

Médecin et politique

Vie et société vues sous des angles différents – une problématique transculturelle¹

J. Martin

A propos de mon point d'observation

C'est il y a une trentaine d'années que je me suis orienté vers la santé publique. Médecin diplômé en 1965, j'ai d'abord fait des stages hospitaliers dans un hôpital de zone vaudois. Quelle était alors la probabilité que je devienne un médecin de la collectivité? Disait-on qu'il était intéressant, voire estimable et nécessaire, de se préoccuper de la santé du «public» au-delà de celle de chaque patient individuel? Le fait que les patients existent dans un milieu qui apporte des clés pour la compréhension de leur affection et de son évolution était peu discuté dans nos études. Mon souvenir toutefois est que j'étais déjà préoccupé par la dimension communautaire de la santé et que l'idée mûrissait que prendre soin de la santé, c'est plus que traiter ceux qui frappent à la porte du cabinet médical. Cette notion s'est affirmée lors d'une activité clinique de brousse au Pérou, durant deux ans. J'y ai été frappé d'observer à quel point le milieu au sens large (physique, biologique et social) influence la santé des gens.

De retour au pays après huit ans outremer, j'ai trouvé passionnant le métier de médecin cantonal, à l'intersection de la médecine, de la santé et de la société [1]. Un confrère précurseur a dit à cet égard: «Nous ignorons s'il restera quelque chose de nous, mais nos efforts ont toujours tendu à établir une liaison entre la médecine et la société» (Prof. G. Delay, directeur de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne de 1925 à 1937). Pour la description d'une expérience d'implication en santé publique dans un monde de dimension plus vaste que celui où nous œuvrons, avec les buts, grandeurs et servitudes de la tâche, voir l'excellent *Quand la santé devient publique*, de Jean-François Girard [2].

Qu'on me permette de citer mon prédécesseur: «Le médecin cantonal doit être à la fois un scientifique capable de comprendre les besoins d'une faculté [et des établissements sanitaires], un praticien apte à saisir les problèmes concrets de la médecine extra-hospitalière, un épidémiologue averti, un routinier des problèmes d'assurance, un pédagogue émérite, un juge impartial sachant faire respecter le code de déontologie, un orateur à ses heures, un diplomate avisé, un po-

liticien accompli...» [3]. L'intérêt de la fonction dépend bien sûr d'un certain nombre de conditions. Même s'il jouit comme c'est mon cas d'un large degré d'autonomie dans l'accomplissement de ses tâches, le médecin cantonal par définition n'est pas un indépendant. Comme (co-)responsable au sein du Service de la santé publique, il est en contact et doit collaborer quotidiennement avec les membres dudit service, avec d'autres instances cantonales, fédérales ou communales, des organisations professionnelles et associations médico-sociales, avec la collectivité politique au sens large.

C'est dire que le titulaire du poste assumera pleinement son rôle si:

- Il admet que les pouvoirs publics, et l'administration sanitaire en particulier, ont des rôles d'importance à jouer;
- Il est capable de travailler efficacement avec des collègues et collaborateurs;
- Il apprécie et sait participer à des discussions (souvent, il les préside), au nom de l'autorité sanitaire, qui demandent des arbitrages alors que des intérêts contradictoires sont en présence; le fait d'avoir le courage de ses opinions et d'être considéré comme disposant d'un jugement généralement équitable sont des caractéristiques utiles.

Collaborateur proche d'un magistrat élu, le médecin cantonal n'est pas à l'abri des changements d'orientations ou d'atmosphère qui peuvent découler des événements politiques; pour ma part, je ne peux que relever mes bons rapports avec les quatre Conseillers d'Etat qui se sont succédé à la tête du Département cantonal chargé de la santé durant mon activité.

Politique: quelle signification?

Durant un quart de siècle, j'ai donc contribué à conseiller au plan médical le Ministre vaudois de la santé (d'abord comme adjoint puis comme médecin cantonal depuis 1986). S'il y a bien sûr une part de hasard dans la carrière que l'on choisit, ce qui m'est arrivé est lié à un intérêt pour la chose publique (*res publica*), pour la vie de la cité (*polis*) (intérêt nourri autour de la table familiale,

¹ Préparé sur invitation du Groupement des médecins généralistes vaudois (GMGV), pour une Journée sur le thème «Médecine et politique».

