

Évolution de la condition médicale dans les hôpitaux universitaires de la C.A.P. de Bruxelles 1946-1985

Aujourd'hui, le médecin fraîchement diplômé désirant s'orienter vers une spécialité ou une carrière hospitalière doit se mouler dans un carcan de dispositions légales et réglementaires ainsi que dans une structure médicale toujours plus complexe et contraignante. Les médecins de ma génération n'ont pas connu pareil dirigisme au démarrage de leur vie professionnelle.

L'observation de la faune médicale et de sa domestication progressive — dans l'acception zoologique du terme — est un bon témoin de la mutation engendrée par la seconde guerre mondiale dans la pratique hospitalière.

Vestiges de l'avant-guerre

Après son occupation par les envahisseurs puis par les libérateurs, Brugmann rouvrit ses portes aux malades civils en 1946; la réappropriation des services et des locaux fut progressive. Au début, le cadre médical modeste provint de Saint-Pierre et de nouvelles recrues; il bénéficia du statut en vigueur dans cet hôpital depuis 1935, statut assez proche de celui des autres hôpitaux publics de l'agglomération bruxelloise. Le cadre médical comptait quatre niveaux.

L'échelon de base était composé des assistants, chargés de la dispensation des soins dans les unités d'hospitalisation et les consultations pour patients ambulants. Ils étaient nommés pour un terme de deux ans, renouvelable deux fois. Dans la majorité des services, ils n'occupaient que des fonctions mi-temps. Les hôpitaux dits universitaires (Saint-Pierre et Brugmann) disposaient de mandats plein-temps dans les trois services (médecine, chirurgie et maternité) assurant la garde médicale intra-muros les nuits, jours fériés et week-ends; les médecins résidents supervisaient le travail des internes de garde. Dans les autres disciplines, le staff établissait des listes de médecins de garde à domicile, appelables à l'hôpital en cas de besoin urgent. Ce dernier système était en vigueur dans la plupart des autres hôpitaux publics de l'agglomération : la permanence intra-muros y reposait uniquement sur les internes de troisième doctorat, mobilisant les seniors selon les nécessités.

Le second échelon était composé d'adjoints mi-temps contrôlant le travail de plusieurs assistants; souvent, ils s'étaient orientés vers une sous-spécialité médicale ou chirurgicale. La durée de leur mandat ne dépassait pas six ans.

En dehors de cette hiérarchie, les grands services pouvaient engager des adjoints en fin de mandat possédant une compétence reconnue dans une sous-spécialité (cardiologie, gastroentérologie, neurologie, orthopédie, chirurgie viscérale, etc.). Ils portaient le titre de chef de département, jouaient le rôle de consultants spécialisés. Ils n'exerçaient que des fonctions à temps partiel avec mandat de six ans, renouvelable une fois.

Enfin au sommet des pyramides, des chefs de service mi-temps, nommés pour des périodes de cinq ans, renouvelables jusqu'à l'âge de soixante ans. Ils avaient en charge l'enseignement de la médecine clinique avec le titre de chargé de cours ou de professeur extraordinaire, qualificatif qui dans la terminologie universitaire est inférieur à «ordinaire», réservé aux enseignants plein-temps, titulaire d'une chaire académique.

L'enrôlement dans le cadre de base n'exigeait guère de formalités administratives. Le chef de service jugeait le postulant en fonction de la mention de son diplôme bien sûr, mais surtout des résultats de

l'examen auquel il l'avait soumis pendant ses études, de l'avis des assistants auprès desquels l'étudiant avait effectué ses stages et de l'impression recueillie au cours de son entretien lors du casting. Une proposition pouvait alors être transmise à la faculté de médecine. À cette époque, celle-ci n'était composée que d'une trentaine de professeurs ordinaires, enseignant principalement les cours fondamentaux en dehors de la pratique hospitalière. Ces «mandarins» ou «brontosaures», en termes soixante-huitards, ne s'intéressaient guère à la nomination du menu fretin hospitalier et avalisaient l'avis du chef de service. Le dossier terminait son parcours devant le Conseil de la Commission d'Assistance Publique qui donnait son imprimatur sous forme d'une nomination. Restait la formalité de l'examen linguistique «dans la seconde langue», le néerlandais en l'occurrence. Avant 1963, il était organisé par la CAP elle-même et consistait principalement en un dialogue médical, le fonctionnaire de la CAP jouant le rôle du patient venu consulter un praticien. Dans les premières années après la réouverture de Brugmann, cette connaissance n'apportait pas grande aide pour établir le «colloque singulier» avec les malades réputés néerlandophones. Ceux-ci provenaient essentiellement du bas de Molenbeek : ils ne parlaient et ne comprenaient qu'un patois bruxellois, mais différent du marollien comme je m'en rendis compte plus tard.

