

Défendre les
médecins et les
patients, tel est
l'engagement des
deux syndicalistes.

DR ALAIN SCHMIT

DR GUILLAUME STEICHEN



«UN MEILLEUR ACCÈS AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PASSERA PAR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE EXTRA-HOSPITALIÈRE»

INTERVIEW DES DR A. SCHMIT ET G. STEICHEN, RESPECTIVEMENT PRÉSIDENT ET SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS ET MÉDECINS DENTISTES (AMMD), PAR JEAN-POL LEBLON

Dans votre lettre au formateur, comme d'autres acteurs, vous parlez de la digitalisation. Ne pensez-vous pas qu'il faudrait baliser le processus et commencer par les fondements comme la base de données des médicaments, un système informatique commun pour les hôpitaux et les centres ambulatoires, et un DSP utilisable et obligatoire?

La digitalisation est un processus incontournable dans le domaine de la santé. Elle offre de nombreux avantages, tant pour les patients que pour les professionnels de santé. De l'intelligence artificielle à l'interprétation des images médicales, les outils numériques permettent d'améliorer la qualité des soins et de favoriser la recherche médicale.

Cependant, la digitalisation soulève également des questions importantes en

matière de protection des données. Les données de santé sont particulièrement sensibles et doivent être protégées de manière adéquate. Le Règlement général sur la protection des données (RGPD) impose un cadre strict pour le traitement de ces données.

Le Dossier Patient Partagé (DSP) est un exemple concret des défis liés à la digitalisation du système de santé. Si l'objectif initial était louable, le DSP ne répond pas pleinement aux besoins des professionnels de santé et des patients. Son utilisation est complexe et son interface peu conviviale, ce qui freine son adoption.

Pour réussir la digitalisation du système de santé, il est essentiel de placer le patient au centre de la démarche. Cela signifie lui donner le contrôle de ses

données et lui permettre de choisir les informations qu'il souhaite partager. Des solutions digitales intuitives et sécurisées doivent être développées pour faciliter l'accès aux données et leur partage. Nous ne pouvons pas accepter que des données soient versées dans le dossier patient sans que celui-ci soit au courant. De plus, dans un avenir proche, il va être de toute façon le générateur aussi de ses propres données, avec les montres connectées, les apps sur les smartphones etc.

La fragmentation du système de santé rend difficile le partage des données entre les différents acteurs. Il est nécessaire de favoriser l'interopérabilité des systèmes informatiques afin de permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de santé et une prise en charge plus efficace des patients. Plutôt que de

chercher à imposer un logiciel unique à tous les acteurs du système de santé, il est préférable de privilégier une approche pragmatique et flexible. Des solutions logicielles adaptées aux besoins spécifiques de chaque type d'établissement de santé peuvent être développées, tout en garantissant l'interopérabilité des données et qui répondent aux besoins locaux.

Enfin, nous insistons sur le fait que la digitalisation doit être une aide pour le professionnel de santé dans sa prise en charge du patient et non pas un surcroît de travail.

Vous dites aussi que certains partis politiques envisagent de planifier davantage l'activité médicale extra-hospitalière. Cela paraît difficile et sans doute inefficace, mais il faut quand même éviter de créer des ressources redondantes. Comment, en pratique, voyez-vous la gestion de l'équilibre entre l'offre et la demande?

Nous constatons qu'il y a un problème d'accès à l'imagerie médicale. En quelques années, l'utilisation de celle-ci a beaucoup augmenté et nous avons pris du retard. Ce retard est dû à la logique de financement des hôpitaux qui eux seuls offrent ces plateaux techniques qui sont financés par un budget de la CNS et où l'investissement en matériel est dirigé par une planification étatique. Ce système n'est pas assez réactif et n'a pas pris suffisamment en considération l'évolution démographique et a sous-estimé l'augmentation des indications pour l'IRM par exemple. Une augmentation de la population combinée à une augmentation des indications a provoqué un manque d'accès à l'imagerie. Si vous prescrivez aujourd'hui un examen d'ostéodensitométrie, le premier rendez-vous est en août 2025 parce qu'il n'y a qu'une seule machine au Luxembourg.