Correspondance:
Dr Jean Martin, privat-docent
Médecin cantonal
CH-1014 Lausanne

au contact notamment d'un père syndic/maire de notre village pendant plus de trente ans). Un de mes maîtres de santé publique aux Etats-Unis disait que le propos de la politique est de décider «Qui reçoit quoi». L'allocation de ressources publiques toujours comptées en est en effet le nœud.

Une autre question générale à laquelle la politique doit donner des réponses est «Combien de liberté? Combien de solidarité?» C'est l'enjeu des débats gauche-droite (pour employer une expression classique mais simplificatrice):

- Dans nos pays, presque tous à l'évidence nous sommes attachés à maximiser les possibilités de choix et de libre détermination de chacun dans l'existence; les évolutions récentes ont affirmé et promu l'autonomie de l'individu par rapport au groupe et à l'entourage (notamment de la femme par rapport à l'homme; de l'enfant dans une bonne mesure aussi).
- D'autre part, les pays d'Europe occidentale ont une tradition (variable dans ses modalités) de solidarité au sein de la collectivité. On y admet qu'il incombe à l'Etat de mettre en place un filet social de base pour tous, y compris soins de santé, et de concrétiser une (certaine) solidarité; cela fait partie de notre patrimoine socio-politique.
- Une telle attitude n'existe pas ou guère aux Etats-Unis, par exemple, où elle a été remplacée dans le passé par la charité (œuvres privées bénévoles) ainsi que, dans une période de croissance rapide, par la notion que les «miettes qui tombent de la table du riche» profitent aux plus pauvres. On y construit des argumentations philosophico-économiques pour démontrer qu'il est logique de traiter le marché des soins de santé de la même manière que celui des denrées alimentaires ou du vêtement. Ceci en négligeant opportunément qu'on ne saurait se trouver obligé de faire face à des dépenses très élevées à cause de ses besoins en nourriture et en habillement, alors que c'est courant en matière de soins médicaux (pour une pertinente analyse, voir [4]). Cette attitude a pour conséquence que, en ce qui concerne la prestation de soins adéquats à l'ensemble d'une population, les Etats-Unis sont un contre-exemple majeur.
- Cependant, il ne faut pas croire que, en Suisse, nous serions immunisés vis-à-vis d'évolutions à plusieurs vitesses. Maintenir une détermination d'assurer à chacun, comme droit fondamental, l'accès aux soins de base qu'il nécessite, dans le respect de sa dignité per-

sonnelle, demande de la part des responsables publics et professionnels une attitude volontariste et un engagement renouvelé.

La tension entre médical et politique – «Salus aegroti suprema lex» et «Salus publica suprema lex»

Dans le colloque singulier qui caractérise l'activité médicale, on se réfère à l'adage *Salus aegroti suprema lex*. Cette loi suprême, aussi bonne qu'elle soit, doit aujourd'hui être vue sous un éclairage qui a changé (ou sous plusieurs éclairages). Tout en restant fidèle au mandat confié par le malade, on est tenu de garder à l'esprit l'importance du bon usage (réfléchi, économe) des ressources de la communauté; on se souvient que dans les circonstances actuelles les trois quarts des coûts de la maladie sont pris en charge par des mécanismes collectifs (caisses-maladie et soutiens directs des budgets publics).

Des professionnels aux convictions politiques «libertaires» (tendant à dire que l'action des pouvoirs publics est toujours indésirable voire néfaste) n'accepteront pas volontiers une telle responsabilité. On veut croire cependant que la majorité du corps médical la comprend et l'admet. Pratiquement, cela implique:

- La conscience de ce que les moyens engagés dans le traitement des patients sont, à tout moment, une partie d'un ensemble fini et que leur emploi inadéquatement justifié est au détriment d'autres malades.
- La disponibilité à participer aux débats de société, aussi objectivement que possible.
- La volonté de contribuer à maintenir un système de santé où les soins sont distribués équitablement en fonction des besoins médico-sanitaires des personnes.
- Le refus d'une évolution où le profit deviendrait un déterminant majeur voire le premier déterminant de l'activité de prestataires de soins; étant entendu qu'on a le droit de gagner raisonnablement sa vie, mais pas n'importe comment.

Il y a quelques années, à Bâle, j'ai découvert que l'inscription (venue du droit romain) *Salus publica suprema lex* trônait très en évidence dans la salle du Grand Conseil. Il est important que soient juxtaposées les deux formules jumelles, une traitant du thérapeute devant son patient, l'autre des gouvernants par rapport au peuple. Dans la seconde, il faut voir un sens de *salus* qui est celui de salut (au pire, de survie), sur un mode moderne de bien-être: idéalement, la loi suprême

des instances politiques est le bien-être et la prospérité de toute la collectivité; ces termes apparaissent dans plusieurs Constitutions.