En dehors des quelques élus nommés dans le cadre, d'autres jeunes médecins désiraient fréquenter les services hospitaliers sans nomination, ni rémunération, pour parfaire leur formation clinique. Sur demande du chef de service, la CAP leur délivrait une autorisation de fréquenter les services hospitaliers, sans toutefois y accomplir d'actes médicaux; c'était là pure clause de style destinée à couvrir la responsabilité de la CAP en cas de litige médical. Officiellement appelés «assistants bénévoles», ils étaient traités de «parasites» par les assistants-résidents. Ce qualificatif péjoratif traduisait la rancœur de ceux qui étaient astreints à un lourd service de garde alors que les bénévoles en étaient évidemment exclus. Ces derniers ne méritaient pas leur sobriquet injurieux; ils étaient indispensables au bon fonctionnement des services dont le volume de soins croissait plus vite que l'élargissement des cadres. À titre indicatif en 1946–1948, le service de médecine de Brugmann comptait quatre assistants plein-temps responsables de la permanence médicale, trois-quatre assistants mi-temps, deux adjoints mi-temps (un cardiologue, un endocrinologue), deux chefs de département à temps partiel (gastro-entérologie et pneumologie) et un chef de service. Ils étaient secondés par deux «parasites» et deux bénévoles plus âgés et déjà spécialisés aidant les chefs de département à maîtriser leurs consultations en pleine croissance.

Avec de tels cadres, l'activité médicale dans tous les hôpitaux se concentrait sur la matinée. En dehors des services techniques embryonnaires (laboratoire et radiographie) et des urgences traitées par la garde, l'activité médicale s'arrêtait l'après-midi, notamment celle des quartiers opératoires. Un tel système n'était compatible ni avec le coût de l'hôpital ni avec l'explosion des besoins en soins résultant d'une part du développement exponentiel des sciences médicales et des technologies qu'elles requéraient pour leur application clinique et, d'autre part, de l'instauration de la sécurité sociale.

La révolution sociale

En 1945–1946 avait été créée une structure d'assurance généralisée et obligatoire contre la maladie et l'invalidité (INAMI). Cette institution mit au point notamment une nomenclature — un répertoire — de tous les actes médicaux et thérapeutiques et fixa les honoraires de chacun d'eux, remboursés par les mutuelles aux assurés sociaux ou versés par celles-ci aux prestataires dans le cadre du «tiers payant».

La mise en œuvre de cette assurance et notamment l'adoption du système du tiers payant bouleversa le fonctionnement des hôpitaux publics, particulièrement ceux de la CAP de Bruxelles. En premier lieu, par l'accroissement de leur patientèle et la modification de son profil social. Alors qu'avant la guerre, ces hôpitaux soignaient les indigents et les malades ou blessés ramassés sur la voie publique, ils furent envahis non seulement par les assurés sociaux provenant des classes laborieuses mais également par des patients désireux de bénéficier des soins de niveau universitaire au tarif de l'INAMI. Il en résulta un afflux d'honoraires médicaux versés par les mutuelles à la CAP via le système du tiers payant.

Les dispositions légales et réglementaires stipulent que les honoraires médicaux appartiennent aux médecins et que le gestionnaire d'une institution de soins ne peut en prélever que la part couvrant les frais exposés par la pratique médicale. Pour gérer et répartir la masse leur revenant, les médecins de Brugmann, Saint-Pierre et Bordet décidèrent de former une organisation de défense professionnelle commune capable de présenter un front unique lors des discussions avec la CAP. En 1949, elle prit la forme juridique non d'une ASBL mais d'une union professionnelle agréée (Union Professionnelle des Médecins des Hôpitaux Universitaires de Bruxelles ou UPMHUB). La rétribution des médecins posait problème. En effet, l'INAMI avait institué le paiement des prestataires à l'acte. Ce système favorisait les disciplines chirurgicales aux actes techniques nombreux au détriment de disciplines médicales où le temps dévolu à la clinique était important. En outre, la plupart des actes pris en charge par l'INAMI imposaient qu'ils aient été pratiqués par des spécialistes agréés. Comment comptabiliser l'activité des assistants en voie de formation déjà compétents pour les exécuter? La rétribution des médecins hospitaliers en fonction de la valorisation INAMI de leur activité individuelle eût conduit à l'étiollement de certaines disciplines indispensables dans les hôpitaux généraux à vocation d'enseignement. La future UPMHUB opta pour la constitution d'un pool général des honoraires avec répartition entre les médecins du cadre selon leur fonction et le type de mandat (plein-temps, mi-temps, temps partiel) quel que soit le service auquel ils étaient attachés. Cette initiative historique plaçant la sauvegarde de l'outil au-dessus des intérêts personnels assura le développement de nos trois hôpitaux universitaires. La rétribution individuelle allouée était décente pour l'époque (1947). Ainsi, un assistant plein-temps percevait mensuellement, outre les mille cinq cents francs versés par la CAP aux «médecins des pauvres», quatre «parts d'honoraires» totalisant environ dix mille francs.

