Document generated on 10/12/2024 4:12 a.m.

International Review of Community Development
Revue internationale d'action communautaire

L'AGK (Antwerps Gezondheidskomitee = Comité de santé d'Anvers) : action et buts
The Anvers Health Commitee: Activities and Objectives
La A.G.K., Comité de salud de Anvers: acciones y objectivos

Number 1 (41), Spring 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1034829ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1034829ar

See table of contents

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)
2369-6400 (digital)

Explore this journal

Cite this article

(1979). L'AGK (Antwerps Gezondheidskomitee = Comité de santé d'Anvers) : action et buts. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 97–101. https://doi.org/10.7202/1034829ar

Article abstract

The Anvers Health Commitee, founded in 1972, is an association of voluntary welfare recipients seeking:

- to inform through pamphlet distribution and a monthly newspaper;
- to educate in collaboration with trade-unions, political parties and women's groups;
- to ensure control by patients of hospital and laboratory committees and to instigate small research projects where useful.

This group is presently attempting to set up "control committees" in all Anvers hospitals.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1979

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

L'AGK (Antwerps Gezondheidskomitee = Comité de santé d'Anvers): action et buts

Aperçu de la situation

On dit quelquefois que la Belgique est le pays de la médecine curative. On veut dire par là que les soins de santé et la médecine y privilégient dans une grande mesure le traitement des malades et n'accordent qu'une importance médiocre aux soins préventifs et à la revalidation.

Ce phénomène est en fait normal à l'intérieur d'un système socio-économique dont l'omniprésence des buts commerciaux est une des caractéristiques principales. Chaque jour en effet démontre le fait que c'est la maladie qui est rentable et non la santé. Nous voulons dire rentable pour l'industrie pharmaceutique et médico-électronique, le bâtiment, etc...

L'institution d'un système de soins de santé dans une optique très curative ne doit pas être imputée à un quelconque "hasard historique", mais à l'existence d'une base économico-financière et politico-économique.

La médecine en Belgique n'est pas seulement très curative, elle a dans une large mesure un caractère privé et est pratiquée très largement de manière individuelle (les soins de santé de premier échelon sont à peu près entièrement dans les mains du secteur privé). Autrement dit, la production des services de santé a un caractère individuel et privé. Le mode de paiement est d'ailleurs caractéristique : il se fait à la pièce. Chaque dispensation de soins est payée séparément. Ce mode de paiement donne naissance à ce qu'on appelle aussi "médecine à l'acte".

En résumé, en Belgique, la médecine – et d'importants secteurs des soins de santé – est dans une large mesure

- curative,
- individuelle,
- privée,
- libérale (avec pour fondement financier, la "médecine à l'acte").

La médecine et les soins de santé organisés sur base de ces éléments sont en contradiction avec trois domaines essentiels d'évolution, à caractère objectif :

- le développement de la technique médicale,
- le développement de la science médicale,
- la représentation toujours plus complexe de la maladie (avec comme conséquence le développement des besoins de santé).

Une médecine et des soins de santé organisés comme ils le sont actuellement ne peuvent pas s'adapter aux changements évoqués plus haut. Ces contradictions font naître un certain nombre de problèmes qui, souvent, surgissent au préjudice des malades, des assurés sociaux et de la population en général. Il s'agit

- de problèmes de type financier et administratif,
- de problèmes de soins,
- de problèmes psychiques,
- de problèmes juridiques,
- en outre, d'une série d'autres problèmes : mauvaises conditions de travail, modes de vie malsains, pollution de l'environnement, habitat malsain..., questions qui ne peuvent être abordées par un système de soins de santé tel qu'il est organisé aujourd'hui.

C'est précisément à cause du fait que, en tant qu'assurés sociaux ordinaires, nous avons été et sommes confrontés presque à chaque instant de notre vie avec ces problèmes, qu'est née l'idée d'organiser une résistance collective aux *conséquences* de la situation.

Cette résistance a pris forme sous le nom de Comité de santé d'Anvers (AGK).