Il faut donc mieux équilibrer l'offre et la demande. Il y a deux philosophies qui s'affrontent: soit on reste dans la situation actuelle avec une planification étatique, soit on va vers une libéralisation totale de l'offre. Dans le premier cas, on contrôle les coûts, mais le vécu nous démontre que la réactivité n'est pas optimale, et dans le deuxième cas, le dérapage budgétaire est

La Value-Based HealthCare ne peut être appliquée que si le médecin a l'entière responsabilité de la prise en charge du patient.

un risque important. C'est pourquoi nous pensons qu'il faut trouver un compromis pour que l'assurance maladie ne soit pas mise trop à contribution, mais qu'il y ait quand même une possibilité de pouvoir offrir à l'extérieur de l'hôpital certains actes diagnostiques et thérapeutiques au bénéfice du patient. Pour cadrer ce compromis, il faudrait pouvoir se baser sur des chiffres corrects et pouvoir définir comment on peut, au mieux, utiliser l'argent.

Que coûte le système actuel? Nous avons à peu près 800 médecins hospitaliers, si on divise l'enveloppe budgétaire globale par 800, cela représente 1,7 million d'euros de frais de fonctionnement par médecin. De plus, ces médecins ne sont pas des temps pleins puisque la plupart ont une activité de consultation en dehors de l'hôpital. Est-ce que cet argent est bien utilisé?

Nous pensons qu'il faut ouvrir l'accès à l'imagerie en dehors de l'hôpital comme c'est stipulé dans l'accord de coalition, mais en la cadrant afin d'éviter de voir pousser des IRM comme des champignons et en donnant aux médecins le contrôle de ces centres. Nous devons éviter que des sociétés financières viennent investir dans le secteur de la santé. La liberté professionnelle et l'argent public de la santé doivent servir le bien-être du patient.

La gestion doit rester dans les mains du médecin qui doit pouvoir choisir son matériel, former le personnel comme les infirmiers(ères), gérer le flux des patients etc. La *Value-Based HealthCare* ne peut être appliquée que si le médecin a l'entière responsabilité de la prise en charge du patient, sinon il ne peut être jugé sur les résultats. Et ceci est valable en intra-comme en extra-hospitalier.

Quand on regarde la situation actuelle avec des médecins hospitaliers de plus en plus spécialisés qui travaillent à l'extérieur et font le suivi post-hospitalisation, il nous semble qu'un contrat individuel avec un hôpital est dépassé et qu'il faut aller vers une relation contractuelle passant par un exercice libéral en société qui permettra aux médecins de déployer ses compétences partout, et cela facilitera avantageusement le lien entre l'ambulateur et l'hospitalier.

Nous insistons aussi sur le fait qu'une réorganisation des soins de santé ne peut se faire que sur des données solides, ce que nous n'avons pas. Nous ne connaissons pas le nombre de généralistes réellement actifs, combien d'heures par jour ils consacrent au service de la population. Nous ne savons pas combien de médecins sont actifs dans les maisons de retraite. Certains médecins ont une autorisation d'exercer, mais ils ne le font pas et d'autres sont pensionnés et sont toujours dans les fichiers. Quand la carte sanitaire sort, elle est déjà dépassée. Pour avoir une politique ambitieuse de santé publique, il faut pouvoir identifier les besoins réels.

L'AMMD revendique l'émergence d'un 3^e pilier de médecine ambulatoire qui travaille en réseau avec la possibilité d'exercer en société commerciale. Le projet de loi 8013 qui supportait cette idée a été retiré à la demande de la ministre de la Santé et de la Sécurité sociale en date du 7 février. Allez-vous abandonner ce projet?

Absolument pas et nous sommes toujours décidés à défendre le concept d'un exercice libéral en société qui permettrait un partage du travail et qui rendrait la profession plus attractive pour les nouveaux médecins qui sont à la recherche d'un

meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Cela correspond également à la demande des étudiants en médecine, qui préféreraient commencer leur carrière avec un statut de salarié plus sécurisant en cas de maladie ou de grossesse par exemple.

