



Les problèmes de la santé et la révolution portugaise

Josette GOSSELIN

Dans la crise révolutionnaire qui a agité le Portugal au lendemain du 25 avril, la santé n'a pas été épargnée. Cependant les expériences de pouvoir populaire dans ce domaine ont été sans doute moins importantes et moins significatives que dans d'autres. Il semble que dans ce domaine les travailleurs chiliens soient allés beaucoup plus loin, en particulier par la prise en charge du domaine de la santé dans nombre de « poblaciones ». Cependant les quelques expériences que nous avons pu voir directement ou dont nous avons entendu parler montrent que dans ce domaine aussi une remise en cause radicale était en train de naître.

I — LA SITUATION SANITAIRE AU PORTUGAL AU COURS DES DERNIERES ANNEES

La situation sanitaire du Portugal jusqu'aux années 60 était devenue intolérable ; le régime fasciste lui-même a été obligé d'entreprendre un effort considérable concernant essentiellement les vaccinations.

Un tableau comparatif concernant quelques maladies infectieuses en 1960 et 1972 permet de schématiser le chemin parcouru et le caractère encore inquiétant de la situation à la veille de la révolution.

| pour 100.000 habitants | | 1960 | 1972 |
|------------------------|-----------|------|------|
| Poliomyélite | morbidité | 2,9 | 0,07 |
| | mortalité | 0,3 | 0,01 |
| Diphthérie | morbidité | 18,6 | 2,4 |
| | mortalité | 1,6 | 0,1 |
| Coqueluche | morbidité | 14,5 | 1,2 |
| | mortalité | 0,7 | 0,07 |
| Tétanos | | 1960 | 1969 |
| | morbidité | 4,3 | 2,6 |
| | mortalité | 2,9 | 1,5 |
| | | | |



*Quelques chiffres comparatifs avec d'autres pays européens
 permettent de mesurer la médiocrité de la situation dans les années 1970*

| Mortalité en 1970 pour quelques maladies infectieuses : | | | | | |
|---|----------|----------|-------|--------|--------|
| pour 100.000 habitants | Portugal | Hollande | Suède | France | Italie |
| Diphthérie | 0,2 | | | 0,0 | 0,05 |
| Tétanos | 1,6 | 0,05 | | 0,5 | 0,4 |
| Coqueluche | 0,14 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |
| Poliomyélite | 0,02 | | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Rougeole | 2,9 | 0,1 | 0,01 | 0,05 | 0,3 |
| Tuberculose pulmonaire | 14,6 | 0,8 | 3,1 | 7,1 | 6,1 |
| Entérites et autres maladies diarrhéiques | 29,0 | 1,5 | 1,5 | 1,1 | 5,4 |

Espérance de vie

| | Portugal | Hollande | Suède | France | Italie |
|------------------|----------|----------|-------|--------|--------|
| à la naissance : | | | | | |
| hommes | 64,7 | 71,1 | 72,0 | 69,0 | 68,7 |
| femmes | 71 | 76,9 | 77,6 | 76,7 | 74,9 |
| à un an : | | | | | |
| hommes | 67,0 | 71,0 | 72,0 | 69,1 | 69,9 |
| femmes | 73,1 | 76,7 | 77,3 | 76,7 | 75,9 |



| Mortalité infantile et mortalité maternelle | | | | | |
|---|----------|----------|-------|--------|--------|
| | Portugal | Hollande | Suède | France | Italie |
| mortalité infantile pour 1000 nouveaux-nés vivants | 44,83 | 12,1 | 11,1 | 17,1 | 28,5 |
| mortalité du groupe de 1 à 4 ans pour 100.000 habitants | 290, 8 | 83,3 | 41,8 | 79,2 | 91,0 |
| mortalité maternelle pour 1000 nouveaux-nés vivants | 0,59 | 0,13 | 0,08 | 0,22 | 0,52 |

L'assistance à l'accouchement montre également la médiocrité du système préventif :

Accouchements assistés : en

| | |
|------|---------|
| 1960 | 45 % |
| 1965 | 57 % |
| 1970 | 70 % |
| 1974 | 82.25 % |

De ces chiffres ressort la notion de l'insuffisance dramatique de l'équipement médico-social, de la prévention et de l'hygiène.

