

SPÉCIAL SANTÉ

**CAHIERS
MARXISTES**

Revue trimestrielle

N° 12

4^e année / Janvier-février-mars 1972

Éditée sous le patronage
de la Fondation Joseph Jacquemotte

Sommaire

Documents préparatoires à la conférence nationale de la santé organisée par le Parti Communiste de Belgique	p. 1
Jean Blume Congrès de Liège 1960 Des thèses qui servent le rassemblement des progressistes	p. 53
René Lonnoy Syndicats, la technocratie au service de l'intégration	p. 63
Jean Terfve Chronique de la sécurité européenne La Déclaration de Prague des 25 et 26 janvier 1972	p. 71
Isabelle Blume Notes sur une visite au Bangla Desh	p. 77
Jean-Jacques Heirwegh Réalité de la poésie et poésie du réel Six poèmes de Rudolph Heyndels	p. 89 p. 91
Christian Alsteen Les centres psycho-médico-sociaux et la réforme de l'enseignement	p. 95

Comité de rédaction

Jean Blume
Francis Chenot
Edmond Dubrunfaut
Augustin Duchâteau
Maurice Haber
Pierre Joye
René Lonnoy
Jacques Moins
Claude Renard
Roger Somville
Jean Terfve

Rédacteur en chef :
Augustin Duchâteau

POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ

Documents préparatoires
à la Conférence nationale de la santé
organisée par le Parti communiste
de Belgique

EN GUISE D'INTRODUCTION

Les documents que publient les « Cahiers marxistes », à la veille de la Conférence nationale de la santé, convoquée par le Parti communiste de Belgique, résultent d'un travail collectif. Une vingtaine de médecins, infirmières, kinésistes, pharmaciens, journalistes y ont pris une part active — et tout particulièrement nos amis Philippe Chevalier, Jean-Paul Delavignette, Maxime Kutnowski, Jacques Lemaître, Rosine Lewin, Maud Maillot, Maggy Rayet, Micheline Roelandt, Elie Vamos et Jacques Vlemincq.

Le but et la raison d'être de ces documents, c'est d'intéresser, c'est d'« accrocher » les militants ouvriers. Nous y insistons. Les destinataires de ces textes ne sont ni des académiciens, ni des professeurs d'université ou même des praticiens de la médecine, mais ceux qui se sentent concernés par le problème de la santé publique, et qui, sans être spécialistes en la matière, perçoivent la nécessité d'un changement de cap.

Le premier des textes relatifs à la santé publique publié dans cette livraison rappelle que la Conférence nationale du 19 mars 1972 s'inscrit dans une suite continue d'efforts des communistes pour dégager et faire appliquer une politique progressiste de santé. Il évoque notamment le succès de la Journée d'étude du 28 octobre 1962.

Si la continuité est évidente entre les deux initiatives, l'objet de la Conférence de 1972 ne peut être confondu avec celui de la Journée de 1962. Hier, l'auditoire groupait principalement des spécialistes, et ce sont surtout eux qui occupèrent la tribune. Demain, l'auditoire groupera principalement des militants ouvriers, et c'est un dialogue entre militants et spécialistes qui est attendu. Les cinq conférences fédérales qui auront précédé la Conférence nationale auront, on peut l'espérer, ouvert la voie à ce dialogue.

Mais pour quoi, ce dialogue ?

Pour mieux armer le mouvement ouvrier dans sa lutte en faveur d'une politique cohérente et progressiste de la santé. Pour l'aider à formuler des mots d'ordre mobilisateurs, susceptibles d'unir des masses de travailleurs autour de la conquête d'un droit : le droit à la promotion du capital-santé. Car — et c'est là l'essentiel de notre propos — la politique de santé n'est pas l'affaire des seuls médecins, paramédicaux ou fonctionnaires compétents. C'est l'affaire du mouvement ouvrier et démocratique.

Sans préjuger des conclusions de la Conférence du 19 mars, ses initiateurs estiment que les propositions qui y seront faites doivent tendre à devenir des revendications posées par le mouvement ouvrier et démocratique en direction du pouvoir. Ces revendications se fonderaient sur les principes que voici.

— La Belgique a besoin d'une politique de santé et d'une organisation médico-sanitaire visant à assurer à toute la population, sans discrimination, le plus haut niveau de santé possible,

compte tenu du niveau des ressources du pays et du progrès scientifique et technique.

— Cela implique :

- la mise en place programmée, aux frais de la collectivité, d'un équipement médico-sanitaire préventif et curatif à la mesure des besoins de chaque région;
- la compression du coût des soins, dans toute la mesure où ils sont obérés par des gaspillages (investissements concurrentiels non planifiés, doubles emplois, etc.) et par des marges bénéficiaires abusives (industrie pharmaceutique) ou arbitraires (tarifs médicaux);
- l'adaptation permanente des prestations (et donc des ressources) de l'AMI à l'évolution des besoins et des coûts.

— L'organisation médico-sanitaire doit être à la fois coordonnée (en attendant d'être unifiée), décentralisée (par régions), et démocratisée (par la participation des producteurs comme des usagers).

— Parallèlement doit être mise en œuvre une politique d'assainissement du cadre de vie et de travail et d'éducation sanitaire de la population.

— Enfin la réalisation de ces objectifs nécessitera la mobilisation de moyens financiers et de ressources humaines considérables, dans une perspective de service public.

Ajoutons que parmi les objectifs à court terme, une action en vue de restructurer les hôpitaux (en utilisant notamment les ressources de la loi sur les agglomérations et fusions de communes) et une action sur le prix des médicaments ont été jugées d'intérêt prioritaire.

QUELQUES JALONS DANS UNE REFLEXION ET UNE ACTION CONTINUES

Au moment où le Parti communiste célèbre son cinquantième anniversaire — un demi-siècle au service des travailleurs — nous nous devons de rappeler les jalons essentiels d'une lutte continue dans le domaine de la santé publique.

L'énumération de quelques faits essentiels aidera à comprendre l'évolution de nos idées en santé publique et la permanence de notre action dans ce domaine.

Trente ans ont passé depuis que, jeunes étudiants, nous menions la lutte contre l'occupant au sein des E.S.U., en préparant une société meilleure où nous rêvions d'exercer notre métier sans mercantilisme et au service de la communauté.

A la même époque, nos aînés élaboraient, avec d'autres médecins progressistes, au sein de « **Médecine Libre** », la réforme de l'organisation sanitaire et de la médecine en Belgique.

La publication, à la Libération, de leurs conclusions dans un opuscule intitulé « **La réforme de la médecine** », allait servir de référence pendant de nombreuses années par le caractère lucide, généreux et adéquat des propositions formulées :

« Les hommes doivent être égaux devant la maladie comme ils le sont devant la loi, et ce, non pas seulement en principe mais en fait. » ... « Lorsque la nation est menacée de l'extérieur, toutes les activités humaines sont subordonnées à la défense nationale du territoire. Or, la maladie est une perpétuelle menace intérieure, d'autant plus redoutable qu'elle est moins apparente. Il faut donc organiser selon les mêmes principes la défense nationale de la santé. »

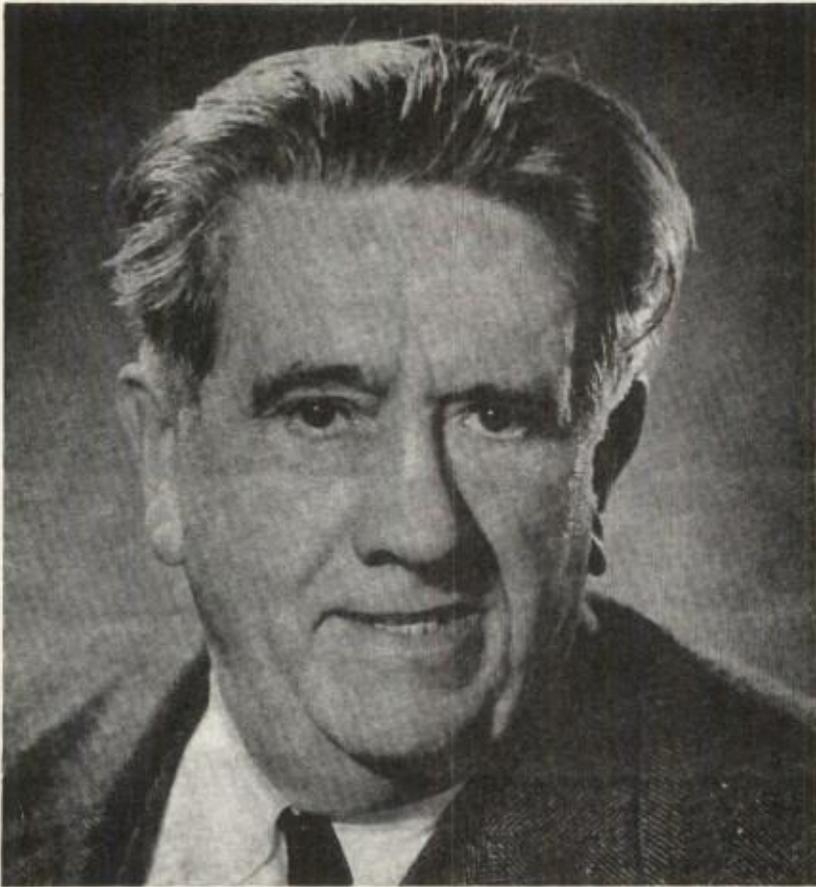
La guerre, l'occupation, les privations, la déportation avaient ruiné le capital santé de notre population ; des problèmes graves se posaient à la libération dans le domaine de la santé publique.

C'est un communiste, le docteur Marteaux, qui gère pendant plusieurs années le ministère de la Santé publique (septembre 44-mars 47).

Il fait, à ce poste, un travail exemplaire.

Il a le sens des réalités, il est efficace, son action est éclairée par de nombreuses années de combat social, par une compétence reconnue des chirurgiens des hôpitaux et par une expérience de gestionnaire de la C.A.P. de Bruxelles.

Son œuvre de ministre revêt des aspects multiples :



Le Docteur Marteaux.

Il remet en route tous les départements de son ministère et veille au rééquipement de secteurs essentiels (prophylaxie, médecine préventive et hôpitaux), il met l'accent sur la prévention et la lutte contre les conditions sociales de la maladie, il aide les déportés et les victimes de la guerre, il réforme l'assistance publique et l'inspection médicale scolaire, il donne un statut légal aux infirmières et réorganise leurs études, etc.

Le 16 février 1954, le groupe parlementaire communiste dépose au Parlement un projet de loi instaurant un Service National de Santé, en précisant le contenu d'une revendication importante du mouvement ouvrier, apparaissant dans les résolutions des congrès politiques et syndicaux.

Ce service national de santé apporterait des solutions valables aux problèmes pharmaceutiques, à l'exercice de la profession médicale, à la gestion et au fonctionnement des hôpitaux étroitement liés à des centres de santé locaux, à la coordination de la médecine

curative et préventive, à la répartition rationnelle du personnel sanitaire et de l'équipement, à la redistribution des services médico-sociaux et, enfin, à la gestion économique de l'ensemble du système sanitaire.

L'objectif est d'assurer à tous des soins et une protection de la santé qui correspondent au degré d'évolution de la technique médicale et à celui du progrès social.

La structure du service national de santé est conçue comme une institution publique largement décentralisée, associant assurés et techniciens à sa gestion et à son contrôle, permettant la coexistence de la médecine organisée et de la médecine de type libéral, laissant même persister, si nécessaire, le pluralisme mutualiste.

Nous, communistes, exprimons la conviction que la réalisation de ce service national de santé permettrait de franchir ultérieurement, plus facilement, de nouvelles étapes dans l'organisation de la santé publique. Cette proposition n'a pas été soutenue comme elle le méritait par une action suffisante du mouvement ouvrier.

Quelques années plus tard, nous sommes attelés à la préparation d'une conférence nationale sur le thème de la recherche d'une politique de santé publique.

Notre regretté camarade Victor Delpierre joue un rôle essentiel dans la réussite de ce colloque. Il y défend un programme réaliste et mobilisateur conduisant à des transformations immédiates et ouvrant la voie à des changements fondamentaux ; il démontre, d'autre part, qu'un plan d'expansion hospitalière et sanitaire, que la formation d'un personnel médical et paramédical en quantité et qualité suffisantes, que la lutte contre les grandes maladies sociales, que les réformes de structure dans le domaine de la fabrication et de la vente des médicaments, sont autant de revendications qui s'inscrivent en bonne place dans le programme de réformes démocratiques du parti communiste et d'autres organisations des travailleurs.

La conférence se tient le 28 octobre 1962.

Elle connaît un grand succès.

Plusieurs dizaines de médecins, de paramédicaux, de pharmaciens, des étudiants, des mandataires publics discutent et enrichissent les rapports qui sont présentés sur le programme de santé publique, sur la question des médicaments, sur le problème des maladies mentales, sur les revendications sociales et les réformes de structure à obtenir à bref délai. La Fondation Jacquemotte édite les textes des rapports et un résumé de la discussion. La publication est rapidement épuisée.

Depuis cette époque, notre expérience, éclairée par notre programme sanitaire, s'est enrichie d'actions dans des domaines divers :

— rôle positif et parfois déterminant des médecins communistes dans la lutte pour la réforme de l'université, dans la promotion de l'éducation sanitaire et du planning familial, par exemple, dans l'élaboration des programmes sanitaires de la C.G.S.P. et du M.P.W., dans la création et le développement du G.E.R.M., dans la défense des professions paramédicales...

— activité importante de nos camarades paramédicaux dans leurs organisations professionnelles et syndicales, dans le C.A.S. ...

— travail collégial des techniciens sanitaires, infirmières, laborantins, médecins, pharmaciens, kinésistes, ... au sein de la commission santé du comité central de notre parti, commission dont Rosine Lewin assume la responsabilité.

C'est, en fait, ce travail collectif qui nous a permis de mieux préciser nos responsabilités propres sur le plan professionnel, scientifique, social et idéologique mais aussi de rédiger les textes qui suivent, d'exprimer le plus clairement et le plus simplement possible les objectifs sanitaires réalisables, de rendre les travailleurs conscients de leurs droits en matière de santé de façon à ce qu'ils les exercent et de souligner aussi leurs devoirs dans ce domaine.

Notre parti a donc joué un rôle important dans l'élaboration d'un programme de santé publique.

Les médecins communistes ont été actifs dans le groupe « Médecine nouvelle » puis plus tard dans le « Groupe d'étude pour la réforme de la médecine ».

Le ministre Marteaux a été le premier à tenter d'appliquer une politique sanitaire nettement définie dans notre pays.

Nos militants ont défendu le service national de santé, ils ont élaboré un programme d'action immédiate à la conférence nationale de 1962.

Ils prennent leurs responsabilités dans toutes les actions des médecins progressistes et des paramédicaux.

Pouvons-nous souhaiter que l'ensemble du parti communiste participe à cet effort — c'est là un des buts essentiels de notre nouvelle conférence nationale consacrée à la santé publique.

Celle-ci devra impulser notre travail de communistes, déterminer des objectifs concrets et réalisables, sensibiliser le mouvement ouvrier tout entier à l'importance de la bataille pour la santé publique et, en définitive, l'engager dans les conditions du succès.

Dr Jacques LEMAITRE.

LIGNES DE FORCE D'UNE POLITIQUE PROGRESSISTE DE LA SANTE

La Belgique, pays industriel développé, n'a pas de politique globale de santé. C'est un fait qui n'est plus guère contesté.

Comment est-ce que cela se manifeste ?

Pourquoi en est-il ainsi ?

Que proposons-nous ?

1. Le « comment »

L'homme bien portant est mal protégé contre les accidents du travail et de la circulation, la médecine préventive n'existe que par petits morceaux épars, l'éducation sanitaire est absente de l'école, de la relation médecin-patient, et aussi des moyens d'information (surtout radio-TV).

L'homme malade n'est guère aidé sur le plan psycho-social, l'hôpital est un monde souvent déshumanisé, l'hospitalisation à domicile est au stade expérimental, le marché du travail — fermé aux handicapés — ne permet pas la réadaptation.

Plus généralement, la moitié seulement des logements belges sont salubres, il n'existe qu'une septantaine de crèches et aucun effort sérieux n'est entrepris pour lutter contre l'inadaptation croissante des citoyens à leurs conditions d'existence et de travail.

Les médicaments, source de profit pour quelques-uns, sont trop nombreux, souvent trop chers et leur utilité parfois contestable. Les patients n'ont aucun moyen de collaborer à l'évaluation de la qualité de la médecine ni d'agir sur les structures sanitaires ; la médecine exercée en groupe, facteur de qualité, reste l'exception. Les hôpitaux ne sont pas hiérarchisés, beaucoup d'entre eux fonctionnent sans dossier médical ou service de garde. Le contrôle des causes de décès, ni celui des pièces opératoires n'est obligatoire.

Le niveau de santé d'une population est mesuré notamment par ce que l'on appelle des « indicateurs » : par exemple la mortalité infantile, l'incidence de la tuberculose. Les rares indicateurs dont on dispose en Belgique (qui souffre dans le domaine de la santé aussi, d'une grave pénurie de statistiques) décrivent une situation peu satisfaisante : la tuberculose est en recrudescence et accuse un taux plus élevé que dans les pays voisins, la mortalité infantile est chez nous deux fois plus élevée qu'en Suède.

Le manque de médecins généralistes — dont la formation est en outre négligée par l'Université — contribue à priver les gens de soins continus et globaux. Pour le surplus, les activités des pouvoirs publics sont marquées par l'incoordination : SEPT départements ministériels s'occupent des problèmes de la santé. Et

ces activités résultent très rarement d'études sérieuses, qui calculeraient leur utilité réelle pour la population.

Voilà pour l'essentiel ce qui fonde le constat : pas de politique de santé en Belgique.

2. Le « pourquoi »

Cette brève analyse démontre que ce qui pèse surtout sur l'état de santé des citoyens, c'est la tendance du capitalisme à rechercher le profit immédiat et à négliger, de ce fait, les grands secteurs de services comme celui de la santé, qui apparaît comme non directement rentable, notamment dans ses aspects préventifs.

Il y a contradiction entre d'une part l'essor spectaculaire de la science et de la technique, et d'autre part, la course au profit maximum qui est une loi du système capitaliste.

Nous vivons en effet dans une société où l'intérêt des larges masses se heurte à l'intérêt des puissances d'argent — qu'on les appelle trusts, monopoles ou holdings.

Fort heureusement, la rapidité de l'information, les progrès de la médecine, l'habitude prise depuis vingt-cinq ans d'avoir accès aux soins rendent difficile le rationnement de la consommation médicale, d'autant plus que les travailleurs ne sont pas décidés à se laisser faire.

Nous réaffirmons ici l'efficacité des solutions socialistes dans tous les domaines de la santé publique, contrastant avec l'inaptitude du capitalisme belge à mener une véritable planification sanitaire en fonction des besoins de la population.

Mais, ouvrant la voie à ces solutions — et à une société socialiste —, des réformes importantes sur le plan de la santé peuvent être conquises à court et moyen terme par le mouvement ouvrier et démocratique, dans sa lutte contre les privilèges des monopoles capitalistes. Seul le mouvement ouvrier et démocratique peut le faire d'ailleurs, même s'il est déforcé par sa désunion, y compris sur le plan mutuelliste, et si le pragmatisme de ses courants dominants tend à affaiblir sa force de frappe.

C'est au prix de longs et durs combats que la classe ouvrière a acquis, au lendemain de la seconde guerre mondiale, une relative sécurité sociale par la mise sur pied d'un système d'assurance contre la maladie et l'invalidité et par le développement des mutualités, qui étaient, il y a un siècle de très modestes caisses ouvrières de secours. Mais le pouvoir économique restant aux mains de la grande bourgeoisie, cette conquête ouvrière est, comme les autres, marquée par l'ambiguïté : devenue un rouage du système capitaliste, elle est soumise aux pressions des puissances d'argent. Dans le secteur santé, il s'agit en particulier des trusts pharmaceutiques, des fabricants de matériel médical et des propriétaires de laboratoires d'analyses qui font de gros profits grâce à la maladie. Dans le budget de l'Etat belge, une grosse partie des dépenses de l'AMI apparaît comme « un déficit », alors qu'on ne parle jamais d'un déficit de la Défense nationale.

Les capitaux s'investissent là où la rentabilité financière immédiate est la plus élevée. Les banques s'intéressent aux médecins « ordonnateurs de dépenses » non seulement dans le domaine thérapeutique, mais aussi dans le domaine du diagnostic, et partout où sont exigés des équipements nouveaux. Car la santé, pas plus que la recherche fondamentale d'ailleurs, n'apparaît comme immédiatement rentable.

Les médecins et l'ensemble du personnel de santé subissent, en même temps que les malades, les conséquences de la contradiction progrès-profit. Dans leur majorité, ils s'accrochent à des conditions de travail anachroniques et à des privilèges corporatistes dépassés. Ils consacrent essentiellement leur activité à traiter les malades, non à prévenir les maladies, ce qui est pour eux moins directement rentable. Les médecins sont loin d'avoir pris conscience dans leur majorité du fait qu'il existe une contradiction fondamentale entre leur raison d'être : assurer le plein épanouissement physique et psychique de l'homme — et un régime social basé sur le profit (*).

*vrai
du SS
des
archivistes*

Or, leur revendication d'exercer convenablement leur profession est étroitement liée à l'orientation générale de la politique de santé. Les autres professions de la santé, dites para-médicales, se sont développées sur un mode anarchique avec des secteurs pléthoriques et d'importantes pénuries. Les travailleurs paramédicaux doivent avoir des responsabilités accrues dans l'organisation sanitaire, des statuts qualifiés — à mettre en œuvre dans le cadre d'un travail d'équipe. Leur sort est étroitement lié à leurs possibilités de s'unir entre eux et avec les autres travailleurs dans le combat pour une politique de santé cohérente. (voir document consacré aux « Professions paramédicales »).

Cinq options

Et que proposent les communistes ?

Pendant longtemps, nos revendications en matière de santé publique s'exprimaient par l'exigence d'un service national de santé. Mais déjà en 1962, nous mettions en avant, comme revendication immédiate, l'établissement et la réalisation d'un programme d'expansion hospitalière et sanitaire (secteur extra-hospitalier).

*cf.
secteur
socialist
du logement*

Sur le contenu d'un programme de santé publique en 1972, nous ne voulons pas apporter des réponses achevées, mais amorcer une discussion. Discussion au sein de notre parti d'abord, discussion avec les autres représentants du mouvement ouvrier et avec les travailleurs de la santé ensuite.

Que veut dire santé ? Etre en bonne santé, ce n'est pas seulement ne pas être malade. La santé, ce n'est pas seulement « le fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme humain pendant un temps appréciable », comme l'indique le petit dictionnaire Robert.

(*) Cette citation du Manifeste du Parti communiste n'a pas tellement vieilli : « la bourgeoisie a dépouillé de leur auréole toutes les activités qui passaient jusque là pour vénérables et qu'on considérait avec un saint respect. Le médecin, juriste, le prêtre, le poète, le savant, elle en a fait des salariés à ses gages... ».

La définition de la santé que propose l'Organisation mondiale de la santé: «*un état de complet bien-être physique, mental et social*» a le mérite de considérer les êtres humains dans leur totalité et au sein de la société où ils vivent. Cette définition est malheureusement fort générale et peu précise, ce qui explique qu'elle soit acceptée quasi unanimement. La même unanimité théorique et abstraite existe également lorsqu'il est question du droit à la santé. Il serait sans doute préférable de parler de promotion de la santé, chacun ayant à prendre conscience de la responsabilité qu'il a vis-à-vis de sa propre santé et vis-à-vis du niveau de santé de la communauté dans laquelle il vit.

Le Groupe d'étude pour la réforme de la médecine (GERM) a formulé dans une publication récente « Pour une politique de santé » (**), dont nous approuvons l'orientation générale, cinq options de base.

Ces cinq options, que nous n'interprétons pas forcément de la même manière que le GERM, nous les soumettons ici *comme point de départ* à une discussion. Elles paraissent aller de soi — mais à première vue seulement. Car ces principes de base secouent pas mal d'idées reçues et éclairent d'un jour nouveau un grand nombre de problèmes. A nos yeux, ce n'est en définitive que dans le contexte d'une société socialiste que ces cinq options pourraient être réalisées.

PREMIERE OPTION

La promotion de la santé nécessite la participation effective de la communauté et des individus aux prises de décision à tous les échelons. La compétence technique ne peut assurer à celui qui la possède un monopole, en droit ou en fait, de la prise de décision; il doit surtout se consacrer à fournir une information objective, base nécessaire et préalable à toute décision

Cela veut dire essentiellement qu'il faut refuser l'attitude technocratique selon laquelle la santé est affaire de spécialistes, et qu'il faut obtenir une profonde démocratisation de l'organisation sanitaire en associant à l'examen et à la solution des problèmes sanitaires tous ceux qui sont concernés.

DEUXIEME OPTION

L'organisation du service de santé doit être conçue de façon à répondre aux besoins de santé de toute la population, c'est-à-dire aux besoins spécifiques de chaque classe, de chaque groupe, de chaque âge. L'accessibilité aux soins de santé doit être assurée à chacun. L'organisation médico-sanitaire doit tendre à supprimer tous les obstacles, financiers, psychologiques, sociaux et autres.

Si l'AMI a fait beaucoup pour assurer à chacun l'accès aux soins, tout est loin d'être fait, même sur le plan financier, et des menaces (résultat d'un rapport de forces politiques) planent sur

(**) Aux éditions « Vie Ouvrière » et dans la « Revue Nouvelle », octobre 71.

les droits de l'assuré. Pour le surplus, il faut que les équipements et le personnel sanitaires soient répartis de façon équitable dans le pays sur le plan quantitatif et qualitatif ; il faut que le patient soit considéré comme un être humain, accueilli et respecté comme tel dans l'hôpital, le centre de santé intégré ou le cabinet de médecin.

TROISIEME OPTION

L'organisation médico-sanitaire doit tenir compte du contexte socio-économique et culturel général. Elle doit tendre à assurer le plus haut niveau de santé possible de l'ensemble de la population en fonction de ce contexte.

Complétant l'option précédente, ce principe éclaire la liaison entre population, organisation médico-sanitaire et pouvoir politique. Il signifie à nos yeux non pas qu'il faille s'accommoder du contexte socio-économique existant, mais que les gens doivent pouvoir améliorer leurs conditions de travail et d'existence, pouvoir satisfaire de nouveaux besoins liés au développement des forces productives et à l'évolution de la vie sociale, bénéficier d'un système sanitaire qui mette en œuvre les possibilités offertes par l'essor scientifique et technique.

QUATRIEME OPTION

Les mesures de santé doivent résulter autant que possible d'études conduites selon des méthodes scientifiques. L'organisation médico-sanitaire doit être dynamique et les progrès doivent s'appuyer sur une évaluation continue et objective. Cette évaluation doit toujours être faite en fonction d'un objectif « santé ».

Pensons, entre autres, à l'AMI, qui est devenu un organisme de subventions pour tout ce qui tourne directement ou indirectement autour des activités médico-sanitaires et qui dépense de nombreux milliards.

Cette dépense a-t-elle amélioré l'état de santé de la population belge ? Sans doute, mais aucune étude sérieuse n'a jamais été entreprise à ce sujet. (voir à ce sujet : Note annexe sur l'AMI.)

CINQUIEME OPTION

L'action sanitaire doit tendre à la libération de l'individu de toute servitude, plutôt qu'à son maintien dans un état de dépendance à l'égard de l'organisation médico-sanitaire.

Ceci mérite davantage d'explications. Lorsque deux solutions sont également possibles et efficaces, le choix doit se faire en faveur de celle qui libère, plutôt qu'en faveur de celle qui maintient des liens de dépendance. Dans certaines situations, on peut choisir entre une solution prévoyant des médicaments pris de façon continue et des contrôles médicaux périodiques, une autre solution, nécessitant une hygiène de comportement par l'effort personnel de l'individu et une prise en main de son capital santé ; c'est incontestablement la seconde solution qui doit être choisie.