Ainsi, le médecin comme le politique ont un objectif premier d'un registre semblable mais leur patient/client, ou en termes juridiques *leur mandant*, est une personne dans un cas, une communauté dans l'autre. S'agissant d'être réciproquement sensibles à cela, on peut probablement postuler que le politique, parce qu'il est lui-même parfois patient ou qu'il a, proches de lui, des professionnels de la santé, comprend sans difficulté la vocation médicale vers l'individu; par contre, je ne suis pas certain que le médecin comprenne toujours adéquatement ce qu'une perspective communautaire, recherchant ce qui est bon pour l'ensemble du groupe concerné, implique pour un élu.

Le médecin et le politique devant certains faits de la vie

Nous vivons dans un monde imparfait

Le médecin le sait par son écoute quotidienne des trajectoires et circonstances de ceux qui le consultent. Les secrets qui lui sont confiés illustrent que, par delà les aspirations à une vie saine, régulière, morale, la réalité pratique diffère souvent. Sauf exceptions (mauvais traitements de personne dépendante, mise en danger de la vie d'autrui), il ne lui appartient pas de juger ni d'informer des tiers. Par ailleurs, s'agissant de la vie de la société et de sa vision de citoyen, le médecin a souvent des attentes que tout soit réalisé de manière impeccable; il s'étonne volontiers des imperfections des responsables politiques ou administratifs et de leurs services, montrant même une certaine intolérance.

Tendanciellement, l'adage «le mieux est l'ennemi du bien» n'est pas de ceux auxquels le médecin se rallie volontiers. Il est souvent perfectionniste dans sa pratique (ce qui n'est guère critiquable), et peut estimer que le même perfectionnisme devrait se retrouver dans la vie publique, où il n'est pas certain à notre sens qu'il soit souhaitable – la dérive bureaucratique menace souvent. Dans le fonctionnement public comme plus généralement, garder à l'esprit la formule «Perfection s'épelle p-a-r-a-l-y-s-i-e».

Le politique lui est confronté quotidiennement au caractère imparfait et aux approximations de ses concitoyens et de leurs institutions. La politique est l'art du possible (ou l'art de rendre possible le nécessaire), les réalisations concrètes sont rarement exactement superposables aux grands plans idéaux initiaux.

On est toujours sous influence

Il ne s'agit pas ici (en tout cas pas forcément) de comprendre «sous influence» de manière péjorative. Le médecin, avec son objectif de meilleure santé du malade, est légitimement sous l'influence de ce dernier et de ses besoins. De plus, notamment à une époque où on constate dans les pays occidentaux des pressions en vue de promouvoir la concurrence dans le domaine sanitaire, le prestataire de soins peut être influencé par des demandes de son patient qui peuvent aller au-delà du nécessaire (et fournir des prestations qui peuvent ne pas être indispensables, pour le garder). Le médecin est aussi motivé par le besoin qu'il a de gagner sa vie, ainsi que par le souhait de voir sa profession conserver un certain statut.

Le politique lui, par définition, est en rapport avec la population qui l'a démocratiquement élu, là où il se trouve, et s'efforce de la satisfaire. La conséquence la plus problématique en est la (quasi) fatalité d'être surtout soucieux du court terme (de la législation en cours) alors que, d'une manière générale comme en particulier pour l'avenir du système de santé, il serait essentiel d'œuvrer à long terme (gouverner, c'est prévoir).

Le besoin d'une perspective systémique

Au cours des dernières décennies, les médecins, plus particulièrement certaines disciplines (médecine générale, pédiatrie, psychiatrie, médecine du travail, médecine sociale et préventive) ont bien reconnu, après quelques précurseurs historiques, l'importance de l'étude et de l'appréciation du milieu/contexte dans lequel vit la personne. Cela permet de prendre de meilleures mesures d'investigation et thérapeutiques. Par contre, sur un plan plus large, pris par leurs tâches immédiates, beaucoup de confrères n'ont guère conscience de la complexité du système dans lequel les élus fonctionnent: sensibilités régionales et politiques à considérer, voire sauvegarder, demandes multiples qui entrent en compétition pour l'allocation des ressources publiques toujours limitées. A noter que la concurrence afin d'obtenir une part plus grande des ressources à disposition existe aussi, vivement, *au sein même* du secteur médico-sanitaire: allocations différenciées aux soins de premier recours par rapport aux prestations secondaires et tertiaires, régionalisation et professionnalisation plus ou moins poussées des services d'urgence, accent sur les soins à domicile ou en établissement médico-social, débats difficiles récents entre disciplines différentes à propos du tarif TARMED par exemple. Cela amène à évoquer le point suivant.