Les conditions d'hygiène peuvent être schématisées par les indications concernant la fourniture de l'eau, le système des égouts et le ramassage des ordures ménagères.

| Distribution en eau en 1970 | Pourcentage de la population desservie |
|------------------------------------|--|
| - Ravitaillement en eau à domicile | 40 % |
| - dans de bonnes conditions | 25 % |
| - dans des conditions irrégulières | 10 % |
| - dans de mauvaises conditions | 5 % |
| - Distribution par fontaines | 27 % |
| - Sans distribution d'eau | 33 % |



| Réseau d'égouts urbains et ramassage des eaux usées en 1970 : | |
|---|--|
| | Pourcentage de la population desservie |
| - Equipement par réseau d'égout urbain | 17 % |
| - dans de bonnes conditions | 10 % |
| - dans de mauvaises conditions | 7 % |
| - Equipement de fosses collectives | 0,3 % |
| - Sans système d'égout | 82,7 % |

| Ramassage des ordures ménagères urbaines en 1970 | |
|--|--|
| | Pourcentage de la population desservie |
| - Ramassage et traitement | 14 % |
| - Ramassage sans traitement | 25 % |
| - Sans ramassage | 61 % |

II — LE SYSTEME DE COUVERTURE SOCIALE HERITE DU REGIME FASCISTE

La révolution n'a pas hérité d'un système de sécurité sociale cohérent mais d'un ensemble disparate comportant essentiellement quatre systèmes partiels :

— Le système des caisses de prévoyance qui devait théoriquement couvrir 80 % de la population à partir de 1972. Ces caisses concernaient les travailleurs de l'industrie et du commerce et à partir de 1970-1971 les pêcheurs et les ruraux.

— Le système d'assistance à la maladie des serviteurs de l'Etat (A.D.S.E.).

— Une série de mini-systèmes assurant la couverture de travailleurs de divers services (Justice, P.T.T., Port de Lisbonne, Banques, Forces Armées, etc.).

Une notable partie de la population restait sans couverture sociale.

Cinq ministères contrôlaient le fonctionnement de cette mosaïque de services sociaux :

— Justice ;

— Finances ;



- Education et recherche scientifique ;
- Les ministères militaires ;
- Le ministère des affaires sociales (à partir du 25 avril seulement ce ministère a réuni Santé, assistance et caisses de prévoyance).

Ce qui caractérise cet ensemble c'est le morcellement corporatiste ; il en résultait un coût de gestion abusif : le poids de la gestion de l'ensemble est considérable ; pour les seules caisses de prévoyance, les frais d'administration en 1974 se sont élevés à 14,2 % des contributions recueillies (6 % de part salariale, 17 % de cotisation patronale).

Ces défauts ne concernaient pas seulement les soins ambulatoires mais également l'hospitalisation. De nombreux équipements sont gaspillés et font double emploi, par contre d'importantes lacunes ne peuvent être comblées dans une telle incohérence.

Répartition de la gestion des hôpitaux :

| | |
|-----------------------------|-----|
| — Etat | 171 |
| — Autres administrations | 7 |
| — Organismes corporatifs | 11 |
| — Congrégations religieuses | 284 |
| — Etablissements privés | 160 |

III — LE GOUVERNEMENT PROVISOIRE ET LE M.F.A. FACE A L'HERITAGE

En mai 1974 le gouvernement provisoire, le M.F.A. et le ministère des affaires sociales ont posé comme objectifs essentiels :

- 1) la construction d'un système intégré de sécurité sociale ;
- 2) le lancement des bases d'un service national de santé ;
- 3) la réalisation d'une politique globale d'action sociale.

D'emblée ce projet global se heurte à la résistance de la médecine libérale, des institutions privées mais aussi à l'opposition des sous-systèmes de couverture qui tendent à conserver leur autonomie et leurs privilèges.

Ce n'est qu'après avril 1974 qu'un ministère unique des affaires sociales prend en charge les questions de santé et de couverture sociale. Il est subdivisé en deux secrétariats d'Etat (santé et sécurité sociale). Ce ministère regroupe les anciens services de deux ministères : santé et assistance d'une part, prévoyance d'autre part.

Un guide de restructuration, édité en juillet 1975 par ces nouvelles instances, précise les orientations :

- 1) Articulation d'une politique sociale globale avec les initiatives locales.
- 2) Les problèmes concrets doivent guider la réorganisation, pensée en termes d'intérêt de la population, et non plus en termes d'intérêt des services.