Est-ce par exemple un objectif de faire progresser le diagnostic précoce du cancer du poumon par dépistage et le traitement de cette affection, alors que même si elle parvenait à produire des résultats satisfaisants, cette solution entretiendrait définitivement la dépendance vis-à-vis du service de santé ? Au contraire, la lutte contre le tabac permettrait d'arriver au même résultat en libérant l'homme.

Les étapes vers la seule solution radicale : le socialisme

En matière de santé publique, des revendications d'ordre structurel sont nées, qui se rattachent directement à la lutte contre les monopoles capitalistes, qui constituent un aspect de la lutte des classes.

Comme les revendications d'ordre structurel qui sont formulées dans d'autres secteurs (contrôle ouvrier sur l'embauche et l'emploi - nationalisation de l'énergie - démocratisation de l'enseignement) elles impliquent un développement de la démocratie, en associant tous ceux qui sont concernés à leur élaboration et à leur application. Il s'agit, en l'occurrence, de coordonner et de développer, sous la responsabilité des pouvoirs publics, la lutte contre les facteurs sociaux de la maladie, d'établir un plan d'équipement sanitaire et de formation du personnel nécessaire, de développer la recherche scientifique notamment en santé publique, d'élaborer une politique hospitalière en fonction des besoins, de promouvoir le travail en équipe, de transformer l'exercice de la profession médicale, de contrôler la production et la distribution des produits pharmaceutiques, etc...

Démocratiser l'organisation sanitaire, cela signifie en ordre principal :

- démocratisation de la sécurité sociale, dont tous les organismes seraient gérés par des personnes élues et effectivement contrôlées par les assurés sociaux ;
- décentralisation de l'action sanitaire avec des pouvoirs et des ressources accrues pour les collectivités locales et régionales, qui pourraient de cette façon participer par des réalisations propres au développement de l'équipement sanitaire ;
- constitution de Conseils de santé sur le plan national, régional et local ; ceux-ci seraient composés de représentants des pouvoirs publics, de médecins et de travailleurs sanitaires, et enfin des usagers eux-mêmes.

Ils auraient la tâche de dresser l'inventaire permanent des besoins, de formuler des propositions pour le plan de développement sanitaire et pour les budgets nécessaires, de rechercher une efficacité accrue par la collaboration des citoyens, des travailleurs sanitaires et des pouvoirs publics.

Mais il importe de souligner que ces importantes mesures de démocratisation ne sont pas une fin en soi : elles sont des étapes vers le socialisme. Car seule une société socialiste per-

mettra de résoudre de façon valable les problèmes qui se posent dans le domaine de la santé publique, et notamment l'orientation sociale et prophylactique de la médecine, les changements qualitatifs dans les conditions de travail et de vie, l'utilisation de toutes les ressources du progrès technique et scientifique, la possibilité d'intégrer une planification sanitaire dans une politique sociale générale.

C'est seulement dans ces conditions que le médecin n'est plus le « médecin du ver dans le fruit », qu'il devient un conseiller et un éducateur de santé, avec une influence partout présente — à l'école, à l'entreprise, dans la construction des villes, etc...

La médecine change alors de signe : de négative, elle devient positive, son but devenant celui de modifier l'ensemble des facteurs du milieu dans un sens favorable à l'homme — et d'améliorer l'homme.

Notes annexes :

FONCTION ET LIMITES DE L'AMI

L'AMI constitue dans notre pays une des pièces essentielles des dispositifs éparés et non coordonnés destinés à la lutte contre la maladie et surtout contre ses conséquences (d'où son nom : assurance maladie-invalidité).

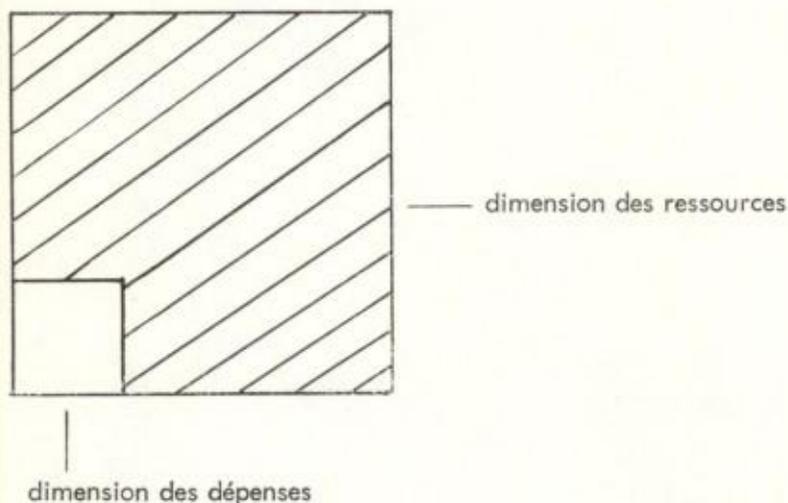
Nous voudrions évoquer sa formation, en examiner brièvement le mode de fonctionnement et enfin tenter d'en définir les contours dans notre société belge de 1972.

ORIGINE

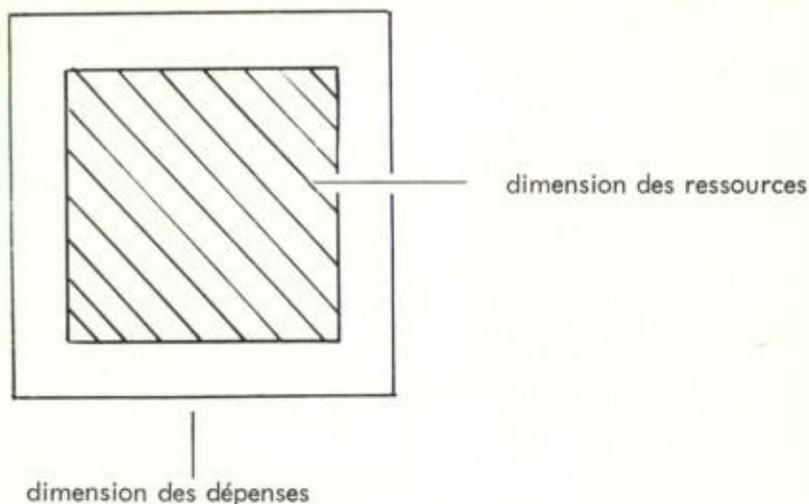
Il y a environ cent ans, chaque individu faisait face seul à la maladie. Il en supportait et les coûts directs (médecin, médicaments, etc.) et les conséquences indirectes (absence de gagne-pain, perte de l'emploi). Ou bien ses possibilités financières suffisaient à couvrir ces frais ou bien les ressources étaient dépassées par les frais.

On peut résumer cela par deux schémas :

A. Cas où les ressources suffisent



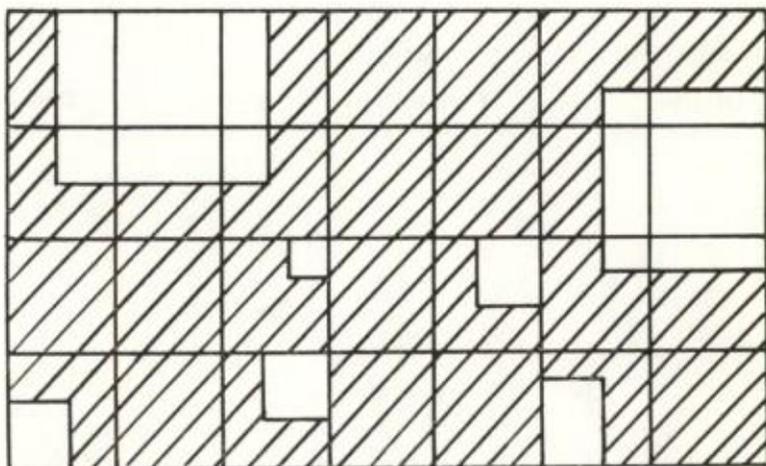
B. Cas où les ressources sont dépassées



Devant le danger du cas B, les ouvriers d'abord ont créé des sociétés d'entraide mutuelle. Le principe est simple : chaque individu verse régulièrement une quote-part fixe à une caisse commune.

Celle-ci permet à chacun en échange de puiser selon les besoins (tant pour la maladie que pour le manque à gagner). Ceci est encore un **stade volontaire** et les risques ne sont pas totalement couverts.

On peut résumer cette situation par le schéma suivant :



— En blanc les dimensions de la dépense (maladie et invalidité) de différents individus. Certains consomment plus qu'ils ne fournissent.

— Ce qui est hachuré + ce qui est blanc représente la caisse commune.

— Chaque carré représente la dimension de la cotisation.

Ce système des sociétés mutuelles s'est développé ainsi jusqu'en 1945. (Il existe plus de 2.000 sociétés, regroupées en 4 ou 5 fédérations nationales).

EVOLUTION DEPUIS LA GUERRE

L'Assurance Maladie-Invalidité (AMI) devient obligatoire pour certains groupes et s'étend progressivement à toute la population. En 1964, une partie importante en devient bénéficiaire obligatoire sans alimenter la caisse par des cotisations (ce sont ceux que l'on appelle les V.I.P.O.). Au point que les cotisants ne représentent actuellement plus que 36 % des bénéficiaires.

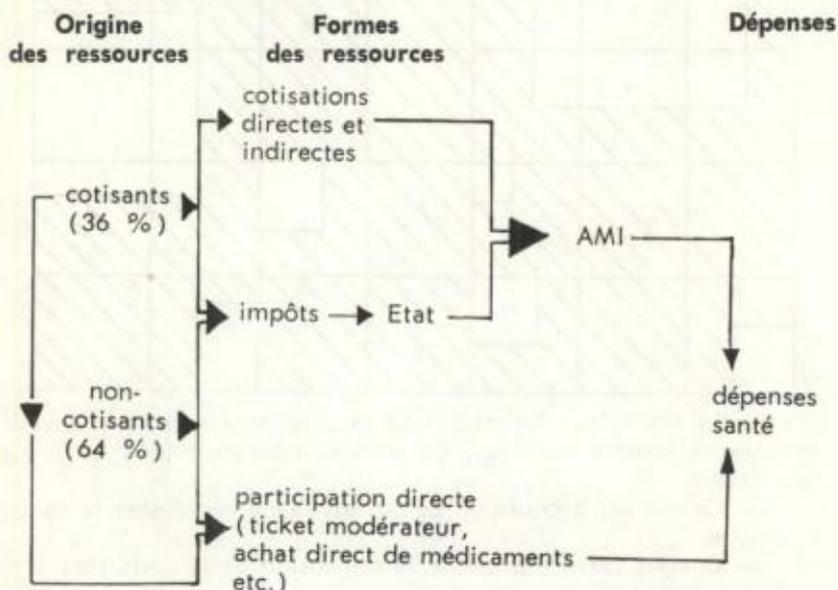
Cette évolution est **bénéfique** car la couverture financière, sans être totale, est importante et est un gage **d'accessibilité** aux soins.

Cette AMI, notons-le au passage, **coiffe** l'ancien système (mutuelles). Il **conserve** donc le pluralisme et l'institutionnalise en lui garantissant des ressources financières au cas où les dépenses dépassent les recettes. (Dans notre dernier schéma, cela voudrait dire que la zone blanche dépasserait la zone hachurée). De telles situations pouvaient par exemple se produire pour une société mutuelle qui recrute ses membres dans une région géographique en déclin démographique et industriel.

Commentaire : l'AMI est née de la nécessité de se prémunir contre les conséquences financières de la maladie. Elle s'est progressivement étendue à l'ensemble de la population. Mais elle a dû, très normalement, recourir aussi aux ressources de l'Etat. (exemple : 27 % du budget proviennent obligatoirement de l'Etat).

Mais l'AMI n'est **que cela**. Elle n'a pas tenté de considérer globalement les problèmes de la santé. D'ailleurs, **sept** ministères s'occupent de la santé (Prévoyance sociale, Santé publique, Education nationale, Défense nationale, Travail, entre autres).

COMMENT FONCTIONNE L'AMI ?



On voit par ce schéma (où les flèches indiquent la direction que prend l'argent), qu'en définitive, c'est la population qui, par divers truchements, paie sa santé. La gratuité des soins n'existe nulle part au monde. Ce qui existe, c'est une socialisation plus ou moins poussée de la charge. C'est pour ce motif que le mot d'ordre de la FGTB : « fiscalisation de l'AMI » nous paraît être très important. Par ces mots, on veut simplement dire que les dépenses devraient se faire à partir des ressources de l'Etat (impôts !). Etant entendu que la justice en matière d'impôts devrait être réalisée, ce qui n'est pas actuellement le cas.

Si l'on se penche sur ce schéma, on peut se poser la question : quels sont les **régulateurs du système** ?

a) **Du côté des recettes :**

Ni les cotisations, ni les ressources de l'Etat ne sont indéfiniment extensibles. (Le produit national brut a augmenté de 2,4 fois de 1952 à 1967. Les dépenses de l'AMI seule de 5,83 fois. Soit 2,5 fois plus vite que le produit national !).

Des choix doivent donc être faits et, contrairement à ce que l'on dit, **la santé a un prix**.

b) **Du côté des dépenses :**

— La demande est importante, en accroissement. De nombreux besoins sont encore insatisfaits ou mal satisfaits.

— Certaines catégories du personnel soignant et certains secteurs de l'industrie (pharmaceutique) et hospitalier profitent du système et y introduisent donc des distorsions.

— La base de la rétribution du personnel soignant est principalement l'**acte** (technique, thérapeutique ou diagnostic).

c) Nulle part il n'est question de politique de santé, de choix. Les seules querelles qui nous parviennent sont les honoraires et le prix des médicaments. Ce dernier problème est tellement important que nous vous le soumettons à part.

Quant aux différents postes du budget de l'AMI (honoraires, actes techniques, hospitalisation, frais de fonctionnement), nous n'en discutons pas ici. Car même s'il y a des abus, ils ne peuvent valablement être discutés dans ce qu'est actuellement l'AMI.

COMMENT ACTUELLEMENT DEFINIR L'AMI ?

D'abord, l'AMI est un **terrain de lutte des travailleurs face aux patrons**.

Par exemple, la répartition des cotisations (patronale et salariale) est le résultat d'un rapport de forces entre eux. Il ne faut donc pas laisser ce terrain inoccupé.

Mais il ne faut pas en rester prisonnier. Laisser accréditer la notion de déficit de l'AMI, c'est accepter de combattre sur un terrain choisi par l'adversaire. Car qui dit déficit pense équilibrage de budget, c'est-à-dire augmentation des charges et compression

des dépenses. De là, on débouche sur une lutte qui consiste essentiellement à essayer que ces charges soient en grosse partie supportées par l'adversaire. Un tel combat est vital mais il ne peut remplacer celui qui consiste à **contester l'application des critères du capitalisme** au domaine de la santé.

On peut aussi se demander si l'AMI remet en cause le système capitaliste. En effet, on avait pu croire en 1945 que l'AMI (comme du reste l'Assurance chômage) serait un coin enfoncé dans ce système. En reconnaissant qu'il faut une socialisation des moyens de se protéger contre la maladie et ses conséquences, l'AMI rendue obligatoire battait en brèche certaines conceptions libérales du XIX^e siècle du genre « que l'individu le meilleur gagne ».

Face au patronat organisé, l'AMI obligatoire concrétisait légalement l'organisation des travailleurs. Mais on est resté là. Parce qu'il y a interpénétration entre les monopoles capitalistes et les rouages de l'Etat, cette réforme (parmi d'autres) ne se développe pas en une authentique réforme de structure.

Si le capitalisme y a trouvé son compte, c'est qu'il lui faut faire la part des choses et qu'il profite ainsi pour son matériel humain d'un niveau sanitaire à ses yeux suffisant. Certains secteurs (industrie et commerce de médicaments, de l'appareillage médical, etc.) en retirent même des bénéfices palpables.

Ce qui est également frappant, c'est qu'ainsi l'AMI **n'est pas devenue un producteur de santé** et que rien dans ses mécanismes ne l'y pousse. Elle se contente de gérer les sommes reçues, selon des rouages mis en place avant elle et qu'elle ne remet pas en cause. Nous pensons ici plus particulièrement à **la médecine rétribuée à l'acte et non globalement**.

On fait de plus en plus d'actes, codifiés, tarifés. On rembourse de plus en plus d'actes. L'accroissement des dépenses est sans précédent. Mais il n'y a pas pour autant une augmentation parallèle du niveau sanitaire. En d'autres mots, l'amélioration de la santé n'est pas mécaniquement liée à la multiplication des actes et des dépenses même « remboursées ».

L'AMI ne réfléchit donc pas aux problèmes, elle n'élabore pas une politique de santé et ne veille pas à son application. Les mutuelles se concurrencent, on multiplie les actes techniques (augmentation de 131 % de 1966 à 1971 !), on court-circuite le généraliste en remboursant l'accès direct au spécialiste, etc. L'AMI n'en a cure, l'AMI gère.

Si cet état de choses a pu se développer, c'est aussi à la faveur de l'indifférence de la population face aux problèmes fondamentaux (autres que ceux de la répartition des cotisations). Les personnes étant **assurées** ont tendance à laisser la gestion de leur capital-santé aux techniciens (sanitaires, économistes) et aux « politiciens ». En d'autres mots, on assiste à un phénomène d'irresponsabilité des travailleurs face à des problèmes de **politique sanitaire** (à ne pas confondre avec le problème politique de la gestion de l'AMI).

Trop d'individus se considèrent comme incapables d'opérer des choix politiques en matière de santé. Si ces choix sont complexes, ils ne doivent cependant pas être l'apanage des hommes politiques laissés seuls face aux techniciens. Pour renverser cette situation, **il faut que la population — et le mouvement ouvrier peut donner le ton — participe aux choix, sur la base d'informations fournies par les techniciens.**

CONCLUSION

Pour conclure, nous pensons que si les travailleurs doivent rester vigilants en ce qui concerne les menaces d'accroissement des charges et de compression des dépenses, il est temps aussi de remettre en cause

1) le cadre étriqué de l'AMI :

L'AMI ne peut se contenter d'être une couverture financière. Elle doit devenir un des **moyens** d'une politique de santé.

Elle ne peut contribuer à figer les mécanismes du système de la sécurité sociale dans le domaine de la santé.

2) les fondements sur lesquels l'AMI fonctionne actuellement, à savoir :

- le dialogue isolé et privilégié entre techniciens et politiciens ;
- le principe de rétribution à l'acte ;

3) l'évolution depuis l'après-guerre, qui a conduit au **dévolement des mécanismes de contrôle** en matière de santé comme dans ceux de la sécurité sociale (en Belgique ainsi que dans tous les pays capitalistes).

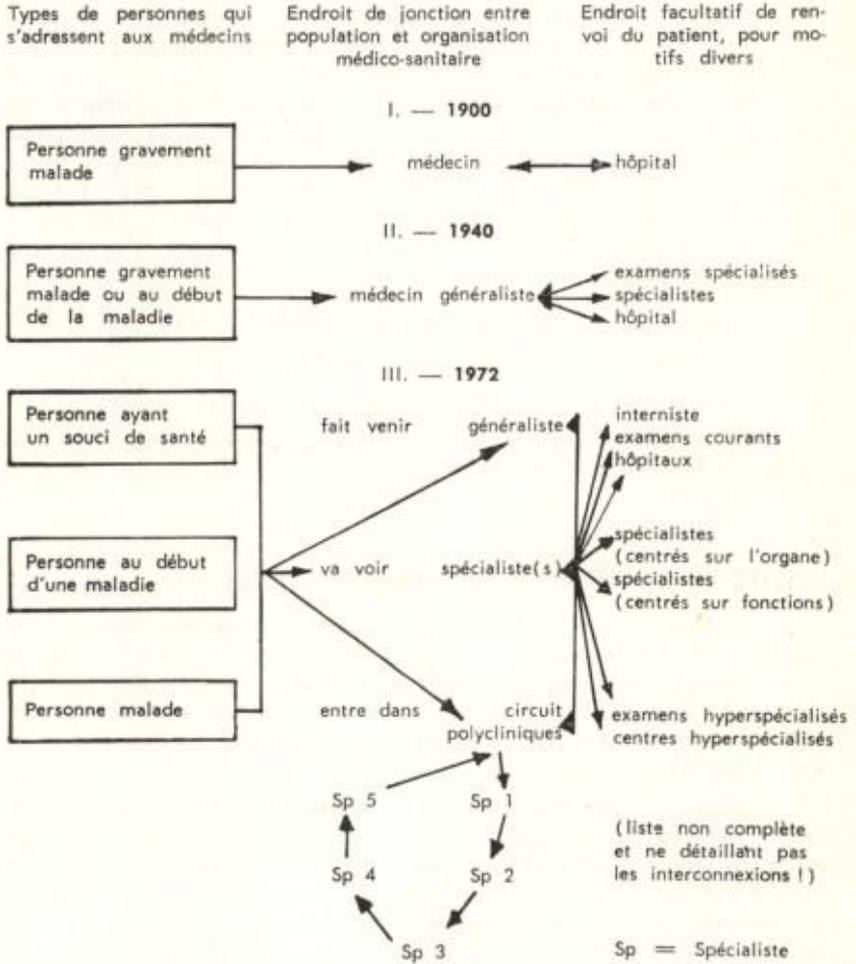
En définitive, pas de participation, pas de récupération mais un contrôle effectif de la population doit être notre objectif.

IMPORTANCE D'UNE MEDECINE « DE PREMIERE LIGNE »

On entend souvent parler, parfois même pour défendre des positions corporatistes, de l'importance de la qualité du contact entre un patient et son médecin (ce que certains appellent « le colloque singulier »). Vous parlez ou entendez sans doute parler souvent du médecin de famille (ou du généraliste ou de l'omnipraticien). Vous êtes certainement convaincu du bien-fondé du mot d'ordre « droit à la santé » qui implique évidemment la disparition des barrières financières. Mais aussi (ceci est beaucoup moins apparent), la disparition des barrières psychologiques, sociales ou culturelles entre un patient et l'organisation médico-sanitaire (ou, si vous

nouvelles de diagnostic (labo, radiographie, électro-cardiogramme, par ex.) et thérapeutique. Des spécialistes assistent les médecins de famille en tant qu'examineurs et conseillers scientifiques.

Donc, la stabilité, la globalisation, la continuité et l'intégration sont préservées. Mais d'ores et déjà se dessine une **désagrégation de ce premier contact** (schéma III).



Sont en cause : l'accentuation de l'évolution que nous venons de décrire, l'apparition et le développement d'un système d'assurance maladie-invalidité. Enfin, la demande santé de la population s'est accrue. Qu'advient-il alors ? Les structures qui assurent l'accès aux soins n'ont, elles, pas évolué de manière à conserver stabilité, globalisation, intégration et continuité. Les lieux d'entrée dans le

système se sont multipliés et constituent souvent un **court-circuit** du généraliste (grâce à un système d'assurance dont la base est le remboursement de l'acte technique). La responsabilité de prise en charge d'un patient s'est diluée et répartie dans les mains de personnes ou d'organisations (spécialistes, polycliniques, etc.) dont l'évolution et le développement ont été conditionnés par des facteurs étrangers à cet endroit privilégié dont nous décrivons longuement les fonctions plus haut.

X cfr. nos arch.

Il est d'ailleurs temps de lui donner un nom ! Si l'on pense qu'il constitue le premier endroit où les gens combattent la maladie, nous proposons un terme quelque peu militaire. Celui de « médecine de première ligne ». C'est une médecine primaire non pas parce que simple ou rudimentaire (au contraire !) mais parce que située à la base de toute action sanitaire et au départ de laquelle il est possible d'envisager systématiquement des attitudes offensives face à la maladie (« promotion de la santé », prévention primaire ou prévention des rechutes, action sur l'environnement, éducation sanitaire, etc.).

Le problème auquel nous pourrions réfléchir est :

- Quelle est l'utilité de cette première ligne ?
- De quelle organisation jouit-elle dans notre pays ?
- De quelle organisation devrait-elle disposer pour que les mots « promotion de la santé » signifient concrètement quelque chose ?

Prévention
(promotion de la santé)

UTILITE DE LA MEDECINE DE PREMIERE LIGNE

Son rôle le plus évident, car il conserve toute son ampleur, est d'assurer le **traitement** de ce qu'on appellera — sans y voir de nuance péjorative — **la pathologie journalière** (par ex. une bronchite aiguë, diagnostiquer une appendicite et l'orienter vers un chirurgien, diagnostiquer une insuffisance cardiaque grave et l'adresser à un hôpital).

Deuxième volet d'une activité curative arbitrairement séparée de la prévention, la médecine de première ligne assure **la surveillance des malades chroniques** (par ex. diabète, hypertension). Cet aspect de l'activité du généraliste n'est pas seulement limité à la prescription de médicaments, mais consiste aussi en la surveillance des conditions de vie et de travail (discuter avec le malade des modifications à apporter à sa vie, chercher une solution lorsque se pose un problème de travail ou de logement après un infarctus ou une paralysie, par ex.).

La médecine de première ligne doit aussi conserver le rôle central dans la **mise au point** de problèmes plus complexes (hypertension, désordre hormonal, saignements digestifs), avec l'aide de spécialistes dont le généraliste demande l'avis (cardiologue, radiologue, laboratoire, endocrinologue, ...) : le généraliste connaît son malade et ses antécédents, pose les problèmes, discute avec les

spécialistes et, avec eux, conclut et propose éventuellement un traitement.

Le généraliste devrait aussi avoir dans ses attributions le **dépistage** précoce de maladies encore ignorées (par ex. cancer, hypertension, insuffisance rénale), fonction généralement cataloguée sous la rubrique « médecine préventive » mais qu'il faudrait appeler plutôt « diagnostic précoce ».

Un rôle plus ignoré est celui d'assurer la **prévention** proprement dite. La vaccination en est l'aspect le plus visible. Mais l'action préventive s'exerce aussi par petites touches, lorsque le généraliste va dans le foyer de ses patients. Il s'y fait une idée de l'hygiène qui y règne, donne des conseils (par ex. se laver les mains, couper les ongles en cas de parasitose, cuire les aliments de telle façon, ne pas tousser dans l'assiette de son voisin) : c'est la **prévention primaire**. La prévention des rechutes (par ex. complication du diabète, bronchite chronique) constitue la **prévention secondaire**.

Par sa présence sur le terrain, son contact direct avec la population et son habitat, le généraliste a enfin un rôle d'**épidémiologiste**. Il peut aider à repérer un foyer de tuberculose ou d'hépatite.

ORGANISATION DE LA MEDECINE DE PREMIERE LIGNE

Vous le voyez à ces quelques énumérations, cette première ligne qui est désagrégée est décidément un groupe de fonctions essentielles. Le généraliste, quand il y fait face, est pratiquement isolé, sans structure d'appui et sans aide.

En fait, l'organisation de la médecine de première ligne est anarchique. Il y a le généraliste, la consultation des nourrissons, les spécialistes, l'infirmière visiteuse de l'O.N.E., les consultations des polycliniques et des hôpitaux, etc., tout cela fonctionnant en ordre dispersé, sans plan d'ensemble ni liaison, si ce n'est accidentel...

Vous comprenez mieux dès lors la désaffection des jeunes médecins pour cette forme de médecine et le sentiment de frustration que cette situation peut engendrer. Le manque de perspectives et l'absence d'une organisation font que la majorité des médecins se raccrochent à des situations dépassées.