Le Comité de santé d'Anvers (AGK)

Le comité a été créé fin 1972 par une huitaine d'assurés sociaux ordinaires. L'idée en est venue dans une mesure non négligeable de l'existence d'un "Conseil des patients" à Merelbeke et d'un "Comité de médecine pour le peuple" à Hoboken.

D'une manière générale, on peut dire que le comité possède un certain nombre de caractéristiques représentatives d'une manière de travailler bien précise :

- il s'agit d'une association de fait sans personnalité juridique, qui ne dépend donc pas de la moindre subsidiation ;
- il se compose en ordre principal de personnes non attachées professionnellement aux problèmes de santé (il y a bien quelques exceptions concernant des gens qui collaborent dans le domaine de leur assurance sociale et non dans celui de leur profession) ;
- le comité n'a pas de "direction" et travaille principalement sur base de l'attribution de "mandats" : au cours des réunions hebdomadaires, les tâches sont réparties, et ceci à chaque niveau du travail ;
- il est pluraliste, c'est-à-dire que toute influence politique partisane est écartée (ce qui ne veut pas dire que le comité ne souhaite et n'ait pas de contacts avec toutes les tendances politiques) ;
- il est partisan d'une action réaliste, c'est-à-dire une action adversaire de tout slogan et de tout choix d'objectifs impossibles à réaliser ;
- il désire se perfectionner théoriquement, aussi bien dans le traitement du matériau utilisé que dans la *manière* dont les questions et les rapports sociaux peuvent être analysés. De cette manière, le comité s'efforce de se donner un caractère dialectique ;
- il pose – comme une de ses thèses principales – qu'une très grande importance doit être attachée au problème des rapports de force dans la société (quelles sont les forces sociales conservatrices et quelles sont les forces progressistes ? Et quel est le rapport entre ces forces sociales à un moment déterminé de l'évolution de la société ?).

C'est sur base de ce point important que le comité pense que ce n'est pas lui qui peut orienter les changements dans un sens progressiste, mais bien les assurés sociaux eux-mêmes, réunis au sein d'une série d'organisations de masse démocratiques. Il en découle de nombreux secteurs d'action (voir plus bas).

Pour terminer, le comité essaie de maintenir toujours son action en relation étroite avec la problématique telle qu'elle est vécue par chaque assuré social dans sa vie quotidienne, et aussi en relation étroite avec l'assuré social lui-même.

Description spécifique du travail du comité

– *Travail de dossier*

On note soigneusement les plaintes et les remarques des assurés sociaux. Les données sont rassemblées dans des dossiers individuels, et utilisées de deux manières :

1) on essaie (si possible avec la contribution effective de l'assuré social concerné lui-même) de dégager une solution au problème individuel. C'est possible dans beaucoup de cas, surtout parce que beaucoup de plaintes se rapportent à des infractions des dispensateurs de soins à l'égard d'une série de dispositions légales ;
2) l'enregistrement des plaintes et des remarques pousse le comité à approfondir la législation. De cette manière, nous en découvrons les hiatus, mais aussi, nous situons toujours les points particuliers de notre recherche en rapport avec leur arrière-plan social. Cet arrière-plan montre en particulier l'absence d'une réelle politique de santé en Belgique.

Par cette voie, nous en arrivons à rassembler des dossiers généraux, qui nous amènent à organiser des actions politiques (voir les points suivants).

Le travail de dossier est actuellement assuré par 7 membres du comité. Les dossiers sont constitués selon les cercles familiaux, de travail, de quartier et de connaissance des membres du comité, ainsi que selon les lecteurs du journal mensuel d'information, et en fonction des réunions, tenues deux fois par semaine.

Un problème avec lequel le comité se débat constamment : le caractère extrêmement pratique des dossiers fait que leur constitution prend énormément de temps.

– *Travail d'information*

Le travail d'information du comité consistait jusque il y a peu en la publication d'un journal d'information mensuel. (Depuis environ un an, ce journal est publié en collaboration avec deux autres organisations de base, le centre de santé de section du quartier St Andries, et le groupe d'action Ravitaillement pour moins-valides.)