Cette société permettra aussi à la profession de s'organiser en donnant plus de flexibilité aux médecins grâce au partage du travail et de s'adapter aux tropismes de chacun, soit pour le travail en hôpital, soit en ambulatoire, soit en garde etc. Ce statut de société apporterait également un meilleur rapport de force dans les discussions avec les directions des hôpitaux. Il était également prévu que les membres de la société constituée en SARL pouvaient devenir co-actionnaires. C'est sans doute ce statut de société commerciale qui a pu choquer certains, mais aucun objet social de type commercial n'était prévu

Le projet de loi a été rédigé de concert avec le collège médical. Au départ, notre juriste nous avait conseillé de constituer une société sous une forme particulière qui correspondrait aux spécificités de notre profession comme c'est le cas en France avec les SCM (Société Civile de Moyens). Mais les avocats externes à l'AMMD ont été d'un avis contraire arguant que, comme toutes les professions libérales peuvent s'établir en société d'exercice libéral, nous avons intérêt à garder la même forme de société que les autres corporations afin de ne pas nous attirer des jalousies. Le projet n'avait, selon eux, aucune chance d'aboutir si la forme spécifique de société médicale nous donnait un avantage par rapport aux autres. La ministre précédente a reçu le projet proposé par les avocats externes à l'AMMD et elle a voulu le compléter en disant qu'il n'y avait aucune raison que ce soit limité aux médecins et que ce serait bien si d'autres professions de santé pouvaient aussi se constituer en société d'exercice libérale. Elle a déposé le projet adapté au Conseil d'État.

Dans les avis que nous avons lus, provenant de la chambre des salariés ou de la FHL, il n'y a pas de vrais arguments,

c'est une espèce de bashing inacceptable et nous n'avons pas compris pourquoi ils venaient s'immiscer là-dedans. La ministre actuelle aimerait bien trouver une nouvelle forme de société spécifique à la profession, comme l'avait proposé notre juriste. C'est dans l'accord de coalition et nous gardons bon espoir que ce projet aboutisse. Au-delà de tout ce tumulte autour du projet, c'est l'organisation de la médecine qui est en jeu. Nous pensons que la médecine doit pouvoir se développer en dehors de l'hôpital avec des interactions plus nombreuses entre l'ambulatoire et l'hôpital et ce, pour le bien du patient dont le séjour à l'hôpital va devenir de plus en plus court et qui aura besoin d'un suivi post-hospitalisation. Nous avons parfois l'impression que certains préfèrent le *statu quo*.

La ministre actuelle aimerait bien trouver une nouvelle forme de société spécifique à la profession.

Tout le monde est d'accord pour dire que la médecine ambulatoire doit être revalorisée et plus attractive. La société Muller Healthcare Consulting propose d'adopter le système suisse de tarification TARMED, qui tient compte du temps nécessaire pour la prestation, de son degré de difficulté et de l'infrastructure nécessaire. Qu'en pensez-vous?

La société Muller Healthcare connaît très bien le système de santé luxembourgeois ainsi que le suisse, et nous avons eu des échanges soutenus avec le médecin qui a

implémenté TARMED rebaptisé TARDOC. C'est une nouvelle version, la philosophie est restée la même, mais les tarifs ont été renégociés avec certaines caisses de maladies et les médecins. Comme les Suisses sont précis, ils ont minuté la durée de chaque acte et séparé ce qui est technique de ce qui est intellectuel. Le système prévoit un forfait pour l'aspect intellectuel et pour l'acte technique comme une intervention par exemple, il faut différents ingrédients pour pouvoir faire ce geste, l'infirmière, le matériel, etc. Tout est compris pour calculer le coût, et d'ailleurs les hôpitaux fonctionnent avec plus ou moins les mêmes tarifs que la médecine ambulatoire, avec un coefficient qui change un petit peu au détriment des hôpitaux et pas l'inverse. En effet, les hôpitaux peuvent encore compenser par d'autres activités internes et donc, ils peuvent mieux assurer une utilisation efficace de leur appareil par rapport à l'ambulatoire.

Au Luxembourg, nous n'avons jamais eu de réelles discussions sur ce sujet. De nouveau, comme le pouvoir politique a attribué la grosse partie de la médecine spécialisée à l'hôpital, le système TARMED, qui prévoit un financement extrahospitalier, va à l'encontre de la situation actuelle, et on n'a pas envie de tout réinventer. On y reviendra parce que si on développe une médecine extrahospitalière, il faudra réfléchir à la clé de financement. Et comme nous n'avons pas suffisamment de ressources humaines dans les ministères pour calculer tout cela, le système TARDOC pourrait servir de base de discussion.

Vous demandez un déploiement de la médecine universitaire dans les structures ambulatoires et les cabinets de ville des médecins spécialistes, des médecins généralistes ou des médecins dentistes. Quels seraient les critères de choix de ces cabinets? Volontariat? Formation continue? Autre?