Car si l'utilité de la médecine générale n'est, habituellement, pas mise en doute, la crise que cette forme d'activité médicale traverse dure depuis de longues années et ne semble pas près de se terminer. L'origine de cette crise est à rechercher dans son inorganisation et dans le court-circuitage évoqué plus haut, lié au système d'assurance adopté et à la fuite en avant vers la technicité. Les étudiants en médecine se détournent d'une forme de médecine sous-estimée puisque moins « payante », plus fatigante, au profit d'une activité rémunératrice qui permet une vie de famille normale et des loisirs sereins. Ces dernières années, moins de 25 % des étudiants terminant leurs études à l'U.L.B. se destinaient à la médecine générale !

COMMENT REMEDIER A CETTE SITUATION ?

Même dans le cadre d'une société capitaliste, il est possible d'envisager des solutions. Une formule immédiatement réalisable nous paraît bien être la **médecine de groupe**, cabinet collectif de 3 à 5 généralistes. Il conviendrait d'apporter des modifications à la réglementation de l'INAMI (obligation de « passer par le généraliste » pour obtenir le remboursement « spécialiste »).

id. arch.

Le groupe de médecins ainsi constitué devrait s'adjoindre l'aide de kinésistes, d'infirmières, d'assistantes sociales et, même régulièrement, de consultants spécialistes.

Le centre de santé ainsi créé serait le lieu idéal où se pratiqueraient aussi bien prévention que soins primaires, en liaison avec les centres plus spécialisés et les hôpitaux généraux. Ces centres existent dans quelques pays et, dans le nôtre, ils sont aussi proposés par le G.E.R.M. Nous pensons pouvoir reprendre sans restrictions cette proposition. Elle est un élément capital d'une **médecine globale, continue et intégrée.**

La médecine de groupe pourrait donc être génératrice de cellules de départ de **centres de santé intégrés**, dont le principe n'a, en lui-même, rien d'original ni de révolutionnaire. A nous d'œuvrer pour que les structures qu'on finira bien par mettre en place ne le soient pas uniquement dans un esprit de réformes technocratiques destinées à résoudre le « déficit » de l'INAMI. Si vous êtes d'accord, on peut discuter des moyens d'y arriver.

QUELLE POLITIQUE HOSPITALIERE ?

Ces notes complètent, dans un domaine particulièrement important, le document de synthèse sur une politique de santé publique et elles s'insèrent dans un ensemble où nous soulignons par ailleurs l'aspect déterminant du secteur extra-hospitalier, de la médecine de première ligne.

L'étude est volontairement incomplète : elle parle peu du planning hospitalier, elle n'envisage pas la classification des hôpitaux et les critères d'agrément, elle n'évoque ni le prix de la journée d'hospitalisation, ni le fonctionnement interne des hôpitaux, ni leur humanisation, ni leur mission de formation du personnel médical ou para-médical.

Son but est de formuler des propositions claires et réalistes pour un programme hospitalier à court et moyen terme, en tenant compte de l'intérêt général et d'une perspective socialiste.

Il sera atteint s'il suscite l'intérêt et la discussion dans le mouvement ouvrier.

Nous sommes en effet frappés de la lenteur de la prise de conscience de l'opinion publique, en dehors des groupes directement concernés, devant l'étendue des problèmes que pose notre organisation hospitalière.

En 1955, le Docteur Allen (1) attirait l'attention sur d'importantes lacunes dans le fonctionnement de nos hôpitaux — 17 ans après, l'essentiel de ses remarques reste valable : les malades n'ont aucun moyen de savoir s'ils sont bien soignés dans les hôpitaux, il n'existe pas de « vérification médicale », il semble y avoir une certaine répugnance à informer le public de ce qui se passe dans les hôpitaux et dans les milieux médicaux, il y a un manque d'infirmières dans le monde et il est donc important qu'elles se consacrent à ce qu'elles seules peuvent faire, etc.

COMMENT CONCEVOIR LA FONCTION HOSPITALIERE

C'est une définition de l'hôpital proposée par une Commission technique de l'O.M.S. qui nous paraît le mieux correspondre à notre optique :

« L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale. » (2)

1. Pour une gestion rationnelle des hôpitaux et cliniques en Belgique. Wilmar M. Allen, M.D., J. 1955.

2. Le rôle de l'hôpital dans les programmes de protection de la santé. Rapport technique n° 122 — O.M.S.

L'hôpital doit donc être conçu comme une **institution importante** du service de santé, assurant les soins aux malades, l'éducation médicale, l'enseignement et la recherche, l'éducation sanitaire, la continuité des soins (home care) et la prévention, la direction d'un district sanitaire déterminé, etc.

Il doit pour cela établir et maintenir des rapports étroits et cordiaux avec les médecins généralistes, le personnel médico-social, la médecine du travail, les travailleurs sanitaires de tous genres exerçant dans la collectivité qu'il dessert et les individus de cette collectivité.

L'hôpital est l'élément le plus coûteux du service médico-sanitaire.

Il est donc utile de réduire au minimum le nombre de malades à hospitaliser et, en maintenant à un niveau raisonnable les besoins d'hospitalisation, de réduire les besoins en nouveaux hôpitaux.

Pour atteindre ce but, il faut :

a) créer un **système de médecine totale** atteignant l'ensemble de la collectivité avec des services d'hygiène du milieu, de soins personnels, de médecine du travail, de protection sociale ... et un **service de soins à domicile** qui permette de soigner chez eux le plus grand nombre possible de malades ou de blessés.

L'hôpital devient ainsi un centre de médecine préventive et un centre de service de soins à domicile dans une région donnée.

b) promouvoir le concept de régionalisation hospitalière.

Le schéma de régionalisation se heurte dans un pays comme le nôtre à des intérêts privés (les hôpitaux privés sont nombreux et importants) et au particularisme communal (les hôpitaux publics sont gérés par des C.A.P.).

Les impératifs techniques doivent cependant orienter le système hospitalier vers une régionalisation.

Le concept de la régionalisation hospitalière est extrêmement fécond et riche de développements techniques essentiels. Il représente un des facteurs déterminants du rendement du système hospitalier car seul, il peut lutter contre les doubles emplois, la tendance au suréquipement, le gaspillage de matériel et de personnel spécialisé. (3)

c) agir sur les facteurs qui influencent la consommation hospitalière. (4-5)

Ceux-ci peuvent être résumés de la façon suivante :

— facteurs démographiques et géographiques : natalité et âge de la population, morbidité, zone urbaine ou rurale, distance entre domicile et hôpital, etc.

3. L'Hôpital et la Cité. Docteur Bridgman — Ed. du Cosmos.

4. Propos sur des critères qualitatifs d'évaluation du travail médical dans les hôpitaux. Docteur R. Goffin — L'Effort, n° 1/1972.

5. Organisation et administration des hôpitaux. Llewelyn et Macaulay — O.M.S.

— facteurs culturels et éducatifs : traditions, coutumes, éducation sanitaire, réglementations sociales ...

— facteurs sociaux, économiques, politiques : niveau de vie, chômage, paupérisme, conditions de logement, travail de la femme, mode de financement des soins médicaux, mode de rémunération des médecins, etc. ...

— facteurs médicaux et techniques : nombre de lits d'hôpitaux disponibles, nombre de médecins, pratiques médicales (par exemple pratique du lever précoce et pratique de l'accouchement en milieu hospitalier), caractère du diagnostic (précoce ou tardif), tendances médicale (en faveur de l'hospitalisation ou des soins à domicile), existence ou non d'un contrôle interne des activités (medical audit), existence ou non de l'efficacité hospitalière (hospital audit), organisation interne des hôpitaux, nature et équipement de diagnostic et de thérapeutique, nature des liaisons intra-hospitalières, nature des liaisons entre l'hôpital et l'extérieur ...

A certains égards, la gestion d'un hôpital se rapproche fort de celle d'une entreprise : travail, équipements, biens de consommation orientés en vue d'une production, ensemble de moyens destinés à produire des prestations ayant une valeur économique certaine ...

Nous devons cependant souligner les aspects particuliers de l'hôpital :

a) la **finalité de l'activité hospitalière** est de « produire la vie ».

Le prix de cette production est déterminé par des impératifs socio-économiques, il est fonction de l'éthique du moment et aussi d'une conscience à la fois individuelle et collective. Il est difficile d'apprécier réellement ce qu'elle produit. Seuls, les coûts apparaissent clairement. D'éventuels excédents budgétaires ne reflètent pas la valeur de la gestion. Ils ne sont pas des indices d'efficacité.

Mais alors, quels critères retenir ?

C'est ici que se pose le problème d'une évaluation qualitative de l'activité hospitalière alors que dans notre pays, l'agrégation des hôpitaux par le Ministère de la Santé publique est basée essentiellement sur des critères quantitatifs.

L'hôpital envisage des relations publiques mais il ne provoque pas une augmentation de la demande par de la publicité par exemple.

L'hôpital fait une large place à l'enseignement et à la formation du personnel médical et paramédical.

b) **l'hôpital est chargé d'un service public** au caractère national au sens large, répondant à l'intérêt général :

— rôle de l'Etat dans la création, la suppression d'hôpitaux, dans le planning de développement et de répartition du réseau hospitalier ;

— égalité des usagers soulignée par la loi du 23 décembre 1963 ;

— continuité du service public (pas de refus d'admission de malades, pas de suspension d'activités).

c) l'hôpital est un établissement public.

Il existe certes un secteur privé important mais les règles spécifiques aux établissements publics influent considérablement sur les structures de direction et de gestion de tous les hôpitaux.

d) les hôpitaux doivent être agréés et classés en catégories connues du public.

Les conditions d'agrément, de classement doivent être définies par des critères objectifs clairement précisés : contrôle des causes de décès, examen anatomo-pathologique de toutes pièces opératoires, dossier médical, équipement, conseil médical, pratique d'une médecine de groupe, qualification du personnel médical et paramédical, qualification du personnel de gestion administrative, effort d'humanisation, etc.

Tous les médecins, tous les hôpitaux n'ont pas la même valeur contrairement à ce que pensent beaucoup de gens dans notre pays. Un programme d'agrément est à l'heure actuelle un des moyens les plus efficaces pour améliorer la qualité de la médecine hospitalière. Discuter de ce programme dépasse le cadre fixé à notre étude mais nous renvoyons à l'excellent travail du Docteur Goffin. (4)

*id. Arch.
Comment classer ?
de politique.*

LE SECTEUR HOSPITALIER EN BELGIQUE

L'organisation des formations hospitalières belges ressemble à celle des Pays-Bas et à celle de l'Allemagne fédérale mais la tutelle du pouvoir central est plus accentuée chez nous :

— inspection des établissements de soins avec les services « Agrément » et « Planning » ;

— inspection de l'assistance avec contrôle des prix de journée.

L'administration centrale impose à tout établissement hospitalier public ou privé l'agrément préalable sur la base du respect de certaines normes impératives (cf. les lois des 22 septembre 1955 et 23 décembre 1963 sur l'Assurance Maladie-Invalidité).

Les caractéristiques les plus importantes de notre réalité hospitalière peuvent être énumérées de la façon suivante :

1° En général, le nombre global des lits d'hôpitaux existant dans notre pays est suffisant.

Le chiffre envisagé par le programme hospitalier national a été fixé à 5,2 lits/1.000 habitants.

Le 1er janvier 1967, on dénombrait 4,57 lits/1.000 habitants et en juin 1971, 4,76 lits/1.000 habitants — compte tenu des lits en construction et des lits pour lesquels un accord de principe a été obtenu, le chiffre envisagé est déjà dépassé. Notre équipement hospitalier n'est donc pas loin de répondre aux besoins, tout au moins globalement.

Toutefois, les besoins en lits présentent encore un double aspect :

— en raison d'une répartition inégale, ils n'atteignent pas la moyenne nationale dans les provinces de Brabant, Liège, de Luxembourg et de Namur ;

— en raison du manque de lits pour la gériatrie, la revalidation et les maladies chroniques, nous ne disposons que d'un nombre de lits insuffisant (\pm 1.000 lits) alors que le programme en prévoit 15.000.

2° En général, l'hôpital belge est trop petit. Sur les 367 hôpitaux, il y en a 207 avec moins de 100 lits (32 hôpitaux comptent moins de 20 lits et 79 de 20 à 50 lits). 85 hôpitaux seulement disposent de 4 services de base (chirurgie, médecine interne, pédiatrie et obstétrique). 111 hôpitaux n'ont qu'une seule activité médicale dont 44 maternités.

3° Il existe encore beaucoup de vieux hôpitaux qui ne satisfont plus aux exigences de la médecine moderne, du confort et de l'activité fonctionnelle.

4° Les hôpitaux belges sont composés d'hôpitaux publics et d'hôpitaux privés.

Le 1er janvier 1967, il y avait 112 hôpitaux publics avec 17.401 lits et 255 hôpitaux privés avec 26.044 lits, ce qui fait grosso modo une proportion de 40/60.

Le secteur public comprend surtout des centres de soins importants.

Les hôpitaux publics sont actuellement ouverts à tout le monde.

Au point de vue juridique, la plupart des hôpitaux privés sont des A.S.B.L. mais en fait, ils peuvent être considérés comme des institutions d'utilité publique.

Ils acceptent en principe toutes les catégories de patients et remplissent une tâche primordiale dans les soins de santé. La loi du 23 décembre 1963 a d'ailleurs mis les hôpitaux publics et privés sur le même pied.

Il n'existe dans notre pays qu'un tout petit nombre d'hôpitaux à but lucratif.

Il faut cependant souligner ici que le secteur public connaît des charges proportionnellement plus grandes que celles du secteur privé (88 % des lits pour contagieux, services de réanimation, hospitalisation des grands traumatismes, hospitalisation sociale ...)

Il faut d'autre part acter la disproportion croissante qui existe entre l'acroissement du nombre de lits dans le secteur privé et dans le secteur public. (voir chiffres annexe)

Le secteur public qui, en 1951 comptait 14.946 lits et représentait 46,9 % du total des lits du pays (31.862), n'a accru son nombre de lits jusqu'en 1965 que de 2.273 unités et ne représente

plus actuellement que 40 % du nombre total des lits du pays (42.562).

Si cette courbe de croissance des deux secteurs devait encore se poursuivre, le secteur hospitalier public deviendrait de plus en plus minoritaire.

5° Soulignons encore un autre aspect particulier de notre pays. Les établissements hospitaliers sont groupés en organismes institutionnels comprenant aussi bien des établissements publics que des établissements privés, organismes tels que la Fédération des Institutions Hospitalières de Caritas Catholica, l'Association Belge des Hôpitaux, l'Association Socialiste des Institutions de Soins ... qui disposent d'Instituts et de services d'études fort importants et dont l'influence est indéniable.

6° Le réseau hospitalier s'est développé de façon désordonnée, en nombre et en spécialisation au niveau des régions.

Ceci amène à la notion d'un planning (qui ne serait donc plus seulement indicatif). Ce programme d'implantation des hôpitaux doit s'intégrer dans un plan, faire l'objet d'options politiques au niveau du gouvernement et du parlement et bien entendu recevoir les moyens financiers indispensables à sa réalisation. C'est là l'essentiel du projet de loi déposé par le ministre Namèche au cours de l'été 1971.

NOS PROPOSITIONS

Nos propositions visent à formuler un programme hospitalier immédiat en soulignant les axes principaux de sa réalisation, sans sous-estimer pour autant les problèmes propres au fonctionnement des hôpitaux et la hiérarchie hospitalière, l'humanisation, les liaisons entre les hôpitaux et le secteur extra-hospitalier, le rôle des hôpitaux dans la recherche scientifique et la formation du personnel, etc.

Une politique hospitalière nationale

La réalité belge et l'évolution dans les soins de santé en général et dans la médecine hospitalière en particulier permettent de distinguer quatre objectifs :

1° Nous devons créer des lits principalement dans le secteur de la gériâtrie, de la revalidation et des malades chroniques.

2° Les petits hôpitaux ne sont plus justifiés et doivent être ou bien agrandis, ou bien supprimés, ou bien incorporés dans un complexe hospitalier plus important.

En ce qui concerne l'hospitalisation dans les régions rurales, il faudra ou bien développer les moyens de transport vers les centres hospitaliers principaux, ou bien considérer la petite unité hospitalière comme un « relais » nécessairement associé de façon adéquate à un hôpital de dimension suffisante avec tous les services diagnostiques et thérapeutiques.

Le Docteur Allen affirmait déjà en 1955 (1) : « la construction de nouveaux hôpitaux de moins de 200 lits devrait être activement combattue sauf en circonstances exceptionnelles ... le remplacement de 100 hôpitaux d'une moyenne de 28 lits chacun par, disons, 10 hôpitaux de 280 lits chacun ne pourrait qu'améliorer la qualité des soins hospitaliers. »

3° Les hôpitaux d'importance moyenne doivent être complétés par la création des quatre services de base (médecine, chirurgie, pédiatrie et obstétrique) et même si possible être complétés par un cinquième service de base, à savoir la gériatrie et la revalidation.

4° Il ne faut pas créer en ce qui concerne les services très spécialisés des institutions séparées.

Ce programme hospitalier doit disposer des moyens nécessaires à sa réalisation.

Que pouvons-nous proposer dans ce domaine ?

a) Le programme d'implantation des hôpitaux doit se faire dans le cadre d'un planning impératif avec des moyens financiers suffisants alimentant un fonds de construction hospitalière.

b) Un certain nombre de dispositions légales et réglementaires devront être prises de façon à supprimer les subsides pour des hôpitaux trop petits, de moins de 150 lits par exemple, à fixer des normes d'agrégation sévères pour les services spécialisés, à diviser le chiffre envisagé pour le planning national en fonction des diverses régions.

c) Les responsables des hôpitaux doivent être à la base de l'établissement et de la réalisation du planning régional.

d) L'organisation hospitalière à l'échelle nationale n'est possible que si elle est dirigée par un **Conseil des hôpitaux**, organisme unique, extra-politique et indépendant, dont la composition est établie en fonction de la compétence scientifique et technique de ses membres, tant au point de vue social, économique et juridique qu'au point de vue médical lui-même. Le pouvoir du Conseil des hôpitaux s'étend également à la couverture des frais de fonctionnement des hôpitaux agréés, ce qui a l'avantage de supprimer le pluralisme politique des organismes assureurs dans un domaine qui concerne probablement $\frac{1}{4}$ des dépenses médicales dans le régime de l'Assurance Maladie-Invalidité.

De plus, ce système contribue à « dépolitiser » la médecine et à faire dépendre la promotion des médecins hospitaliers de critères scientifiques basés sur le perfectionnement médical, les travaux de recherche et la valeur morale, sans que des facteurs extra-médicaux soient encore soulevés pour organiser les cadres médicaux de nos institutions de soins.

Régionalisation hospitalière

Nous avons déjà souligné l'importance et l'intérêt du concept de régionalisation hospitalière qui est certainement un des facteurs déterminants du rendement du système hospitalier. Seul, le planning régional peut assurer une répartition géographique rationnelle.

Cette répartition géographique ne doit pas être imposée en haut lieu mais elle doit être discutée et réglée de commun accord par tous les intéressés, c'est-à-dire par les représentants du secteur public et du secteur privé.

Cela peut se faire par la création de **Comités régionaux de coordination** qui pourraient avoir trois objectifs essentiels :

- étude des besoins régionaux ;
- programmation adaptée ;
- collaboration dans le planning, recherche de solutions et de points de vue communs pour résoudre les problèmes régionaux communs.

Signalons ici que les institutions catholiques ont déjà créé en ce qui les concerne, des Comités de coordination au niveau régional avec la tâche d'élaborer un plan, d'organiser la collaboration des services déterminés et de discuter des problèmes communs.

Ces Comités de coordination permettraient d'arriver à un accord entre le secteur public et privé sur une série de questions importantes : le planning, les conditions d'octroi des subsides, la question du forfait, l'établissement du prix normal de la journée d'hospitalisation avec son corollaire d'une comptabilité analytique pour toutes les institutions hospitalières, l'évaluation du prix moyen de la maladie, ce qui a l'avantage de mesurer exactement ce que le traitement de chaque cas a réellement coûté à la collectivité, la garantie pour les patients d'un réel libre choix ...

Promouvoir le secteur public

Trois raisons essentielles nous engagent à promouvoir le secteur public :

La finalité du secteur public est l'intérêt général, sa gestion ne tient pas compte des intérêts particuliers. Cette forme de gestion convient particulièrement à la prévention dans le domaine de l'hygiène publique et de la médecine puisque les mesures sont prises dans l'intérêt exclusif de la communauté et qu'elles ne répondent pas à des demandes particulières.

Les hôpitaux publics ont les meilleures possibilités de mener une politique uniquement guidée par des critères scientifiques et justifiée par la nécessité des progrès sanitaires.

Tout naturellement, les institutions privées écartent les activités moins rentables, négligent ou omettent complètement des activités scientifiques élémentaires (tenues à jour des dossiers médicaux, de statistiques ou d'éléments de recherche clinique, de contrôle des résultats thérapeutiques, etc.).

L'hôpital public, par sa vocation scientifique, est bien placé pour entretenir des relations mutuellement profitables avec tous les praticiens de la périphérie et dans l'intérêt de la continuité des soins aux malades.

Les hôpitaux publics peuvent s'insérer dans un plan de rationalisation hospitalière désintéressée (dimension optimale, éventail des services nécessaires, gestion rationnelle, etc.).

Une telle orientation pour les institutions privées se heurte aux intérêts particuliers de groupes d'influence, ou de partis politiques.

L'hôpital public inséré dans la cité offre des possibilités plus grandes de gestion et de contrôle démocratique en particulier par les élus locaux responsables devant la population locale et en contact avec elle.

Il faut défendre l'hôpital public parce que sa situation actuelle est particulièrement précaire sinon scandaleuse, eu égard à la qualité des services rendus. Il faut améliorer sensiblement tant le statut matériel et moral de son personnel que son infrastructure, à commencer par ses bâtiments (la plupart des constructions datent du début du siècle et les nouvelles constructions sont dérisoires en importance).

L'hôpital public doit être conçu comme un élément déterminant d'un service local ou régional d'assistance sociale.

Cette assistance sociale, au sens large du mot, conçue comme un service public important, nécessite non seulement le développement du secteur public hospitalier mais aussi la reprise totale dans le secteur public de la gestion de l'hygiène publique (eau, pollution, immondices...), de l'organisation des transports sanitaires (cf. service 900, pompiers, etc.), de la gestion des institutions pour malades aigus et chroniques, des institutions destinées à la réhabilitation ou consacrées aux personnes âgées ou à l'enfance (cf. crèches, orphelinats, homes pour vieillards, etc.), de la coordination des œuvres médico-sociales (prévention, information sanitaire et sociale, enfance, étudiants, troisième âge et vieillesse...).

Agglomérations ou fusions de communes : de nouvelles possibilités

La loi sur les agglomérations et fédérations de communes (juillet 71) donne à cet égard des possibilités nouvelles.

Cette loi tend en effet à créer des pouvoirs « supra-communaux » viables, à structure démocratique, appelés à assumer une série de responsabilités que la plupart des communes existantes ne sont plus en mesure d'assumer elles-mêmes.

Cette loi indique expressément que l'agglomération ou la fédération de communes exerce :

1° les attributions actuellement exercées par l'Etat ou la Province qui lui sont confiées dans le cadre de la décentralisation et de la déconcentration ;

2° les attributions que le Conseil d'agglomération ou de Fédération accepte d'exercer à la demande d'une ou de plusieurs communes de son territoire.

Cette disposition permettrait grâce à un mouvement d'opinion et à une pression politique adéquate, d'assurer la reprise par les

nouveaux pouvoirs d'agglomération, de fédérations, des institutions hospitalières dépendant des communes.

Il serait donc possible qu'il se crée des hôpitaux intercommunaux dotés d'une personnalité juridique propre.

Encore faudrait-il que les pouvoirs publics disposent des moyens nécessaires d'ordre financier pour développer le secteur public hospitalier.

Diverses propositions peuvent être formulées dans ce domaine :

a) aide financière accrue de l'Etat et/ou de l'AMI en fonction des charges proportionnellement plus grandes dans le secteur public ;

b) éviter tout retard de paiement — de l'AMI par exemple — consentir des prêts dont l'intérêt et les charges seraient payés par l'Etat ;

c) moderniser la gestion administrative des hôpitaux ;

d) alléger et adapter les règles de tutelle administrative particulièrement en ce qui concerne les avant-projets et les projets hospitaliers ;

e) maintenir les différences de financement de l'Etat entre le secteur public et le secteur privé ; favoriser le secteur public dans le cadre du planning impératif, envisager à l'échelon des programmes régionaux ;

f) permettre des emprunts à taux réduit (le subside de 60 % est versé seulement après paiement aux entrepreneurs, le subside de 25 % n'est obtenu qu'en amortissement sur le prix de la journée d'hospitalisation, c'est-à-dire lorsque l'hôpital est fonctionnel, le subside est de toute façon plafonné à une valeur déterminée de la construction d'un lit).

L'Etat devrait consentir dans le secteur hospitalier public des prêts à **taux réduit à 3,5 %**, avec remboursement à partir de la mise en activité de l'établissement, comme il le fait d'ailleurs pour l'implantation d'entreprises industrielles nouvelles.

Démocratiser le secteur hospitalier

Ceci exige un ensemble de mesures prises à divers niveaux de la gestion hospitalière.

Nous en énumérons brièvement les principales :

a) fonctionnement démocratique des structures qui représentent les « usagers », c'est-à-dire l'assurance maladie-invalidité, les mutualités, les syndicats et d'éventuelles associations nouvelles (cf. Association de consommateurs) ;

b) démocratisation des structures de gestion des hôpitaux, c'est-à-dire promotion de la gestion publique par rapport à la gestion privée, lutte contre la privatisation des services publics, gestion communale ou régionale de la structure hospitalière ;

c) création de **conseils de la santé**, institutions associant les gestionnaires publics et éventuellement privés, les techniciens,

c'est-à-dire les médecins et le personnel des hôpitaux et enfin des représentants de la population, c'est-à-dire des usagers ;

d) participation du personnel hospitalier à la gestion de l'hôpital à tous ses échelons ;

e) promotion de l'équipe sanitaire hospitalière en considérant que le malade fait partie intégrante de cette équipe.

Notre étude démontre que des options importantes peuvent et doivent être prises en ce qui concerne l'appareil hospitalier dans le cadre d'une politique générale de santé.

Elles le seront grâce aux forces objectives qui ont intérêt au changement.

Celles-ci se trouvent parmi les praticiens qui veulent défendre le niveau, la qualité et la dignité de leur travail ; parmi les autorités académiques responsables, lucides et qui osent élever la voix ; elles se trouvent enfin parmi la population entière intéressée aux meilleurs soins, au meilleur niveau sanitaire, et aussi parmi les représentants des organisations démocratiques dûment informées.

REPARTITION DES LITS D'HOPITAL

Secteur public	1951	1965	différence
province d'Anvers	2.790	3.149	+ 629
province de Brabant	3.933	3.256	— 677
province de Flandre occ.	1.637	1.690	+ 53
province de Flandre or.	2.637	2.946	+ 309
province de Hainaut	1.221	2.179	+ 958
province de Liège	1.893	2.001	+ 108
province de Limbourg	592	1.187	+ 595
province de Luxembourg	22	133	+ 111
province de Namur	221	408	+ 187
Totaux	14.946	17.219	+ 2.273
Secteur privé			
province d'Anvers	2.679	3.929	+ 1.250
province de Brabant	3.801	5.663	+ 1.862
province de Flandre occ.	2.428	3.789	+ 1.361
province de Flandre or.	2.421	3.478	+ 1.057
province de Hainaut	2.214	3.778	+ 1.364
province de Liège	1.865	1.966	+ 101
province de Limbourg	823	1.741	+ 918
province de Luxembourg	208	458	+ 250
province de Namur	277	540	+ 263
Totaux	16.916	25.342	+ 8.426

MEDICAMENTS : COMMENT AGIR SUR LES PRIX ?

Personne n'est satisfait de la manière dont fonctionne le secteur pharmaceutique : ni les producteurs, ni les distributeurs, ni le gouvernement, ni les consommateurs. De plus, un certain nombre d'observateurs scientifiques s'inquiètent d'un recours abusif aux médicaments.

