

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*

8

**DOSSIER**

*La santé n'est pas à vendre*

# S O M M A I R E

<b>Editorial</b>	<b>3</b>	
<b>Dossier</b>	<b>5</b>	
<b>La santé n'est pas à vendre</b>		
<b>LOGIQUES DU MARCHÉ ET BUREAUCRATIE</b>		
<b>Visages</b>	<b>6</b>	<i>E. Maurel-Arrighi, P. Muller, C. Bonnaud, M. Devries</i>
<b>Résister !</b>	<b>8</b>	<i>Jean-Luc Bousard</i>
<b>Les créneaux juteux</b>	<b>10</b>	<i>E. Pénide, F. Maurel-Arrighi, C. Bonnaud</i>
<b>Hôpital à Carpentras</b>	<b>11</b>	<i>Bernard Senet</i>
<b>L'accréditation des hôpitaux</b>	<b>12</b>	<i>Annie Perrault-Salvières</i>
<b>LA MONDIALISATION DANS TOUS SES ÉTATS</b>		
<b>Le soin à l'américaine</b>	<b>15</b>	<i>Élisabeth Chamorand</i>
<b>La révolution du <i>managed care</i></b>	<b>20</b>	<i>Jean-Paul Gaudillière</i>
<b>L'agriculture paysanne : une réponse de santé</b>	<b>21</b>	<i>Gabriel Dewalle</i>
<b>Des lobbies pharmaceutiques contre la santé</b>	<b>25</b>	<i>Bernard Topuz</i>
<b>La logique de la finance n'est pas celle de l'homme</b>	<b>29</b>	<i>René Passet</i>
<b>Pour sauver le système de santé</b>	<b>31</b>	<i>Pierre Bourdieu</i>
<b>Libéralisme : une nouvelle pathologie ?</b>	<b>31</b>	<i>Didier Ménard</i>
<b>La protection sociale...</b>	<b>36</b>	<i>Daniel Coutant</i>
<b>RÉSISTANCE ET ALTERNATIVES</b>		
<b>Pauvre, édenté, aveugle et malentendant...</b>	<b>41</b>	<i>Noëlle Lasne</i>
<b>Pourquoi les réseaux dérangent</b>	<b>43</b>	<i>Didier Ménard</i>
<b>Soins au Québec : mêmes enjeux</b>	<b>46</b>	<i>Serge Gingras</i>
<b>Entretien : L'espace du soin</b>	<b>49</b>	<i>Bernard Cassou</i>
<b>Pourquoi ça marche quand ça marche</b>	<b>53</b>	<i>Élisabeth Maurel-Arrighi</i>
<b>Soins en Alsace. Des relais à trouver</b>	<b>55</b>	<i>Catherine Jung, Daniel Coutant</i>
<b>C'est quoi c'travail ?</b>	<b>56</b>	<i>Damien Cru</i>
<b>Notes de lecture</b>	<b>58</b>	<i>Anne-Marie Pabois, Daniel Coutant</i>
<b>Liste des signataires de l'appel</b>	<b>59</b>	
<b>Rubriques</b>		
<b>Images du corps : La menace fantôme</b>	<b>63</b>	<i>Monique Sicard</i>
<b>Chronique du savoir-faire médical : La santé, nécessaire ou obligatoire ?</b>	<b>65</b>	<i>Noëlle Lasne</i>
<b>Actualité politico-syndicale : Vive la CMU</b>	<b>67</b>	<i>Christian Bonnaud</i>
<b>Nos lectures commentées : Epilepsie et rythmes du sommeil</b>	<b>69</b>	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
<b>Chronique du GEL : Menaces sur l'intimité génétique</b>	<b>70</b>	<i>L. Dianoux et S. Laussonne</i>
<b>Humeur : Justice et deuxième sexe</b>	<b>75</b>	<i>Olivier Boitard</i>
<b>Paroles de patient : Un espace qui se libère</b>	<b>76</b>	<i>Françoise Dues</i>
<b>Raconte-voir : Une leçon magistrale</b>	<b>77</b>	<i>Marc Zaffran / Martin Winckler</i>
<b>Ailleurs, autres regards : Le paradoxe fécond du don</b>	<b>80</b>	<i>Alain Caille</i>
<b>Nous avons vu pour vous : Haut les cœurs, The Big One</b>	<b>86</b>	<i>C. Jung, B. Meslé</i>
<b>Histoire de la médecine : Pierre-Jean Fabre</b>	<b>87</b>	<i>Bernard Joly</i>
<b>On aime bien : Livres pensées de Serdu / Cultures en Mouvement</b>	<b>91</b>	<i>E. Maurel-Arrighi, N. Ferron</i>
<b>Liste des signataires (suite)</b>	<b>92</b>	

# E D I T O

## Des médecins citoyens dans un monde citoyen

**E**ngagés dans le combat contre les prérogatives de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), auprès d'ATTAC<sup>1</sup> et d'autres organisations citoyennes, nous ne pouvons que nous réjouir de l'issue de la conférence de Seattle et de l'importance du mouvement de protestation. Nous nous situons bien dans cette citoyenneté mondiale.