L'idée, au départ, était déjà de reconnaître ou de comprendre que la médecine universitaire n'est pas confinée à l'hôpital. Depuis la mise en place de la formation de médecine générale, il y a une médecine universitaire et une médecine générale.

C'est le médecin généraliste dans son cabinet qui réfléchit comment traiter les gens d'une manière scientifique. Nous sommes tous confrontés à des médicaments de plus en plus pointus et aux avancées technologiques, et la médecine universitaire n'est pas une exclusivité de l'hôpital mais se déroule également dans les cabinets ou dans les structures ambulatoires. Elle peut se faire à n'importe quel endroit. Cela n'entrave en rien, le fonctionnement de l'université.

À ce sujet, il y a des idées que l'AMMD essaye de diffuser. Il est difficile de construire une université. Nous avons maintenant un cursus pour les 3 premières années de médecine, mais pour faire un master, c'est encore 3 ans. Et là, on a du mal à le réaliser parce qu'il faut attirer des enseignants. Pour quelle raison viendraient-ils dans une université assez petite? Quelles seraient leurs motivations? Pour quel salaire? On est très vite à des dépenses assez importantes. Notre idée serait d'engager des professeurs non pas en tant que salariés, mais sous forme de contrat de prestations et ce, pour des profs qui sont ailleurs, n'importe où dans le monde. Nous pourrions avoir les meilleurs experts mondiaux et ce serait aussi une bonne carte de visite. On pourrait dire: «Chez nous, enseignent les meilleurs experts du monde». Ce genre de collaboration pourrait faire démarrer des laboratoires de recherche parce qu'il y a des échanges avec des experts de renommée mondiale. Cela nous paraît une meilleure idée pour développer l'université et garder au pays de bons médecins.

Quelle est la position de l'AMMD sur une approche de soins de santé basée sur la valeur (Value-Based HealthCare)?

À partir du moment où l'on n'est pas maître dans l'exercice de son métier, on ne peut pas être jugé sur les résultats. Le médecin doit avoir un peu plus de latitude dans le choix du personnel soignant qui travaille avec lui et il doit être aussi impliqué dans l'organisation de son travail, ce qui aujourd'hui fait défaut. La tendance actuelle est de considérer le médecin comme un technicien qui doit exercer comme l'organisation de la maison le souhaite. Ce n'est pas comme ça que nous voyons notre métier. Nous savons

comment cela fonctionne et nous n'avons pas besoin d'être mis sous tutelle pour nous expliquer comment nous devons travailler. La demande des spécialistes est de pouvoir exercer vraiment leur métier. La médecine générale a encore cette liberté de pouvoir s'installer où elle veut, de s'organiser au sein du cabinet comme elle veut, ce qui n'est aujourd'hui plus possible dans l'hôpital.

Au Luxembourg, les actes intellectuels, les consultations longues, complexes sont mal valorisés.

Le dialogue entre les directions et les médecins doit s'améliorer, et les demandes des médecins doivent être prises en considération dans le cadre de l'organisation de l'hôpital. On ne peut pas mettre tous les hôpitaux dans le même sac. Le dialogue fonctionne mieux dans certains hôpitaux que dans d'autres. Il faut permettre aux médecins de pouvoir effectivement aussi exercer leur profession en dehors des murs de l'hôpital. Cela apportera plus de flexibilité s'il y a des besoins nouveaux qui arrivent. On a besoin de plus de spécialistes dans certaines disciplines, mais on ne sait pas améliorer l'accès aux patients à cause de la rigidité des murs. Si on veut mettre une cloison dans une pièce pour que deux médecins travaillent en parallèle, c'est la mer à boire. C'est la même chose si vous demandez la mise à disposition de personnel jusque 19-20h quand vous devez travailler plus longtemps parce que le besoin est là.

Un autre point qu'il faudrait revoir, c'est la tarification. Si vous vous adressez à des artisans, les prix peuvent varier comme la qualité du travail fourni. Si vous recherchez une qualité de travail supérieure, vous êtes prêt à payer plus cher. En médecine, ce n'est pas possible parce nous avons des tarifs réglementés, à l'exception de certaines prestations de la médecine dentaire. La question est celle-ci: est-ce que l'on arrive à donner un peu plus aux patients avec un tarif réglementé? Nous avons posé cette question à un ancien ministre de la sécurité sociale et nous n'avons jamais reçu de réponse. En fait, le système tel qu'il est conçu est ambigu. D'un côté, nous exerçons une profession libérale protégée à juste titre par la Constitution, mais de l'autre, les prestations remboursées sont hautement réglementées et fortement sous la houlette de la CNS. Comment voulez-vous attirer les meilleurs s'ils exercent dans une discipline qui est totalement sous-évaluée en termes de nomenclature?