Il est certain que la consommation des produits pharmaceutiques ne cesse de se développer en Belgique : depuis vingt ans, le nombre de pièces vendues augmente annuellement de plus de cinq pourcent. Le fait est que dans tous les pays capitalistes développés, les dépenses individuelles pour soins de santé (dépenses dans lesquelles les produits pharmaceutiques interviennent pour un quart de l'ensemble) doublent environ tous les dix ans. Cet accroissement est incontestablement le signe d'un progrès du niveau de vie des masses. Mais ce progrès s'accomplit dans une anarchie qui en hypothèque bien souvent l'effet. Le facteur essentiel de cette anarchie est le mécanisme même du régime capitaliste, qui oppose l'intérêt de quelques grosses firmes (le plus souvent étrangères) à l'intérêt de dix millions de consommateurs. Mais on ne peut s'en tenir à ce constat.

Qui fabrique les médicaments ? Par quel circuit commercial arrivent-ils sur notre table ? Comment sont fixés les prix des spécialités et des prescriptions magistrales ? Pourquoi les gens achètent-ils des médicaments sans avis médical ?

C'est ce que nous allons brièvement passer en revue, avant de formuler des propositions de réformes.

LES FABRICANTS

Inexistante avant la première guerre mondiale, l'industrie pharmaceutique belge s'est développée après 1945, à la faveur de l'instauration de l'Assurance maladie-invalidité.

Quelque 300 firmes ayant un siège social en Belgique et environ 80 concessionnaires, représentant 500 laboratoires étrangers, alimentent le marché. Mais, seules une cinquantaine de firmes exercent une activité appréciable dans le domaine de la production, et parmi elles seules quatre ou cinq entreprises, disposant d'un département de recherches développé, ont une activité créatrice. Pour le surplus, les firmes étrangères exercent un rôle prépondérant dans le secteur : elles fournissent la majeure partie des médicaments consommés en Belgique. Des sociétés, surtout américaines, mais aussi suisses, françaises, ouest-allemandes, italiennes, britanniques, hollandaises dominent le secteur.

Ayant largement profité des progrès de la sécurité sociale, l'industrie du médicament enregistre des bénéfices confortables, dont il est cependant difficile d'avoir une vue précise, en raison de l'existence de plusieurs filiales au sein d'un même groupe — qui « dilue » les bénéfices entre sociétés juridiquement distinctes. Exemples : l'**Union chimique belge** (la plus importante des firmes belges à exercer une activité productrice) fabrique des produits chimiques de base, qu'elle fournit à sa division pharmaceutique en y incluant un bénéfice. Et les spécialités fabriquées dans la division pharmaceutique sont ensuite fournies en y ajoutant un nouveau bénéfice, à la filiale de distribution Sarva qui prélève à son tour un bénéfice. La **Pharmacie centrale de Belgique** produit des substances chimiques, fabrique quelques spécialités, joue le rôle de concessionnaire pour des produits étrangers, et également celui de grossiste national et régional : il y a donc, à ces différents échelons, des bénéfices cumulés qui, à chaque fois, grèvent le prix du médicament.

Pour les filiales de firmes étrangères, le même résultat est obtenu par un procédé encore plus commode. Si cette filiale fabrique elle-même la spécialité, elle inclut dans ses frais généraux la licence qu'elle paie fort cher à la société-mère. Si elle se borne au conditionnement et à la distribution, il suffit que la société-mère lui facture les produits qu'elle lui fournit en vrac au prix fort pour que la filiale ne réalise qu'un bénéfice modeste — ou pas de bénéfice du tout.

Les chiffres dont il est fait état dans les bilans ne reflètent donc qu'une partie des bénéfices réalisés dans l'industrie du médicament. Le fait que pour le surplus, le marché couvre non seulement les médicaments destinés à l'homme, mais aussi les produits vétérinaires (qui se confondent souvent avec les premiers), la phytopharmacie accentue encore la confusion.

D'autre part, il arrive que des firmes pharmaceutiques s'adjoignent un département « Produits d'hygiène et de cosmétique » ou « Produits de beauté » qui bénéficie de l'expérience des recherches pharmaceutiques et améliore nettement les bénéfices.

CIRCUIT COMMERCIAL

On vient de s'en apercevoir : un certain nombre de **grossistes** importants sont en fait des filiales de trusts. A ces grossistes, qui réalisent des bénéfices incontrôlés, il faut ajouter — quand il s'agit des spécialités étrangères — le rôle parfaitement parasitaire du **concessionnaire**, qui sert de « boîte à lettres ». Il reçoit et entrepose les spécialités étrangères, vérifie si elles correspondent aux normes belges, et approvisionne les officines. Pour ce « travail », le concessionnaire prélève environ 14 % du prix de vente au grossiste.

Dernier échelon de la distribution : l'officine du pharmacien qui est en contact avec le public, et qui touche une commission de 31 % sur le prix de vente des spécialités vendues.

La Belgique comptait en 1971, 4.760 officines, ce qui repré-

sente une officine pour 2.500 à 5.000 habitants, mais dont la répartition est inégale, et depuis 1971, le nombre des officines est limité.

LES PRIX

A. Spécialités : Réglementé par un arrêté ministériel de juin 1967, qui prévoit la fixation d'un prix maximum et d'un prix de vente minimum, le prix des spécialités doit être approuvé par le ministère des Affaires économiques.

(En avril 1971, le ministre Cools prend l'initiative d'imposer par arrêté une diminution de 6 % sur les prix des spécialités pharmaceutiques. Devant le tollé provoqué par la Fédération des industries chimiques (FIC), il recule. Après cinq mois de flottement, il « reconsidère » son arrêté — et la baisse prévue finit par ne frapper que la moitié du chiffre d'affaires des firmes pharmaceutiques. On notera néanmoins que la baisse sur les spécialités étrangères a des effets de portée variable selon le pays d'origine : les produits américains ou suisses « résistent » mieux que les produits français, dont le prix a déjà subi des réductions successives, suite aux baisses ordonnées par le gouvernement français puis à la suite de la dévaluation du franc français. A la fin de la même année 1971, la FIC décide d'appliquer une hausse d'environ 4 % sur quelque 3.000 spécialités. Cette hausse est déclarée illégale par Cools démissionnaire. Son successeur, H. Simonet, a repris les pourparlers avec la FIC).

Spécialités étrangères : leur prix peut atteindre — sans le dépasser — le prix de vente pratiqué dans le pays d'origine. Cette disposition explique le montant très élevé du prix des spécialités « made in USA », importées chez nous : leur prix moyen en 1969 est de 120 F, contre 56 F pour les produits français ou suisses. Il faut savoir qu'aux Etats-Unis, un quart du prix au public est consacré aux frais de vente.

En définitive, en cas de spécialité belge, le consommateur paye pour 100 F :

6 F à l'Etat (via la TVA) ;

— 29 F au pharmacien (31 % du prix hors TVA) ;

— 8,50 F au grossiste (13,1 % du prix de vente au pharmacien ;

— 56,40 F au fabricant,

et, en cas de spécialité étrangère, le consommateur paye pour le surplus

— 8,50 F au concessionnaire. Et il revient 47,90 F au fabricant, qui supporte dans ce cas les frais de dédouanement, de visa de la Santé publique et d'admission à l'INAMI, ainsi que les frais occasionnés par un conditionnement spécial, avec « littérature » bilingue.

B. Magistrales.

Le prix des matières premières et de l'emballage est fixé par arrêté ministériel. Les honoraires du pharmacien représentent en moyenne environ 70 %, donc plus de la moitié du coût total, lequel

est fixé par la nomenclature entre organismes assureurs et organismes professionnels. Si le prix de la magistrale est pratiquement le même quelle que soit l'officine qui la délivre, il varie dans le temps, étant indexé.

On croit souvent que la magistrale est moins chère que la spécialité. C'est loin d'être vrai : 20 gélules d'aspirine « magistrale » coûtent 74 F contre 14 ou 17 F pour 20 comprimés d'aspirine française ou allemande. Dix suppositoires antipyrétiques (du genre latépyrine-quinine) coûtent un peu moins de 50 F en spécialité et un peu plus de 100 F en « magistrale ». C'est l'INAMI qui paye la différence entre les 25 F demandés par le pharmacien au malade pour la préparation magistrale, et le coût total réel.

UN CERTAIN FOISONNEMENT

Il existe en Belgique à l'heure actuelle environ 4.800 spécialités pharmaceutiques, dont 3.300 représentent 95 % du marché total — et dont près de 2.000 sont remboursées par l'INAMI. (En 1969, les Belges ont acheté pour 14,3 milliards de francs de spécialités pharmaceutiques, dont environ 4,6 ont été remboursés par l'INAMI).

Sur les 3.300 spécialités qui comptent vraiment, 1.700 peuvent être vendues sans ordonnance et 300 font l'objet d'une publicité directe auprès du public.

A noter que si les Pays-Bas connaissent un nombre analogue de spécialités et si l'Allemagne fédérale en connaît dix fois plus, la Suède se contente de 1.600 spécialités. Une enquête récemment menée en France indique que la moitié du chiffre d'affaires sur les spécialités provient de 6 % seulement d'entre elles, et que parmi ces 6 %, la majorité est constituée par des produits inutiles, voire dénués d'activité valable (fortifiants, défatiguants, etc.). Enfin, la même enquête révèle que le prix de la plupart de ces spécialités « dans le vent » est supérieur au prix de produits plus efficaces, mais dont la publicité est plus discrète.

LE MATRAQUAGE PUBLICITAIRE

La législation belge distingue deux groupes de médicaments :

1. Les produits « de comptoir », c'est-à-dire les produits d'accès direct sans intermédiaire médical obligatoire, pour lesquels la publicité commerciale est admise. Leur action est théoriquement inoffensive, alors qu'en réalité des analgésiques et des digestifs par exemple, peuvent entraîner des dangers (cf. émission télévisée sur l'aspirine). Ces produits, qui constituent le domaine de l'automédication, représentent 16 % de la production pharmaceutique. **En 1970, on a vendu dans notre pays pour 52 millions de Croix blanche et pour 39 millions d'Aspro.**

2. Les produits dont la publicité est destinée aux médecins.

En réalité, on confond souvent information (nécessaire) et publicité (abusive).

L'Association pharmaceutique belge (A.P.B.) fournit néanmoins un effort méritoire, non seulement en effectuant le contrôle des médicaments, mais en éditant des fiches techniques valables. Ce n'en est pas moins une initiative privée et fragmentaire.

En France, la publicité pharmaceutique coûte environ 10.000 de nos francs par an et par médecin, ce qui représente 10 à 40 % du chiffre d'affaires des firmes, alors que la recherche ne représente que 8,5 % de ce chiffre.

Les délégués médicaux qui font le démarchage des médecins pour leur présenter les nouvelles spécialités, ont une formation scientifique limitée — et leur activité relève beaucoup plus de la publicité que de l'information. Si c'est plus vrai encore pour les trusts américains qu'euro-péens, cette pratique n'en est pas moins dégradante pour le médecin et pour le visiteur médical.

*cf. publicité
aux Arch.*

LA RECHERCHE

Dans le domaine pharmaceutique, la recherche non fondamentale tend à se déplacer rapidement des centres universitaires, où elle dépérit, vers l'industrie, où elle est subsidiée, vers les pouvoirs publics. L'activité scientifique pharmacologique qui persiste dans certains centres universitaires ne peut le faire que grâce au soutien, de moins en moins dissimulé, de l'industrie. Les buts et motivations de la recherche sont de ce fait de plus en plus influencés par l'obtention d'un profit immédiat.

Moins de cent entreprises font de la recherche valable dans le monde capitaliste. S'il est vrai que pareille recherche exige de grands moyens (il suffit de savoir par exemple que pour un médicament nouveau, trois mille molécules et souvent plus ont été synthétisées et analysées), on constate que la plupart des firmes développent de nouvelles associations à partir de substances connues. Ce type d'activité de recherche coûte 5 à 10 fois moins, mais les frais de préparation, de conditionnement, de publicité sont plus élevés. Cela aboutit à des produits médiocres ou nuls, dont la vente, favorisée par une publicité plus poussée, autorise des bénéfices substantiels.

NOS PROPOSITIONS

Il est incontestable que l'anarchie règne dans le secteur pharmaceutique. Il est dans l'intérêt de la collectivité de réduire ce désordre coûteux, puis d'y mettre fin.

La solution la plus radicale serait la NATIONALISATION DE L'INDUSTRIE DU MEDICAMENT, tant sur le plan de la production que de la distribution. Elle se justifie notamment parce que c'est la collectivité qui, par le truchement de l'AMI, a permis l'essor de cette industrie. Toutefois, pour être efficace, la nationalisation devrait être étendue à toute l'industrie chimique fournissant les matières premières. Et dans le contexte politique actuel, pareil objectif est ambitieux. Aussi formulons-nous des propositions **inter-calaires** qui pourraient nous rapprocher de la nationalisation, laquelle demeure notre objectif.

Ces propositions, susceptibles de devenir des revendications du mouvement ouvrier et démocratique, visent non pas à comprimer uniformément le prix de revient de tous les médicaments, mais à traquer de manière efficace le parasitisme et le désordre là où ils sont socialement le plus nocif. Elles tendent donc à réduire ou supprimer des gaspillages, TOUT EN AMELIORANT LA QUALITE DES MEDICATIONS.

Voici en quoi elles consistent :

— **Participation plus large et enfin effective** des travailleurs et de leurs organisations au contrôle des entreprises du secteur ;

— **Nationalisation des circuits du commerce de gros et de demi-gros et création d'un Office national d'importation.** Cette double mesure permettrait de contrôler réellement la distribution de gros, qui serait ainsi soustraite à l'emprise des trusts, et de supprimer l'échelon parasitaire du concessionnaire-boîte aux lettres. Elle ne sera, pas plus que la proposition précédente, facile à réaliser. Mais il y a des précédents : des pays aussi peu « révolutionnaires » que l'Eire et la Norvège ont nationalisé le secteur de gros de leur industrie pharmaceutique. La réforme s'impose d'autant plus que des mesures allant dans le même sens, mais moins radicales, sont restées lettre morte (par exemple l'arrêté royal de 1964 sur le commerce et la distribution de gros, qui visait à garantir l'approvisionnement permanent des officines et à assainir le marché en éliminant une série de grossistes, dont l'activité néglige les produits moins rentables — même s'ils sont efficaces — au profit des plus rentables — même s'ils sont moins efficaces).

— **Contrôle beaucoup plus rigoureux pour l'agrégation des spécialités remboursables par l'INAMI.** Ce contrôle, exercé par une Commission INAMI-Santé publique, devrait être triple :

D'abord contrôle sur le plan chimique, pharmacologique et clinique, ensuite contrôle sur le prix (comme cela se fait en Grande-Bretagne), enfin contrôle visant à éliminer doubles emplois et copies. Pourquoi ne pas s'inspirer de ce qu'a dit l'an dernier à une Table ronde, le directeur de l'Institut de pharmacologie de l'université de Lausanne, selon lequel on pourrait parfaitement limiter le nombre de spécialités à 250 produits ?

— **Interdiction de sociétés factices**, permettant les facturations abusives et la multiplication, particulièrement parasitaire, des profits.

— Suppression de toutes « facilités » pour l'implantation en Belgique de trusts du médicament.

— Réorganisation du **conditionnement** des spécialités. D'abord en généralisant une pratique déjà partiellement appliquée dans les hôpitaux et obligeant les fabricants à élaborer pour **tous** les produits des conditionnements « spéciaux-hôpital », dépourvus extérieurement de la publicité habituelle. Ensuite, en généralisant même en dehors des hôpitaux un système de conditionnement moins luxueux et moins parasitaire, en tout cas pour les produits de conservation non limitée. Il est d'ailleurs appliqué aux Etats-Unis et en Scandinavie, pour ne citer que des Etats capitalistes. Les pharmaciens seraient ainsi amenés à dispenser les spécialités à partir de conditionnements peu coûteux et de grande contenance, selon la quantité prescrite par le médecin. Même en tenant compte des honoraires dus au pharmacien, l'économie pourrait être sensible.

— Mesures d'assainissement dans le secteur Publicité-information.

La **publicité**, qui s'assigne des fins commerciales, doit être supprimée dans le domaine du médicament. Quand elle s'adresse à la population, elle doit être simplement interdite. Quand elle est destinée aux médecins et dentistes, elle doit être remplacée par une **information** objective, à réaliser sur deux plans complémentaires :

a) l'édition de fiches techniques par un Office national d'information (groupant : chercheurs dans le domaine pharmacologique, représentants des industries pharmaceutiques, représentants des médecins et pharmaciens). Ces fiches comporteront des informations sur la nature des drogues présentées, l'expérimentation animale, la pharmacodynamie, la posologie avec ses limites, les indications principales et les contre-indications, la présentation et le coût.

Elles seront également mises à la disposition des pharmaciens et des paramédicaux.

b) Des mesures visant à la formation des médecins, à l'expérimentation clinique et à l'usage clinique des drogues, mesures prises par les diverses sociétés scientifiques médicales belges sur la coordination de l'Académie de médecine.

La commission thérapeutique de chaque société scientifique médicale devrait :

— publier des synthèses sur le traitement pharmacologique en tenant compte de la recherche et de l'expérimentation clinique ;

— répondre à toute question particulière ;

— étudier et réaliser l'intégration de l'information thérapeutique dans l'enseignement universitaire et post-universitaire ;

— promouvoir la recherche clinique et la rendre valable sur le plan scientifique et déontologique en mettant au point des méthodes objectives et subjectives d'évaluation clinique en organisant, en hiérarchisant, en finançant la recherche clinique.

c) Dans ce cadre, le rôle des délégués médicaux sera modifié et valorisé. Ils perdront leur caractère actuel de représentants de

commerce pour devenir des auxiliaires médicaux sur le plan technique. Comme pour tous les travailleurs paramédicaux, leur statut devra être précisé et protégé. √

d) La législation sur l'interdiction des primes et la distribution d'échantillons « modèle vente » devra être appliquée strictement et la distribution d'échantillons autorisée seulement pendant les périodes de lancement.

— **Promotion de la recherche scientifique** et de l'enseignement universitaire dans les domaines pharmacodynamique et thérapeutique. Un fonds national d'encouragement de la recherche clinique et de l'information thérapeutique devrait être alimenté aussi bien par des subsides des pouvoirs publics que par des apports financiers importants des fabricants de médicaments.

— Protection des inventions en matière de médicaments par une législation spéciale — avec possibilité de recours pour les pouvoirs publics si la production ne répond pas aux normes de la santé publique ou si son prix est trop élevé.

REVALORISATION DE LA FONCTION

DE PHARMACIEN D'OFFICINE

Actuellement très commercialisée, la fonction du pharmacien d'officine pourrait être revalorisée dans la mesure où ce travailleur de la santé, qui a accompli cinq ans d'études universitaires, constituerait véritablement le maillon d'une chaîne — notamment dans le domaine de l'éducation sanitaire. Contrôle de l'automédication, coopération avec le médecin traitant — voilà quelques-uns des services importants que le pharmacien pourrait rendre au malade, si certaines conditions étaient remplies. D'abord que le malade fréquente la même officine, ensuite que le pharmacien tienne des fiches de ses malades — mais aussi que le pharmacien soit libéré d'un certain nombre de tracasseries administratives, ce qui exigerait une simplification du système de remboursement de l'AMI. Il devrait pouvoir se recycler, améliorer son équipement de travail et de contrôle, donner plus de temps à sa documentation. De même, la décommercialisation des officines serait facilitée par l'application stricte de la loi limitant à trois (dont deux diplômés) le nombre d'aides pour un pharmacien. A notre sens il serait dans l'intérêt de ce dernier que sa rémunération soit dégagée de la forme essentiellement commerciale qu'elle connaît maintenant. Il appartient cependant aux pharmaciens eux-mêmes de débattre et de s'entendre entre eux sur le principe et les modalités d'honoraires.

En tout état de cause, la santé publique a tout à gagner à ce que les activités du secteur pharmaceutique se décommercialisent à tous les échelons.

LES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

Introduction.

Pour différentes raisons, le Parti Communiste doit s'intéresser aux professions paramédicales et au secteur qu'elles constituent.

1) L'importance croissante du volume de ce secteur dans le domaine de la santé, la quantité et la qualité des activités englobées dans ce secteur et pratiquées par les professionnels qui le composent.

2) Le fait que ce secteur est le seul avec celui des médecins, où il soit possible d'étudier la vie des travailleurs du domaine de la santé. Ici se posent donc des questions concrètes concernant la vie d'une catégorie d'individus ; des hommes qui entrent dans des rapports particuliers avec d'autres hommes : le malade, le public, le médecin, etc. Des hommes qui sont appelés à résoudre des problèmes réels dans des conditions précises. Ce secteur devra par conséquent comprendre une étude de la vie réelle de professionnels confrontés à des problèmes concrets, vécus et ressentis.

3) Le rôle, promis à l'avenir, du secteur paramédical.

Ce rôle, de plus en plus important, tient essentiellement au développement des techniques et des sciences, ainsi qu'à l'approfondissement de la spécificité des activités paramédicales elles-mêmes. Cela revient à dire que les professions paramédicales ne sont nullement subordonnées, malgré les apparences, à la profession médicale elle-même.

Les professionnels paramédicaux ont des activités différentes par nature de celles des médecins. Si ceux-ci ont quelque tendance à se décharger d'activités médicales, qu'ils considèrent comme mineures ou comportant peu de danger, ce résidu ne constitue nullement le fonds des activités paramédicales.

4) Le début d'une prise de conscience des professionnels paramédicaux de leur « poids » sur le plan social. Diverses initiatives ont été prises récemment en Belgique par les paramédicaux.

— La tentative de constituer des Comités d'Action Santé.

— L'apparition de revendications générales se retrouvant pour la plupart des professions paramédicales.

— Le mouvement à action sociale, marqué principalement par la journée du 25-1-1971.

— Le besoin d'information de plus en plus général qui commence à se faire sentir au sujet du secteur paramédical, particulièrement au niveau des représentations syndicales et politiques.

Les principales professions, dénomination, classification.

Les professions paramédicales comprennent :

— le personnel soignant (qui intervient dans le traitement et a un contact direct avec le malade) ;

— le personnel technique qui utilise des appareils de mesure, de contrôle, d'investigation, de dosage, etc. ;

— le personnel fabricant d'appareils de prothèse ;

— le personnel ayant une profession généralement extérieure au domaine de santé, mais qui accomplit cette profession au service de ce domaine (chauffeurs d'ambulances, personnel ménager, assistants sociaux, etc.).

Dans la catégorie Personnel soignant, on distingue des professions bien spécifiques. Ce sont :

— le personnel infirmier (infirmières graduées, brevetées ou hospitalières) groupant 35.000 à 45.000 personnes ;

— les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, psychologues, etc. Ils sont plus de 4.000.

La dénomination la plus courante de ce secteur est celle de Professionnels paramédicaux. Cette dénomination quelque peu minorisante comparativement aux médecins, est incorrecte, du fait que nombre de professions appartenant à ce secteur n'ont pas de rapport direct avec la médecine ou le traitement.

Formation.

a) L'examen historique du secteur paramédical, l'analyse des événements et des conditions qui ont amené son apparition dans sa forme actuelle, montreraient que tel qu'il se présente actuellement, il est le fruit d'un parfait empirisme. Tout s'est créé au gré des circonstances et en fonction des besoins du moment ; ce qui a trouvé une certaine rationalité s'est conservé et a fini par constituer un système compliqué résolvant plus ou moins les problèmes immédiats qui se posent. Ce produit empirique a au moins le mérite d'exister. Il comporte certains éléments valables : des professions nouvelles utiles et nécessaires, notamment. Mais les aspects positifs du secteur paramédical devraient être reconsidérés et intégrés dans le cadre d'une **politique de santé véritable**, car ce qu'il faut souligner c'est que ce secteur dans sa forme actuelle n'ouvre pas de perspective et ne permet pas de prévisions raisonnables à propos des problèmes à venir.

La formation de professionnels paramédicaux est en soi un fait positif. On ne peut nier d'ailleurs qu'un réel effort a été accompli pour préparer ces professionnels aux tâches qui les attendent. Ainsi, sans vouloir entrer dans le détail des études permettant l'accès aux diverses professions paramédicales (des modifications aux programmes des cours ont eu lieu ces dernières années et des discussions continuent à se dérouler), on peut remarquer que par rapport à la plupart des pays du Marché Commun, la formation technique du personnel paramédical belge (infirmières graduées, kinésithérapeutes, personnel technique...) se situe dans la bonne, voire la très bonne moyenne.

Toutefois, la compétence et la qualification technique ne consti-

tuent que l'un des éléments d'une formation professionnelle dans le domaine de la santé.

Il faut d'urgence sortir de ce pragmatisme étroit consistant à traiter exclusivement la maladie ou la déficience sans se soucier d'abord de l'homme lui-même. Cette insuffisance dans la formation des professionnels paramédicaux, n'est certes pas particulière à notre pays.

En plus de la qualification et de la compétence technique, la formation devrait viser notamment :

— à développer les capacités d'initiative et d'esprit critique positif ;

— à rendre le professionnel apte à entretenir par lui-même et à poursuivre sa formation ;

— à lui donner davantage le sens des responsabilités ;

— à sensibiliser davantage sa réaction aux conditions de travail déshumanisantes ;

— à lui donner le sens du travail d'équipe et de l'intégration des activités professionnelles dans un ensemble ;

— à développer ses aptitudes (lesquelles doivent être grandes au départ) au contact humain.

Nous sommes les premiers à convenir qu'une extension pareille de la formation professionnelle ne saurait être uniquement obtenue à l'école... mais elle doit être envisagée dès le départ.

b) La formation actuelle présente selon nous, une autre déficience grave : c'est qu'elle ne donne guère au professionnel paramédical la conscience d'une personnalité, d'une autorité professionnelle véritable. Le professionnel paramédical continue à se maintenir lui-même dans un état de quasi subordination à l'égard du médecin ; il n'a pas encore su prendre conscience dans un sens positif de la rationalité de sa profession.

Cet état quelque peu complexé se présente sous des aspects parfois fort différents d'une profession à l'autre : soumission passive de la part de beaucoup d'infirmières, opposition plus ou moins agressive de nombreux kinésithérapeutes à l'égard des médecins-physiothérapeutes, etc.

Ce sujet, ainsi que l'étude de la rationalité des diverses professions paramédicales mériteraient un examen approfondi. Bornons-nous ici à considérer que cette situation n'est pas simplement le fait d'un défaut de formation ; elle dépend aussi

— de la tradition et de la rapidité du développement du secteur,

— de l'attitude d'une grande partie du corps médical,

— de la confusion dans la répartition des compétences (Où sont les limites de l'acte médical aujourd'hui ?),

— de la législation encore en vigueur faisant en définitive du corps médical le juge et l'arbitre de tout litige.

LES GRANDES REVENDEICATIONS

L'analyse des diverses professions paramédicales permet d'établir de grands groupes de revendications.

1) Pour toutes ces professions se pose la question de l'obtention d'un statut.

Le statut devrait définir la matière à enseigner pour acquérir l'aptitude à exercer la fonction aboutissant à un diplôme légal. Il devrait protéger la profession tout aussi bien que son exercice par les personnes diplômées exclusivement.

Il devrait également protéger la rémunération des professionnels.

2) En attendant l'obtention d'un statut, pour nombre de professions, il faudrait que le diplôme soit protégé : personnel infirmier, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, gradués en logopédie, assistants de laboratoire clinique.

3) La reconsidération et la refonte de la nomenclature de l'INAMI, l'adaptation de la liste d'actes aux capacités données par l'enseignement et l'exécution de ces actes sans restriction.

En effet, l'exercice des professions paramédicales est limité par la nomenclature INAMI et les conditions posées aux paramédicaux pour leur application.