Nous avons initié l'Appel contre la dictature du néo-libéralisme en médecine afin de dénoncer la marchandisation croissante de la santé.

Les dérapages que constitue la mise sur le marché de médicaments non remboursés (ex. les pilules contraceptives), la non-concertation dans le déremboursement envisagé de médicaments ou le tapage publicitaire fait autour de certaines fausses innovations, comme le médicament anti-grippal Relenza<sup>2</sup>, sont aussi intolérables. Ces dérives marchandes sont plus ou moins éclipsées par l'arrivée de la Couverture maladie universelle qui permettra à six millions de gens pauvres d'accéder aux soins comme tout le monde, avec l'immédiateté de l'ouverture des droits et le guichet unique des centres de Sécurité sociale pour l'ensemble des formalités, ce dont nous nous félicitons.

Nous exigeons de nos gouvernants, le maintien d'un système de santé basé sur la solidarité.

En France, un contrôle des citoyens sur leur protection sociale est nécessaire. Il doit se faire au niveau de chaque caisse primaire d'assurance maladie. Les réseaux de santé qui permettent un échange de savoir et d'information doivent être promus. La circulaire ministérielle qui vient d'être promulguée, va dans ce sens, nous serons vigilants sur les modes de financement.

Nous devons rester critiques aussi face à la dérive technocratique des caisses, qui, au-delà du contrôle nécessaire sur l'activité des professionnels de santé, peut porter atteinte au secret professionnel et aux libertés individuelles des patients lorsque, par exemple, est votée une loi obligeant les médecins à motiver leurs arrêts maladie sur les formulaires administratifs de la Sécurité sociale.

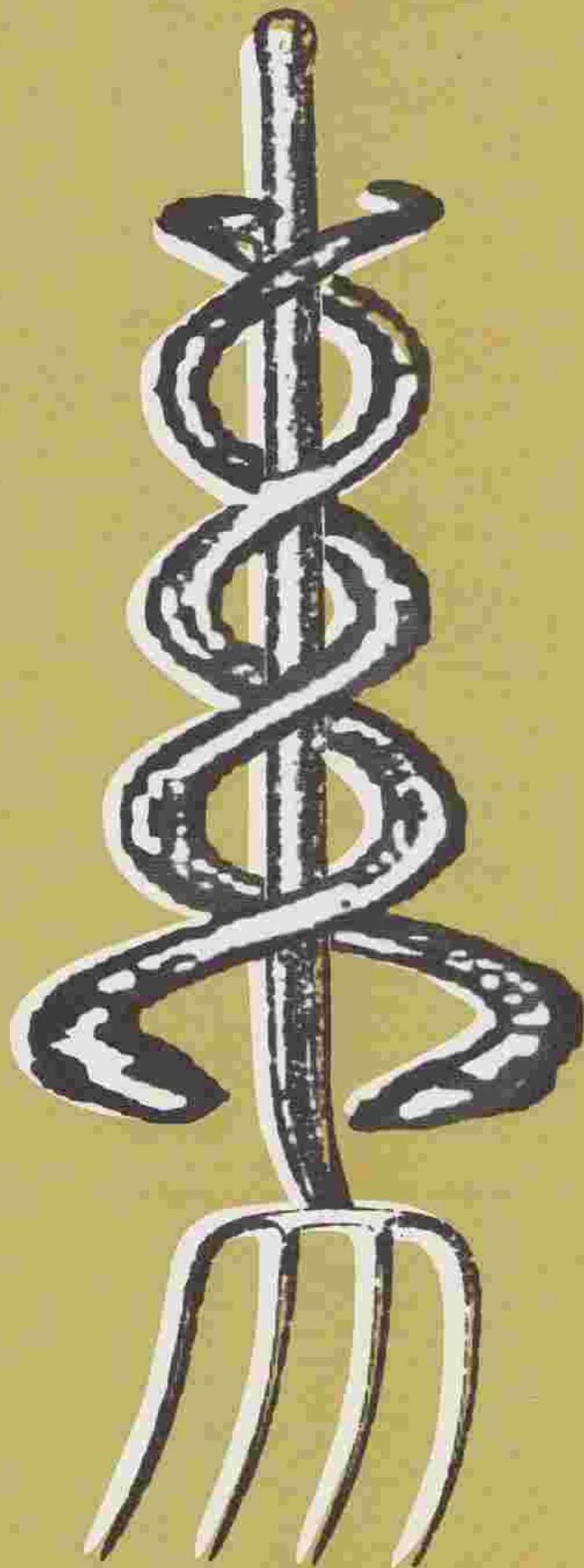
Dans le monde, l'avancée catastrophique du sida dans les pays pauvres et l'existence toujours préoccupante de maladies comme le paludisme, renforce notre combat contre les multinationales pharmaceutiques. Nous suggérons que leurs profits servent à mettre à disposition de ces pays leurs médicaments efficaces, à prix coûtant<sup>3</sup>.