Liberté d'action

Les citoyens (et parmi eux les professionnels de santé) croient souvent que le magistrat siégeant dans un exécutif cantonal ou fédéral exerce très librement un pouvoir qui lui permet d'impulser des orientations majeures, de créer le changement (*to let things happen*), de son propre chef et en fonction de ses idées personnelles. De ce qu'on entend de la bouche de ceux qui assument de telles charges, rien n'est plus faux (ou peu s'en faut); cela apparaît d'ailleurs dans les commentaires d'observateurs. Les pressions sur le décideur politique, notamment dans un ensemble aussi complexe et intriqué que notre pays, sont telles que l'objectif principal est de minimiser les insatisfactions (faire le possible) dans l'étroite marge de manœuvre que laissent les intérêts, revendications, plaintes, menaces des uns et des autres. Les gouvernants font un travail difficile et complexe («mission impossible» quand il n'y a pas d'argent ou pas assez), souvent frustrant (les républiques sont ingrates – les patients sont reconnaissants bien plus souvent que les électeurs). Bien entendu, les élus ont souhaité remplir ces fonctions mais cela ne nous paraît pas une raison, pour les administrés, de refuser d'en reconnaître les contraintes.

S'agissant de liberté d'action, les médecins disent souvent leur tristesse de voir que la leur diminue avec les années, avec la montée du pouvoir des assurances et les pressions liées à la maîtrise des coûts. Il reste que, en général et jusqu'ici, le praticien suisse garde largement la possibilité de prescrire à son patient les mesures diagnostiques, thérapeutiques, de réhabilitation et de prévention qu'il estime judicieuses.

Distinguer l'important de l'urgent

Pour les médecins comme pour les politiques, la gestion de crise (*crisis management*) est partie intégrante du métier mais, sur ce point, il nous semble que les premiers sont dans une position bien plus satisfaisante que les seconds. En effet, en pratique de soins, il y a le plus souvent superposition entre ce qu'il est urgent de faire et ce qui est important: si quelque chose presse, c'est que cela a un impact notable sur l'objectif de sauver la vie du patient ou de rétablir optimalement sa santé et ses capacités de fonctionnement.²

La situation est différente pour le politique. Un des aspects frustrants de l'activité du serviteur public (cf. [5]) est de voir comment bien souvent on doit courir à l'urgent, qui pas exceptionnellement est objectivement futile, au détriment de l'important qu'on n'a pas le temps de faire adéquatement, voire qui est repoussé aux calendes grecques. Il est clair que l'influence

qu'exercent aujourd'hui les médias ne fait rien pour diminuer cette prééminence de l'urgent (souvent, de la façade) sur le substantiel. Il suffit de prendre la presse de quelques jours ou semaines, en notant les sujets touchant à la santé, pour voir que ce qui fait les gros titres est fréquemment un cas particulier d'importance factuelle modeste, mis en exergue pour des raisons que l'on ne comprend pas toujours (sinon le fait de faire parler de soi ou parce que le scandale, la malpratique ou le sexe est suspecté). Même les grands enjeux à long terme tendent à être présentés de manière sensationnaliste.

Le secret, la confidentialité

Pour les professionnels de santé, ce thème est lié au secret professionnel garanti par l'art. 321 du Code pénal: un principe remontant à Hippocrate auquel les médecins, et sans doute la population, sont très attachés. A noter toutefois que, dans l'optique d'une activité de plus en plus interdisciplinaire et en équipe, il importe de gérer correctement les situations où il y a secret partagé. De plus, on réalise mieux aujourd'hui que dans le passé que le secret médical n'est pas opposable au patient, que ce dernier est «le maître et le bénéficiaire du secret médical».³

En politique, la pression est forte aujourd'hui, de diverses manières, pour une transparence de plus en plus grande dans les activités publiques, dans le fonctionnement des gouvernements et des administrations. Cela est légitime (des dispositions claires à ce sujet apparaissent dans le projet de nouvelle Constitution vaudoise qui sera prochainement soumis au peuple). Il reste et cela devrait être compris sans grande difficulté que, dans un certain nombre de circonstances, on ne peut pas gouverner sans secret (Michel Rocard dixit).