Le professeur P.-P. Lambert avait activement participé à l'introduction de ce système. Il était issu d'une famille calviniste du Hainaut occidental et en avait conservé la rigueur ascétique. Pour lui, le Bien consistait à développer une médecine hospitalière de qualité axée sur la recherche. Il ne réclamait pas la sympathie de ses collaborateurs mais leur adhésion à ses objectifs. Tout ce qui en écartait les médecins : hédonisme, recherche du profit matériel ou déviationnisme représentait le Mal répréhensible. Il n'est donc pas étonnant que nous le trouvions associé à de nombreuses innovations et réformes dans nos hôpitaux. Dès sa nomination à la tête du service de médecine à l'hôpital Brugmann en 1955, il profita des conditions créées par l'INAMI pour hisser les spécialités médicales de son service au niveau de celles de Saint-Pierre et pour en créer de nouvelles, telle la néphrologie. En outre, à la suite d'un accord avec la Fondation médicale Reine Élisabeth, il put disposer de locaux pour ses recherches dans ce vaste bâtiment implanté sur le site de Brugmann. La prospection volontariste de bourses et de subsides lui permit d'engager de jeunes médecins consacrant un mi-temps au travail clinique et l'autre à la recherche dans les locaux de la Fondation, recherches principalement néphrologiques, bien entendu.

Régulation de la spécialisation

Parallèlement à l'explosion des soins payés par le ministère des Affaires sociales, la Santé publique dut prendre des mesures pour normaliser les conditions d'agrément des médecins spécialistes et empêcher leur prolifération anarchique. Auparavant, cette reconnaissance était attribuée à posteriori lorsqu'un praticien pouvait apporter des preuves de fréquentation de services spécialisés, d'attestations diverses et éventuellement de publications médicales. La nouvelle législation imposa progressivement des critères stricts pour la reconnaissance des services de stage, pour le programme et la durée de la formation dans les diverses disciplines. Elle requit le dépôt préalable du plan de stage assorti de l'accord des divers maîtres de stage concernés et le contrôle annuel de son déroulement par des commissions ad hoc. Plus tard, elle proscrivit la spécialisation complète dans un seul et même service. Enfin fut inscrite dans les arrêtés, l'obligation pour les services de stage d'héberger en permanence un nombre requis de stagiaires, variable selon la taille du service et de son cadre sous peine de perdre son agrément.

Cette nouvelle réglementation relâcha la pression mise sur les effectifs médicaux à Brugmann et Saint-Pierre. Les chefs de service pouvaient officiellement réclamer des stagiaires qui cessaient d'être des parasites pour devenir des candidats-spécialistes. Des problèmes financiers et structurels surgirent.

La loi imposait une formation plein-temps aux candidats-spécialistes. Il eût été amoral et asocial de ne pas les aider financièrement, surtout dans un groupe d'hôpitaux d'enseignement comportant une structure chargée de défendre les intérêts matériels et moraux de ses membres. En 1962, P.-P. Lambert accéda à la présidence de l'UPMHUB. Très rapidement, il proposa de soustraire de la masse des honoraires de quoi offrir aux stagiaires une bourse équivalente aux bourses de recherche non taxables données par diverses fondations. Par prudence, l'UPMHUB en fixa le montant mensuel initial à vingt mille francs, définit l'enveloppe globale et sa répartition entre les hôpitaux. C'était à nouveau faire œuvre de pionnier et devancer la Santé publique qui n'inséra cette obligation dans un arrêté que plus tard, sans même y inclure un montant minimum! Au sein de chaque hôpital, les chefs de service durent se réunir et parvenir à un accord sur la répartition du nombre de boursiers entre les disciplines.

L'obligation de diversifier les services au sein desquels le candidat-spécialiste acquérait sa formation amena la création d'organes de concertation dans chaque spécialité. Appelés jurys et rattachés à la faculté de médecine, ils étaient composés des chefs de service des hôpitaux universitaires et de leurs collègues des hôpitaux publics de l'agglomération et des hôpitaux de province dans lesquels l'ULB envoyait ses internes en stage. Dans la majorité des disciplines, le nombre de candidats excédait celui des bourses disponibles : il fallut définir des critères objectifs de sélection ainsi que les modalités de contrôle et d'évaluation du travail des stagiaires. Excellente occasion pour les Brugmanniens et les Saint-Pierristes d'échanger leurs opinions sur des problèmes concrets et de se lier avec les maîtres de stage des hôpitaux non-universitaires. Opportunité pour les boursiers d'élargir leur champ de vision et leur point d'ancrage éventuel.

Instauration de la cogestion hospitalière

Les tâches de l'UPMHUB : paiement du cadre, des boursiers et achat de matériel étaient fonction de l'activité médicale. La masse des honoraires engendrés suffisait à équilibrer son budget. Mais la trésorerie ne suivait pas : elle dépendait du paiement par les mutuelles des factures que leur adressait la CAP. En dehors des retards volontaires mis par celles-ci pour acquitter leur dû, il apparut rapidement que l'administration de la CAP était incapable de mener à bien la collecte complète des prestations médicales dans les consultations, les salles et les services techniques, leur codification et leur valorisation

selon les règles de l'INAMI ainsi que l'envoi mensuel des factures aux mutuelles pour les soins prodigués à leurs affiliés. M. Édouard Badon, secrétaire général de la CAP, était conscient des déficiences. Selon ses propres termes, «la CAP administrait ses hôpitaux mais ne les avait jamais gérés». Aussi marqua-t-il son accord pour que l'UPMHUB créât un organisme spécifique pour cette tâche (le Service médico-administratif ou SMA) et mette les salaires du personnel engagé à charge des honoraires médicaux. Une antenne d'une quinzaine d'employés fut installée à l'hôpital Brugmann; la centrale fut logée près de l'administration de la CAP. Ce fut le premier acte de cogestion entre une organisation médicale et le pouvoir organisateur d'hôpitaux.