Dans cette période d'incertitude où tout peut basculer (la menace du Medef de quitter la Sécurité sociale, les grèves hospitalières, la loi de programmation du financement de la Sécurité sociale du printemps prochain, les élections professionnelles des médecins libéraux), il est urgent de construire l'alternative politique cohérente face aux dangers menaçant notre système de soins. Nous nous y employons avec d'autres.

**Christian Bonnaud,**  
*médecin généraliste, président du SMG*

1. Association pour la taxation des transactions financières et pour l'aide aux citoyens, 9 bis, rue de Turbigo, 75005 Paris, tél. 01 43 36 30 54, courriel : [attac@attac.org](mailto:attac@attac.org)

2. Cf l'appel de METIS (Mouvement des soignants pour l'égalité thérapeutique internationale face au Sida), site-web : <http://www.multimania.com/metis/>



# D O S S I E R

## Sortir la santé du rouleau compresseur néolibéral

L'enjeu de notre colloque des 30 et 31 octobre derniers à l'Université de Paris-8 de Saint-Denis, "Quels soins pour la santé ? Pour une alternative à la logique du marché", est à situer dans le cadre d'une urgence politique. Il s'agissait de mettre en place une dynamique politico-syndicale capable de s'opposer avec succès aux tenants du néolibéralisme qui avancent à marche forcée dans la période actuelle. Nous avlons en effet, face à nous, une situation extrêmement préoccupante :

- les projets communs à des compagnies d'assurances (AXA, Groupama, Caisse nationale de prévoyance) et à certains syndicats médicaux en train de construire -via l'informatisation des cabinets médicaux et la monétique- des filières commerciales sur le marché du soin.
- la discrimination croissante dans l'accès au soin par le jeu subtil des dépassements d'honoraires et du secteur privé à l'hôpital.
- l'augmentation constante du ticket modérateur et le non remboursement de certains médicaments alors vendus plus chers.

Par ailleurs, les caisses d'assurance maladie sont devenues des structures trop centralisées, avec une gestion techno-bureaucratique qui en effraie plus d'un en mélangeant contrainte économique et qualité des soins.

Lors de ces deux journées, nous n'en sommes pas restés au registre de la dénonciation. Nous avons aussi réfléchi aux innovations nécessaires pour modifier les pratiques et les comportements des acteurs du système de soins. Au cœur du dispositif, figure la mise en place d'une médecine de premier niveau dans laquelle des pratiques pluridisciplinaires entre des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux et d'autres professions para-médicales peuvent se développer. Ces pratiques novatrices trouvent un début de concrétisation dans les réseaux de soins développés dans le secteur public.

Depuis le mois de septembre, deux mille signatures ont été recueillies autour de notre "Appel à lutter contre la dictature du néolibéralisme en médecine" <sup>1</sup>

Autour de cet appel et de notre colloque, est apparue une convergence entre des syndicalistes, des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, des mutualistes, des universitaires et autres personnes d'horizons très variés pour poursuivre la réflexion vers des propositions politiques alternatives à la dynamique en cours qui porte au pinacle un néolibéralisme tout puissant. Soyons nombreux à résister au vent actuel pour réinscrire le soin et la santé dans le champ public et politique.

1. Cf. le texte de notre appel dans le numéro 7, 3<sup>ème</sup> trimestre 1999 de la revue *Pratiques* et la liste des signataires, dans les pages 59,60,61,92 et 93 de ce numéro.

**Patrice Muller**  
Médecin généraliste.

# Visages

## Félicia

Elisabeth Maurel-Arrighi

*Malade chronique*

La Sécurité sociale, ce n'est pas tout. Quand on n'a pas de mutuelle, qu'on a une vieille mère au loin à nourrir, les études de la fille à payer, il vaut mieux oublier de se faire soigner. Alors, Félicia, elle a essayé d'oublier le rhumatisme qui lui cogne l'index sans crier gare au milieu des heures de ménage. Elle a essayé d'oublier la mammographie et les frottis qu'elle n'a pas faits. Bien sûr, elle a écrit (ou plus exactement, j'ai écrit) pour demander le bilan gratuit de la Sécurité sociale proposé tous les cinq ans. Sans réponse. En rappelant, on a trouvé l'adresse. Elle a été convoquée. Deux mois après, on n'a pas les résultats. Les pauvres peuvent attendre, mais chez eux, la maladie attend-elle aussi ?