4) Pour une série de professions se pose aussi la revendication d'un enseignement codifié et uniformisé : orthopédistes, bandagistes, techniciens divers.

5) La suppression de l'exigence (fixée par la nomenclature) de la présence physique du spécialiste au moment de l'application de certains actes techniques.

Cette présence permet au responsable d'être payé à l'acte pour des prestations effectuées par d'autres personnes.

CONSIDERATIONS SOCIOLOGIQUES

L'apparition et le développement du secteur paramédico-sanitaire est un phénomène général de notre époque dans les pays du même type de développement que le nôtre.

Il se rattache de toute évidence :

- aux modifications socio-économiques et démographiques,
- aux progrès techniques et scientifiques intervenus dans le domaine médical.

Il est parallèle à d'autres phénomènes :

- l'augmentation de la consommation médicale,
- l'évolution croissante d'une médecine salariée,
- l'évolution d'une médecine individuelle vers une médecine de groupe,

— le recours de plus en plus marqué vers des techniques modernes et évoluées,

— l'intervention d'un tiers payant.

Il témoigne avec ces phénomènes de la mutation qui s'opère sous nos yeux dans le domaine santé.

On voit également par là, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, que le phénomène (d'ordre sociologique) de l'apparition du secteur paramédical, ainsi que l'apparition des professions nouvelles qui le composent, ne saurait résulter du seul développement de la profession médicale.

* * *

Le secteur paramédico-sanitaire répond à une nécessité objective et est doté d'une dynamique propre : en établissant des rapports interprofessionnels nouveaux, en posant des problèmes et des perspectives nouvelles sur le plan de l'organisation médico-sanitaire, sur celui de la technicité et sur celui de la recherche scientifique ; il pose à sa façon la question générale de la recherche d'une politique de santé.

CONCLUSIONS

1. Le secteur paramédical est en plein développement.

Ce développement n'est dépendant ni des individus qui composent ce secteur, ni simplement de la volonté du corps médical, c'est un phénomène sociologique qui a sa rationalité propre.

2. Le secteur paramédical introduit dans le domaine de la santé des hommes en activité, c'est-à-dire des hommes qui entrent en des rapports de collaboration déterminés entre eux.

Le secteur paramédical donne donc à l'avance une réalité concrète à l'organisation médico-sanitaire fondée sur la notion de groupe et d'équipe sanitaires.

La prochaine livraison des « Cahiers marxistes » publiera une relation sur la Conférence de la santé.

**Renouvellement
de l'abonnement
aux « Cahiers marxistes » 1972**

Abonnement annuel de soutien : 200 F minimum

Abonnement annuel ordinaire : 140 F

Vente au numéro : 40 F

à verser au C.C.P. de la Fondation J. Jacquemotte 1887.45
Bruxelles

Cette revue est imprimée
par la



**SOCIETE POPULAIRE D'EDITIONS
RUE DE LA CASERNE, 33-35
1000 BRUXELLES - Tél. 12.87.00**

**IMPRESSIONS
EDITIONS
PUBLICITE**

Va paraître :

QUE VEULENT LES COMMUNISTES ?

Questions et réponses pour un
débat loyal entre les progressistes

On peut se procurer
cette brochure
contre versement de 20 F
au C.C.P. 1887.45 de la Fondation
Joseph Jacquemotte,
Avenue de Stalingrad, 29
1000 Bruxelles
Tél. : 12.23.84

Congrès de Liège 1960

Des thèses qui servent le rassemblement des progressistes

PRESENTATION

L'appel de Léo Collard ; le rayonnement incontestable de l'expérience réalisée par l'Union Démocratique et Progressiste du Grand-Mons en rassemblant sur pied d'égalité communistes, chrétiens démocrates et démocrates sans parti ; et puis enfin la parution récente de l'ouvrage du groupe B-Y (Max Bastin - Jacques Yerna), intitulé « Quelle Wallonie ? Quel socialisme ? » : il semblerait, à première vue, que depuis deux ans et demi le mouvement ouvrier et démocratique de notre pays ait soudain découvert le problème de l'unité et l'importance de ce problème.

La réalité historique est tout autre. Le problème de l'unité est aussi vieux que le mouvement ouvrier belge, dont la caractéristique originale est d'avoir fondé simultanément des détachements socialiste et chrétien dont l'antagonisme originel n'a pas encore totalement disparu. La naissance d'un parti communiste, les bouleversements politiques issus de la défaite du fascisme et les conséquences multiformes de celle-ci sont venues, au cours du temps, ajouter à ce problème des données nouvelles, qui le rendent plus complexe d'aspect sans pour autant le modifier quant au fond.

Si nous avons tenu aujourd'hui à publier des extraits des thèses du Congrès de Liège du Parti Communiste de Belgique, c'est tout d'abord pour une raison d'ordre chronologique. Avril 1960, c'est **AVANT** la grande grève de 1960-61, qui a soulevé tant de réflexions nouvelles dans les milieux syndicaux et politiques se réclamant du

mouvement ouvrier et de la démocratie. Dans la mesure où ils adhèrent toujours à la réalité présente, les textes en question portent donc bien la marque d'une analyse principielle, et non d'une simple élaboration d'allure tactique.

La raison essentielle de notre démarche n'est pourtant pas là.

Sans intention polémique, du moins en l'occasion présente, nous tenons à marquer ce qui distingue le parti communiste des autres détachements et courants anticapitalistes, antiunitaristes, antitraditionnalistes de notre pays, quant à la conception fondamentale de l'unité.

L'unité, pour les communistes, c'est le moyen que les travailleurs peuvent et doivent utiliser pour conquérir le pouvoir politique aujourd'hui détenu par la grande bourgeoisie, pour abolir la dictature du grand capital, pour préparer d'abord et construire ensuite le socialisme.

Le fait que cette opinion soit loin d'être partagée par les travailleurs socialistes et chrétiens-démocrates en général, pour ne point parler de leurs mandataires et de leurs dirigeants, est à notre sens l'obstacle majeur à la réalisation du rassemblement combatif dont ont besoin les forces d'opposition au régime actuel. Il ne faut pas chercher ailleurs, dirons-nous encore, le motif pour lequel l'appel de Collard est resté pratiquement sans lendemain.

Nous nous permettrons d'ajouter, à ces préliminaires, quelques brefs rappels du passé lointain ou proche.

La question de la conquête du pouvoir politique, de la conquête de l'appareil d'Etat — la question du socialisme réalisé, en d'autres termes — est depuis plus d'un demi-siècle l'objet d'un ardent débat entre socialistes et communistes.

Avant 1940-1945, en effet, le Parti Ouvrier Belge était l'incarnation par excellence du mouvement ouvrier de notre pays. Le mouvement ouvrier chrétien, étouffé par le Parti Catholique, et ligoté par son propre programme, ne pouvait prétendre au rôle de porte-parole de la classe ouvrière en tant que classe s'opposant au patronat.

C'était donc avant tout avec le P.O.B. et ses 600.000 adhérents qu'il fallait discuter et s'unir. La lutte antifasciste enrichissait la discussion et était génératrice d'actions unitaires prometteuses. Or, le P.O.B., faute d'une orientation politique et idéologique fondamentalement distincte de celle des partis bourgeois traditionnels, s'effondra tout comme ceux-ci dès les débuts de l'occupation. Cela n'empêcha pas travailleurs socialistes et communistes d'être étroitement liés dans le combat antinazi, mais cela leur interdit de construire et de perfectionner leur unité sur la base de rapports politiques d'organisation à organisation. Ce fut là un malheur historique, non seulement pour les travailleurs socialistes, mais pour tous les travailleurs, les communistes n'étant pas les derniers.

A la libération, en effet — et par la suite la « guerre froide » ne facilita pas les choses — le débat fondamental d'avant-guerre

était à reprendre quasiment depuis le début. Il se poursuit encore de nos jours.

Certes, beaucoup de changements positifs se sont produits. Les travailleurs chrétiens ont pris place dans le mouvement ouvrier et démocratique. L'opposition de fait au capitalisme s'élargit sans cesse. Le potentiel des forces populaires est tel qu'on pourrait penser que plus personne, dans les milieux ouvriers et démocratiques, ne puisse s'interroger sur la nécessité de ravir le pouvoir politique à la grande bourgeoisie.

Or, il n'en est rien. Dans le livre mentionné plus haut et qui a pour ambition de jeter les bases d'un rassemblement des progressistes (livre dont nous tenons à souligner l'intérêt) le groupe B-Y semble répondre par la négative à une question que nous croyons cruciale.

Voulant contribuer à l'examen sérieux de ladite question, nous publions donc certains passages des Thèses de Liège du parti communiste, plus un court passage des Thèses de son congrès d'Anvers de 1963.

Nous laissons évidemment à nos lecteurs le soin de tirer de leur lecture les leçons et conclusions qui leur conviennent.

Nous nous permettrons cependant de leur faire remarquer combien loin les communistes s'étaient avancés, dès 1960, dans l'étude du PLURALISME des partis au cours de la marche au socialisme comme au moment même de la construction d'une société nouvelle.

L'épouvantail du « parti-unique » étant l'argument majeur, souvent invoqué pour refuser la prise du pouvoir politique par les forces populaires, cela valait la peine d'être dit.

* * *

EXTRAITS DES THESE DU XIII^e CONGRES DU PARTI COMMUNISTE DE BELGIQUE (LIEGE, AVRIL 1960)

« Pour que la solution définitive des problèmes urgents que se pose l'humanité soit possible — pour appliquer sans entraves une politique conforme aux aspirations populaires et aux intérêts nationaux, pour mettre fin à l'anarchie et au désordre capitalistes — il est donc indispensable d'élever la démocratie à un niveau supérieur au niveau actuel.

Il faut créer une démocratie moderne, qui ne soit pas constamment limitée, brimée et refoulée, dans son action, par le capitalisme, par la dictature des monopoles.

Cette démocratie moderne, donnant à l'ensemble du peuple le pouvoir de diriger le pays en fonction des besoins de tous, postule l'expropriation des monopoles et, par conséquent, l'abolition de leur pouvoir politique.

Cette démocratie moderne, c'est le socialisme.

Elle puise son efficacité là où la dictature capitaliste puise sa puissance néfaste : dans la possession, dans la libre disposition des forces productives des richesses nationales.

En régime socialiste, l'ensemble du peuple belge n'aura plus à dépenser son énergie pour arracher, après des luttes toujours longues, des améliorations toujours fragmentaires de la répartition, de l'utilisation du revenu national.

Une ère nouvelle s'instaurera dans les rapports humains de toute espèce.

L'application directe de la volonté populaire, le contrôle populaire exercé sur les activités de toute espèce dissiperont très vite l'atmosphère amoralisée que nous connaissons en régime capitaliste. Le respect des hommes et de leurs aspirations, deviendra rapidement la règle générale.

La possession simultanée des pouvoirs politique et économique par le mouvement ouvrier et démocratique donnera au peuple la jouissance du maximum de libertés démocratiques.

La transformation démocratique du système parlementaire actuel permettra au pouvoir socialiste d'affirmer son autorité avec l'aide d'une majorité populaire hostile à l'exploitation de l'homme par l'homme.

La transformation démocratique du système parlementaire implique, dans un pays comme la Belgique, l'application d'un véritable suffrage universel s'exprimant par la représentation proportionnelle sans aucune restriction, dans le respect des programmes proposés et de promesses faites. Elle peut se réaliser dans la pluralité des partis ayant donné la preuve de leur attachement au progrès, au socialisme, le système socialiste offrant les plus grandes possibilités de collaboration — librement consentie — entre des forces politiques différentes, pour l'édification d'une Belgique nouvelle. Elle implique une démocratisation profonde de l'appareil de l'Etat.

Le peuple, détenant la majorité dans les assemblées élues sur le plan national, provincial ou communal, détiendra par voie de conséquence le pouvoir législatif et la direction administrative et économique du pays (exécutif) et, notamment, les moyens d'empêcher les hommes des banques d'entraver l'exécution des décisions populaires.

La transformation démocratique du système parlementaire permettra de donner, aux assemblées élues, le maximum de responsabilité, d'autorité et d'efficacité.

Ce ne seront plus les monopoles capitalistes qui contrôleront et posséderont la presse mais bien les organisations ouvrières et démocratiques qui disposeront de vastes moyens de publication et de diffusion.

En renversant le régime capitaliste, en instaurant et en édifiant le socialisme, la classe ouvrière belge apportera sa contribution à

l'édification d'un monde à jamais débarrassé de la hantise des guerres et du chômage. Elle bâtira un régime qui, balayant toutes les tares du capitalisme, permettra un développement jamais connu de la production, garantira intégralement le droit au travail, élèvera le niveau de vie de façon continue et importante, réalisera une véritable sécurité d'existence pour tous, depuis l'enfant jusqu'au vieillard, assurera l'égalité la plus complète entre Flamands et Wallons, permettra à tous les citoyens d'accéder à la culture la plus riche, la plus étendue.

La classe ouvrière belge n'est pas la seule à être intéressée à l'instauration et à l'édification du socialisme. Cultivateurs, petits commerçants, artisans, intellectuels et même petits industriels ont intérêt à l'instauration de la paix, à l'augmentation massive et sans crises de la production, au développement généreux de la législation sociale et de l'instruction. En outre, ces couches laborieuses bénéficieront de tous les avantages qu'assure le régime socialiste à ceux qui travaillent. Elles verront, elles aussi, augmenter sensiblement leur niveau de vie.

L'importance de ces intérêts qui doivent nécessairement pousser les cultivateurs, la classe moyenne des villes, les petits industriels à rechercher l'alliance avec la classe ouvrière, ne doit pas masquer les difficultés d'une telle alliance. Car la nature des activités de ces catégories sociales les amène dans une large mesure à s'imaginer que leurs intérêts sont liés au régime de la « libre entreprise », de la concurrence aux rapports de production capitaliste, et qu'il ne dépend que d'eux de voir prospérer leurs affaires comme celles des gros capitalistes. Pourtant, malgré ces difficultés, les yeux s'ouvrent avec la domination de plus en plus brutale des monopoles capitalistes, avec la résistance ouvrière qui entraîne souvent les classes moyennes à ses côtés.

Il doit donc devenir clair que le véritable intérêt des classes moyennes va du côté de l'alliance avec la classe ouvrière.

Les difficultés d'une telle alliance, qui doit mûrir dans le combat contre les monopoles capitalistes, pour la paix, la démocratie et le progrès, soulignent l'importance de l'unité de la classe ouvrière.

L'unité du combat ouvrier, sous ses formes les plus variées et les plus avancées, est déterminante pour assurer le développement de l'alliance de la classe ouvrière, de la paysannerie, des petits commerçants, des intellectuels, des petits industriels, élément fondamental d'une politique efficace en vue de la construction d'une Belgique moderne, socialiste.

AUSSI, LE XIII^e CONGRES DU PARTI COMMUNISTE DE BELGIQUE DECLARE-T-IL CATEGORIQUEMENT QUE

a) C'est la majorité des citoyens belges qui décidera de l'instauration du socialisme en Belgique sur la base d'une alliance la plus large de la classe ouvrière avec les cultivateurs, les petits commerçants, les artisans, les petits industriels, les intellectuels.

L'œuvre difficile de l'instauration et de l'édification du socialisme se fera par l'intermédiaire des partis ouvriers, des syndicats ouvriers, des coopératives, des classes moyennes, des organisations culturelles, des organisations démocratiques.

Le Parti Communiste de Belgique luttera pour que nombreux soient les militants politiques de la classe ouvrière, les militants des syndicats, des organisations ouvrières, de cultivateurs, de la classe moyenne, d'intellectuels, les administrateurs publics qui participeront à l'instauration du socialisme et qui joueront un rôle important dans son édification ;

b) Le Parti Communiste de Belgique lutte pour une alliance solide. Plus cette alliance sera étroitement soudée, plus vite sera bâti le socialisme, plus rapides seront les progrès que les travailleurs attendent de ce régime ;

c) Le Parti Communiste de Belgique lutte pour la solution révolutionnaire qu'il considère comme normale parce que correspondant aux intérêts populaires et aux possibilités objectives de notre époque : le passage pacifique de la Belgique au socialisme, c'est-à-dire une révolution débarrassée des horreurs de la guerre civile. Certes, ce passage ne peut se réaliser qu'au cours d'une lutte de classe acharnée. Mais plus solide sera l'alliance pour le socialisme, plus résolue sera la lutte, moins les puissances d'argent seront capables de recourir aux aventures sanglantes pour conserver leur domination, moins il y aura de danger que les monopoles capitalistes forcent les travailleurs à répondre à la violence par la violence ; aujourd'hui comme par le passé, la tendance du capitalisme est de recourir aux solutions sanglantes, tant sur le plan national que sur le plan international, chaque fois que sa domination est mise en cause ; mais la puissance de l'U.R.S.S. et des pays du socialisme dans le monde, la marche irrésistible des peuples coloniaux et dépendants vers leur libération du joug impérialiste, l'importance des luttes menées par les travailleurs des pays capitalistes contre la politique de guerre froide et pour le progrès social rendent possible, en même temps que la coexistence pacifique à l'échelle mondiale, l'éclosion en Belgique d'un mouvement populaire d'un caractère original : une révolution démocratique, pacifique, destinée à limiter d'abord, à briser ensuite la dictature des grands monopoles.

d) Le Parti Communiste de Belgique veut développer la démocratie jusqu'au bout, il lutte pour la rénovation de la démocratie. Compte tenu des conditions de notre pays, le Parti Communiste estime que dans la perspective du passage au socialisme en Belgique, un Parlement représentant réellement la volonté de la population laborieuse peut dégager une majorité résolument adverse de la domination des puissances d'argent et du capitalisme, votant les lois instaurant le socialisme, assurant leur application et s'appuyant sur l'action des masses laborieuses, élément essentiel de toute marche en avant. Mettant radicalement un terme aux pratiques par lesquelles les monopoles parviennent généralement à empêcher la volonté populaire de triompher, un tel Parlement sera

un instrument du pouvoir politique de la classe ouvrière et de ses alliés.

e) Le Parti Communiste de Belgique veut de toutes ses forces la conclusion d'une alliance de bonne foi en vue de l'instauration et de l'édification du socialisme. Une alliance durable au sein de laquelle aucun parti, aucune organisation ne puisse prétendre au monopole, ne puisse imposer ses vues au moyen de manœuvres ou par le recours à la force contre des alliés.

Le Parti Communiste croit fermement qu'au sein de cette alliance, la classe ouvrière belge jouera un rôle de tout premier plan, parce qu'elle est porteuse des idées, les plus justes, les plus réalistes, les plus efficaces, les plus favorables à l'instauration et à l'édification du socialisme. C'est aussi la classe ouvrière qui sera l'élément décisif de la conclusion de l'alliance des classes et couches sociales favorables au socialisme.

C'est elle qui développera l'activité la plus résolue en ce sens. Mais la classe ouvrière, qui sait la valeur et la force des alliances, entend faire triompher ses idées auprès de ses alliés dans le cadre de discussions et de résolutions démocratiques, où chaque catégorie sociale trouvera son compte au détriment des puissances d'argent à éliminer politiquement.

LE PARTI COMMUNISTE DE BELGIQUE AGIRA POUR QUE MURISSENT RAPIDEMENT LES PERSPECTIVES CONCRETES D'UNE BELGIQUE SOCIALISTE, POUR QUE LE PAYS SACHE QU'IL EST PRET A SIGNER UN CONTRAT AVEC LES ORGANISATIONS OUVRIERES ET DEMOCRATIQUES EN VUE DE L'INSTAURATION DU SOCIALISME.

Dans les pays qui se réclament du socialisme, les partis communistes et ouvriers qui se réclament du marxisme-léninisme ont été en tête de l'action pour le socialisme et assument les responsabilités les plus importantes dans l'édification de la société nouvelle.

Il n'est guère de travailleurs qui croient que la Belgique socialiste sera bâtie sans les communistes.

D'ailleurs, il convient de rappeler qu'à tous les moments difficiles qu'a connus la classe ouvrière belge, notamment pendant la lutte antifasciste et l'occupation hitlérienne, les communistes ont toujours joué un rôle fort important.

Ce rôle important, le Parti Communiste de Belgique le jouera également lors de l'instauration et de l'édification du socialisme.

C'est parce qu'il veut de toutes ses forces la société nouvelle que le Parti Communiste de Belgique pose le problème des alliances, qu'il insiste sur la nécessité de l'échange d'opinions, de la discussion au sujet des objectifs socialistes à atteindre et des moyens à mettre en œuvre.

Convaincu que le socialisme deviendra dans un avenir rapproché une exigence des masses laborieuses de Belgique, et soucieux de voir avancer l'idée d'une large alliance pour une Belgique socia-

liste, le Parti Communiste déclare qu'un jour viendra où il signera avec les organisations ouvrières et démocratiques un contrat solennel sur la base des principes, des objectifs et des moyens précisés dans ce document.

L'action des communistes, leur attitude intègre dans la question des alliances aux différentes étapes de la marche au socialisme, seront les garants de l'honnêteté de leurs intentions en vue de l'instauration et de l'édification de la Belgique socialiste.

Parler du socialisme sans parler de l'élimination complète des monopoles capitalistes du pouvoir politique, sans parler de qui exercera le pouvoir politique en régime socialiste, c'est une gageure.

C'est également une sorte de mystification : on ne gagne rien à fermer les yeux sur certaines difficultés qui sont en même temps des problèmes essentiels de la marche au socialisme.

Telle est cependant la tendance qui s'exprime dans les milieux socialistes belges.

Il est certes très positif que le mouvement socialiste belge ait un programme de réformes de structure : les communistes estiment qu'on ne saurait lutter avec trop de vigueur pour de telles réformes, qui ont pour objet de limiter le pouvoir des monopoles et de donner un champ d'action toujours plus grand à la volonté populaire.

Par contre, le mouvement socialiste belge n'a jamais encore dit au moyen de quelles forces politiques, dans quelles conditions politiques il comptait réaliser et faire respecter par les monopoles capitalistes les réformes en question.

Cependant, il est clair qu'à chaque étape de la lutte contre les holdings, il faudra que les travailleurs, les démocrates belges trouvent une formule politique adéquate, qui leur permette d'imposer leur volonté et de tenir les capitalistes en respect.

On ne peut donc concevoir la marche au socialisme par la pure et simple accumulation des réformes de structure ou, pour employer l'expression consacrée, par la seule « démocratie économique ».

Il est donc indispensable de constater et d'affirmer, dès aujourd'hui, qu'une démocratie moderne, qu'une société socialiste ne peut être instaurée là où le pouvoir politique des monopoles capitalistes subsiste dans la moindre mesure et que par conséquent le problème fondamental, dans la marche au socialisme, est l'éviction des trusts de la vie politique de la nation.

Influence du catholicisme

Nous devons tenir compte, dans le cas de la Belgique, de l'influence très profonde exercée par l'Eglise catholique et, d'une façon plus large, par l'idéologie chrétienne, cette dernière exerçant son emprise sur de nombreux milieux sans attache directe avec l'Eglise et ayant même rompu avec les pratiques du culte.

Notons que, parmi les pays capitalistes de l'Europe occidentale, la Belgique est le pays où le parti de l'Eglise catholique a obtenu à deux reprises, depuis 1945, la majorité quasi absolue au Parlement.

Bien qu'étroitement soudée au capitalisme monopoliste et étant même une des composantes importantes de ce dernier, l'Eglise catholique n'apparaît pas à première vue sous cet aspect. Elle n'est pas la détentrice apparente de la grande propriété foncière, ses représentants directs n'exercent pas de rôle spectaculaire dans la direction des grands trusts et monopoles.

D'autre part, elle a veillé avec un soin extrême à se donner des apparences sociales et progressistes. Son clergé est souvent d'origine modeste, pratiquant une existence simple, développant un apostolat de masse étroitement lié aux préoccupations et revendications individuelles.

Elle a mis sur pied une série d'organisations puissantes, bien dirigées : syndicats, mutuelles, coopératives pénétrant dans tous les milieux mais spécialement au sein de la classe ouvrière et de la paysannerie.

Elle utilise le concept de la liberté religieuse dans un sens favorable aux politiciens réactionnaires. Les divers aspects de la lutte scolaire en 1950, la réalisation postérieure du Pacte scolaire, l'unité réalisée sous le couvert de la liberté religieuse menacée entre les éléments les plus réactionnaires et les plus démocratiques du P.S.C. doivent fixer notre attention sur la puissance réelle de l'Eglise et sur son influence.

L'attitude adoptée par l'Eglise dans certaines démocraties populaires — spécialement en Pologne — sa récente évolution au Congo où elle feint de décrocher du colonialisme en vue de maintenir intactes ses propres positions, doivent attirer notre attention sur une de ses préoccupations fondamentales.

Il semble que, devant la montée du socialisme, phénomène qu'elle commence à considérer comme irréversible et dont elle est impuissante à arrêter le développement, elle vise à assurer la survivance idéologique du capitalisme au moment où celui-ci aurait dû abandonner la place comme force dominante.

De cette situation se dégagent diverses indications :

— la nécessité immédiate d'aider les éléments anticapitalistes fort nombreux qui se trouvent dans son sein à briser avec l'oligarchie monopoliste qui, en fait, les domine et les dirige ;

— la claire conscience que le jeu des alliances nécessaires permettant la transformation du régime passe par les masses démocratiques catholiques et plus spécialement par les ouvriers chrétiens ;

— la valeur, toute particulière, dans les conditions du passage au socialisme, du respect le plus strict de la doctrine marxiste, qui garantit aux croyants la liberté de conscience et le libre exercice de leur culte ;

— en même temps une lutte acharnée contre la domination politique des réactionnaires cléricaux. »

**UN EXTRAIT DES THESES DU XIV^e CONGRES
DU PARTI COMMUNISTE DE BELGIQUE (ANVERS, AVRIL 1963)**

« Les succès obtenus par les pays où le socialisme est devenu une réalité, l'incapacité flagrante du capitalisme d'utiliser pleinement les ressources nouvelles que la science et la technique offrent à l'humanité incitent des milieux de plus en plus larges à se poser des questions, à s'intéresser aux grands problèmes de notre époque, aux idées nouvelles qui sont en train de transformer le visage du monde.

... ..

Ces courants nouveaux se manifestent aussi dans les milieux catholiques.

Ces changements ne se limitent pas au seul mouvement ouvrier chrétien. Les intellectuels catholiques en quête d'une Eglise plus ouverte à la réalité du monde d'aujourd'hui deviennent plus nombreux.

Le XXI^e concile œcuménique a donné une résonance sans précédent à leurs problèmes. Ce concile constitue une preuve de la crise de conscience qui affecte le monde chrétien. Certes, il exprime une volonté de réadapter l'organisation et les méthodes de l'Eglise aux nécessités actuelles. Mais il y va de bien autre chose encore. Le monde des monopoles capitalistes, avec ses injustices flagrantes, sa misère, son inhumanité, ce monde condamné auquel l'Eglise reste liée par de nombreux liens heurte les sentiments religieux de beaucoup de croyants. L'existence et les réalisations du monde socialiste, les progrès des sciences remettent en question ce qui passait naguère pour des vérités immuables.

Les dangers de la guerre thermo-nucléaire bousculent les données traditionnelles du problème du salut, du problème du bonheur. La réalité amène le chrétien à constater que la solution de ces problèmes se trouve dans la solidarité active avec les autres hommes. L'encyclique « *Pacem in terris* », en même temps qu'elle dénonce le péril atomique, condamne les expériences nucléaires, ignore les anathèmes traditionnels à l'égard des communistes et envisage de manière très positive la collaboration avec les non-catholiques.