Vers une carrière médicale hospitalière

La structure archaïque du cadre médical à Brugmann et Saint-Pierre devenait un handicap pour son adaptation à l'évolution de la médecine. Les progrès scientifiques et techniques ouvraient la voie au traitement de pathologies et de situations jusqu'alors incurables, mais ces traitements exigeaient une surveillance médicale constante; ils impliquaient la disponibilité de spécialistes travaillant à temps-plein dans un hôpital tournant à haut régime de dix à douze heures par jour. En outre, la constante amélioration des investigations et thérapeutiques ainsi que leur complexité croissante ne s'accordaient plus avec l'emploi de spécialistes expérimentés obligés d'abandonner leur fonction à la fin de mandats de six ans. Un cadre plein-temps devait être doté de contrats à durée indéterminée jusqu'à l'âge légal de la retraite.

D'un autre côté, les médecins hospitaliers se voyaient chargés d'enseignements cliniques de plus en plus importants : l'apprentissage des externes et internes par les assistants devait inclure des notions nouvelles; la formation des candidats-spécialistes par leurs aînés devenait plus astreignante. Le concept que, dans l'enseignement clinique, l'Université ne devait rémunérer que les chefs de service pour leurs exposés magistraux et l'organisation de séminaires (grands tours, séances anatomo-cliniques, etc.) était dépassé. L'Université devait en tirer les conclusions. D'autant que des études américaines avaient démontré qu'une même activité médicale coûtait vingt pour cent de plus dans un hôpital d'enseignement que dans un hôpital ordinaire. Les honoraires médicaux ne devaient plus supporter ce surcoût non couvert par l'INAMI.

Enfin, il apparaissait nécessaire d'encourager la recherche clinique et expérimentale au sein de nos hôpitaux pour apporter plus de rigueur scientifique dans la pratique de l'art de guérir, pour se hisser à la pointe de l'innovation médicale et pour maintenir la qualité de l'enseignement. Seuls des médecins bénéficiant d'une carrière garantie pouvaient distraire une partie de leur temps à cette activité.

Soins, enseignement et recherche apparaissaient donc comme les trois piliers sur lesquels construire un statut pour le cadre permanent d'hôpitaux à vocation universitaire. Il existait depuis peu un modèle français mis au point par le professeur Robert Debré, père de la pédiatrie moderne française. Il avait obtenu en 1960 que soient installés à côté de chaque faculté de médecine, un ou plusieurs Centres hospitalo-universitaires (CHU) dans lesquels des cadres permanents s'adonneraient à cette triple mission. Ses idées se répandirent dans nos trois hôpitaux. Le professeur P.-P. Lambert, chef du service de Brugmann et président de l'UPMHUB, décida de prendre le projet à bras-le-corps. Il centralisa les propositions, les concrétisa et adapta le modèle Debré aux possibilités belges et à notre environnement bruxellois. Il travailla de concert avec ses collaborateurs de l'UPMHUB et les secrétaires généraux de l'ULB et de la CAP. Puis il partit prêcher dans tous les milieux concernés : assemblée générale des médecins hospitaliers, Faculté de médecine, autorités de l'ULB et de la CAP. Convainquant et obstiné,

il rallia toutes les parties à son projet et obtint un soutien actif de M. Félix Leblanc, président du Conseil d'administration de l'ULB, et de Mme Évelyne Anspach, présidente de la CAP, pour le porter à bonne fin. Mme Anspach chargea M. Édouard Badon, secrétaire général de la CAP, de s'associer au professeur Lambert et à l'administration de l'ULB pour terminer la tâche. Deux années s'étaient écoulées entre les premières réflexions de P.-P. Lambert et la rédaction finale du texte. En février 1967, Édouard Badon eut la satisfaction de voir son texte approuvé par le conseil de la CAP.

Le Plan Badon

Le «Statut des médecins attachés aux hôpitaux universitaires de Bruxelles» avait été présenté au Conseil de la CAP et signé par son secrétaire général Édouard Badon. Dans le jargon carabin, il fut aussitôt appelé le «Plan Badon»; la nomination dans le cadre permanent fut qualifiée de «badonisation» et les élus, de «badonisés». P.-P. Lambert ne s'en formalisa pas : cet homme austère était tendu vers la réalisation d'objectifs généraux, non vers la starification.

Le statut avait calqué la carrière hospitalière sur celle du corps enseignant de l'ULB. Celle-ci comportait en ordre descendant quatre catégories : professeur, chargé de cours, chef de travaux et assistant senior. Les fonctions hospitalières correspondantes devinrent respectivement chef de service, chef de clinique, chef de clinique-adjoint et résident. Cette réforme transformait les anciens départements de spécialités médicales et chirurgicales en cliniques, entités dotées d'autonomie et de staffs propres; elle entérinait le développement considérable de ces spécialités utilisant un arsenal de technologies spécifiques. Dans les grands services, le chef de service avait un rôle majeur de coordinateur et ne dirigeait directement que l'activité non individualisée.