## Paulette

Elisabeth Maurel-Arrighi

*Malade chronique*

On ne sait pas toujours où on tombe, ou plutôt on le sait trop bien. Paulette est tombée dans le

berceau d'une famille ouvrière, et comme dans la chanson de Montand, elle a avancé courageusement sur sa route malgré les injustices et les drames, la mort de son mari à 44 ans, chez lequel on avait mésestimé des symptômes de problèmes de coronaires. Elle a refait sa vie et aujourd'hui est à la retraite. Un jour, elle fait une chute de 2 mètres, perd connaissance et se retrouve aux urgences de son hôpital de banlieue nord. Là, par manque de moyens (?), par lassitude des professionnels (?), par mépris généralisé (?), on va mettre un mois à prendre au sérieux ses vertiges et découvrir un hématome cérébral. Par chance, elle a guéri depuis. Mais, quand même, est-ce que cela aurait été pareil si elle avait été un cadre supérieur dans un hôpital parisien ?

## Agathe

Patrice Muller

*Malade chronique*

Cette jeune femme de vingt-cinq ans, étudiante, vient me consulter pour une demande d'avortement. Lorsque je lui demande si elle utilisait une méthode contraceptive, elle me répond qu'elle



utilisait depuis toujours une pilule "nouvelle génération", non remboursée par la Sécurité sociale, prescrite par sa gynéco et qu'elle ne pouvait plus actuellement déboursier les 60 F mensuels que lui coûtait chaque plaquette. Colère de ma part contre ce médecin qui avait prescrit d'emblée, sans justification médicale, cette pilule non remboursée au lieu d'une pilule "classique", tout aussi bien tolérée au plan médical et qui n'aurait coûté à la patiente (parce que sortie sur le marché il y a plus de vingt ans) que 13 F par mois, dont 65 % remboursés par la Sécurité sociale.

## Annie

Christian Bonnaud  
Médecin généraliste

Elle arrive en Vendée, venant de la région parisienne. Elle a un petit garçon qu'elle m'amène à la consultation. A la fin de celle-ci, elle me demande une adresse de psychologue. Je la lui donne, et nous échangeons un peu. Quelques semaines plus tard, elle revient me demander "secours" et me raconte sa fuite de Paris, à la suite d'un contexte de vie "douteux" avec un "collègue" : échangisme, violences... acceptés pendant des années. Sa question est : "Comment j'en suis arrivée là ?" Annie en parle facilement (climat de confiance) mais ne s'en est jamais ouvert à son compagnon. Elle n'a pas vu le psychologue, car elle n'a pas d'argent et son ami travaille en intérim, mais elle crève de son silence. Je suis devenu l'écoutant... et l'argent ? J'ai utilisé dans un premier temps le protocole d'accord départemental concernant la dispense d'avance de frais et ensuite, elle a souscrit un contrat "médecin référent". Le travail continue et avec son accord, je peux proposer des rendez-vous plus ou moins rapprochés, sans crainte, afin de l'accompagner dans son questionnement.

## Mahdjid

Martine Devries  
Médecin généraliste

J'ai compté : il a une ardoise de 1450 F chez moi, et encore, sans compter les fois où, découragée, je n'ai pas inscrit la consultation...

Je connais Mahdjid depuis 1996 ; il a vingt-sept ans et vend du tissu sur les marchés de la région avec son camion. Quand il est en forme, ça marche bien, il aime ce travail et... il a la "tchatche". Il est le dernier de la famille et ses quatre frères ont tous un magasin de vêtements en ville. Lui, il dépense au fur et à mesure ce qu'il gagne, et même un peu plus : héroïne, coke parfois et, dans la dèche, s'il fait une mauvaise rencontre, n'importe quoi...

Depuis 1996, il vient au cabinet, je lui prescris du Subutex, il le prend presque régulièrement ; il ne vient jamais au jour du rendez-vous, (je ne parle pas de l'heure), mais deux ou trois jours plus tard, il est en manque, il a repris de l'héroïne, du Tranxène ou du Rohypnol, mais il veut poursuivre son traitement de Subutex, et on repart. Il a la tchatche aussi au cabinet ! Parfois il allonge un billet de 100 F (la consultation est à 115 F), la plupart du temps c'est : "Je reviens vous payer la semaine prochaine" ; parfois il me propose un chèque d'un client ou "une affaire".

Mais comme je viens de lui expliquer vigoureusement qu'il doit revenir avant la fin de son médicament pour ne pas être en manque, il a bien fait de venir, même sans argent, aujourd'hui.

Il sait y faire et je ne suis pas dupe, mais pourquoi sa caisse de Sécu n'autorise-t-elle pas l'avance des frais ?

