégation de représentants de la population avait été reçue par le ministre de la santé qui avait répercuté sur les Travaux Publics. Sous le gouvernement Allende le ministre recevait les représentants de la population, ce n'était pas toujours le cas auparavant... Ce ne doit plus l'être du tout maintenant.

Directeur de la publication : Daniel Timsit.
Impression en France, chez Corbière et Jugain, Alençon.
Dépôt légal 1er trimestre 1976. Numéro de Commission paritaire 56868.