L'usage du temps –

Savoir donner du temps au temps

Faire bon usage du temps est une qualité essentielle. En pratique médicale, on craint le diagnostic tardif qui permet à une infection sérieuse de se développer plus longtemps sans être détectée; par ailleurs, il y a passablement de situations où, avant de mettre en œuvre des investigations multiples et sophistiquées, on peut donner un peu de temps au temps et observer l'évolution. Le temps est aussi un ingrédient fondamental de l'écoute du thérapeute.

En politique, dont on peut estimer en Suisse que souvent elle n'avance pas assez rapidement, donner du temps au temps ne doit pas être une façon de justifier l'inaction ou la pusillanimité. On se souhaite des gouvernants entreprenants

² Nous réalisons toutefois que cette constatation devrait être modulée dans certains cas:

- question très actuelle de la surcharge liée aux appels d'urgence lors de la garde médicale, ou dans les permanences des hôpitaux, pour des personnes qui pourraient être examinées sans problème de manière programmée;
- quand les demandes pressantes d'assurances ou d'autres organismes pour des documents de nature administrative deviennent du harcèlement.

³ On rappelle aussi que, dans un certain nombre de situations, des lois fédérales et cantonales donnent la faculté au professionnel de parler sans avoir besoin d'être délié par son patient, voire lui font devoir de parler [6].

et efficaces. Cela étant, c'est aussi une qualité du politique de savoir apprécier quand, précisément, il convient de ne pas se précipiter et quand l'observation attentive de l'évolution spontanée est la meilleure tactique.

Les ressources disponibles et les décisions concernant leur emploi

Jusqu'au milieu du 20^e siècle, l'activité du médecin se déroulait pour l'essentiel dans un rapport binaire (avec le patient et ses proches) et n'avait qu'un poids fort modeste dans l'économie et les orientations politiques. Le médecin pouvait alors ne pas se préoccuper de ce qui se passe en dehors de ses relations avec les malades. Les choses ont fondamentalement changé. L'activité médicale est une partie importante et croissante de l'activité économique, représentant 8–11% du PIB en Europe occidentale et 15% aux Etats-Unis, avec des enjeux politiques de première importance. On sait par ailleurs comment des dimensions commerciales à but lucratif, dangereuses pour la qualité des soins, se développent (*for profit managed care*). Dans un tel cadre, le médecin ne saurait décréter que les enjeux sociétaux y relatifs ne le concernent pas.

Dans un contexte démocratique, une tâche de l'Etat est de contrôler l'usage fait des fonds qu'il utilise ou met à disposition d'autres (subventions). S'agissant du système de santé qu'il finance pour une part importante, il est ainsi normal et nécessaire que l'Etat exerce une supervision appropriée. L'intérêt du patient qu'il a en face de lui reste le premier impératif du praticien mais, au plan de la collectivité, les responsables politiques et administratifs doivent faire en sorte que les montants consacrés soient utilisés selon les besoins principaux, les priorités, dans la population en général. Même si cette dernière tâche n'est pas celle du médecin individuel, celui-ci doit être conscient du point de vue différent du décideur.

Besoins, désirs, moyens

La médecine comme la politique cherche à répondre à des besoins, objectifs ou subjectifs, évidents ou latents, graves ou plus limités... (encore faut-il définir le terme besoin – la discussion à ce sujet occupe des congrès de philosophie, sociologie et science politique). Même dans un pays riche comme le nôtre, il est vrai que certains besoins restent non satisfaits et il peut s'agir de situations manifestes. Ce que j'ai observé, c'est que passablement de professionnels de la santé ou du social ne comprennent pas, alors, qu'on puisse encore débattre de l'opportunité du financement de leur prise en charge. Ils partent de

l'idée que, dans une société civilisée, la démonstration du besoin doit automatiquement, sans discussion ni délai, faire trouver les ressources nécessaires à y répondre.

La réalité est différente. On revient à la formule «Qui reçoit quoi» mentionnée plus haut: il n'y aura financement d'un besoin, même avéré, que si une décision politique dans ce sens est prise et si des moyens sont disponibles (d'où la grande difficulté de répondre à des problèmes nouveaux en situation de disette budgétaire, sauf s'ils suscitent une grande attention médiatique). C'est le débat de la *logique des moyens* (celle du politique) vs. la *logique des besoins* (que les intervenants du secteur médico-social notamment souhaitent qu'on suive).