Il n'est donc pas étonnant que des tendances se dégagent dans les milieux chrétiens en faveur d'un dialogue avec les communistes. Ce dialogue peut être fructueux. Il fera apparaître qu'aucun obstacle fondamental ne s'oppose à une collaboration féconde entre croyants et non-croyants dans toute une série de domaines essentiels, à commencer par la défense de la paix. Bien mieux, il est permis de croire que l'aspiration des chrétiens à la justice et à la fraternité entre les hommes peut — et pourra toujours davantage — se réaliser dans le socialisme. »

Syndicats, la technocratie au service de l'Intégration

Pour la seconde fois en un peu plus de dix ans, M. Eyskens tient la barre dans une situation de crise. En 1960-1961, il s'agissait d'imposer au pays une loi « d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier », en clair, d'assurer par l'application d'une politique d'austérité, à la fois la compensation, au bénéfice des grandes sociétés monopolistes, des pertes qu'elles venaient de subir au Congo et de leur donner, par une réduction des coûts de production, les moyens de s'adapter aux conditions du Marché commun.

Aujourd'hui, dans des conditions différentes, c'est une opération du même type, qui vise à préserver les profits des uns au détriment des autres, que M. Eyskens envisage d'appliquer pour faire face au ralentissement de la conjoncture et aux conséquences des bouleversements provoqués par la non-convertibilité du dollar.

Aujourd'hui, comme hier, il n'est évidemment pas possible d'exprimer de telles intentions en termes clairs. C'est pourquoi on parle de « relance économique » en laissant entendre que pour l'assurer, il faudra que « chacun y mette du sien ». Très vite, cependant, les dirigeants de l'industrie ont montré comment ils concevaient cet effort collectif : un porte-parole de la Fédération des Industries Belges (FIB) a annoncé que le patronat prendrait le risque de provoquer des conflits sociaux plutôt que de céder aux pressions syndicales et Fabrimétal a appliqué la consigne.

La réaction ouvrière ne manque heureusement pas d'ampleur. Chaque jour, la rubrique sociale des journaux et de la RTB rend compte de l'âpreté des grèves, de leur nombre et de leur succession.

C'est une indication sur la crédibilité que l'opinion ouvrière accorde aux thèses gouvernementales, sur l'état de santé d'un esprit de classe que l'on disait perverti par la civilisation du gadget. Au lieu de cela, on assiste aux progrès spectaculaires de la syndicalisation des cadres, par exemple, démontrés par la récente grève des appointés de la sidérurgie liégeoise. Si on ajoute à ce fait récent l'effort soutenu de certains secteurs de la Fonction publique l'an dernier, en faveur de leur revalorisation barémique, on peut, sans se leurrer semble-t-il, considérer que l'état d'esprit des travailleurs et leur degré d'organisation dans les syndicats devraient permettre une résistance efficace aux plans actuels de la bourgeoisie, c'est-à-dire d'interdire à celle-ci de faire porter par les travailleurs le poids de la crise économique et monétaire qui frappe le monde capitaliste.

Nous voudrions monter ici combien dans la poursuite de cet objectif général est grand le rôle de la démocratie interne des organisations syndicales et certains aspects des difficultés auxquelles se heurtent les efforts entrepris pour la faire régner.

QUE PENSENT LES DIRECTIONS ?

L'attitude officielle des directions syndicales s'est exprimée notamment à travers les documents publiés à l'occasion de la formation du gouvernement. Du côté de la CSC, on a été fort discret et même après la publication de la déclaration gouvernementale, le Bureau confédéral ne trouvait pas grand-chose à dire à son propos. Par contre, lors de la conférence de presse qu'il tenait en septembre sur les problèmes de la rentrée sociale, à un moment où la détérioration de la conjoncture économique était suffisamment perceptible pour susciter quelques appréhensions, le président Houthuys admettait — après avoir été prié de préciser sa pensée — qu'il fallait avoir à certains moments « le courage de réclamer des sacrifices aux travailleurs ».

Le congrès de la FGTB, à la fin de janvier, a pris une position différente. Elle refuse toute pause sociale.

Ce refus place la FGTB sur une position qui rencontre la volonté ouvrière s'exprimant en particulier à travers la croissance du mouvement gréviste. Mais cela ne peut évidemment suffire à rassurer ceux qui, en raison d'une expérience mille fois répétée, accordent plus d'attention aux actes qu'aux paroles. La position de principe adoptée par la FGTB renforce l'opposition aux plans patronaux, mais à condition qu'elle soit exploitée en s'opposant aux tentatives de l'atténuer, au niveau concret des entreprises, des secteurs professionnels, des initiatives gouvernementales.

Il est alarmant de ce point de vue de ne trouver dans le memorandum au gouvernement, que le congrès a ratifié, aucune allusion franche à ce qui dresse la FGTB contre une politique de pause sociale. Certes, on y trouve une énumération couvrant la plupart des secteurs où l'action revendicative peut se porter, mais tout cela

semble déterminé d'une façon arbitraire, sans motivation fondée sur une analyse des rapports de classes, de l'évolution du capitalisme, de ses difficultés et des besoins dont la satisfaction, en fin de compte, motive la politique d'austérité.

Fondamentalement, le congrès de 1972 marque un recul par rapport à celui de 1971, si on considère que le refus de la pause sociale ne s'appuie pas sur la condamnation du système telle qu'elle se trouvait dans la résolution sur le contrôle ouvrier, mais qu'il peut au contraire s'inscrire dans le cadre actuel, exprimant seulement l'ambition de « corriger » et non de transformer. Ainsi, les courants les plus radicaux peuvent mêler leur approbation au mot d'ordre principal du dernier congrès, à celle des courants les plus platement réformistes. Comme dans l'auberge espagnole de célèbre mémoire, chacun y trouve ce qu'il apporte. Ceux pour qui le socialisme se réduit à n'être qu'une société « plus juste », qui ne mettent en cause ni la nature du pouvoir politique ni la propriété des moyens de production, peuvent s'accommoder d'une consigne de refus de l'austérité. Il leur suffira de l'ajuster aux conditions et au rapport des forces qu'ils subissent, sans chercher à le modifier.

Au bout de cette rapide analyse, la différence concrète entre les deux grands syndicats s'est rétrécie : entre Jef Houthuys acquis à l'idée d'un certain « réalisme social » et Georges Debunne refusant la pause qui découle des projets d'un gouvernement acquis aux préoccupations du monde industriel, mais n'étayant pas ce refus par une mise à nu des mécanismes qu'il condamnait un an plus tôt, l'écart sur le terrain risque d'être moins grand encore.

L'accueil réservé par les syndicalistes au plan Simonet, lors de la réunion, le 15 février, du Comité national d'expansion économique, donne corps à cette appréhension.

Les syndicalistes se sont dits satisfaits du programme de relance qui amplifie les avantages concrets au bénéfice des entreprises sans autre contrepartie qu'une aléatoire promesse d'attribuer la « priorité à l'emploi ».

Or, quel que soit le sens de la marche des affaires, le système capitaliste se montre absolument incapable de créer des conditions d'emploi satisfaisantes : à l'heure où les représentants patronaux assurent les syndicats de leurs bonnes intentions, le chômage atteint des proportions reconnues inquiétantes ; peut-on imaginer que les patrons vont cesser de procéder à des mises en chômage ou aux licenciements dès l'adoption des mesures gouvernementales ? Non, ils continueront à invoquer les mécanismes du marché pour « justifier le dégraissage des entreprises », en expliquant que la survie de celles-ci et la sauvegarde des emplois « rentables » exigent que l'on fasse la part du feu.

L'engagement souscrit par la FIB en échange d'un renforcement des avantages déjà attribués aux entreprises ne peut donc être considéré comme une chose sérieuse et la satisfaction exprimée malgré cela par les organisations syndicales montre que, finalement, c'est la thèse CSC (il faut savoir demander des sacrifices aux travailleurs, dans certaines circonstances) qui l'emporte.

UN MECANISME D'ASSOULISSEMENT

Ce n'est pas un procès d'intention que nous menons ici.

Dans la période de prospérité économique qui a précédé le ralentissement actuel, les travailleurs ont fait de gros efforts pour relever le niveau de leurs salaires réels, compte tenu de la détérioration que la hausse des prix (inflation, plus TVA en 1970-1971) leur imposait et des possibilités découlant d'une activité économique souvent portée au maximum des possibilités des entreprises. L'exemple typique de la grève des mineurs du Limbourg a montré quelles conceptions avaient cours auprès de certains dirigeants des syndicats : Les « 15 % tout de suite » étaient déclarés irréalisables ; ce qui avait été obtenu dans la négociation clôturée avant la Noël 1969 — plus ou moins 12 % — étant considéré comme le maximum possible, l'obstination des mineurs imposa une enquête sur les salaires et, sans que les résultats en fussent publiés, elle entraîna en juin un complément de hausse portant l'ensemble du rajustement salarial à près de 25 %.

Il s'est trouvé à l'époque des dirigeants syndicaux parmi les plus responsables pour tenter de nous démontrer que ce gonflement des charges condamnait les mines du Limbourg à une faillite rapide...

CONCERTATION...

Outre tout ce que l'on peut dire sur les racines idéologiques d'un tel comportement, il faut être particulièrement attentif à la capacité de récupération qu'offrent les diverses institutions dites « de concertation ». Elles offrent le cadre concret où s'organise l'intégration.

Pour arriver à ses fins, le capitalisme moderne dispose de moyens plus raffinés que la corruption franche. Depuis cinquante ans, la puissance syndicale a imposé une reconnaissance progressive du fait syndical. La contrainte brutale, l'usage des lois faites sur mesure, d'un appareil répressif de classe ont cédé le pas à des méthodes plus souples mais finalement fort efficaces.

La négociation, exprimant les progrès de la solidarité organisée et la force grandissante des travailleurs en tant que classe, s'est progressivement institutionnalisée. Elle est devenue concertation en passant du domaine exclusif des revendications primaires — salaires, durée et conditions du travail — à un champ d'application plus vaste. Les travailleurs eux-mêmes ont réclamé cet élargissement, en le considérant comme une étape vers la démocratie économique. Si les concessions auxquelles les employeurs ont été contraints ont sans aucun doute apporté des avantages aux travailleurs, si elles constituent des conditions qu'un syndicalisme de classe sait mettre à profit, elles n'ont cependant rien modifié qui soit fondamental. Le pouvoir patronal reste entier, ce qui a été nettement établi lors du congrès consacré au contrôle ouvrier, et d'un certain point de vue, il est arrivé à se renforcer en entraînant de trop nombreux

dirigeants syndicaux dans une procédure de négociation où, en l'absence d'une perspective claire, d'une vue de classe sur les limites d'un tel type d'action, ces dirigeants deviennent dans le mouvement ouvrier les porteurs des idées patronales.

... INTEGRATION

Le capitalisme moderne — nous l'avons dit — a des méthodes plus raffinées que la corruption franche : il lui suffit souvent d'enfermer les représentants syndicaux dans les maquis de la procédure et de la technicité des problèmes, d'exalter le rôle « éminent et responsable » qu'ils jouent dans la prise de décisions, d'insister sur l'avantage qu'ils ont d'être « parmi ceux qui savent et qui peuvent juger en connaissance de cause » pour en faire des porteurs de théories qui stérilisent l'action syndicale ou la mettent au service des intérêts du capital.

Cette technique d'intégration n'est pas réservée au sommet. On la retrouve à tous les niveaux et ceux qui ont l'expérience des conseils d'entreprises savent qu'il faut beaucoup de force et surtout un contact étroit avec les syndiqués pour ne pas succomber aux arguments insidieux tentant de faire croire qu'il faut éviter de « tuer la poule aux œufs d'or », c'est-à-dire éviter de poser des exigences réputées insupportables pour l'entreprise.

Les techniques de « relations publiques » importées des Etats-Unis n'ont pas d'autre but que de créer ce climat enveloppant, mettant la psychologie au service de la collaboration des classes et qui font que Solvay — parmi d'autres — publie dans la presse boursoière des bilans où figurent des tableaux comparatifs du chiffre d'affaires réalisé « par collaborateur »...

Le procédé peut paraître grossier, il n'en réussit pas moins.

Au point d'avoir suscité un engouement jusque dans les syndicats, pour l'utilisation de certaines disciplines scientifiques dans le travail syndical.

Certes, les économistes, les spécialistes financiers et même les sociologues peuvent apporter une précieuse contribution aux luttes ouvrières. Spécialement en se livrant à une analyse approfondie des mécanismes de la société capitaliste, en suivant son évolution et les changements qui s'y opèrent afin d'éclairer les militants ouvriers, de les aider à mieux comprendre comment est fait l'adversaire et quels mobiles l'inspirent.

Dans ce sens, la participation de scientifiques à l'activité syndicale ne peut qu'être bénéfique, à la condition toutefois qu'ils se placent dans leurs travaux sur les positions politiques de la classe ouvrière.

Facilité par les contacts noués entre l'Université et l'entreprise à l'occasion des diverses initiatives prises pour organiser l'accroissement de la productivité, dès 1954, l'engouement évoqué plus haut a amené les syndicats à utiliser le concours des universitaires. Mais ce ne fut pas pour éclairer le monde des entreprises et actualiser

les descriptions qui en ont été faites antérieurement, de façon à l'affronter plus efficacement.

LA « SCIENCE » A LA RESCOUSSE

C'est plutôt sur le syndiqué que les microscopes se braquèrent, en ignorant superbement le monde où il évoluait pendant ses heures de travail mais en fournissant de copieuses dissertations sur le comportement du travailleur-consommateur-aliéné-par-la-société-de-consommation. On a gardé le souvenir des rapports fournis par les professeurs Janne et Spitaels à la FGTB, en vue de son congrès de janvier 1971, mais il y eut à la CSC une initiative plus précoce : en 1962, le Centre de recherches sociologiques de l'Université de Louvain fut chargé d'étudier « la participation des travailleurs au mouvement syndical ». En 1965, les conclusions de ce travail devaient servir de base aux activités d'une commission d'étude qui produisit, après une discussion qui semble avoir été très large à l'intérieur de la CSC, le document « La CSC, responsable de l'avenir » publié en 1969.

Par ailleurs, une des centrales professionnelles les plus respectables se livra avec beaucoup de sérieux, au niveau de son comité national, à de véritables séances de psychanalyse collective... sous la tutelle de professeurs d'université.

Faut-il dès lors s'étonner si « le psychisme du syndiqué » prend souvent le relais de l'exploitation capitaliste pour « expliquer » ce qui ne va pas dans la vie syndicale ?

Le lecteur nous pardonnera la longueur de la citation qui suit, mais elle confirme fort bien ce qui précède. Nous l'extrayons de l'intervention que fit Georges Debunne au Collège d'Europe à Bruges, en mars 1971, lors d'une semaine consacrée à « La crise des relations industrielles en Europe », étant entendu que ce titre neutre recouvrait un examen des raisons de la multiplication des « grèves sauvages ».

Le Secrétaire général de la FGTB y déclara, avant d'aborder la grève du Limbourg et celle de chez Michelin, que

« s'interroger sur les objectifs des mouvements spontanés revient avant tout à en approfondir les causes. En fait, l'analyse des grèves sauvages au cours des dernières années montre clairement qu'au départ, il existe un mécontentement latent, dont les causes souvent multiples, sont à rechercher dans les conditions psychologiques entourant l'ouvrier sur le lieu de travail.

» Crise d'un secteur, mauvaise gestion créant un climat progressif de faillite, rationalisation, fusions, concentrations, erreurs psychologiques dans l'organisation des tâches et des cadences, méconnaissance des syndicats dans l'entreprise, mise en cause du pouvoir patronal unilatéral, voilà la toile de fond sur laquelle se projettent les revendications salariales. Celles-ci n'agissent, le plus souvent, que comme « détonateur » d'une situation psychologique explosive, dont l'importance a été sous-estimée par la direction de l'entreprise. C'est alors le déclenchement de la grève sauvage, les

organisations syndicales se trouvant finalement amenées à organiser la lutte revendicative.

» Souvent donc, les revendications salariales ne sont que l'occasion d'exprimer, au travers de mouvements spontanés, des situations d'insatisfaction psychologique dans les relations de travail. » (1)

N'est-il pas surprenant — pour le moins — d'entendre un tel avis de la bouche d'un syndicaliste ? De découvrir qu'à ses yeux, plus de « psychologie » dans l'exploitation capitaliste permettrait d'éliminer les grèves « sauvages » que les syndicats sont ensuite obligés de « récupérer » ? Que l'organisation des tâches et des cadences », lorsqu'elle provoque la révolte ouvrière, n'est pas l'expression du système du profit lui-même, mais — au plus, sans doute ! — une « erreur psychologique » ?

On n'est pas loin, avec une telle argumentation, des thèses primitives qui réfutaient la lutte des classes en invoquant le « mauvais caractère » des ouvriers, mais en passant des salons bourgeois d'hier aux laboratoires des sociologues, « l'explication » s'est travestie d'oripeaux pseudo-scientifiques.

LES LIMITES DE LA DEMOCRATIE OFFICIELLE

Ces quelques observations montrent que, sous le langage utilisé officiellement, lequel fait facilement appel à des formules généreuses sur la dignité du travailleur et son besoin de « participer », on trouve en réalité une philosophie fort différente, faite de méfiance, sinon de mépris.

Nous n'exagérons pas, même lorsque l'organisation syndicale assume sa responsabilité et prend en charge des revendications particulières, même lorsqu'elle en vient à recourir à la grève, il lui est difficile d'adopter un comportement pleinement démocratique et d'associer la masse à l'action. Au cours de la toute récente grève des appointés de la sidérurgie liégeoise, n'a-t-on pas vu couvrir les résultats de la discussion avec les patrons du secret le plus absolu, jusqu'à la dernière minute ?

Et on ne s'en est pas caché. On a expliqué qu'il n'était pas question de diffuser des informations sur les propositions obtenues après plusieurs semaines de discussions, parce que leur complexité était telle qu'elles risquaient d'être mal comprises. Il est possible que cet argument comporte une part de vérité, mais alors, si on veut vraiment associer chaque travailleur à la vie syndicale comme on le prétend, si on veut donner tout son sens au mot d'ordre de contrôle ouvrier, ne conviendrait-il pas de rechercher la simplicité comme un élément majeur, comme une condition préalable à l'association des syndiqués et au contrôle réel ? La technicité des problèmes est une barrière opposée à une véritable démocratie et les patrons le savent, qui multiplient les primes, les coefficients de toutes sortes pour réduire la possibilité pour le salarié d'exercer un contrôle rapide et précis sur son salaire.

(1) « Les conflits sociaux en Europe », publié par Marabout-Service, collection « Economie moderne ».

La technique et la force de l'inertie se conjuguent ainsi pour écarter les masses d'une participation directe aux débats qui les concernent pourtant d'une façon directe. Et cette situation tend à favoriser la formation d'une « démocratie des élites », prenant l'allure d'une pyramide avec, à la base, la cohorte des délégués d'entreprises, suivie à l'échelon supérieur par les directions régionales et enfin, les comités nationaux et les bureaux.

Cette structure tend à éliminer le syndiqué du rang, en tant que participant actif à la vie syndicale, elle provoque la formation d'une véritable aristocratie syndicale, formée de gens « qui savent et qui décident ». Parmi les travailleurs, cette forme de vie syndicale ne favorise évidemment guère l'intérêt ou le désir d'être actif. Et lorsque des réunions sont convoquées, si elles se tiennent hors du lieu de travail, l'effort à fournir pour y participer apparaît souvent comme disproportionné, par rapport aux possibilités d'influer sur les décisions. C'est notamment ce que l'on peut vérifier lors des discussions consacrées à l'examen des programmations inter-professionnelles par exemple, où d'autres facteurs jouent encore en faveur d'un comportement passif, fait surtout de résignation devant une opération dont le déroulement semble échapper à toute intervention.

La démocratisation de la vie syndicale, l'effort pour associer activement la masse des travailleurs à son déroulement se heurte donc à de multiples obstacles, visibles ou non, dont l'ampleur peut très facilement faire apparaître l'objectif comme inaccessible. Ce serait cependant une erreur, car les phénomènes négatifs que nous venons d'évoquer ne constituent pas les seuls éléments du problème. On peut constater, entre autres, que malgré la tentative de discipliner les luttes ouvrières, voire même de les empêcher par la réglementation paritaire de l'exercice du droit de grève, jamais le mouvement gréviste n'a été aussi ample qu'en ce moment, où il entraîne des catégories de travailleurs qui se tenaient prudemment à l'écart auparavant. La politique de programmation de la paix sociale, qui devait provoquer un tournant dans les relations sociales, est un échec que les patrons reconnaissent.

Et malgré les tendances à une technocratie de plus en plus étouffante, l'aspiration à une démocratie plus réelle dans les syndicats, dans les entreprises, dans l'économie, prend une force irrésistible comme en témoignent non seulement le congrès consacré par la FGTB au contrôle ouvrier, mais encore les thèmes retenus pour leur propagande électorale par les deux grands syndicats, lors des élections sociales de 1971, « Avec la CSC, être plus » ou « Avec la FGTB, j'ai mon mot à dire » sont des formules qui soulignent le degré d'intensité atteint par la contradiction existant entre ce qui se dit et ce qui se fait.

On doit aussi tenir compte du fait que la vie syndicale, dans notre pays particulièrement, n'est pas coupée de l'ensemble de la vie sociale et politique. Certes, les problèmes qu'elle suscite sont imposants, mais en se laissant impressionner par leur taille, sans voir le contexte et la perspective où ils se posent dans la réalité, ne commettrions-nous pas nous-mêmes le péché de technocratie ?

Chronique de la sécurité européenne

La Déclaration de Prague des 25 et 26 janvier 1972

Il existe dans les chancelleries et davantage encore dans la presse des pays d'Europe occidentale une tendance à représenter la politique de Sécurité Européenne sous les vocables de « Ostpolitik » ou de « politique du Chancelier Willy Brandt ». Ce n'est pas un hasard. L'idée sous-jacente est d'attribuer à l'Ouest et plus spécialement à la République fédérale allemande les mérites de l'initiative d'une politique de paix qui, si elle prend corps, peut transformer la situation politique non seulement à l'échelon de l'Europe mais aussi à l'échelon du monde.

C'est escamoter un peu aisément le fait que les propositions initiales de recherche d'une politique véritable de sécurité et de coopération européennes émanent des pays socialistes. Elles ont été formulées pour la première fois dans un ensemble systématique dans la déclaration de Bucarest de 1966. Elles ont été reprises et précisées dans le message de Budapest de 1969 et dans la déclaration de Berlin de 1970. Elles ont été accompagnées d'une série d'initiatives et de mesures prises par les pays membres du Pacte de Varsovie, le tout constituant un grand programme de Paix tendant à créer en Europe un nouveau climat politique.

Les modifications qui dès à présent sont intervenues, les processus qui sont en cours, n'ont été possibles que parce qu'il y a eu ouverture d'abord et action persévérante ensuite des pays socialistes.

Sans doute fallait-il que cette ouverture et cette action rencontrent un écho. Une volonté de paix unilatérale ne pouvait modifier à elle seule une situation. Mais la détermination claire de ce qui a été et demeure la force principale des mutations en cours, nous

permet un jugement plus juste sur le développement des événements, nous aide à mieux voir où se trouvent les éléments positifs et les éléments négatifs et permet de déterminer avec plus de sûreté les lignes générales de l'action à mener.

A cet égard, la récente déclaration sur la paix, la sécurité et la coopération en Europe, formulée par la Conférence du Comité consultatif politique des Etats membres du Traité de Varsovie, constitue un document d'un grand intérêt.

La presse occidentale s'est contentée de la mentionner. Le texte intégral a été peu ou pas reproduit. Les commentaires en ont été extrêmement superficiels. C'est pourquoi nous voudrions procéder à son analyse plus complète car, en raison même de son origine, il constitue un document clef pour tous ceux qui sont réellement attachés aux mutations nécessaires de la politique européenne.

Tout d'abord la déclaration de Prague procède à un examen de la situation. Après un bref rappel des origines de la politique de sécurité européenne et du rôle tenu par l'ensemble des pays socialistes, elle souligne que « d'autres pays européens contribuent de façon de plus en plus considérable à la cause commune de la Paix en Europe ». Elle insiste sur ce point en déclarant que « dans la politique de certains d'entre eux les intérêts de la Paix en Europe sont nettement mis au premier plan, ce qui influe favorablement sur la conjoncture en Europe ». Elle reprend avec plus de précision les éléments positifs de l'évolution en cours, soulignant entre autres « l'importance des principes de coopération entre l'URSS et la France énoncés à l'issue du dernier sommet franco-soviétique », ainsi que les résultats déjà obtenus par l'élaboration de documents ayant force de droit international — c'est-à-dire les traités entre la RFA et l'URSS, entre la RFA et la Pologne, les Accords quadripartites sur Berlin, les accords entre la RDA, la RFA et le Sénat de Berlin-Ouest.

Dans ce domaine, la déclaration insiste sur les conséquences positives qu'aurait une ratification rapide de ces traités, sur l'intérêt qu'il y a à s'engager dans la voie de la reconnaissance de la RDA, de l'admission à l'ONU de la RFA et de la RDA, sur la valeur d'un traité entre la RFA et la Tchécoslovaquie sur les questions encore litigieuses.

L'accent, à juste titre, est mis très clairement sur l'importance essentielle du règlement des rapports avec la RFA dans des termes qui donnent au problème allemand toute son importance. « La réalisation de ces mesures contribuera à l'élimination rapide et radicale, dans les relations entre la RFA et les pays socialistes, des vestiges d'une longue période de défiance et de tension, elle aboutira à la normalisation totale de ces rapports, ce qui à son tour contribuerait encore plus à stimuler la détente sur le continent européen et à développer la coopération entre tous les Etats d'Europe ».

Cette analyse de la situation politique et de ses perspectives étant faite, la déclaration réprecise de la façon la plus nette quels

sont les principes fondamentaux sur lesquels doit reposer une organisation de la sécurité et de la coopération européennes. Elle souligne la nécessité non seulement de la reconnaissance générale de ces principes mais de leur réalisation pratique dans la vie politique.

Ce qui du même coup trace les lignes essentielles d'un ordre du jour de la Conférence européenne des Etats.

Voici l'énuméré de ces principes de base :

— l'inviolabilité des frontières qui existent actuellement, y compris celles qui se sont établies à la suite de la seconde guerre mondiale ;

— le non-recours à la force. Il implique non seulement le non-recours à la force mais également à la menace de son emploi. Il érige en règle impérative le recours à des moyens politiques pacifiques, à la négociation pour régler les litiges éventuels ;

— la coexistence pacifique. C'est-à-dire que l'existence de deux systèmes sociaux différents qui s'est historiquement constituée en Europe ne doit pas devenir un obstacle insurmontable pour le développement multilatéral de rapports entre les divers Etats européens.

— Les rapports de bon voisinage doivent reposer sur les principes de l'indépendance et de la souveraineté nationale, de l'égalité en droits, de la non-ingérence dans les affaires intérieures et de l'intérêt mutuel.

L'établissement de rapports sur cette base, doit permettre de surmonter la division du continent en blocs militaires et politiques.

— L'établissement de rapports réciproquement avantageux entre les Etats. C'est le développement d'une coopération réciproque dans les domaines économique, scientifique, technique, culturel, touristique, sur le plan de l'environnement.

La déclaration souligne que cette coopération multiforme est de nature à donner un contenu matériel concret à l'aspiration pacifique qui anime tous les peuples européens. Cette notation est particulièrement importante. Elle cerne une des difficultés de donner à la sécurité européenne un impact de masse. L'aspiration au calme et à la prospérité n'est pas à elle seule suffisante pour provoquer un courant irrésistible mobilisant les plus larges couches de la population. Celles-ci, pour se mettre en branle, ont besoin de percevoir concrètement ce que l'organisation de formes nouvelles de sécurité peut leur apporter de positif dans la réalisation de leurs aspirations matérielles immédiates.