3) Décentralisation et régionalisation de la gestion, développement des formes d'initiatives des travailleurs de base.

Ces principes forment la charpente d'une loi-cadre qui devait être discutée en décembre 1975. Dans cette perspective le ministère des affaires sociales doit devenir un organisme intégré qui parte des formations de base : l'échelon du conseil (à comparer au canton) pour aboutir aux organes centraux en passant par les échelons du district et de la région.

« Le conseil » fonctionnera en liaison avec les formations populaires de base ; il a en ce qui concerne la santé un rôle exécutif. Il organisera des centres de santé, les établissements sociaux, des équipes d'action sociale locales.

A l'échelon supérieur, le district a des tâches de programmation, de coordination et de contrôle des activités. C'est à ce niveau que doivent être gérés les centres hospitaliers, les organes de formation du personnel, les caisses de prévoyance.

L'échelon régional intervient dans la planification, la coordination des districts et la gestion hospitalière.

Enfin au niveau national, l'échelon central doit définir les politiques de santé, planifier l'action, et donner la définition de normes techniques d'activité. C'est également à ce niveau que l'on trouve la gestion des ressources humaines et matérielles.

L'ensemble des services doit être regroupé dans le cadre du ministère des affaires sociales dont dépendront trois secrétariats d'Etat : Politiques et programmes sociaux, Administration sociale, Santé et action sociale. Le ministère unique avec ses trois secrétariats doit permettre des liaisons dynamiques entre les divers thèmes d'activité.

Cependant il est impossible de passer sans transition d'un système corporatiste morcellé à un système global intéressant toute la population ; il est donc prévu dans un premier temps que les systèmes de financement du passé soient maintenus et aboutissent à une gestion centrale organisée par le secrétariat à l'administration sociale.

Cette proposition de restructuration et sa loi-cadre, issues d'un groupe de travail fonctionnant en liaison avec les deux actuels secrétariats d'Etat de Santé et de Sécurité Sociale, n'est pas le seul travail effectué au sein du Ministère des Affaires Sociales. En effet une commission à la condition féminine dépendante de ce ministère a également formulé un certain nombre de propositions de lois. Nous retiendrons ici celle qui concerne le congé de maternité. Ce projet prévoyait un congé de 90 jours valable pour toutes les catégories professionnelles en cas de maternité, et sa mise en application.

Ce projet a été ajourné par le gouvernement provisoire (juillet 1975) jusqu'à la définition des mesures d'austérité sociales et économiques. La commission à la condition féminine a rétorqué face à cet ajournement — pour raisons financières — que l'argument n'était guère valable, montrant que nombre de femmes usaient dans cette période du congé de maladie tout aussi onéreux, et que la proposition faite répondait à une norme internationale justifiée par la nécessité de l'établissement d'une relation mère-enfant satisfaisante. D'autre part la commission à la condition féminine insiste sur



la fonction sociale de la maternité et la responsabilité de toute la collectivité par rapport au développement de l'enfant. Elle souligne le caractère préventif de cette mesure face à tous les problèmes de la première enfance ; ce congé devant permettre aux mères un contact régulier avec les dispensaires et services de protection, maternelle et infantile.

La défense de ce projet de loi est parue dans le bulletin de la commission à la condition féminine du mois d'octobre 1975, où il était annoncé par ailleurs que le gouvernement venait d'accorder 60 jours de congé de maternité aux seules fonctionnaires publiques.

Ce plan de restructuration était une nécessité étant donné l'anarchie dans laquelle fonctionnait l'ensemble du système de santé. Mais c'est une restructuration technocratique ne tenant compte en fait que d'exigences de rentabilisation et laissant de côté le pouvoir populaire, malgré les affirmations contraires qui ne semblent être là que pour la forme. Parmi les nombreux secrétaires d'Etat qui se sont succédé, nous avons eu un entretien avec l'un d'entre eux qui était au P.P.D. Cet entretien fut très révélateur. Il fut très surpris quand nous l'avons interrogé sur les cliniques populaires car il ignorait leur existence. Il ignorait de même que la majorité des établissements hospitaliers étaient privés. Enfin le projet de système national de santé n'était pour lui qu'un projet très flou.

