

Le médecin et le principe de subsidiarité

Au nom du principe de subsidiarité, on préfère ne pas inscrire «l'accès égal aux soins de santé de haut niveau» dans la future Constitution Européenne et laisser chaque pays se débrouiller, qui avec ses listes d'attente, qui avec son trou de la Sécurité Sociale. En vertu du même principe, certains refusent de légiférer sur les qualifications professionnelles et préfèrent voir un médecin étranger en pays d'accueil fonctionner selon les règles de son pays d'origine. Qu'est-ce donc que ce principe dont il est question si souvent dans les débats européens?

Il trouve en réalité son expression première dans l'encyclique de Pie XI du 15 mai 1931, *Quadragesimo Anno*: «L'objet naturel de toute intervention en matière sociale est d'aider les membres du corps social, et non pas de les détruire ni de les absorber. Que l'autorité publique abandonne donc aux groupements de rang inférieur le soin des affaires de moindre importance où se disperserait à l'excès son effort; elle pourra dès lors assurer plus librement, plus puissamment, plus efficacement les fonctions qui n'appartiennent qu'à elle, parce qu'elle seule peut les remplir: diriger, surveiller, stimuler, contenir...»: ce que l'on appelle les fonctions régaliennes. Selon la doctrine sociale de l'Eglise, l'Etat respecte les attributions de chacun, aide éventuellement et remplace exceptionnellement, laissant aux «corps intermédiaires» le soin de s'organiser. Certains libres penseurs ont dit que c'était là le modèle de l'Etat fasciste, contemporain de l'encyclique, avec ses corporations: en bref, l'art de faire faire aux autres ce que vous avez décidé de faire sans vous salir les mains. On comprend bien par ce qui précède, que le principe de subsidiarité ne s'applique pas que dans le domaine des organisations internationales. Les états peuvent y avoir recours et notre «suppression de l'obligation de contracter» en est un exemple: l'Etat se retire du domaine de la santé et laisse les caisses maladie se débrouiller avec les médecins et les patients, ici sous prétexte de libéralisme économique, mais en accord avec la doctrine romaine: «il n'y a pas, à terme, d'autre issue que la re-composition du nécessaire secours aux plus

défavorisés autour des pôles historiques et féconds de ce secours: les petites communautés et les grandes institutions charitables» [1]. Cette vision des choses nous amène donc à une logique d'ancien régime. On notera au passage que la santé publique est devenue «une affaire de moindre importance»: mais qui donc l'a décidé?

Le principe de subsidiarité prend un sens légèrement différent dans le traité de Maastricht: «dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent être réalisés de manière suffisante par les Etats membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire». Mais qui donc va définir les objectifs et décréter qu'ils ne sont pas réalisés? Prenons l'exemple de la directive du Parlement européen et du Conseil sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, qui touche de près notre activité de généralistes. Une commission planche sur un projet qui est publié, un rapporteur est désigné et différents groupements abordent les parlementaires et les membres de la commission: c'est ce qu'on appelle le lobbying. Le dossier est épais, complexe et technique et les juristes ne sont pas de trop pour repérer les problèmes de formulation. Un texte modifié doit ensuite être soumis au vote du Parlement (le 11 septembre 2003, en principe). Il sera alors peut-être décidé que les objectifs sont suffisamment réalisés dans chaque pays de l'Union et qu'un cadre minimum s'impose: dans ce cas chaque généraliste – médecin de base, comme le dit le projet – pourra s'installer là où il le veut en Europe, quelle que soit sa formation. Les organisations professionnelles (UEMO, CPME) n'approuvent pas cette vision des choses et font valoir les différences de formation des généralistes d'un pays à l'autre: elles défendent une réglementation claire avec une formation en cinq ans et un titre de spécialiste. Tous les arguments se font au nom du principe de subsidiarité, dans sa version vaticane dans le premier cas et «maastrichtienne» dans le second.

Dans les deux cas, on soulignera qu'il s'agit d'une discussion d'experts entre les parlementaires et les corps intermédiaires. Le peuple reste silencieux. «Le danger d'un fédéralisme européen sombrant dans une organisation bureaucratique de l'Etat ne doit

pas être sous-estimé.» [2] «Le succès d'un gouvernement représentatif à une échelle continentale dépend de la création d'une culture du consentement et de l'aptitude à la faire vivre. Cette culture est marquée par une suspension volontaire du scepticisme – la confiance dans la loi naît de la conviction qu'elle peut être changée si elle n'est pas suffisamment représentative de la volonté populaire, et prévaut sur le cynisme que suscite le processus présidant à son élaboration. Sur le long terme, la pratique du self-government, quand elle ne se résume pas à une comédie jouée au plus haut niveau de la société mais correspond à une organisation politique à tous les échelons, donne confiance en la loi. Quand il s'agit d'un jeu joué par les élites pour

servir leurs intérêts, la vision de la loi s'inverse pour devenir cynique.» [2] A quand donc l'initiative et le référendum en Europe?

Daniel Widmer

PS. Que mes lecteurs veuillent bien pardonner un billet d'humeur aussi aride: l'aridité est sans doute une humeur, qui cette fois se passera de l'image habituelle, pour ne pas distraire votre pensée.

Références

- 1 <http://www.centredeformation.net/doctrine/subsidia.htm>
- 2 Siedentop L. La démocratie en Europe. Paris: Buchet Chastel; 2003.

Primary Scare

Krankheit gesucht

Der Weg zu einem neuen, wirksamen Medikament gegen eine bestimmte Krankheit ist lang, steinig und sehr teuer. Was liegt da näher, als eine Abkürzung zu nehmen: ein Medikament entwickeln und dann die passende Krankheit dazu konstruieren.

So geschehen im Fall des Diabetes-Präparats Starlix von Novartis. Auf einem (von Novartis finanzierten) Kongress in Schottland versuchten die Referenten, die anwesenden Ärzte davon zu überzeugen, dass ein erhöhter Blutzuckerspiegel nach dem Essen ein erhebliches Risiko für einen Herzinfarkt darstellt. Zufällig verfügt Novartis mit Starlix über ein geeignetes Präparat für genau diese Indikation.

Ein Arzt reichte beim britischen Pharmaverband gegen diese Behauptung Klage ein und bekam Recht. Bisher gibt es nämlich keine Beweise für einen Zusammenhang zwischen erhöhten Blutzuckerwerten nach dem Essen und einem erhöhten Herzinfarkt-Risiko.

Kein Problem für den Pharma-Riesen: Novartis versprach, seine Werbeunterlagen zu Starlix «anzupassen». Bleibt abzuwarten, was in den neuen Unterlagen steht!

Quelle: PulsTipp, 20.3.2003 / SK