Il y a la nécessité de la syntonie entre coopération et sécurité, les deux éléments étant inséparables et exerçant l'un sur l'autre une action réciproque. Nous pensons que c'est dans ce domaine de la concrétisation multiforme des notions conjointes de sécurité et de coopération que doit porter pour l'instant l'effort principal. Il y a là un champ immense pour le travail de toutes les grandes organisations soucieuses de consolider les bases de la Paix.

— Désarmement. L'objectif est le désarmement général et total.

Il passe nécessairement par des étapes, les premières étant le désarmement nucléaire et l'adoption de mesures sur la limitation et l'arrêt de la course aux armements.

Il est intéressant de noter que la déclaration situe la réalisation de mesures de désarmement comme un élément de départ pour l'organisation de la sécurité et de la coopération.

— Soutien à l'ONU. Ce qui signifie que la sécurité européenne est envisagée non comme un élément isolé mais comme une des composantes de la recherche de la paix mondiale et de la coopération entre tous les Etats.

La déclaration suggère qu'en plus de la discussion de l'ensemble de ces principes essentiels, la Conférence des Etats fasse figurer à son ordre du jour la concrétisation en commun des grandes lignes du développement des contacts multiformes réciproquement avantageux entre les Etats d'Europe, de la liquidation de toute forme de discrimination, d'inégalités en droit ou de barrières artificielles. Elle propose que de la Conférence sorte un organisme permanent de tous les Etats intéressés dont la tâche serait de poursuivre, après la Conférence, le travail commun de coordination de toutes les mesures à mettre en œuvre.

En ce qui concerne la date de la réunion de la conférence des Etats, la déclaration insiste pour qu'on la fixe sans retard et qu'elle se situe encore en 1972. Elle marque son accord sur la nécessité d'assurer une préparation minutieuse en vue de garantir le succès des travaux et considère que l'ouverture immédiate de consultations multilatérales est la meilleure méthode pour atteindre cet objectif.

Elle renouvelle l'accord des pays socialistes pour que les Etats-Unis et le Canada soient associés aux travaux de la Conférence Européenne.

Dans son paragraphe final, la déclaration de Prague aborde la question de la réduction des forces armées et des armements en Europe. Elle estime qu'un accord sur cette question contribuerait également à consolider la sécurité européenne et que l'examen du problème doit porter sur les forces et armements aussi bien étrangers que nationaux.

Elle souligne en même temps deux éléments essentiels dans la solution de cette question :

— elle doit être réglée de manière à ne pas porter préjudice aux pays qui participeront à cette réunion ;

— l'examen et le choix des moyens à mettre en œuvre ne doit pas être la prérogative des blocs militaro-politiques qui existent en Europe.

La déclaration considère que dès à présent un accord pourrait être réalisé sur les modalités des pourparlers touchant ce problème.

Ces prises de position sont particulièrement intéressantes. Elles

répondent à une série de questions dont certaines ont déjà été posées et d'autres sont encore sous-jacentes.

C'est tout d'abord l'affirmation que les pays socialistes considèrent la réduction des forces armées et des armements en Europe comme un des éléments importants de la consolidation de la Sécurité européenne et qu'ils sont prêts à ouvrir des négociations tant sur les forces nationales que sur les forces étrangères.

Il est indiqué en même temps de la manière la plus explicite que les mesures à prendre ne peuvent porter préjudice aux pays qui participeront à cette réduction. La formule est valable pour toutes les parties en cause et les protège l'une et l'autre. Elle écarte l'idée de mesures unilatérales et implique une notion d'équilibre. Il est donc clair que la présence de forces armées et d'armements étrangers dans une série de pays d'Europe pose des problèmes à la fois militaires et politiques extrêmement délicats. Cette présence est une des conséquences de la longue période de « guerre froide » dont précisément on veut s'efforcer de sortir par l'organisation de la Sécurité européenne. Cela signifie que la réduction des forces armées et des armements ne peut être la mesure concrète préalable à la Conférence des Etats ni la condition à la réunion de celle-ci, mais qu'éventuellement elle apparaîtra comme une des conséquences nécessaires des décisions qui seront prises par celle-ci.

Il est patent d'ailleurs que la présence de forces armées américaines en RFA est un des problèmes qui d'ici peu occupera l'avant-plan de la scène internationale. Il sera posé comme un des éléments liés à l'organisation de la Sécurité européenne mais il apparaît dès à présent que les pays occidentaux — ou tout au moins certains d'entre eux — sont prêts à réclamer le maintien de cette présence.

C'est l'orientation de l'OTAN qui d'ailleurs s'efforce de présenter la solution du problème de la réduction des forces et armements et de leur implantation en pays étrangers comme une condition préalable non seulement à la tenue de la Conférence des Etats mais même à l'ouverture des consultations multilatérales qui doivent y conduire. C'est le sens des décisions de la dernière réunion de l'OTAN et de la mission qui avait été confiée à son ancien secrétaire général Mario Brosio.

La déclaration de Prague est une réponse implicite à cette attitude de l'OTAN. Mais c'est une réponse qui ne ferme pas les portes.

Oui à l'ouverture de négociations sur le problème de la réduction des forces armées et des armements tant étrangers que nationaux.

Oui à la liaison entre ce problème et celui de l'organisation de la Sécurité européenne.

Oui à la détermination dans le cadre même de la Conférence des modalités d'une négociation.

Non à la solution de ce problème comme préalable à la préparation ou à la tenue de la Conférence.

Non à la tentative d'enfermer la question dans une négociation de bloc à bloc. Ceci fait apparaître la justification du refus de fait de recevoir le négociateur désigné par l'OTAN dont le choix d'ailleurs ne manquait pas d'un certain caractère provocateur.

L'affirmation dans la Déclaration de Prague que « l'examen et le choix des moyens permettant de régler ces problèmes ne doivent pas être la prérogative des blocs militaro-politiques qui existent en Europe » a d'ailleurs une portée beaucoup plus large.

Elle enlève à l'effort de construction de la sécurité et de la coopération européennes ce caractère de compromis entre super-puissances que d'aucuns s'efforcent de lui donner avec l'espoir qu'une telle formule les placerait dans une meilleure position pour négocier.

Les blocs, structures de la « guerre froide », ne peuvent être un instrument valable pour l'instauration d'une autre politique. Une organisation saine de la sécurité européenne implique une négociation entre pays disposant de leur pleine souveraineté et égaux en droits, participant chacun à part entière dans la préparation des décisions et dans la prise de celles-ci.

Dans son ensemble, la Déclaration de Prague est un document optimiste. Il insiste sur le chemin déjà parcouru et sur les perspectives nouvelles qui, dès à présent, sont ouvertes.

Il part de l'idée fondamentale que l'organisation de la Sécurité Européenne n'est pas une aspiration ou un rêve mais qu'elle correspond à des modifications profondes intervenues dans la situation réelle et que partant elle a déjà un caractère d'irréversibilité.

Toutefois, le document est pleinement conscient des difficultés et du chemin qui reste à parcourir. Il le note dans un paragraphe particulièrement explicite.

« Les Etats représentés à la Conférence du Comité consultatif politique se félicitent des nouveaux changements positifs en Europe. En même temps, ils tiennent compte du fait qu'en Europe continuent d'agir aussi des forces qui ont intérêt à maintenir l'état de tension, à opposer certains pays d'Europe à d'autres, à conserver des conditions permettant de pousser à nouveau les événements européens vers une aggravation de la tension. Les faits montrent que ces forces, même dans un passé très récent, n'arrivent pas à concevoir la politique européenne en dehors des catégories de blocs ; on voit qu'elles cherchent à renforcer la course aux armements sur le continent européen.

» Les Etats membres du Traité de Varsovie ne peuvent qu'en tirer des conclusions touchant leur sécurité.

» Ils sont néanmoins convaincus que la répartition des forces qui existe à l'heure actuelle en Europe permet de surmonter l'opposition des adversaires de la détente, à condition de faire une politique de consolidation de la Paix dans la cohésion et avec esprit de suite. »

Notes sur une visite au Bangla Desh

La première de toutes les délégations internationales à se rendre au Bangla Desh, celle du Conseil Mondial de la Paix, y fut invitée, au nom du gouvernement, par M. A. Samad Azad, Ministre des Affaires étrangères : « En vous exprimant combien nous avons apprécié vos efforts pour le succès de la lutte pour la libération du Bangla Desh et la campagne internationale pour la libération de Sheikh Mujibur Rahman, je vous invite cordialement à visiter le Bangla Desh dès que cela vous sera possible. Votre visite sera l'occasion de discuter le développement de notre coopération mutuelle ».

Cette dernière phrase prend toute son importance si l'on se souvient que le Bangla Desh est un pays de 75 millions d'habitants dont la majorité écrasante est unie, dans la ligue Awami, autour de son gouvernement.

Notre discussion a porté sur des questions politiques, sur celles de l'aide économique et sur l'information au sujet des crimes de guerre dont le sol du Bangla Desh fut le témoin.

Auparavant, au cours de l'arrêt à Delhi, une rencontre avec le Premier ministre Indira Gandhi, nous fut une préparation précieuse aux entretiens qui nous attendaient et à la réflexion sur les problèmes que nous affrontions.

Quelle fut la signification de l'action de l'Inde aidant les partisans du Mukti Bahini ? Etait-ce, comme certains ont tenté de le faire croire, une intervention dans les affaires intérieures d'un autre pays, ou bien un acte de défense de l'Inde, sur un second front ?

Certes, la question ne se pose vraiment que pour ceux qui n'ont

pas connu ou pas compris les événements qui ont marqué la division de l'Inde et du Pakistan. Cette mesure britannique avait été prise pour rendre impossible la véritable indépendance de l'Inde et permettre à l'impérialisme et au néo-colonialisme de s'installer dans le subcontinent sud-asiatique.

Depuis le jour de la séparation, le Pakistan a toujours connu un mouvement démocratique dont les membres furent souvent emprisonnés, tués, dispersés. Des personnalités actuellement au pouvoir, comme Mujibur Rahman lui-même, tentèrent de faire connaître à l'extérieur, notamment par le C.M.P., la situation anormale des deux Pakistan, l'un à l'est, parlant une seule langue, le bengali, l'autre, à l'ouest, parlant cinq langues, dont l'urdu. La religion de la grande majorité des habitants des deux régions était la même, la minorité hindoue habitant le Bangla Desh n'étant que de 20 %.

Tout au long de son histoire, depuis 1947, le Bangla Desh a souffert de l'oppression impérialiste exercée par l'entremise du Pakistan occidental. Et cette oppression a toujours rencontré l'opposition active de la population.

L'accord des musulmans de l'ouest et de l'est à la séparation avait été acquis par la promesse d'indépendance et d'essor économique faite à une population vivant jusque là dans un état de pauvreté indescriptible. Dès la division, se posa la question de la langue. Les habitants de l'Est pakistanais refusèrent de se laisser imposer l'urdu. La révolte fut conduite par les étudiants qui obtinrent finalement raison. La langue bengali resta le symbole de l'opposition au régime dictatorial, militaire et impérialiste de Karachi.

Un nouveau mouvement de révolte se produisit au moment de l'entrée du Pakistan dans les pactes militaires du CENTO et du SEATO. Cette vague de résistance comptait des partisans du Pakistan de l'ouest aussi bien que de l'est, dans les régions non développées que le gouvernement laissait sans ressources et sans aide en raison de leur attitude politique. Que la résistance fut plus générale au Bangla Desh s'explique par la façon dont cette partie du pays fut gérée. Le domaine politique était contrôlé par des fonctionnaires éduqués par les Britanniques. Ils détenaient tous les postes importants de l'administration. Les grands propriétaires et les hommes d'affaires occupaient les échelons les plus élevés de l'armée et de la bureaucratie. Le développement économique était conçu de manière à renforcer les monopoles et à favoriser les investissements privés. La richesse était concentrée dans les mains de 20 familles — nous sommes loin des 200 familles françaises ! — qui contrôlaient 60 % de l'industrie, 80 % des ressources bancaires et 75 % des assurances. Inutile de dire que ces puissances d'argent nationales recherchaient l'appui des impérialistes de l'ouest, déniaient au peuple tous les droits et ne favorisaient que les régions du Pakistan occidental d'où elles tiraient leurs dividendes. Le Pakistan de l'est fournissait, en jute, 60 % des exportations et les capitaux ainsi gagnés étaient investis à l'ouest.

La disparité du traitement est criante si l'on compare les chiffres suivants :

Budget : 15.000 millions de roupies pour l'Est, Pakistan le plus peuplé ; 50.000 millions de roupies pour l'Ouest.

Développement : 30.000 millions de roupies à l'Est ; 60.000 millions de roupies à l'Ouest.

20 % de l'aide étrangère à l'Est ; 80 % à l'Ouest.

25 % des importations pour l'Est ; 75 % pour l'Ouest.

85 % des fonctionnaires sont de l'Ouest, 15 % de l'Est.

Tout ce qui précède explique l'état continuel de révolte du Bangla Desh où le parti communiste, le mouvement de la paix, et d'autres mouvements démocratiques vivaient dans l'illégalité.

Tout le système était soutenu par les puissances impérialistes étrangères. L'Angleterre, entre autres, a toujours agi pour maintenir le Pakistan en état d'hostilité avec l'Inde, alors que Nehru et les dirigeants de l'Inde ont toujours considéré le Pakistan comme une réalité dont il était politiquement sage de tenir compte.

La vraie nature de cette politique étrangère pakistanaise s'est révélée en 1965 lors des Accords de Tachkent. Tandis que le mouvement de la Paix de l'Inde, avec l'aide et l'appui de membres du parti du Congrès, organisait une grande campagne à laquelle je pris part, pour populariser l'esprit de Tachkent (solution des différends par voie politique et coexistence pacifique) l'Angleterre et les Etats-Unis marquaient leur désapprobation et leur mauvaise humeur vis-à-vis de ces accords. La politique impérialiste du Pakistan, servante des impérialistes de l'Ouest, a toujours été menée sur deux fronts :

- oppression du Bangla Desh sur le plan intérieur ;
- hostilité ouverte ou sournoise vis-à-vis de l'Inde.

Si l'on considère le développement historique, il ne fait aucun doute que la dernière agression a été menée sur deux fronts : contre le Bangla Desh et contre l'Inde.

En aidant le Gouvernement du Bangla Desh démocratiquement élu, et son armée, la « Mukti Bahini », l'Inde s'est défendue sur le front de l'Est, comme elle s'est battue à l'Ouest contre l'attaque directe du Pakistan.

Depuis avril 1971, les bases anglaises du Nord de l'Inde, et les bases maritimes encore sous occupation anglaise servaient de relais aux transports d'hommes, d'armes et de munitions à l'armée pakistanaise.

L'entrée en jeu de la 7^e flotte dans le Golfe du Bengale montre à quel point les Etats-Unis, battus en Indochine, sont anxieux de trouver des bases nouvelles dans l'Est et le Sud-Est asiatique.

Ils ont perdu celle du Bangla Desh — et l'Inde est bien décidée (c'est ainsi que parle le Premier ministre) à se passer de leur aide.

A ce propos, Madame Indira Gandhi nous a dit qu'un examen

sérieux de ce que l'on appelait « l'aide au développement » avait démontré que l'aide de la République fédérale allemande se soldait par un déficit pour l'Inde, et que les produits que l'Inde devait acheter aux Etats-Unis coûtaient plus cher au pays que s'il pouvait se les procurer sur d'autres marchés qui s'étaient révélés moins onéreux.

N'importe quel gouvernement soucieux de son développement et des finances du pays se serait prononcé comme celui de l'Inde qui veut devenir vraiment indépendant.

Les récoltes ayant été abondantes en 1970 et 1971, l'Inde avec l'aide sans conditions de l'URSS, peut maintenant assurer son propre développement et procéder à de nouvelles réformes de caractère socialiste.

La première conclusion à laquelle est arrivée la délégation, c'est que le Conseil Mondial de la Paix doit, dans chaque cas, étudier de très près et profondément les méthodes d'intervention de l'impérialisme. Celui-ci n'a pas fini de se manifester. Battu dans un endroit (le transfert au Pirée de la base de Malte), il essaie par tous les moyens — la guerre y compris — de garder le contrôle d'une région et il arrive que l'opinion publique se laisse prendre à ce jeu qui se déroule sous le slogan de « défense de la liberté contre le communisme ».

POLITIQUE ETRANGERE DU BANGLA DESH

Ce préambule un peu long aidera à comprendre mieux, je crois, qui suit.

A Dacca : nous fûmes reçus tour à tour par le Premier ministre Mujibur Rahman, le ministre des Affaires étrangères Samad Azad, le ministre du Ravitaillement et de la Réadaptation Kamruzzaman, le ministre de l'Education le Pr. Yusuf Ali, aussi bien que par le mouvement de la Paix, la ligue Awami, le parti communiste, le mouvement des femmes, les Mukti Bahini, etc.

Dans chaque réunion, on ne perdit pas de temps en « Salamalek ». On était après tout de vieux amis qui avaient fait connaissance en 1952 à Vienne, qui s'étaient revus en 1958 à Stockholm et, enfin, à Budapest, en pleine bataille en mai 1971. Ne leur avions-nous pas donné la médaille Lambrakis et le secrétaire des mouvements de paix du Bangla Desh, Ali Asad, et de l'Inde, Chitta Biswas, qui nous accompagnaient, n'étaient-ils pas ces étudiants bengalis qui, en 1955, m'avaient fait connaître la misère de Calcutta ?

D'emblée on se trouvait en famille et les problèmes furent abordés et exposés sans emphase et sans obscurité. Les conversations avec le mouvement de la paix se devaient de porter d'abord sur la politique étrangère du gouvernement. Le Premier ministre, comme celui des Affaires étrangères, nous déclarèrent que celle-ci était fondée sur les principes du Conseil Mondial, à savoir : la coexistence pacifique entre Etats à régime politique différent, la négociation substituée à la force pour la recherche de la solution aux différends entre les Etats, le respect du droit des peuples à

l'autodétermination, le respect des frontières, la non-intervention dans les affaires intérieures des autres pays ; les rapports économiques, commerciaux et culturels organisés sur le plan d'égalité parfaite et de profit mutuel.

Tous deux nous rappelèrent qu'ils avaient appris à connaître ces principes et à les comprendre en fréquentant l'assemblée de Pékin sur les régions d'Asie et du Pacifique en 1952 et le grand Congrès des peuples à Vienne la même année, ainsi que le Congrès de Stockholm en 1958. Ces principes ont été inscrits dans le programme de la « Ligue Awami » et leur diffusion dans l'opinion publique n'a jamais cessé, même lorsqu'elle dut se faire dans la clandestinité.

Le Premier ministre a exprimé le désir de rester un membre du mouvement de la paix national et même d'être son président d'honneur.

Le ministre des Affaires étrangères reste un membre actif du mouvement de la paix. Il a présidé la réunion organisée et le dîner. Dans son discours au dîner, il a expliqué aux jeunes combattants de la Mukti Bahini (armée de libération) qu'il avait reçu pour eux la médaille Lambrakis à l'Assemblée du Conseil Mondial à Budapest ; il a expliqué à tous les assistants les efforts faits par le Conseil Mondial pour soutenir la lutte de libération du Bangla Desh.

Tous ces faits n'ont pas seulement valeur d'anecdotes. Ils démontrent à quel point il faut insister sans se lasser sur les principes qui sont à la base d'une politique de paix et qu'une éducation permanente des masses et des dirigeants s'impose dans un monde en perpétuel changement.

La politique étrangère basée sur ces principes sera une politique de non-engagement. Le Gouvernement est prêt à entrer en contact avec tous les pays, même avec ceux qui ont soutenu le Pakistan de l'Ouest avant et pendant la lutte. Si ces pays tendent la main, on l'acceptera. Ces relations internationales doivent être conclues sans condition, sans compromis, sans marchandage.

Etant donné ce qui précède, le devoir international est de multiplier les efforts auprès des gouvernements pour une reconnaissance rapide de l'Etat du Bangla Desh. La Belgique l'a reconnu très rapidement.

Il est indispensable d'aider le nouveau gouvernement du Bangla Desh par une vigilance toujours accrue vis-à-vis des menées impérialistes qui peuvent empêcher la consolidation de l'indépendance. Il est évident que les forces impérialistes des Etats-Unis et de la Grande-Bretagne vont essayer de profiter des difficultés extérieures et intérieures que rencontre le gouvernement du Bangla Desh pour s'implanter à nouveau dans le pays.

Notre vigilance doit être d'autant plus alertée que l'expérience faite avec la Corée et l'Indochine montre que nous avons eu tort de laisser ces pays face à face avec l'impérialisme des Etats-Unis après l'armistice en Corée en 1953 et les accords de Genève sur l'Indochine en 1954.

C'est seulement quand le FNL a pu être créé en 1960 et que la lutte du peuple vietnamien a recommencé, que notre attention et notre vigilance se sont réveillées. La situation est telle en Asie de l'Est que nous devons dénoncer et condamner sans relâche les menées impérialistes qui s'exercent au Japon, en Corée et surtout en Indochine. Nourre lutte anti-impérialiste doit être continue.

PROBLEMES DE POLITIQUE INTERIEURE :
L'AIDE MATERIELLE DEVIENT L'AIDE POLITIQUE
LA PLUS IMMEDIATEMENT NECESSAIRE

La politique intérieure du gouvernement du Bangla Desh est fondée sur trois principes énoncés par le Premier ministre au nom de la Ligue Awami : démocratie, laïcité, socialisme.

Pour ce qui est de la démocratie, chacun se souvient du raz-darée électoral qui a porté la Ligue Awami au pouvoir. Seuls, les membres de la Ligue Awami sont au gouvernement. Tous les ministres nous ont affirmé que le gouvernement était ouvert à toutes les suggestions que peuvent lui faire les groupements divers faisant partie de la Ligue Awami et aussi les partis comme le Parti Communiste qui est devenu légal au moment de la victoire.

La laïcité a été réalisée dès la prise du pouvoir. Il s'agit de l'égalité totale des citoyens sans discrimination de race, de langue ou de religion. L'égalité est un fait accompli.

En ce qui concerne le socialisme, il est évident que l'on ne peut pas imaginer des mesures d'ensemble conduisant au socialisme dans un pays dévasté, dont toutes les richesses ont été emportées au Pakistan de l'Ouest, et dont la vie économique a toujours été monopolisée par ce dernier. Avec une grande sagesse, le ministre des Affaires étrangères nous a dit que la tâche la plus pressante était de rencontrer les besoins immédiats de la population sans pouvoir systématiser l'application d'un régime ou d'une forme donnée de socialisme.

Presque tous nous ont répété la phrase : « La faim n'attend pas ».

De toute évidence, la Ligue Awami et ses dirigeants représentent une petite bourgeoisie et une population travailleuse dont la polarisation de classe n'est pas encore accomplie. Les monopoles sont installés au Pakistan occidental : seuls quelques petits capitalistes sont du Bangla Desh.

Le parti communiste sorti de l'illégalité se consacre à l'organisation des travailleurs agricoles des plantations de thé et des travailleurs industriels du textile. Le parti veille à ce que le gouvernement ne perde pas de vue les réalisations socialistes qui peuvent déjà s'accomplir.

Les problèmes qui confrontent le gouvernement du Bangla Desh sont de deux ordres : les problèmes créés par la guerre et les problèmes laissés par l'ancienne administration coloniale.

Les problèmes laissés par la guerre : 20 millions de sans-abri dont 10 millions de réfugiés en Inde et 10 millions dont les logements ont été détruits. 3 millions de tués et 2 millions de blessés. A cause des destructions systématiques, il n'y a plus de semence, les buffles ont été tués. Il n'y a plus d'engrais ; les ponts ont sauté et même ont été abattus les avions qui pouvaient transporter la nourriture ou du matériel.

Parmi les problèmes laissés par l'administration centrale, il faut citer le départ de toute l'administration qu'il faut recréer de toutes pièces. La banque, les capitaux industriels se trouvent à l'Ouest. Des usines ne peuvent plus fonctionner faute de matières premières (le coton à longues fibres qui venait du Pakistan de l'Ouest manque). Les usines textiles tournent à 50 % seulement, ce qui provoque le chômage.

Les bateaux de pêche ont été détruits. Le coût de la vie monte. Nous avons trouvé tout un village dont les habitants sont heureux quand ils ont un repas quotidien.

La population a toujours été sous-alimentée bien que le Bangla Desh fut la partie la plus riche du Pakistan. Pendant notre séjour, les journaux ont signalé la préoccupation du Premier ministre pour les millions d'aveugles dont la cécité est due à la sous-nutrition. 85 % de la population est analphabète. L'armée et les collaborateurs ont brûlé des bibliothèques entières et emporté l'équipement des universités et des écoles techniques. Les ministres de la réhabilitation et d'éducation nous ont proposé le programme d'aide suivant : **Aide immédiate** : nourriture, logements, médicaments et possibilité de soins médicaux. Institution orthopédique pour réadaptation des handicapés. Orphelinats pour recueillir tous les orphelins, créés par la guerre et les massacres. Des hôpitaux ambulants seraient aussi extrêmement utiles. Un besoin très urgent se fait sentir de papier pour imprimer les livres d'école, ainsi que tout autre matériel scolaire.

Malgré la situation actuelle si impressionnante, le pays est viable, c'est-à-dire que son agriculture étant remise en ordre et modernisée, les usines existant encore remises en état de fonctionnement et une industrie lourde étant créée, le pays peut vivre. S'il n'y a pas d'inondation ou de cyclone, les possibilités de deux récoltes par an pourraient le mettre à même de se tirer d'affaire assez rapidement du point de vue alimentaire.

Il est clair, en conclusion de tout ceci, que l'aide matérielle et surtout l'aide immédiate que nous pouvons accorder au gouvernement est en même temps une aide politique nécessaire et efficace, pour empêcher les menées subversives que les impérialistes ne manqueront pas de provoquer.

CRIMES DE GUERRE

Pendant les trois jours et demi que la délégation a passés au Bangla Desh, il lui fut seulement possible de visiter deux endroits : Siabari (Mirpur) et Abdullapur.

Nous avons pu constater, hélas ! dans ces deux endroits que ce qui était rapporté par les journaux était d'une précision et d'une objectivité parfaites.

A Siabari (Mirpur), nous avons trouvé des fosses et des étangs remplis de cadavres. Certains d'entre eux portaient encore les traces de tortures subies. Nous avons vu notamment auprès d'un tronc d'arbre une quantité d'ossements dont le médecin légiste qui nous accompagnait nous a certifié qu'ils avaient été cassés avant la mort. Cela signifie que les hommes étaient posés sur le tronc d'arbre, qu'on les faisait mourir en brisant leurs côtes et tous les os et qu'on a laissé ensuite leurs cadavres aux oiseaux du ciel et aux autres animaux. De ces squelettes, nous en avons trouvés jusque dans la mosquée à moitié détruite. La haine des bourreaux ne leur avait pas permis de respecter leur temple sacré. Tous ces cadavres, ce sont ceux de centaines d'intellectuels, d'étudiants, professeurs, qui ont été pris par l'armée pakistanaise et amenés en cet endroit pour y être massacrés en tas.

Le village de Mirpur, voisin de cet endroit, est habité par des non-Bengalis, qui sont accusés d'être les auteurs des meurtres ou tout au moins les indicateurs. Les habitants des maisons, qui sont des maisons modernes, osent à peine sortir de chez eux, seulement de temps en temps pour leur ravitaillement. Cependant, le gouvernement a interdit les mesures de vengeance collective et l'armée indienne aide le gouvernement à appliquer cette politique.

A Abdullapur, le phénomène est différent. Le village était un village plutôt riche, avec les maisons construites en matériaux durs. Dans ce village, ils ont emmené, à plusieurs reprises, un certain nombre d'hommes qu'ils ont massacrés on ne sait où. Les maisons que nous avons visitées, n'ont plus ni toit, ni portes, ni fenêtres. Tout le mobilier, les vêtements, les provisions, les instruments aratoires ont été brisés ou volés. Les buffles ont été tués. Le village n'a plus ni semences, ni engrais. Les hommes eux-mêmes nous ont raconté qu'une fois les hommes enlevés, les soldats avaient violé des femmes. Ils ont ajouté tout de suite, dans un sentiment de respect et de solidarité, qu'ils avaient rétabli ces femmes dans leur dignité et dans le respect de la population. J'ai rarement rencontré une telle noblesse dans l'expression des sentiments de ces hommes simples.