Les travailleurs de la clinique Santa Cruz se sont continuellement heurtés au ministère de la santé (P.P.D.) qui refusa de nationaliser leur clinique alors qu'ils l'occupaient et la faisaient fonctionner depuis plusieurs mois en l'absence des propriétaires. Ce même ministère nomma un administrateur qui tenta de briser la lutte. Les exemples de ce genre sont nombreux.

D'un autre côté, les expériences du M.F.A. n'ont eu qu'un impact très limité, en particulier par la dynamisation culturelle qui se limitait à des expériences ponctuelles dans le temps et l'espace. Ainsi nous fut raconté l'arrivée d'une équipe dans un village, avec équipement médical de campagne, hélicoptère etc.. Le tout était certes très impressionnant, mais après avoir vacciné la population, soigné un certain nombre de gens, ils sont repartis quelques jours après sans laisser de trace.

C'est donc plutôt vers les expériences de pouvoir populaire que nous devons nous tourner.

IV — LES EXPERIENCES DE POUVOIR POPULAIRE

Clinique populaire de Cova da Piedade.

L'occupation s'est faite après une intense campagne de popularisation sur le quartier. L'occupation elle-même a été faite par 150 militants de la L.U.A.R. et la participation des habitants du quartier.

L'aménagement de la clinique, les réparations ont été effectuées par des gens du quartier, des usines avoisinantes et des militants.

Le jour même de l'occupation, une imprimerie fournissait à la clinique enveloppes et ordonnances à en-tête de la clinique populaire.



Le matériel de radioscopie a été payé par les travailleurs de la Lisnave, celui d'anesthésie par les travailleurs de la mairie.

Pour faire fonctionner la clinique, il est demandé aux utilisateurs une cotisation de 30 escudos par mois (une consultation en médecine libérale coûte 150 escudos). Ensuite tous les soins sont gratuits. Ils sont assurés par 12 médecins et infirmières qui travaillent bénévolement. Il était prévu par la suite un salaire égal pour tous.

Les médicaments sont fournis par la population ou par les travailleurs des laboratoires pharmaceutiques.

Les habitants du quartier sont très vite venus consulter à la clinique qui assurait au mois de juillet 60 à 90 consultations par jour.

Au cours de la consultation, on explique au malade les causes de sa maladie, la nature des médicaments qui lui sont prescrits.

Toutes les consultations de gynécologie sont suivies d'un entretien entre la malade et une assistante sociale. Il existe une équipe de planning et d'hygiène. Elles se déplacent dans les usines et les bidonvilles. Enfin dans le cadre de la consultation de planning, il est pratiqué la pose de stérilet, des avortements et la prescription de pilules.

Sur le plan de la gestion, il y avait au mois de juillet une réunion par semaine entre les médecins, le personnel et des militants de la L.U.A.R. La commission de gestion était composée de militants de la L.U.A.R. Nous ne savons si le projet d'élection d'une commission composée de travailleurs et d'habitants a été réalisé. Mais il semble que le projet initial d'intervention populaire n'a pu se développer conformément aux espoirs des promoteurs et que l'action de la clinique soit restée dans les schémas classiques.

Clinique de Santa Cruz.

Construite récemment dans la banlieue de Lisbonne, il s'agit de la clinique la plus moderne du Portugal. La lutte a débuté dès le lendemain du 25 avril, les médecins-propriétaires de la clinique ne payant plus les salaires. L'occupation de la clinique s'est faite en décembre 1974.

Il est important de souligner que Santa Cruz est la seule lutte d'ampleur dans les hôpitaux ou cliniques du Portugal.

Commencée sur les salaires, la lutte se radicalisera assez rapidement et en février 1975 la proposition de mettre la clinique en autogestion est faite par l'assemblée générale des travailleurs. Mais faute de médecins cette proposition ne trouvera pas de suite.

La revendication centrale des travailleurs restera tout au long la nationalisation de la clinique sans indemnité versée aux propriétaires et sous le contrôle de la commission de travailleurs. Il n'est pas question pour eux de gérer la clinique sur un plan administratif...