# Résister !

Jean-Luc Roussard  
Médecin généraliste

Résister, dans notre exercice quotidien de médecin généraliste, à l'emprise de l'idéologie libérale sur la pratique de notre métier, bien sûr que cela est possible : nombre d'interventions lors de ce colloque l'ont montré. On pense au travail en réseau, où l'engagement de chacun reste avant tout militant, faute de reconnaissance officielle, mais aussi au travail solitaire en cabinet : ne pas céder à la facilité des explorations inutiles ou aux charmes de la molécule dernier cri, par exemple. Car pour mieux séduire patients et praticiens, le libéralisme sait mieux que quiconque se parer des habits de la modernité et de l'efficacité scientifique.

Résister, c'est prendre son temps. Le temps d'expliquer les alternatives possibles et le temps laissé au patient de choisir avec nous, le temps de la concertation avec les spécialistes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales, le médecin conseil...

Le temps de l'écoute et de l'échange surtout, pour qu'émerge derrière le symptôme ou la maladie, la vie avec ses espoirs et ses échecs, le travail qui use ou épanouit, l'amour ou le désamour, la famille unie ou déchirée, les souvenirs d'enfance, ceux qu'on a oubliés, trop durs à assumer...

Du temps pour que peu à peu, les liens entre cette vie, belle ou pourrie, et les souffrances du corps deviennent évidents. Des liens qu'aucun scanner, aucune carte génétique ni autre examen

"high-tech" ne pourront jamais montrer et qu'aucune molécule ne pourra rompre.

Il n'est pas de mon propos de montrer que cette relation qui se construit dans la durée est aussi thérapeutique. Mon propos est autre : il est tellement plus facile, rapide et sécurisant pour le praticien (sur lequel plane toujours l'ombre de la faute professionnelle), comme pour le patient, de prescrire scanner et IRM dont on sait à l'avance qu'ils seront normaux, pour pouvoir affirmer, péremptoire : "Madame, monsieur, vous êtes un migraineux !" et de prescrire cet anti-migraineux "miracle" qui nous vient des États-Unis et dont on a parlé au journal télé en oubliant de dire qu'il a le même taux d'échec que les vieux médicaments, pourtant bien moins chers.

Tellement plus facile, rapide, et tellement plus moderne aussi, d'écrire Relanza® sur une ordonnance que d'expliquer en quoi ce nouveau médicament "miracle" contre la grippe, dont toute la presse a parlé, n'a pas apporté la moindre preuve d'un bénéfice clinique. Plus facile aussi d'écrire Amoxicilline® pour un rhume que d'expliquer que les virus sont tout à fait insensibles aux antibiotiques.

Plus facile de prescrire la pilule du bonheur - on a tellement vanté les bienfaits du Prozac® ou du Viagra® - que d'aider un patient à démêler le fil de son existence pour y trouver les causes, et



peut-être les remèdes, à son mal-être ou à ses difficultés sexuelles.

Plus facile, plus rapide et plus rémunérateur aussi ! Car enfin, il faut bien oser dire la crudité de notre exercice !

Comme les médecins de ville sont payés à l'acte, le calcul est vite fait et imparable : si je vois un patient tous les quarts d'heure, je gagne deux fois plus d'argent que si j'en vois un toutes les demi-heures. Pourtant, si je ne prescris pas de scanner à un migraineux, n'ira-t-il pas chercher ailleurs cette prescription ? Si l'enrhumé à bout de kleenex et de patience se fait prescrire au cinquième jour de toux et de mouchage l'antibiotique espéré, comment le convaincre que sa guérison est spontanée et ne doit rien à la prescription de mon cher et néanmoins concurrent confrère ?

Présenté par les médecins qui le défendent comme le garant de leur indépendance de prescription, le paiement à l'acte est le moyen le plus sûr d'adapter ses revenus à ses besoins. Défendu au nom de cette même indépendance par une bonne partie de l'opinion qui y voit un rempart contre le rationnement des soins (le reproche le plus fréquent fait au système anglais ne concerne-t-il pas les listes d'attente pour les soins spécialisés ?), il garantit que le médecin prescrira l'examen le plus sophistiqué, le médicament le plus moderne. Le paie-

ment à l'acte reste l'un des plus sûrs alliés du libéralisme économique et l'un des outils de son emprise sur nos pratiques.

Il est sans doute provocateur de dire que pour le médecin libéral payé à l'acte, le choix de sa pratique est aussi un choix entre la qualité de son travail et la qualité de ses revenus.

Ceux qui font le choix de travailler lentement, de privilégier la qualité de la relation plutôt que la prescription ne le font pas par je ne sais quel esprit de sacrifice ou d'ascèse aux relents post-soixante-huitards ; sans doute le font-ils parce qu'ils sont persuadés que c'est la seule façon de bien faire leur travail et parce qu'il est d'autres gratifications que l'épaisseur d'un portefeuille ou la cylindrée d'une voiture. Je veux en citer au moins une, parce qu'elle m'anime : c'est la reconnaissance, par mes pairs, au sein d'associations ou de syndicats comme le SMG (et c'est l'une des raisons de mon attachement et de mon engagement auprès de ce syndicat). Mais, parce que les préoccupations matérielles de revenus sont légitimes, on ne peut s'étonner que les pratiques professionnelles de ses membres et de leurs proches soient minoritaires.