Le village voisin a été brûlé complètement et 200 jeunes gens sur deux mille habitants ont été emmenés. Aucun n'est réapparu et personne ne sait comment ils ont été tués, ni où.

Le gouvernement du Bangla Desh a empêché avec l'aide de l'armée indienne, une vengeance collective de s'étendre à tout le pays. « Si nous exerçons ou laissons s'exercer la vengeance, nous deviendrions semblables à eux ». Le gouvernement n'avait pas pris encore de décision définitive sur la forme qu'il voulait donner à sa propre commission d'enquête et sur les peines qu'il voulait infliger aux criminels de guerre. Toutefois, il a exprimé la volonté de leur appliquer seulement les peines prévues par les lois nationales.

Quant aux enquêtes internationales, il se tiendra en rapport avec des autres organisations internationales pour indiquer dans quel sens et dans quelle mesure elles peuvent l'aider.

J'ai indiqué plus haut que cette visite au Bangla Desh nous avait convaincu de la nécessité de la lutte renforcée contre l'impérialisme, en analysant mieux ses méthodes d'action brutales ou masquées sous un néo-colonialisme déguisé en aide technique au développement.

Devant les crimes de guerre, nous avons pensé qu'il était indispensable que le monde entier prenne conscience qu'il devient un grand charnier, une chambre de tortures aux dimensions énormes, une maison du crime, du viol, une demeure où l'homme n'est plus à l'abri de rien et surtout pas de lui-même.

De cela, je voudrais parler aux autres hommes, non pas sur le plan sentimental seulement, mais du point de vue progressiste et socialiste. Même si demain les conditions politiques et économiques étaient créées dans le monde pour une construction plus vaste d'un régime progressiste et vraiment démocratique, comment pourrions-nous l'établir sur des charniers, dans des prisons et des chambres de torture et sous la menace perpétuelle d'armes aussi meurtrières que celles qui furent exposées à la Conférence Mondiale pour l'indépendance de l'Indochine à Paris.

Il ne suffit plus du travail à la pièce de la « Ligue des droits de l'homme ». C'est l'humanité progressiste tout entière qui doit entreprendre cette révolution mondiale.

Ne peut-on imaginer, non pas un tribunal, mais un mouvement mondial contre les crimes de guerre commis avec des armes ou par la torture, et dans lequel seraient représentés les « hommes de bonne volonté » de toutes opinions, races et langues ?

LE PEUPLE DU BANGLA DESH

Loin de moi la pensée d'exprimer une opinion éclairée sur un peuple de 75 millions d'habitants, dont j'ai visité la capitale trois ou quatre jours.

Mais nous avons été reçus par la « Ligue Awami », le « Mouvement de la Paix », le « Mouvement des Femmes ». Grâce à nos amis bengalis, nous avons pu questionner les habitants des villages visités et même des gens au restaurant et au café.

Cette population est à 85 % illettrée et cependant au Bangla Desh, comme dans d'autres pays ayant accédé à l'indépendance, j'ai été impressionnée par la rapidité de la maturation d'un peuple dès qu'il accède à la liberté.

Cent fois, nous avons entendu dire aux gens les plus simples : « Nous savons maintenant où sont nos amis et où sont nos ennemis — Nos amis, c'est l'Inde et l'Union Soviétique, nos ennemis, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne et la Chine ». Cela est dit sans haine

et sans amertume. C'est un fait que l'on constate et avec lequel on sait qu'il faudra compter dans l'avenir.

Les membres du parti communiste maoïste se sont d'ailleurs bien battus contre l'armée pakistanaise avec le « Mukti Bahini » et le parti s'est émietté. Le parti communiste, devenu légal, voit augmenter le nombre de ses membres, mais il est clair qu'au Bangla Desh, comme en Inde, les dissidents ou les hésitants rejoignent en masse la ligue Awami ou le parti d'Indira Gandhi. Remarquable aussi est la sagesse que montrent tant de citoyens en ce qui concerne la reconstruction du pays.

La misère des sans-abri, le manque de nourriture, la montée du coût de la vie (le savon à lessiver coûte déjà cinq fois plus cher, me faisait remarquer une ménagère), cela ne les fait pas se retourner contre leur gouvernement.

Il faudra au moins trois ou quatre ans pour en revenir à notre situation précédente, déclarait un paysan d'un village autrefois prospère et absolument ruiné. C'est à cela qu'on peut mesurer l'influence de la ligue Awami et du gouvernement.

Cependant, il ne faut pas que l'aide tarde trop. La résistance physique a ses limites et la misère n'est pas toujours la meilleure conseillère pour l'action en faveur d'un régime de progrès. Les forces réactionnaires restées dans le pays (5 % estime-t-on) et les forces impérialistes agissant de l'extérieur peuvent très bien s'en servir. Comme elles l'ont fait ailleurs, pour provoquer des coups d'Etat fascistes.

Or, un régime non démocratique au Bangla Desh, c'est un port d'attache rendu à l'impérialisme. C'est-à-dire, à l'insécurité et à la guerre en Extrême-Orient.

LA PENSEE DOIT MENER L'ACTION

Celle-ci doit être internationale, bien sûr, mais elle ne peut le devenir que si elle commence dans le pays d'abord.

Le gouvernement belge a reconnu le Bangla Desh. Fort bien, mais cette reconnaissance ne prendra tout son sens que si une aide rapide et suffisante est apportée au gouvernement.

Il ne peut s'agir seulement de l'aide de petits groupes remplis de bonne volonté, mais il faut envisager l'aide désintéressée du gouvernement et des grandes organisations spécialisées de l'O.N.U. C'est l'affaire des hommes politiques de ce pays que d'y pousser.

C'est aussi à l'occasion de la naissance d'un pays dans des circonstances difficiles que les hommes qui ont pris la responsabilité d'éclairer et de conduire les autres, doivent contrôler et renouveler leur vision du monde.

Ce qui se passe en Indochine et au Bangla Desh doit les mener à la réflexion sur les menées actuelles de l'impérialisme, soutenu par les monopoles, sur l'escalade de la guerre et de ses crimes, sur une nouvelle prise de conscience des savants devant l'usage qui est fait de leurs découvertes.

Ne faut-il pas sonner le ralliement de toutes les forces vives de la nation, des syndicats aux intellectuels et aux dirigeants religieux et politiques ?

Notre vie, notre liberté, l'avenir des générations est lié indissolublement à la réponse que les progressistes de notre pays donneront aussi à ces problèmes.

Réalité de la poésie et poésie du réel

Il est de bon ton, dans certains milieux dits littéraires, de considérer le poète comme un personnage délirant par écrit. Soit...

Face à un pareil individu, l'honnête garde-malade ne perdra certes pas son temps à décoder les signes ambigus produits par le délire mais s'empressera de lui tâter le pouls, de mesurer sa fièvre ou d'avertir l'équipe médicale. Bien. Il est généralement admis que l'infirmier accomplit alors un travail socialement utile.

Tout autre sera l'attitude du critique. S'emparant des misérables gribouillis de l'agonisant littéraire, il analysera in abstracto les textes dérochés, sans souci aucun de la santé de leur auteur.

Si, pauvre naïf, vous demandez le résultat de toutes ces cogitations critiques, le sens profond de cette écriture du délire, nulle réponse ne vous sera donnée. Et pour cause... le texte n'a rien à signifier même si — accident par trop improbable — il y eut quelques instants de conscience chez le malade en proie au délire.

Les comparaisons énoncées ci-dessus sont en partie fausses mais ne manquent pas d'intérêt.

Pour la critique littéraire actuelle, l'effort, l'intention ou l'acte du poète n'entrent pas en ligne de compte.

Pourtant, il se fait que le texte écrit « se charge » de sens. Un des buts de la critique sera donc de décortiquer la phrase, l'association des mots, le mot ou de reconstruire les ruptures sémantiques et syntaxiques afin de répondre à la question : comment arriver aux signes poétiques ? En fin de compte, il se dégage quelques structures vagues, imprécises pour le critique, incompréhensibles pour le lecteur non prévenu. Bref, le sens perçu dans la matière textuelle vient d'ailleurs. Conclusion vide, insatisfaisante pour le nombre...

mais heureuse (et attendue, n'en doutons pas) pour les tenants d'un formalisme d'ancienne école (philologie bornée) ou « moderne » (structuralisme mécaniste).

Voilà, dans les grandes lignes, la situation actuelle, parfaitement étudiable et explicable pour le marxiste.

L'écriture poétique implique un « échange » (mot impropre, mais là n'est pas notre problème). Le poème lu ou dit s'insère dans un réseau de communications entre individus dans un contexte social. Là, dans la lecture ou le dire, « l'échange » a un sens (ouvert, obscur, symbolique ...peu importe). De l'idée que le poète (partie prenante de l'échange évoqué ci-dessus) ne représente qu'une quantité négligeable, naît, dans une certaine mesure, une critique structuraliste tout à fait oiseuse. Sous peine de devenir stérile, maudit (à cause de ses propres insuffisances) ou raté — mais alors, se croire ésotérique ou un nouveau Valéry reste une solution possible —, le poète prend conscience du sens de l'échange et s'applique à le transmettre, à le recréer ou à le transformer.

Il se doit même de le faire sinon nous n'aurons plus, à juste titre, qu'à le considérer comme quantité négligeable.

« Mes poèmes alors seront déchirés
partiront à la poubelle
on en fera des chiffons à Trompe-l'œil
je pourrai me mettre du sable dans les yeux. »

(R.H. et M.A., Statut de la poésie, mai 68).

A coup sûr, il se révélera important de faire lire ses poèmes même si tout n'est pas bien clair encore (pour le poète et ses lecteurs) car, comme le disait Kant à propos des philosophes, « penserions-nous beaucoup et penserions-nous bien, si nous ne pensions pas, pour ainsi dire, en commun avec d'autres auxquels nous **communiquons** nos pensées et qui nous font part des leurs ? ». (1)

La démarche intellectuelle active unissant créateur et public peut nous faire découvrir que **rien n'est texte sur texte** (poème sur poème). Le poème est basé sur le monde qu'il réfléchit par le langage humain (2). La critique aura donc à corriger l'idée trop répan-

(1) E. KANT, *Qu'est-ce que s'orienter dans la pensée ?*, Œuvres, t. VIII, p. 144. Cité dans L. GOLDMANN, *Introduction à la philosophie de Kant*, Gallimard, Idées N.R.F., p. 155.

(2) Langage reste un terme à définir.

Sommairement, nous pensons que le langage naît des (pour les) relations (appel...) entre hommes et de (dans et pour) leurs activités (cris d'effort, de joie, de douleur...) de déprédation ou de transformation du milieu naturel. Le langage « s'enrichit » de l'expérience.

(« Nous appelons expérience le résultat de cette transformation de la matière qui, nous le soulignons, conduit au moins à la possibilité d'une communication mutuelle, mais pourrait conduire éventuellement à une véritable connaissance commune ». Lucien GOLDMANN, op. cit., p. 161).

Si nous acceptons cette origine du comportement linguistique, il n'est plus guère étonnant que, dans l'évolution historique, le langage ait acquis un caractère de classe.

due selon laquelle l'écriture poétique construit un ensemble absolument fini dont les seules références (formelles et fondamentales) seraient du domaine linguistique et qui ferait ou dévoilerait un monde inconnu, car cette faute conduit tout droit vers l'idéalisme et même vers la mystique. Il devient évident aussi que le texte tel quel, l'écriture ou la lecture telle quelle, n'existent pas. La proposition contraire n'est qu'un produit aberrant de la décadence bourgeoise.

Dans l'exploration du sens poétique, on retrouve l'unité contradictoire du créateur et du lecteur.

Si le poème mystique est beau, ce n'est pas parce qu'il s'adresse à Dieu (Dieu est mort) mais parce que d'autres hommes l'entendent.

La convention poétique vient de et au secours de l'échange. La valeur momentanée du texte aussi.

Bonne lecture !

Six poèmes de Rudolph Heyndels

Janvier 1969.

MON INCONNU D'AMI

Si chaque soir
mon inconnu d'ami l'ouvrier très fatigué très fatigué
ouvrait le journal Syndicats et découpait
dans les pages du journal les mots
les mots volés si chaque soir
il mélangeait les mots volés sur la table
s'il oubliait un instant la table et la lumière jaune
sur la table s'il collait
au hasard sur une feuille de papier les mots
si chaque soir mon inconnu d'ami
lisait les mots mélangés du journal et souriait
et chantait dans sa tête et dansait ses doigts
et rêvait rêvait et puis les mots les remettait
à leur place juste pour les penser pour les juger
j'affirme que je serais très content
je chercherais à ne plus écrire mes poèmes à lire les siens
je penserais chaque soir à mon inconnu d'ami
et c'est moi qui aurais peur de ne pas comprendre
le texte rouge d'un matin après un soir
le soir de mes contradictions et je serais très content.

Janvier '69.

LE POEME D'AMOUR

L'amour quand je suis sincère je veux faire le tour
je veux dessiner l'oiseau l'œuvre d'art de sincérité
et j'ai peur car je dessine l'oiseau et l'oiseau est mort
l'amour quand je suis sincère je veux faire le tour.

Il me reste à respirer Rutebeuf
devant ma porte
avec des airs de fou
mélancolique.
On promène son amour comme un clou dans un pied.

Mars '69.

BRECHT

Le Poète est une Fleur d'eau
qui joue la Carte des mots d'Oiseaux
et ne se mouille pas les Pieds
ce qui est l'Etrange de sa destinée.

Le Poète est une Gerbe de blés
qui ne parle pas de la faim
et lisse des Rayons de soleil
à ses pieds ce qui est
l'Etrange évidemment de sa destinée.

On nous dit et lui aussi le Poète le vrai.
Il s'obstine divin avec passion ou retenue
à nous faire croire qu'il n'a pas de pieds
ce qui est la réponse objective
à l'Etrange de sa destinée.

LUI
il est pour la poésie qui marche
qui ne marche pas
dans n'importe quelle direction
qui ne marche pas
avec n'importe qui.

On ne nous dira plus n'importe quoi.

Avril '69.

ON EN PARLERA DEMAIN

En situation en situation !!
criait le chef de gare des Temps modernes
Le cheminot qui n'avait rien compris
descendit du train et alla se plaindre
à la C.G.T.

Sartre écrivit une lettre ouverte.

Il y eut un bel article dans le Nouvel Observateur.

Septembre '69.

INTERNATIONALE

Farouche il l'écrit le fusil le poème de paix des rizières à la lune
fraternelles les mains nées de l'olivier exilées dans les rides
[de la Seine
écrasé dans son sable de mépris stipulé au désert le corps rafle
[l'espoir
morne soleil la chemise sèche de sang lui pend aux rayons de zinc
[de carton
humides les pavés du coron au regard cerné par les bottes mordues
[au regard noir.

La langue et le sexe sont tombés dans la prison à l'heure de la
[messe.

Camarades de Hanoï des cités de l'Est parisien de Mexico de Gaza
des cellules de Ventas et du camp de Yaros des mines du Pérou
tu auras secs et acrobates les gosses de partout
ceux de la poussière qui inventeront la mousson
ceux de la mer qui reneigeront l'antan.

DIALECTIQUE DE LA VIE

Le système casse qui était mécanique
le système casse
la souffrance ne fixe pas en preuve mais en vie
et la vie toute possible se répand
chaleur à marée haute
le système casse qui était mécanique
la vie subjective subjective
s'organise en fonction de la fêlure du système
la vie se veut réciproque d'une dualité unique
démultipliée totalisée dans le futur
le système casse qui était mécanique
mais catégoriques factices des obligations exclusives
passent au passé antérieur même du système
la vie perd toute prétention à vivre
la rencontre privilégiée de la fêlure et du système
devient la possession masquée de quelques privilégiés
la conscience ne résout plus la différence
la vie devient un gargarisme et la vie crève
qui n'était que le système vivant en train de mourir
parce que vécu.

Les centres psycho-médico-sociaux et la réforme de l'enseignement

Créés en 1947, à titre expérimental, et en petit nombre, les Centres PMS sont aujourd'hui institutions officielles qui couvrent l'entièreté du pays.

C'est l'Etat qui s'y lança le premier (bénéficiant il est vrai des expériences des offices d'orientation professionnelle privés, commencées dès avant la guerre).

Au départ, les centres PMS devaient assurer l'orientation (par l'examen psychologique, l'examen médical et l'assistance sociale) des élèves (et futurs élèves) des écoles auxquels ils étaient attachés organiquement.

L'arrêté royal de 1958 affirma l'indépendance des Centres par rapport aux directions d'école, étendit leur mission aux retardés pédagogiques du primaire, prescrivit la rédaction de conclusions synthétisant les apports des différentes disciplines et détermina la notion du « ressort » géographique de chaque organisme. Il créa aussi les notions de « tutelle » et d' « orientation continue ».

L'arrêté royal de 1962 prescrivit des normes de création d'emplois dans les Centres et des normes d'activité minimales, justificatrices de subventions pour les organismes agréés.

Enfin, l'Arrêté royal de mars 1970 ordonna des investigations au bénéfice des enfants du gardien et du primaire. Divers autres textes ont progressivement amené des précisions et des ajoutes à ces arrêtés organiques. De 1948 où ils étaient 9, dont 4 francophones, les Centres de l'Etat sont aujourd'hui au nombre de 80 (40 en Flandre et 40 en Wallonie).

Comme, à la suite des accords du Pacte scolaire, chaque

* Directeur du Centre P.M.S. à Mons.

réseau d'enseignement a sa propre organisation PMS (ou d'orientation professionnelle), le nombre total d'institutions dépasse actuellement les 250.

Comme on le voit, la « couverture » est imposante et les missions des Centres se sont rapidement étendues et diversifiées, depuis l'avis d'orientation scolaire jusqu'à l'attestation pour accéder à l'enseignement spécial en passant par le certificat d'handicapé (donnant droit à l'aide du Fonds de Reclassement social) voire les expertises pour la protection de la Jeunesse, les secrétariats d'apprentissage, la réadaptation professionnelle, etc.

A l'Etat, ce sont aussi les Centres PMS qui assurent l'inspection médicale scolaire de toutes les écoles. Mais leur tâche principale est aujourd'hui d'assumer les guidances psychologiques, médicales, instrumentales et relationnelles des élèves des niveaux gardien, primaire et secondaire (et même post-secondaire, puisqu'il faut ajouter les candidats instituteurs des écoles normales).

Ces guidances visent à aider les jeunes à mieux prendre conscience d'eux-mêmes, à s'affirmer de manière autonome, à se situer dans les groupes, à engager une relation confiante et naturelle avec les autres, à vaincre les handicaps de leur santé, etc.

On n'en est donc plus au temps où l'on se limitait à émettre des diagnostics. Maintenant, nous en sommes au stade de l'action éducative directe, à l'exclusion toujours de toute thérapie et de tout traitement médical. Ceci suppose une vision de synthèse de chaque élève, qui n'est pas un assemblage de compartiments mais un tout vivant, en constante évolution physique et psychologique, inséré dans la dynamique sociologique de son milieu.

Dès lors, le psychologue, l'assistant social, le médecin, l'infirmière, qui travaillent en PMS, sont astreints à faire équipe en permanence.

[En prospective, je vois ce « staff » de base s'augmenter d'un logopède, thérapeute du développement, qui garantira les tutelles instrumentales (mauvaises latéralisations, dyslexies, arythmies, déficiences spatio-temporelles, etc.).]

La méthodologie des Centres PMS de l'Etat, publiée pour la première fois en 1966 est devenue à cet égard l'ouvrage de référence de tous les réseaux. Elle définit la méthode de complémentarité des trois disciplines de base et indique les limites de chacune en cernant leurs responsabilités fonctionnelles propres. Révolutionnaire en soi, cette façon de travailler, de mettre en confrontation les variables somatiques, les variables psychiques et les variables sociales, aboutit à rassembler les faits dans « l'ici et maintenant » et à les transcender par passage du signifiant au signifié. La perception de chaque consultant est dès lors globale et plus authentique ; par conséquent, les réponses à ses besoins peuvent se sélectionner et s'ordonner de manière adéquate.

C'est ainsi qu'un banal échec aux examens peut donner lieu d'abord à une tutelle médicale, un ralentissement pubertaire à une

guidance relationnelle, parce que le problème posé « officiellement » en masque souvent d'autres plus profonds qui l'expliquent.

Hélas, il n'est pas encore question que tous les Centres et Offices d'OSP en soient tous là aujourd'hui. Il y a des résistances parce que durant ses études chacun a travaillé de son côté, parce que les différences de grades académiques maintiennent encore des subordinations, mais surtout aussi parce que cette notion de travail d'équipe n'est pas encore officiellement reconnue. La législation en vigueur, parue en 1962 pour l'essentiel, a été pensée en fait vers 1958. Elle est donc en retard d'une quinzaine d'années. Elle prévoit encore l'accroissement du personnel par agent (et non par équipe) en fonction d'un quota de 750 élèves en plus.

Ceci signifie que si pour 1.500 élèves, on crée l'équipe de base, il faudra atteindre les 3.750 pour obtenir la seconde équipe, les 6.000 pour une troisième équipe, et ainsi de suite...

Certes, aux étapes partielles, chaque fois que 750 élèves viennent s'ajouter, un agent est recruté. Mais ou bien il tourne à vide parce que mal secondé, ou bien il oblige ses collègues à un double rendement. C'est le cas fréquemment vécu chez nous, de l'assistant social unique pour deux conseillers et même le conseiller-directeur en plus.

Le système est malsain et conditionne le découragement et la démobilisation des meilleurs. Et ce ne sont pas les artifices de comptage (certains élèves comptent à double, à triple, souvent aussi au cinquième seulement) ni les critères particuliers à l'Etat pour le recrutement d'infirmières (en raison de l'IMS) qui corrigent grand chose à cet état de fait. (Les dernières instructions parues à ce sujet amenuisent fortement le bénéfice de ce comptage et remettent en cause la situation de quelques dizaines d'agents).

Il faut démystifier, savoir que cette faiblesse institutionnelle empêche de répondre aux besoins. Oui, tout le pays est couvert... sur papier. Ce que l'on ne sait pas, c'est que les interventions des Centres PMS sont contingentées (1 par 20 élèves) * et là limitées aux entrants. Il est exceptionnel que tous les élèves d'une école bénéficient des services du Centre. Ce que l'on ignore aussi, c'est que malgré ces précautions, les équipes PMS sont encore débordées par moments et d'autant plus si elles ont à s'occuper d'élèves de l'Enseignement rénové.

Car si le Rénové n'implique pas de remise en question du travail PMS, si fondamentalement l'action PMS reste identique dans son contenu, il n'empêche que les écoles en ressentent plus fortement la nécessité et ont un besoin aigu de la présence de l'équipe PMS, à tous moments.

Cette rénovation que nous appelions de tous nos vœux, cette rénovation qui oblige à l'observation et à la considération positive inconditionnelle de chaque enfant, de chaque groupe, cette rénova-

(*) N.B. Actuellement, en 1972, 184 établissements d'enseignement secondaire de l'Etat sont servis en « contingentement ».

tion qui amplifie l'échange entre les enseignants et nous, qui les propulse à des points de vue nôtres depuis fort longtemps, elle nous coûte cher à nous, Centres PMS.

Comment suivre le rythme endiablé des conseils de classe hebdomadaires, se trouver ici à 14 h. 00, là à 16 h. 00, assurer une présence à la réunion des parents à 18 h. 00, assister au conseil de classe du lendemain à 7 h. 30 et répéter cela à satiété, tout en assurant les examens programmés, la poursuite des guidances entreprises, les discussions d'équipe et un minimum d'administration ? Car tous nos agents ont trois ou quatre écoles dans leurs attributions...

Encore une fois, on a pris des précautions : nous ne sommes tenus d'aller en conseil de classe qu'une fois par mois dans chaque établissement. Et pas toute l'équipe : un des membres seulement. Mais il saute aux yeux que ce n'est pas ainsi qu'on fait du travail de qualité.

D'autre part, un jeu subtil de priorités intervient. Les enfants qui fréquentent le Rénové sont servis les premiers. Parmi eux, ceux des classes d'accueil d'abord. En même temps que les candidats à l'enseignement spécial.

Bref, les situations difficiles, si pas intenable, qui sont faites aux Centres par une législation dépassée et aussi des crédits insuffisants — faut-il le dire ? — les obligent à sélectionner même parmi les prioritaires.

C'est la contradiction que nous vivons depuis longtemps de nous savoir nécessaires pour beaucoup et de n'intervenir que pour un petit nombre. Si la première année du Rénové est assez généralement prise en charge, la seconde l'est déjà moins ; quant à la troisième, nous allons voir cette année 71-72 ce que nous pourrons faire pour elle ; mais sûrement on « contingentera » ici et là.

Quoi qu'il en soit, l'introduction du Rénové avec ses trois cycles d'observation, d'orientation et de détermination postule une relation constante entre l'école qui observe et le Centre PMS qui expérimente. A la conjonction des deux plans — l'observation et l'expérimentation — il y a l'élève en perpétuel devenir dont il faut assurer l'éducation globale et le plus large épanouissement. Donc, il y a aussi les familles, les papas et les mamans, que nous devons accueillir, rencontrer, informer, impliquer...

Le Rénové postule encore — si on veut vraiment sa réussite, c'est-à-dire, en fin de compte, la réussite des prochaines générations — l'adéquation de ses instruments, notamment la mise en état de marche des centres PMS. Découverts par certains, mis en avant de la scène par la plupart, à cause de la Rénovation, il ne fait aucun doute que leur ressort sera demain le signe le plus sûr d'une volonté politique de poursuivre l'« aggiornamento » des structures d'enseignement et l'aboutissement des réformes.

Ont collaboré aux « Cahiers Marxistes »

Christian ALSTEEN
Agnès ARNOUL
Jacques ARON
Jean BLANKOFF
Isabelle BLUME
Jean BLUME
Philippe BOESMANS
Marc BRAET
Jacques BRIERE
Jean BRUHAT
Segundo CASTRO
Raymond CEUPPENS
Achille CHAVEE
Francis CHENOT
Bernard DANDOIS
Jan DEBROUWERE
Louis DELTOUR
Chantal DE SMET
Urbain DESTREE
Jean DU BOSCH
Edmond DUBRUNFAUT
Augustin DUCHATEAU
Elié ELIA
Pierre ERGO
Jean-Claude FAIDHERBE
Roger FOULON
Piet FRANTZEN
René GERBAULT
Jean-Jacques HEIRWEG
Rudolph HEYNDELS
Paule HERLA
Pierre JOYE
Johan KAHK
Bogdan KAVCIC
Zygmunt KOCZOROWSKI
Jean LAITAT
Marcel-G. LEFRANCQ
Rosine LEWIN
René LONNOY
Frans MASEREEL
Leo MICHELSEN
Jacques MOINS
Jacqueline MOULIN
Walter MULLER
Jacques NAGELS
Marc NEYMARC
Georges PAPY
Albert PHILIPPE
Claude RENARD
Renato SANDRI
René SCHOONBRODT
Roger SOMVILLE
André SOREL
Maxime STEINBERG
Andrée TERFVE
Jean TERFVE
Francis TESSA
Virgil TROFIN
Louis VAN GEYT
Paul VERNIER
Jan VERWEST
Charly VIENNE
Jacques YERNA

Auteur-éditeur responsable et correspondance :

Augustin Duchâteau / Rédacteur en chef
Avenue de Stalingrad, 29-31, 1000 Bruxelles

40 F