Au Luxembourg, les actes intellectuels, les consultations longues, complexes sont mal valorisés, ce qui a pour corollaire que l'on favorise le médecin moyen. Le débat de société derrière tout cela, c'est le choix entre une médecine étatique et une médecine privée. Prenez l'exemple de l'Angleterre avec le *National Health Service* (NHS): c'est pareil pour tout le monde, les délais d'attente sont particulièrement longs et les prestations ne sont pas réputées très bonnes. Les gens qui ont les moyens financiers ne vont pas dans le NHS, ils vont dans le privé. Soyons clair, nous ne sommes pas pour une médecine à deux vitesses, mais si des personnes gagnent bien leur vie, pourquoi ne contribueraient-elles pas à payer une bonne médecine? La situation actuelle est, à nos yeux, un frein au développement de meilleures performances. Et ce conventionnement obligatoire a créé *de facto* une médecine de classes. Aujourd'hui, quelqu'un qui a les moyens financiers et qui rencontre des problèmes pour obtenir un rendez-vous pour un diagnostic, il va à Trèves et il a un rendez-vous le jour même. Cette médecine de classes ne se déroule pas au Luxembourg, mais au delà des frontières de notre petit pays. Pour éviter cela, il faut améliorer l'accès aux soins dans notre pays. ■

QUEL SERA LE RÔLE D'UN SYNDICAT DE MÉDECINS DANS 10 ANS ?

Quelle vision a l'intelligence artificielle (IA) de votre métier dans le futur ? Et quelle sera votre réaction face à ses prévisions ? C'est ce regard croisé que propose chaque mois *MedinLux* à l'un de ses invités. Dans ce numéro, nous avons demandé à une récente IA générative de décrire, en maximum 4.000 signes, quel sera le rôle d'un syndicat de médecins dans 10 ans. Découvrez sa réponse avec, en miroir, la réaction des Dr Alain Schmit et Guillaume Steichen, respectivement Président et Secrétaire général de l'Association des Médecins et Médecins Dentistes (AMMD).

Le rôle d'un syndicat de médecins dans 10 ans : entre défis et opportunités

🔗 Preamble

Le paysage médical est en pleine mutation. Les progrès technologiques, l'évolution des besoins de la population et les contraintes économiques imposent de nouvelles réalités aux médecins. Dans ce contexte en mouvement, le rôle des syndicats de médecins est appelé à se réinventer pour répondre aux défis et saisir les opportunités de demain.

🔗 Défis

- **Pression croissante sur les conditions de travail :** la charge administrative, les gardes et les astreintes, la pénurie de médecins et le sentiment de dévalorisation de la profession génèrent un stress important chez les médecins. Les syndicats devront continuer à se battre pour de meilleures conditions de travail et pour une meilleure rémunération.
- **Numérisation et intelligence artificielle :** l'intégration de la technologie dans le domaine médical bouleverse les pratiques et soulève des questions éthiques et juridiques. Les syndicats devront accompagner les médecins dans cette transition et veiller à ce que l'humain reste au centre du système de soins.
- **Évolution des modes d'exercice :** le développement de la médecine ambulatoire, des maisons de santé pluridisciplinaires et de la téléconsultation modifie la structure du système de santé. Les syndicats devront défendre les intérêts des médecins dans ces nouveaux modèles d'exercice.

🔗 Opportunités

- **Renforcement du pouvoir de négociation :** la syndicalisation permet aux médecins de peser davantage dans les négociations avec les pouvoirs publics, les administrations et les organismes de sécurité sociale.
- **Mutualisation des services :** les syndicats peuvent proposer des services mutualisés à leurs membres, tels que la formation continue, l'assistance juridique, la protection sociale et l'aide à la gestion administrative.

• Représentation et défense des intérêts de la profession :

Les syndicats peuvent jouer un rôle crucial dans la défense des droits des médecins et dans la promotion d'une médecine de qualité accessible à tous.