S'il est vrai qu'il est urgent de changer les conditions de travail des médecins, le paiement à l'acte de leur exercice est sans conteste la première de leurs conditions de travail et sans doute un des principaux freins au changement des pratiques.



# Les créneaux juteux

## Les kilos qui rapportent et les autres...

Elisabeth Pénide *Médecin généraliste*

Babette a trop de poids et des problèmes cardiaques qui lui ont fait perdre son travail. Elle est toute contente de partir en cure, ses premières vacances depuis quinze ans... Cure raccourcie de dix jours car on a estimé que, vu qu'elle n'est pas du genre à réclamer, c'était amplement suffisant pour elle. Certes, elle continue à perdre du poids et puis un jour, ça remonte : "Vous savez, docteur, mon mari n'a trouvé qu'un travail à mi-temps et nous vivons à quatre sur un demi-SMIC, alors je ne mange plus que des pâtes ou des pommes de terre...!".

Nous avons reçu une pub, discrètement signée de MEDICARE, garantie autorisée par le Conseil de l'ordre, vérifiée par le ministère de la Santé et compatible avec la Carte vitale : "La médecine n'est pas un commerce, mais elle a le droit d'être rentable". Capillothérapie, ridolyse, tonification mammaire, diététique personnalisée, dermo dépression régulée... Dans le même créneau, une société de produits de régimes hyper-protéiques forme des médecins en leur vantant les avantages d'une pratique porteuse (qui n'a pas un kilo à perdre ?), avec des menus (chers) dont la commande passe par le prescripteur ou, dans aucune des phases proposées, n'est envisagé l'arrêt des "sachets" (fidélisation...).

## Ordinateurs furtifs

Elisabeth Maurel-Arrighi *Médecin généraliste*

Un certain nombre de médecins sont informatisés grâce à la magnificence de laboratoires pharmaceutiques qui leur ont offert gratuitement ordinateur et logiciel de gestion des dossiers médicaux.

Apparemment, dans le respect de la confidentialité et de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL), pour, disent-ils, mener des études épidémiologiques sur la prescription de leurs produits, à charge pour les médecins de laisser télécharger de la publicité. Mais en pratique, les informaticiens des laboratoires ne se privent pas d'accéder au contenu des ordinateurs pour ficher patients et médecins, et de rajouter des renseignements stratégiques glanés au cours des passages des "visiteurs médicaux" sur les loisirs, appartenances syndicales des professionnels... Le plus incroyable est la bonne foi d'un certain nombre de confrères qui n'imaginent pas que la philanthropie des laboratoires s'adresse d'abord à leurs actionnaires et que la CNIL puisse être contournée !

## Les essais thérapeutiques

Christian Bonnaud *Assistant généraliste*

Les médicaments doivent être testés avant leur mise sur le marché. Pour cela, il y a des essais sur l'animal, puis sur l'homme, en phase 2 puis 3. Parlons des essais de phase 4, lorsque le médicament est commercialisé. Il est proposé aux médecins par les visiteurs médicaux, sans rigueur scientifique le plus souvent. Le fabricant devrait fournir le médicament à tester, comme dans les essais cités plus haut, et payer les divers examens demandés. En fait, le médecin prescrit le médicament, se fait payer, le patient l'achète et se fait rembourser.

Le laboratoire pharmaceutique veut introduire chez le médecin des automatismes de prescription en le rétribuant. Celui-ci, ainsi gratifié, saura se souvenir en écrivant l'ordonnance du nom du médicament testé. Et, plus grave, pour satisfaire le laboratoire, ce médecin sera tenté de stopper un traitement antérieur, même s'il marche. Les choix thérapeutiques induits peuvent être lourds de conséquences.

Au-delà de l'éthique professionnelle, il s'agit aussi d'une estroquerie à l'assurance-maladie.

# Hôpital à Carpentras : un mariage à trois

À Carpentras, l'hôpital public se situe dans des bâtiments des XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles. L'inconfort n'y a d'égal que la beauté historique des lieux : chapelle, pharmacie, peintures et fresques. Le service de médecine a dû cloisonner et plafonner les grandes salles communes mais les fantômes des religieuses infirmières semblent toujours rôder autour des patients ; la chirurgie est coincée dans d'anciens appartements, les urgences sont accueillies derrière de magnifiques fenêtres gothiques de plus de cinq mètres de haut, un ancestral monte-malade est ingénieusement dissimulé dans l'épaisseur d'un mur.

Travailler dans le service public, c'est réviser quotidiennement son histoire.