Le nombre actuel de journaux diffusés s'élève à 3 000.

Le journal est envoyé gratuitement à quiconque fait connaître son intérêt pour les questions de santé.

Les coûts de fabrication et d'expédition sont presque entièrement payés par les contributions volontaires des lecteurs. Les déficits éventuels sont couverts par les versments mensuels fixes qu'un certain nombre de personnes (une trentaine) fait parvenir au comité.

Comme autre forme de travail d'information, il y a la distribution sporadique de tracts (p. ex. dans un hôpital ; ou à la clientèle d'un médecin). Il s'agit de textes dans lesquels on fait connaître les infractions des dispensateurs de soins concernés.

En vue d'alléger le travail de dossier, nous avons commencé depuis peu, l'édition de "Documents d'informations", dans lequels on expose, pour chaque problème spécifique, ce qu'on peut faire pour voir ses droits garantis. Le but final est d'arriver à constituer un vade-mecum des droits des assurés sociaux dans le domaine des soins de santé et de l'assurance-maladie.

– *Travail politique*

Il existe à différents niveaux :

– Nous réalisons une formation interne (dans le passé, cette formation était plutôt sporadique). Actuellement, nous invitons régulièrement des conférenciers aux réunions hebdomadaires, et ils y traitent d'une question bien définie ayant trait à l'assurance-maladie ou aux soins de santé.

– Notre action va dans le sens d'un certain nombre de grandes organisations sociales : syndicats, organisations de femmes, associations de pensionnés, partis politiques, etc. Nous soumettons à ces associations des problèmes précis présentés sous forme de dossier général (p. ex. le problème du transport des malades, la question du supplément dans les hôpitaux), mais aussi des problèmes à caractère plus général et plus politique, comme la question des accords médico-mutuellistes, les accords similaires avec les dentistes, l'Ordre des médecins...

– Egalement dans le sens des autorités de tutelle et des mandataires politiques ; cette action se développe parallèlement avec celle développée au point précédent. Ainsi, différentes questions parlementaires ont déjà été posées à l'initiative du comité.

– Dans le sens des assurés sociaux (une action que nous avons en fait trop peu appuyée à ce jour, du moins en ce qui concerne les aspects politiques des soins de santé), en grande partie au moyen du journal d'information.

– Dans le sens d'autres associations de la base (comme exemple récent, on peut rapporter la collaboration avec 8 autres groupements à propos d'un Arrêté Royal asocial).

– Un dernier niveau, mais pourtant bien important celui-là : les discussions politiques qui prennent place régulièrement au sein du comité. Ces discussions sont d'ailleurs consignées dans des rapports de réunion et peuvent servir à des moments ultérieurs pour soutenir les positions du comité.

– *Travail de contrôle*

Le comité part de l'idée que le contrôle par les assurés sociaux ordinaires est presque une nécessité absolue. Les actions de contrôle du comité ont été effectuées jusqu'à présent des manières suivantes :

– Dans des cas individuels, il n'est pas rare que

le comité intervienne directement auprès des directions d'hôpitaux (p. ex. quand un patient se voit refuser des radiographies dès l'abord)

– Assez fréquemment, les comptes des hôpitaux et des laboratoires sont contrôlés (ceci est très nécessaire, puisque on peut affirmer sans crainte de se tromper qu'au moins 80% des comptes ne sont pas corrects, et ceci en défaveur des assurés sociaux !)

– Organisation d'enquêtes auprès de la clientèle des médecins, auprès des bureaux des mutuelles, des pharmacies, des hôpitaux... Ces enquêtes et contrôles ont surtout lieu suite à des plaintes contre un organisme ou un dispensateur de soins précis.