L'une de leurs préoccupations est d'utiliser en faveur du peuple leur outil de travail. Plusieurs réunions avec la commission de « moradores » leur permettra de discuter du devenir de la clinique. Etant donné que celle-ci est dotée d'un matériel ultra-moderne, unique au Portugal en ce



qui concerne les soins aux brûlés, des travailleurs essaient de garder ces capacités tout en s'ouvrant aux habitants du quartier.

Mais les travailleurs ont conscience qu'ils ont à jouer un rôle à tous les niveaux ; aussi, au lendemain de l'assemblée du M.F.A. institutionnalisant le pouvoir populaire, la C.T. de Santa Cruz a fait parvenir au ministère de la santé un document exigeant la présence de la C.T. à toutes les commissions techniques ou non concernant les problèmes de santé. Dans ce même document se trouvait exposée la nécessité d'un contrôle sur les actes médicaux portant sur 2 points : l'interdiction des consultations privées à la clinique et la création d'une commission d'utilisateurs à partir des CM. du quartier.

Santa Cruz reste une exception dans les luttes hospitalières. Ceci s'explique facilement par le peu de conscience politique des infirmières qui, bien qu'ayant un salaire peu élevé, se sentent intégrées dans le monde médical. Les syndicats du personnel hospitalier ont d'ailleurs dans leur majorité une direction droitnière.

L'expérience de Cuba.

Cuba : 5 000 habitants, petite ville dans le bas Alentejo située à une vingtaine de kilomètres de Béja.

La région est divisée en grandes latifundia employant de nombreux travailleurs agricoles, ce qui explique l'influence très grande des syndicats des travailleurs agricoles. Les occupations de terre se sont accélérées depuis le mois de janvier 1975. Les formes d'auto-organisation se multiplient : comités d'habitants, de travailleurs, assemblées de village, comités de villages en construction, comités de vigilance. Telle est la situation dans la région quand nous y sommes passés en juillet 1975.

Au départ de cette expérience se trouvent 10 internes en médecine de Lisbonne dont 8 appartenant à une organisation de la gauche révolutionnaire (M.E.S.). Leur projet est d'essayer d'avoir une pratique révolutionnaire dans le cadre de la médecine. C'est sur les conseils du M.E.S. qu'ils ont choisi la ville de Cuba qui possède un petit hôpital rural (médecine — chirurgie — psychiatrie).

Ils trouvent une nette opposition auprès du secrétariat à la santé (P.P.D.) qui refuse leur mutation à Cuba. Et c'est en s'appuyant sur le P.C. à l'intérieur du ministère qu'ils obtinrent gain de cause. Ils ont fait précéder leur installation à l'hôpital de nombreux voyages pour prendre contact avec les commissions locales.

A leur arrivée ils sont accueillis par une assemblée de village de 100 personnes dont de nombreuses femmes. Par contre les médecins locaux qui travaillent à l'hôpital ne voient pas d'un très bon œil leur arrivée. Sur les 3 médecins, l'un démissionnera rapidement, le psychiatre essaiera de saper la crédibilité des jeunes internes auprès de la population en se servant de son influence sur elle. Le 3^e acceptera de travailler avec eux.

Lors de notre passage, 5 jours après leur arrivée, les travailleurs de l'hôpital s'étaient mis spontanément à rénover les locaux. Enfin leur loge-



ment est assuré par les habitants, la commission d'habitants ayant occupé une maison pour les loger.

C'est surtout de leurs projets que nous avons discuté plus que de réalisations concrètes, puisque nous les avons vus très peu de temps après leur arrivée.

La modification de la relation médecin-malade passe tout d'abord par la reconnaissance du médecin comme un travailleur ayant un certain nombre de connaissances techniques, et pour cela chacun décide de travailler 8 heures par jour. Mais étant au nombre de 12, il leur a semblé nécessaire d'exercer un plein temps au niveau des activités les plus visibles (urgences et consultations), les autres activités (prévention-laboratoire) étant prises sur le temps de repos, du moins au début. Il est sûr que le chemin à parcourir pour modifier cette relation médecin-malade est long quand on sait qu'un médecin est appelé « excellence ». Ce statut du médecin-travailleur, ils essaient de le justifier en assurant tous les jours la visite des malades hospitalisés, ce qui n'était jamais fait auparavant, en assurant les urgences 24 heures sur 24, les consultations tous les jours, ceci à l'hôpital de Cuba.