Pour offrir aux patients des lieux plus adaptés, deux cliniques, à vocation surtout chirurgicale, s'affrontent depuis quatre ou cinq décennies : concurrence déloyale, alliances suspectes, procès, détournements de patients... Il y a longtemps que les élus promettent de rétablir la paix, un accueil des urgences confortable et compétent mais sans succès. C'est l'ARH (Agence régionale d'hospitalisation) qui a finalement poussé tout le monde à s'unir pour créer un "pôle santé public-privé" en menaçant de faire des économies sur les trois structures : la suppression de lits a motivé aussi fortement la direction hospitalière que les libéraux qui jouaient "Sept morts sur ordonnance".

Présenté comme un progrès pour la santé de la population, le pôle va permettre au secteur privé de récupérer tous les actes qui rapportent, notamment ORL, cardiologie, chirurgie orthopédique, radiologie dont un scanner (il existe même un engagement à limiter les dépenses de radios sur le secteur, obligeant les petits cabinets à se plier aux plus gros et à participer aux investissements lourds : le scanner par exemple).

Le secteur public conserve ce qui rapporte peu mais nécessite beaucoup de personnel et de présence : urgences, maternité, gériatrie.

Bernard Senel  
Médecin généraliste

Dans ce montage médiatisé à grand renfort d'élus locaux sous le regard attendri des technocrates de l'Agence régionale d'hospitalisation, obsédés par la réduction du nombre de lits, la médecine (publique) cède vingt-deux places contre dix pour la chirurgie (privée). Il est bien connu que l'activité chirurgicale génère de moins en moins de séjours post-opératoires, alors que la population âgée nécessite des lits pour les soins, la rééducation et l'organisation du retour à domicile.

Là où le privé semble faire une concession en lits alors qu'il ramasse la mise en multipliant les actes, le public est tout simplement pénalisé car, vingt-deux lits fermés c'est beaucoup de personnel en moins.

Le privé s'en sort très bien : dans une nouvelle structure architecturale fonctionnelle, il pourra multiplier les actes, puisqu'il a l'exclusivité sur ce qui rapporte, sans avoir le souci de gérer des effectifs importants de personnel. Le public, amputé de lits donc de soignants, devra comme toujours faire au mieux avec des moyens restreints : c'est le grand perdant d'autant qu'il doit investir plus que le privé (cent millions contre quatre-vingt-quatre millions) dans la construction.

Côté positif, noter que l'uniformisation de l'offre de soins devrait permettre à tous d'accéder également aux mêmes unités : espérons que cela sera la règle. Actuellement, les aides médicales et les ouvriers agricoles marocains en accident de travail vont chercher à Avignon ce que l'hôpital public ne peut leur offrir à Carpentras ; les médecins secteur 2 du privé sauront-ils trouver le "tact et la mesure" dans la codification et la facturation, pourront-ils longtemps défendre l'accès de tous aux mêmes soins en pratiquant différents tarifs ?

# L'accréditation des hôpitaux : effets désastreux

Anne Perrault-Jolivière

Psychiatre

L'accréditation apparaît aux soignants comme un ultime moyen de fermer des lits. La baisse des ressources coïncide en effet avec l'augmentation des exigences par le biais de cette démarche. Les normes hôtelières, les règles draconiennes d'hygiène, les objectifs sécuritaires réclamant des investissements conséquents pénalisent considérablement les hôpitaux qui doivent, dans le même temps, assumer des diminutions arbitraires de budget sous le prétexte de rééquilibrage des moyens. Le temps, déjà compté pour les soignants en sous-effectifs constants, doit intégrer désormais la traçabilité justificatrice de leurs actes, la mise en procédures, en protocoles,

Comment une démarche se réclamant de la qualité a-t-elle pu précipiter à ce point la dégradation des conditions de soin à l'hôpital ?

En s'attaquant aux fondements de l'organisation, en repérant l'ensemble des insuffisances structurelles, matérielles et... fantasmatiques (le risque zéro qui se profile derrière l'hystérie du bogue de l'an 2000 est une indication inquiétante du profil des conseillers des décideurs...), la démarche "qualité" a déstabilisé le monde des soins dans les hôpitaux. En stigmatisant les imperfections du système, en insistant sur l'aspect réglementaire, elle a fait de la conformité à certaines normes un objectif "prioritaire" pour tous puisque l'accréditation est une démarche globale et incontournable quelle que soit la taille de l'établissement. Les soins sont alors relégués loin derrière leur justification,

en vue du contrôle, et la traçabilité, sitôt inventée, est devenue le support d'une dérive de la responsabilité vers un repli légaliste. Sommé de rendre des comptes, chacun est amené à se retrancher derrière une position sécuritaire qui fausse le jugement et pervertit jusqu'à la relation thérapeutique. La notion même d'urgence se trouve déplacée, au gré des notes de services s'annulant. Je prendrai pour exemple la transfusion sanguine dont la réglementation est devenue tellement draconienne que les infirmières sont aujourd'hui incapables de l'effectuer sans se référer aux protocoles qui ont probablement battu le record des procédures annulées. Personne ne peut ignorer les faits à l'origine de cette hystérie du contrôle en matière de transfusion et, par conséquent, chacun sait que le problème majeur ne réside pas dans les mauvaises pratiques mais à un tout autre niveau de décision. L'effet de cette médiatisation du risque est ainsi un inconvénient supplémentaire auquel doivent faire face les soignants.