Les traitements du cadre étaient identiques à ceux de leurs homologues facultaires. Cependant, en raison de la lourdeur de leur tâche, les hospitaliers percevaient en outre une indemnité clinique couvrant leur participation aux permanences et leur disponibilité pour les urgences ou pour des interventions délicates de leur ressort. Elle représentait environ quarante pour cent du traitement dit de base et était complétée par une assurance collective. Le financement de ce traitement fut mixte : l'Université versant à la CAP la somme représentant la totalité de l'enseignement clinique dispensé par le cadre médical et valorisé selon les normes horaires de l'ULB, le solde du traitement ainsi que l'indemnité clinique provenaient des honoraires; traitements et indemnités étaient liquidés par la CAP après retenue des charges salariales dont celles des pensions selon le régime de la fonction publique. Dans la foulée fut réglée la rémunération des candidats-spécialistes. Un système équivalent à celui des bourses fut conservé pour la première année considérée légalement comme période probatoire. À partir de la seconde année, les candidats-spécialistes furent assimilés à des assistants universitaires plein-temps et payés par l'UPMHUB au départ des honoraires médicaux.

Les conditions de travail des médecins du cadre furent définies dans le statut. La durée des prestations hebdomadaires fut fixée à un minimum de quarante-quatre heures, non plafonnées; elles représentaient onze demi-journées de quatre heures (du lundi matin au samedi midi). De ce temps, trente-trois heures devaient être consacrées aux soins, le solde étant dévolu à l'enseignement et à la recherche. Compte tenu des exigences liées à la permanence, aux urgences et aux aléas de la pratique, les médecins prestaient en moyenne de cinquante-cinq à soixante heures par semaine. Il était prévu une dérogation au statut «Onze onzièmes» à partir du grade de chef de clinique-adjoint. Cette dérogation ne pouvait dépasser deux onzièmes. Lorsqu'elle était demandée pour pratique privée extra-muros, elle entraînait une diminution du traitement non de deux mais de trois onzièmes; par contre pour

convenance personnelle ou obligations familiales, elle n'induisait pas une pénalisation d'un onzième supplémentaire. Quelques années plus tard, un protocole additionnel régla la possibilité d'une pratique personnalisée intra-muros.

Une convention annexe fut établie entre l'ULB et l'UPMHUB relative au financement de l'appareillage des consultations et services techniques de Brugmann et Saint-Pierre, l'ULB gérant directement cet ensemble à Bordet. Un «fonds de promotion médicale» fut alimenté à la fois par les honoraires médicaux et par une importante subvention de l'ULB. L'UPMHUB fixait le budget annuel et sa répartition entre les deux hôpitaux. Là, les chefs de service par tractations et empoignades adaptaient les appétits à la taille du gâteau et transmettaient à l'UPMHUB la liste des appareils certifiés nécessaires à la bonne marche de l'hôpital et compatibles avec le budget. Après contrôle, l'UPMHUB achetait les appareils qui devenaient la propriété de la CAP.

Enfin, un dernier protocole définissait la répartition de la masse des honoraires médicaux entre CAP et l'UPMHUB : 47,5 % pour la première, 52,5 % pour la seconde, à charge pour celle-ci de couvrir la liste des domaines ci-avant décrits.

Le Plan Badon officialisait la collaboration entre médecins et pouvoir organisateur des hôpitaux et faisait de l'organisation professionnelle la gestionnaire de l'outil.

Mai 68 et après

Mai 68 à la Faculté de médecine ne revêtit pas la forme barnumesque que les sociologues, politologues et philosophes en herbe imprimèrent à la révolution culturelle chez nos voisins et même au Solbosch. Un Conseil facultaire de réforme étudia les propositions qui émergeaient en désordre des assemblées libres et en ajouta de spécifiques mais concrètes. Le résultat fut bénéfique.

Les médecins hospitaliers de Brugmann, Saint-Pierre et Bordet furent intégrés dans la communauté universitaire : les chefs de service et de clinique, au corps professoral; les autres catégories ainsi que les maîtres de stage des hôpitaux non universitaires, au corps scientifique. De ce fait, les formations des spécialistes dans les hôpitaux universitaires furent élevées au rang de licences du troisième cycle et les candidats-spécialistes considérés comme étudiants postgradués pour lesquels l'université pouvait toucher des droits de capitation.

La faculté, club sélect des professeurs ordinaires, céda sa place à un conseil facultaire composé d'un nombre fixe de représentants élus des corps professoral, scientifique, technico-administratif et étudiant; y furent ajoutés des délégués des maîtres de stage non universitaires et de l'association des médecins anciens étudiants de l'ULB. Cet élargissement permit à des professeurs hospitaliers d'accéder à la présidence (futur décanat); le premier d'entre eux fut Roland Potvliege, chef du service de radiologie de l'hôpital Brugmann.