Récemment a été prise une décision importante (et peut-être à longue portée) : le comité va essayer de créer dans chaque hôpital d'Anvers une commission de contrôle d'assurés sociaux. Cette commission – qui se composerait de 5 à 8 membres – prendrait très régulièrement contact avec les malades hospitalisés et les membres de leur famille. Les tâches de la commission concerneraient les points suivants :

– problèmes financiers et administratifs,
– problèmes des soins,
– problèmes concernant les biens des patients,
– problèmes du devoir d'information des dispensateurs de soins,
– les points généraux qui ont un rapport direct avec la politique d'hospitalisation en général.

En résumé, on peut souligner que les activités de contrôle du comité ont pour résultat que plus d'un dispensateur de soins fait son travail un peu plus soigneusement et plus en accord avec les dispositions légales.

– *Travaux divers*

Il faut ajouter à ceci les invitations faites au comité de venir expliquer à différentes réunions son travail et ses idées. Les activités correspondantes sont appelées "activités de délégation" et le plus souvent, sont préparées séparément aux réunions hebdomadaires.

Le comité se réunit chaque semaine. Le courrier, postal et autre (40 à 60 pièces par semaine) est alors examiné et des tâches éventuelles sont indiquées.

La première heure de réunion est consacrée au traitement des dossiers. On passe alors au contrôle des décisions prises (ceci est consigné dans un carnet spécial). A l'ordre du jour, il y a presque chaque semaine un point dont il est utile de discuter le contenu (par exemple la rupture d'un accord médico-mutuelliste, le fonctionnement du centre de santé de quartier, les rapports avec d'autres organisations, la structure du comité etc.)

9 à 13 personnes prennent part régulièrement aux réunions ; 13 à 16 y assistent fréquemment.

Il n'y a pas encore bien longtemps s'est tenu un nouveau type de réunion : pour des candidats collaborateurs. Ceux-ci ont été informés des quelques aspects essentiels de l'action du comité. En même temps, on leur a demandé comment ils voyaient le comité auparavant.

Un conseil de rédaction se réunit chaque mois pour préparer la sortie du journal d'information mensuel. Ce conseil se compose en principe d'un ou deux représentants de chacun des 3 groupements qui l'éditent.

A côté des 15-16 participants aux réunions dont nous avons parlé, il y a encore 25 à 30 personnes qui, d'une manière ou d'une autre, participent sporadiquement aux activités du comité. Ils sont considérés comme membres du comité ; en effet, leur contribution aux activités a été appréciée particulièrement à sa juste valeur par les membres du noyau.

La composition sociale du comité est spécialement équilibrée : 13 ouvriers, 6 employés, 3 pensionnés, 5 ménagères, 3 enseignants, 4 universitaires, 3 paramédicaux, 2 invalides, 1 étudiant (chiffres de 1977).

– *Travail de programmation*

La composition d'un "programme de santé" est apparue jusqu'à ce jour au comité comme une tâche qu'il n'était pas à même d'effectuer. En partie parce que nous n'avons pas encore accédé à une vue globale des questions de santé (le schéma de situation présenté au début du document n'est réellement qu'un schéma qui a tout au plus une valeur indicative), en partie aussi parce que nous avons des difficultés énormes à "mettre sur papier" nos expériences.

La composition d'un programme de santé pourrait néanmoins être d'une signification essentielle ; il devrait globaliser convenablement nos idées partielles relatives aux objectifs du comité : les résultats de nos discussions seraient rassemblés dans un document *utilisable*. Un programme de santé multiplierait pour ainsi dire notre action politique.

Début 1979 se tient une assemblée générale du comité, dont le but est de poser les fondements d'un programme de santé à court et à moyen terme.

Conclusion

L'AGK et son action doivent surtout être considérés comme une indication .

Le comité démontre que des assurés sociaux peuvent se structurer à partir de leurs propres conditions de vie et intervenir tant théoriquement que pratiquement. Chez chaque membre du comité, le sentiment d'impuissance de l'homme de la rue est lentement remplacé par le sentiment qu'il y a pourtant quelque chose à faire, et que, ensemble avec d'autres assurés sociaux et groupes de base, un mouvement peut se développer, avec comme objectif, de faire disparaître les causes de toute une série de problèmes.

(traduit du néerlandais)