Ici, qu'on nous permette de citer cette définition entendue il y a quelques années: «Un besoin est un désir pour lequel on n'est plus d'accord de payer personnellement, de sa poche». Formule piquante mais ne voit-on pas, chez nous aussi, des évolutions dans ce sens?⁴

En guise de conclusion

Ces réflexions ne donnent pas de recette qui permettrait au(x) médecin(s) d'être toujours pertinent(s) et adroit(s) dans leurs relations avec les pouvoirs publics, et d'obtenir des succès faciles qui en réalité n'existent guère en politique. Personne n'a de baguette magique. Là comme ailleurs (qu'on se souvienne de phrases de Winston Churchill, Alexander Fleming et d'autres), la réussite dépend de 90% de sueur, labeur, persévérance, parfois de larmes, et seulement pour une petite part de génie ou de chance.

La présente contribution donne une perception des regards différents (niveau, intensité, largeur variable de l'horizon considéré) que posent sur la vie de la société et sur les problèmes particuliers qu'ils ont à gérer, les médecins d'une part, les politiques d'autre part; ceci en fonction de notre expérience, en voulant croire que cela peut être de quelque utilité aux confrères qui entendent s'impliquer dans le processus politique. Etant entendu qu'il est tout à fait nécessaire que des médecins le fassent, qu'il s'agisse de politique professionnelle ou de participation à la vie civique globalement.

Le médecin et l' élu exercent des métiers différents, cela ne fait pas l'ombre d'un doute. L'un et l'autre sont indispensables. Comme il existe de mauvais médecins, il peut y avoir de mauvais politiques. Mais cela ne saurait justifier les critiques acerbes voire le mépris que dispensent certains confrères, du haut de leur dignité de pro-

⁴ Une autre question, posée par l'éthicienne française France Quéré, qui s'est notamment intéressée à l'aide médicale à la procréation et aux multiples moyens développés dans ce cadre, est «Là où il y a un désir, y a-t-il forcément légitimité du désir?» Même s'il ne s'agit pas de juger sans avoir étudié attentivement les situations particulières, la réponse est évidemment non: un désir ne doit pas automatiquement être admis, voire soutenu (et sa réalisation facilitée par les deniers publics), parce qu'il existe ...

fessionnels libéraux héritiers d'une longue tradition déontologique, à l'endroit des personnes engagées civiquement (les politiques ont à l'évidence une histoire aussi longue que la nôtre, depuis l'époque où l'art des deux groupes était tout à fait fruste).

La politique elle aussi est une activité hautement estimable ou du moins devrait l'être. Formule connue de Churchill encore: «La démocratie est le plus mauvais système, tous les autres mis à part». Il est essentiel de faire fonctionner la démocratie. Si et quand elle fonctionne de manière insatisfaisante, au lieu d'en faire le thème de quolibets les citoyens devraient être très préoccupés de chercher les voies et moyens d'améliorer la situation, afin que l'action politique (aussi au sens non partisan du terme) retrouve son crédit. Nous avons tous un intérêt éminent à ce que, *parmi les meilleurs d'entre nous*, un certain nombre se destinent à la médecine et certains autres se consacrent à la chose publique.

Références

- 1 Martin J. Médecin cantonal – Pourquoi, comment, pour quoi? Dans: Martin J. Pour la santé publique. Lausanne: Réalités sociales; 1987. p. 231-8.
- 2 Girard JF (avec Eymery J-M). Quand la santé devient publique. Paris: Hachette; 1998.
- 3 Cevey M. Médecine sociale et préventive et santé publique. Méd Hyg 1967;25:1293-7.
- 4 Reinhardt UE. A social contract for 21st century health care: Three-tier health care with bounty hunting. Health Economics 1996;5:479-99.
- 5 Martin J. La pratique du service public – Quelques enseignements rassemblés au cours des années. Bull Méd Suisses 2001;82:1981-3.
- 6 Martin J, Guillod O. Secret médical – Quelle attitude du praticien quand des instances ou personnes extérieures demandent des renseignements à propos d'un patient? Dans: Martin J. Dialoguer pour soigner – les pratiques et les droits. Genève: Médecine & Hygiène; 2001. p. 35-46.