Le Conseil facultaire de réforme s'était ensuite inquiété du problème hospitalier. Il proposa la construction d'un hôpital académique géré par la seule ULB. Les procédures administratives auxquelles la CAP était soumise par les ministères de l'Intérieur et de la Santé publique freinaient la modernisation de l'outil hospitalier. Second argument : l'application tracassière des lois linguistiques de 1963 et 1966 dans les institutions publiques de l'agglomération bruxelloise devenait inquiétante. En 1967, une segmentation anormale du personnel de la CAP avait amené le vice-gouverneur flamand du Brabant à s'opposer au renouvellement des mandats de professeurs-chefs de service. L'incident avait été réglé puis la «badonisation» avait mis celui-ci temporairement à l'abri. Cependant à l'avenir, il était essentiel que l'ULB puisse dispenser la totalité de son enseignement clinique et pourvoir à la nomination de ses

enseignants en fonction de leur seule compétence. Enfin, dernier argument : le «Walen buiten» des étudiants flamands de l'Université catholique de Louvain qui avait chassé les francophones de cette ville et laissé la place à la seule KUL. L'UCL préparait son déménagement en Brabant wallon et celui de sa faculté de médecine dans l'agglomération Bruxelloise. Cette installation s'accompagnait de la construction d'un hôpital ultramoderne de mille lits qui, sans contrepartie pour l'ULB, drainerait toute la pathologie lourde dans les filets de l'UCL.

La proposition agréée, l'ULB créa une Commission de programmation et de coordination hospitalo-facultaire (CPCHF) chargée de définir le nouvel hôpital et son rôle dans l'enseignement médical. Composée de représentants de l'ULB et d'hospitaliers, elle fut dirigée par Roland Potvliege déjà cité; parmi les membres les plus actifs, relevons André Schoutens, jeune chef du nouveau service de médecine nucléaire de Brugmann.

P.-P. Lambert profita de cette atmosphère de créativité pour que l'on dotât les hôpitaux universitaires actuels de l'outil informatique. Plusieurs équipes pluridisciplinaires de la faculté de médecine s'étaient initiées à cet outil depuis 1963 au Centre de calcul de l'ULB grâce à des contrats Euratom. La CAP s'en tenait à sa vieille mécanographie pour réaliser sa comptabilité. Cette technique obsolète lente ne permettait aucune étude statistique ou prospective. P.-P. Lambert proposa la création d'une ASBL «Centre d'informatique médicale des hôpitaux universitaires de Bruxelles» (CIMHUB) dont le conseil d'administration serait composé des présidents de la CAP et de l'UPMHUB ainsi que de représentants de ces organisations. Cette forme juridique permettait d'échapper au carcan administratif de la CAP. Sur ses fonds propres, l'UPMHUB acquit les ordinateurs nécessaires et l'ASBL engagea le personnel. Le centre travailla en cheville avec le SMA dont le rôle s'accrut considérablement dans la collecte et le traitement des données. Ce nouvel ensemble assura enfin la tarification correcte et complète des prestations médicales effectuées; il accrut les recettes hospitalières et accéléra leur paiement. En outre, au cours des deux décennies difficiles suivantes, il allait se révéler un outil de prospection et de simulation permettant d'estimer les retentissements des mesures discutées dans les organismes de la Santé publique et de l'INAMI sur le financement de nos hôpitaux et d'influer sur le cours des événements.

Du réseau à l'isolement

P.-P. Lambert abandonna la présidence de l'UPMHUB après dix ans de dévouement sans faille à la cause de nos hôpitaux. Au grand dam de mes recherches et de ma tranquillité, il avait remarqué mon tropisme pour la planification et la gestion dès ma nomination comme chef du service de biochimie de Saint-Pierre en 1967. Il m'associa à ses travaux, me fit nommer vice-président de l'Union en 1971 et démissionna comme prévu un an plus tard me plaçant automatiquement à la tête de celle-ci.

Par rapport à la décennie précédente, la situation évoluait dangereusement. La croissance constante des dépenses générées par les soins de santé en dépassement des budgets obligeait le gouvernement à rechercher et à instaurer des rabotages dans les divers secteurs. Il fallait donc que l'UPMHUB assure une présence dans tous les conseils et commissions d'avis où siégeaient des délégations médicales tant à l'INAMI qu'à la Santé publique. Pour que cette action soit efficace, l'UPMHUB devait agir de concert avec les autres hôpitaux universitaires du pays et au sein de la puissante organisation syndicale des médecins (ABSYM) créée et dirigée par le docteur André Wynen, camarade de promotion et ancien résistant ayant connu les bagnes nazis. Depuis le succès remporté par la grande grève médicale de

1963–1964, l'ABSYM était devenue un interlocuteur incontournable des pouvoirs publics. Cette politique de présence évitait que les économies ne se fassent au détriment de notre réseau universitaire.

Un des premiers problèmes à résoudre fut la répartition des «lits universitaires». Ils bénéficiaient d'un paiement de la journée d'hospitalisation supérieur à celui des lits non universitaires. Effrayée par la planification d'hôpitaux académiques dans toutes les universités, la Santé publique bloqua le nombre de lits universitaires à six mille pour tout le pays dont douze cents revinrent à l'ULB. De ce quota, neuf cents furent évidemment réservés au futur hôpital Érasme dont la gestion financière incomberait à la seule université. Le solde fut réparti entre Bordet, Brugmann et Saint-Pierre avec un reliquat pour les hôpitaux de stage du Hainaut, zone d'expansion préférentielle de l'ULB. La désignation des services bénéficiaires donna évidemment lieu à des marchandages au sein des organisations médicales et de la faculté. À l'ouverture d'Érasme, les anciens hôpitaux universitaires deviendraient de nouveaux pauvres autorisés à garder leur titre, tels des nobles ruinés : la CAP de Bruxelles y perdrait une part substantielle de subsides dans le secteur hospitalisation dont elle avait la responsabilité financière. Le même problème se poserait aux anciens hôpitaux universitaires dans tout le pays. Pour éviter que l'activité médicale n'en pâtisse, les organisations médicales obtinrent la promulgation d'un arrêté royal interdisant au pouvoir organisateur d'un hôpital d'utiliser les honoraires pour couvrir le déficit de l'hospitalisation, interdiction souvent ignorée.