Toutes les consultations et examens sont gratuits, et ils insistent particulièrement sur le refus des cadeaux en nature qui représentaient autrefois souvent plus que le prix de la consultation. Enfin ils veulent essayer d'expliquer la signification des symptômes des maladies et de leurs traitements.

A l'hôpital les décisions sont prises en commun (médecins et personnel). La gestion est assurée par une commission regroupant des représentants du personnel, des médecins, des commissions de travailleurs et de la commission d'habitants.

Ils assurent d'autre part des consultations tous les jours dans un autre hôpital situé à une dizaine de kilomètres et des consultations à jour fixe dans les « casa do povo » des villages environnants.

Mais c'est sur la prévention et l'hygiène qu'ils insisteront le plus, car c'est dans ce domaine que peuvent être abordés le plus facilement les problèmes politiques.

Ce travail se fera en liaison avec les assemblées de travailleurs et de villageois. Il portera d'une part sur le dépistage et la prévention des maladies épidémiques sévissant dans la région (choléra, paludisme), mais aussi et surtout sur les problèmes d'hygiène (égouts, fosses septiques...).

Enfin d'ici quelques mois, quand ils auront obtenu la confiance de la population, ils mettront en place des réunions de contrôle des naissances. Pour l'instant le refus, en particulier des hommes, est beaucoup trop important.

Sintra.

D'autres expériences intéressantes sont également menées dans des centres sociaux dépendants des « conseils ». Nous avons pu être informés sur les activités de celui de Sintra qui répond aux besoins d'une population de 160 000 habitants. En principe le travail des centres est de prévention, vaccinations, premiers secours, prévention maternelle et infantile, psychiatrique, hygiène scolaire.



Les techniciens de ce centre se sont efforcés de démedicaliser un certain nombre d'activités et de développer au-delà des activités traditionnelles une action préventive et éducative, près de la population, dans les quartiers et les villages. Ils animent dans ceux-ci des débats sur le rôle des professions de santé et cherchent à mettre en évidence les problèmes locaux. Après cette prise de contact ils y assurent des permanences : les interventions de la journée concernent essentiellement les mères de famille et les problèmes infantiles. La prévention générale est plus spécialement réservée aux rencontres du soir et du dimanche auxquelles les hommes participent. Les liaisons avec des centres socioculturels permettent de réaliser des montages audiovisuels sur les problèmes concernant les conditions de vie et d'hygiène locales. Une action pédagogique importante vise également l'hygiène alimentaire, le traitement des ordures ménagères et des eaux usées. Une animation identique est développée avec les enfants des écoles, qui prennent en charge directement les tâches de secourisme.

Malgré quelques luttes ponctuelles radicales, on ne peut pas dire qu'il y ait eu remise en cause globale du système de soins au Portugal.

On peut expliquer cela par 2 éléments : le corps médical portugais fait partie de la bourgeoisie la plus réactionnaire. Le médecin détient un pouvoir immense : il suffit de savoir qu'on appelle un médecin « excellence ». A la campagne les dons en nature représentent plus que le prix de la consultation. Enfin, même parmi les médecins progressistes, il ne s'en est pas trouvé un pour venir travailler à la clinique Santa Cruz, de peur d'avoir des difficultés d'avancement par la suite. Nous avons déjà souligné le peu de radicalisation parmi les infirmières qui semblent totalement intégrées au système médical.

Aussi était-il difficile d'attendre une remise en cause de la médecine de l'intérieur même de l'institution, comme cela commence à apparaître en France. Ceci ne pouvait être le fait que de quelques individus, liés à des groupes de la gauche révolutionnaire pour la majorité d'entre eux.

D'autre part les organes de pouvoir populaire n'en étaient qu'à leur début quand nous étions au Portugal à l'été 1975. Depuis ils ont subi un coup d'arrêt.

Ce pouvoir populaire naissant devait poser beaucoup d'autres problèmes avant de poser ceux de la santé. Dans les usines la question des conditions de travail et de leurs répercussions sur la santé ne semblait pas posée. Dans les quartiers, dans les villages commençaient tout juste à être abordés les problèmes d'hygiène.

Or face à un corps médical ultra conservateur, à des travailleurs de la santé peu radicalisés, c'est surtout et avant tout par les usagers organisés dans leurs commissions que pouvaient être remise en cause la médecine et posés les jalons d'un nouveau système de santé.