• Participation à la réflexion et à la décision publique :

Les syndicats peuvent contribuer à l'élaboration des politiques de santé et à la réflexion sur les grandes questions éthiques et sociales liées à la médecine.

🔗 Un avenir incertain

Le rôle précis des syndicats de médecins dans 10 ans dépendra de l'évolution du contexte médical et des choix stratégiques qu'ils opéreront.

🔗 Trois scénarios possibles se dessinent :

- **Le statu quo :** les syndicats conservent leur rôle traditionnel de défense des intérêts corporatistes des médecins.
- **L'adaptation progressive :** les syndicats s'adaptent aux nouvelles réalités du monde médical en élargissant leurs services et en diversifiant leurs actions.
- **La transformation radicale :** les syndicats se transforment en organisations plus proactives et influentes, jouant un rôle majeur dans la gouvernance du système de santé.

🔗 Conclusion

Le rôle des syndicats de médecins est en pleine évolution. Face aux défis et aux opportunités de la prochaine décennie, leur capacité à se réinventer et à s'adapter sera déterminante pour leur avenir et pour la défense des intérêts de la profession médicale. ■



QUEL SERA LE RÔLE D'UN SYNDICAT DE MÉDECINS DANS 10 ANS ?

Ci-contre, on peut découvrir la description par une récente IA générative du rôle futur (à 10 ans) d'un syndicat de médecins. Qu'en pensez-vous?

La vue de l'IA est quand même assez bateau. Notre syndicat a été créé il ya plus de 100 ans; c'est un des plus anciens. Sa création avait pour but d'aider les gens et d'assurer un déploiement de la médecine vers plus de patients. Nous avons aussi la chance d'être un syndicat unique pour la médecine dentaire, la médecine générale et la médecine spécialisée. Cette dernière étant constituée de 18 disciplines qui n'ont pas toujours la même vision ni les mêmes intérêts. Nous avons toujours vu notre rôle comme des faci-

Les conséquences pour les patients ne sont pas neutres car il ne faut pas oublier que les médecins ont appris leur métier pour aider les patients et non l'inverse. Au cours du temps, l'AMMD a réussi à garder un équilibre en travaillant dans l'intérêt commun de la profession dans l'intérêt supérieur des patients. Évidemment, on évolue aussi par rapport à ce que le politique ou les administrations peuvent proposer. Actuellement, on est dans une médecine conventionnelle, et c'est important de pouvoir discuter avec la CNS, pour faire en sorte d'adapter les conventions quand de nouveaux besoins émergent, comme la digitalisation par exemple. Ce qui est important pour nous, c'est de faire avancer les choses tout en préservant l'unité au sein du corps médical. L'essence de notre syndicat et de nos revendications, c'est d'aligner les intérêts de la profession et ceux du patient.

La caisse de maladie a tendance à s'immiscer entre les médecins et les patients. Et comme nous n'avons qu'une seule caisse de maladie, elle a pris du poids, elle a pris de la place, et consciemment ou inconsciemment, elle a tendance à vouloir imposer ses priorités. Et ce n'est pas nécessairement dans l'intérêt du patient. Alors que l'assurance maladie est censée améliorer l'accès aux prestations de qualité, dans les faits, c'est parfois l'inverse qui se produit. Ainsi, les assurances maladie sont parfois un frein au progrès médical parce que cela coûte de l'argent. Et notre rôle de syndicat, c'est de faire la promotion, de montrer, de démontrer, d'expliquer où va la médecine comme la médecine hospitalière et extra-hospitalière. Si nous ne le faisons pas, qui le fera?

Notre rôle, c'est d'anticiper l'évolution et de faire passer des messages, en temps utile, aux autorités politiques pour essayer que la CNS n'étouffe pas le progrès médical. ■



**DR A. SCHMIT &
DR G. STEICHEN**

litateurs qui essayent de comprendre les besoins des uns et des autres et qui dégagent et défendent les choses qui sont communes à toutes ces disciplines. C'est ce qui nous fait avancer et qui nous permet de rester unis. À l'étranger, ils se sont laissés diviser. En France, vous avez 3 syndicats de médecins généralistes, 3 syndicats de spécialistes, et vous ajoutez des clubs de syndicalistes par spécialité, etc. À ce moment-là, le pouvoir est évidemment beaucoup plus dilué dans les discussions qu'on peut mener avec des administrations ou avec les ministères de tutelle.