Le second problème fut de rationaliser la répartition des activités de pointe entre les trois hôpitaux de la CAP dans un premier temps, puis avec Érasme dans la perspective de son ouverture en 1977. Malgré la présence de médecins de diverses spécialités et l'appel à des experts au sein du Conseil technique médical de l'INAMI où se discutait et se fixait l'honoraire de toute prestation ancienne ou nouvelle, on ne pouvait éviter l'existence de prestations ou de secteurs financièrement privilégiés. Faute d'une coordination, on courait le risque que chaque hôpital veuille posséder les mêmes secteurs «rentables». Il en aurait résulté une duplication de l'appareillage, une dissémination de la patientèle et une réduction de la compétence des équipes faute d'expérience suffisante. Après moult réunions, l'UPMHUB cloîtra tous les protagonistes dans un conclave à Han-sur-Lesse : un accord en sortit.

Dans les hôpitaux de la CAP, Bordet gardait le monopole de la cancérologie lourde (radiothérapie) mais perdrait l'embryon existant de la neurochirurgie. Brugmann conservait l'exclusivité de la chirurgie cardiaque portée à une notoriété internationale par Georges Primo et traitant déjà les malades mis au point par la cardiologie médicale de Saint-Pierre; Brugmann conservait également l'exclusivité de la néphrologie et de la greffe rénale, de l'urologie, d'une médecine gériatrique et de la révalidation médico-chirurgicale complétant le Centre de traumatologie et de réadaptation (CTR), institution autonome créée par Pierre Houssa ayant rapidement acquis un rayonnement international. Saint-Pierre deviendrait l'hôpital d'urgence en raison de sa position centrale, resterait le centre de l'ophtalmologie chirurgicale, de l'ORL si elle prenait enfin son essor, développerait sa section des maladies infectieuses et ne garderait qu'une pédiatrie sociale de proximité pour toute la population non médicalisée s'étendant dans les quartiers proches de la Porte de Hal; dès lors sa capacité pourrait être ramenée de six cent cinquante à quatre cent cinquante lits. Enfin, un hôpital pédiatrique de trois cents lits, commun à l'ULB et à la VUB, serait construit sur le site de Brugmann, non loin du futur hôpital académique de la VUB. Quant à Érasme, l'hôpital d'enseignement, il abriterait toutes les spécialités à l'exclusion de la radiothérapie et de la pédiatrie; en outre, il monopoliserait la neurochirurgie du réseau.

En 1973–1974, les hôpitaux universitaires eurent à se défendre contre une agression dirigée par le ministre CVP De Saeger, ancien comptable des mutualités chrétiennes, mais ourdie par les zélés

d'une médecine étatisée, dont les mutuelles politiques — celles-ci craignaient que les recettes de leurs hôpitaux, utiles à leur parti, ne pâtissent de la part croissante du budget mangée par les universitaires. De Saeger proposa que ceux-ci ne soient plus financés en fonction de leur activité mais par un budget global fixe, appelé «all-in» en jargon économique. Il créa la commission dite des «trois fois sept» : les 7 recteurs, les 7 délégués du gouvernement auprès des universités et 7 dirigeants d'organisations professionnelles médicales des hôpitaux universitaires. Il en prit la présidence; il était assuré de l'appui des délégués du gouvernement, tous CVP ou socialistes. Les médecins connaissaient les dégâts causés par pareil système à la médecine hospitalière britannique. De plus, il aboutirait à une absurdité : alors que les nouvelles techniques étaient généralement mises au point dans les hôpitaux universitaires, ceux-ci seraient les seuls à ne pas pouvoir les comptabiliser lorsqu'elles auraient été introduites dans la nomenclature INAMI! Le refus des organisations médicales fut suivi par celui des recteurs dûment chapitrés par Paul Foriers (ULB) et Mgr Édouard Massaux (UCL). Ce double rejet fit capoter le projet.

Une nouvelle législation contraignant les hôpitaux à l'équilibre budgétaire causa de sérieux problèmes aux établissements publics habitués à solliciter l'intervention des communes pour couvrir leur déficit; désormais tout dépassement budgétaire devait être justifié. La nombreuse administration de la CAP ne comptait que quatre universitaires (deux ingénieurs et deux juristes); elle possédait de nombreux comptables mais aucun gestionnaire patenté. Maître Michel Van Doosselaere, successeur de Mme Evelyne Anspach à la présidence de la CAP, proposa à son Conseil, à la Faculté de médecine et à l'Université des mesures de redressement. La direction des hôpitaux fut confiée à des ingénieurs commerciaux venant du secteur privé engagés sous contrat d'entreprise. À côté de ces directeurs-gestionnaires furent installés des médecins-directeurs dont une des fonctions était de veiller à ce qu'une gestion de type économique ne se fit pas au détriment de la qualité de la médecine. Le premier médecin-directeur de Brugmann fut Alain De Wever, jeune interniste détecté par P.-P. Lambert. Des Conseils médicaux furent également établis dans les trois hôpitaux. La création de ces organismes était en discussion à la Santé publique. CAP et Université n'attendaient pas que leur installation devînt une obligation légale. Comprenant des délégués de tous les services élus par l'ensemble des médecins, ces Conseils devaient entre autres veiller à la qualité des soins, au respect de leurs obligations contractuelles par les médecins, régler les différends entre eux, donner un avis pour toute nomination ou promotion médicale, définir le matériel nécessaire dans le cadre du budget alloué par l'UPMHUB. Pour augmenter la cohésion hospitalière, les présidents des conseils médicaux assistaient à toutes les séances du conseil d'administration de l'UPMHUB. Le président le plus populaire du Conseil médical de Brugmann fut Michel Telerman, chef de la clinique de cardiologie médicale, réélu à plusieurs reprises.

La collaboration entre la CAP, devenue par la suite le CPAS, et l'ensemble des structures médicales fonctionna de manière harmonieuse sous les présidences de Mme Evelyne Anspach et de Maître Michel Van Doosselaere qui ne se préoccupaient pas de préséances entre les organismes concernés et ne visaient que l'intérêt des hôpitaux en association avec l'ULB. La coopération cordiale entre CAP-CPAS et UPMHUB permit à celle-ci d'initier des constructions et acquisitions que la CAP-CPAS n'aurait pu réaliser rapidement par suite de la lourdeur de sa tutelle. La situation se tendit avec le successeur de Michel Van Doosselaere. Richard Leclercq, homme intelligent et cultivé, conseiller puis vice-président de la Cour des comptes, était un selfmade man arrivé à ces hautes fonctions par ses mérites et sa ténacité; il ne cachait pas une certaine défiance vis-à-vis du monde universitaire. Doctrinaire, il supportait mal la cogestion avec les médecins et l'Université.

Le détricotage du système débuta par le congédiement des directeurs-gestionnaires et leur remplacement par des fonctionnaires du CPAS sous la houlette du secrétaire général ayant succédé à Édouard Badon. Le CIMHUB, dont le statut d'ASBL limitait l'emprise du CPAS, fut mis en difficulté au profit d'un centre d'informatique créé par ce dernier. Puis le CPAS remit en cause de nombreuses dispositions du Plan Badon. Sous la pression politique flamande, la VUB dut se retirer du projet d'un hôpital d'enfants commun; il fallut revoir les plans et édifier un bâtiment de cent cinquante lits au lieu des trois cents prévus. Je quittai l'UPMHUB en 1982 après dix ans de présidence; le successeur que nous avions préparé déclara forfait au dernier moment. Le président suivant ne poursuivit pas la politique de présence et d'ancrage : progressivement les mandats dans les organismes de l'INAMI et de la Santé publique furent occupés par Érasme. La concertation avec ce nouvel hôpital avait bien débuté : Jean-Louis Vanherweghem, néphrologue issu de Brugmann, président de l'Union Professionnelle locale, et Jean-Paul Degaute, interniste issu de Saint-Pierre, président du Conseil médical, étaient deux anciens administrateurs de l'UPMHUB; en outre, Alain De Wever, son premier médecin-directeur avait exercé cette même fonction à Brugmann.

Et puis, graduellement, les liens entre les anciens hôpitaux universitaires et Érasme se relâchèrent. La cohésion entre Brugmann et Saint-Pierre s'effrita. La compression du budget des soins de santé entraîna les hôpitaux à implanter les mêmes techniques juteuses dans un souci de profit à court terme. Pour finir, l'UPMHUB éclata en fragments locaux. Désormais le CPAS, puis IRIS, le nouveau pouvoir organisateur unique pour l'agglomération n'eut plus devant lui qu'une poussière d'interlocuteurs défendant des intérêts particuliers.

Que reste-t-il de la cogestion de l'outil par les médecins? Les prérogatives légales des Conseils médicaux et l'existence de médecins-chefs désignés par eux et ayant remplacé nos anciens médecins-directeurs. En dehors de cela, acquisitions de matériel moderne, innovations d'activités et formations de jeunes spécialistes destinées à parer aux manques ne dépendent plus que de normes édictées par le pouvoir fédéral. Mal préparées, inadaptées aux besoins spécifiques de disciplines essentielles, elles semblent ressortir d'une obsession pathologique de régulation d'ordre économique. Malgré ces entraves, Brugmann, Saint-Pierre et Bordet demeurent des havres publics où des médecins formés à la tolérance et au libre examen, issus des deux universités laïques de Bruxelles — ULB et VUB — et y conservant des attaches gages de qualité, acceptant de mettre leurs ressources en commun dans un esprit de solidarité, peuvent apporter aux patients, même les plus démunis, les soins que requiert leur état sans les contraintes de dogmes ou de tabous.

– © Marcel Franckson