Petit exemple : Monsieur R, ayant subi une hémorragie importante à la suite d'une fibrinolyse refusait la transfusion en urgence par crainte du sida et son transfert en chirurgie digestive dans certain hôpital "mal noté" par certain média. Il a fini par accepter la transfusion et, par "chance", on a trouvé une place dans un autre hôpital. Cet incident, s'il soulève nombre d'autres questions, (le transfert était-il indispensable puisque Monsieur R. n'a reçu aucun soin spécifique dans l'autre hôpital), le coût du transfert par Samu la nuit, la crainte pour les

soignants d'une évolution défavorable liée à la (thérapeutique) met l'accent sur la réalité quotidienne de la transfusion en soulignant le coût particulièrement élevé de la "sécurité". En outre, la réglementation oblige désormais à jeter tout produit sanguin dès lors qu'il a été attribué à un patient et sorti du réfrigérateur bien que le produit soit resté, en l'occurrence le temps du transport (cinq minutes), dans une boîte isotherme.

La codification en vue de l'accréditation fait de la valeur du point ISA<sup>1</sup> le défi à relever pour un hôpital afin de ne pas être éliminé puisque tout dépassement de la moyenne donne lieu à des "pénalités" budgétaires. La qualité des soins, proprement dite, a ainsi vu ses références, implicites comme explicites, disparaître du langage même des cadres chargés de faire appliquer, coûte que coûte, les nouvelles règles. La notion de qualité, telle que l'entendaient globalement les soignants, est subitement devenue obsolète, recouverte par le raz-de-marée de la conformité obligée aux normes ISA. La qualité que constitue l'engagement humain dans une relation aussi complexe que le soin est ainsi bafouée comme jamais sous le prétexte d'une démarche évidemment prioritaire puisqu'il en va de la survie de l'hôpital. La culpabilité, qui résulte de la dénonciation générale des pratiques censées être responsables d'une gabegie des fonds publics, fait ainsi le lit de la démobilitation de soignants qui ont toujours joué le jeu quand certains mandarins gaspilleurs ne sont pas davantage inquiétés.

Depuis la mise en place de la démarche qualité, les difficultés budgétaires qui obligent le personnel à s'adapter à des conditions de plus en plus précaires et insécurisantes contraignent les directeurs d'hôpitaux à choisir de "tenir", quels que soient les dommages qu'ils préfèrent ne pas voir et dont ils ne se sentent pas responsables. La déresponsabilisation est ainsi générale sur fond d'un discours de responsabilité qui affecte principalement le cadre juridico-administratif. Seuls les irréductibles "militants" se sentent encore investis d'une mission impossible. La régression de la qualité est spectaculaire alors qu'on n'en a jamais autant parlé. Si "tout ce qui n'est pas écrit n'est pas fait" - le credo de la démarche qualité relayée par l'encadrement -, quelle valeur peut-on désormais accorder à ces aspects du soin qui n'entrent pas dans les grilles ?

L'influence de ces "nouvelles" pratiques sur les soins ne s'est pas fait attendre qui laisse certains malades à la porte des hôpitaux. La nécessité de réduire les durées de séjour incite les services à refuser les malades dont ils savent qu'ils ne pourront plus se débarrasser. Les médecins du Samu passent ainsi des heures à tenter de trouver des places pour des malades non conformes aux GHM, trop lourds pour des équipes réduites, ou "pas intéressants"... et qui ne manqueront pas d'agrandir le budget quand ils n'auront pas la mauvaise idée de mourir sitôt arrivés !



1. L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement de santé et de ses gestionnaires ou autres, concernant l'ensemble de son fonctionnement et les pratiques. Elle vise à assurer que les conditions de sécurité de qualité des soins et de prise en charge des patients sont prises en compte par l'établissement de santé. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des soins (décembre 1999)

2. L'instauration d'un "budget" thérapeutique nécessite de définir une partie des lits afin de faire face aux diverses catastrophes, tout en maintenant la qualité de vie des patients par les effectifs. Cela nous prend beaucoup de temps.

3. ISA (index synthétique d'activité, le point ISA mesure le budget) est calculé en fonction du GHM (groupe homogène de malades) dans lequel se classe le patientage. Les dépassements entraînent des pénalités budgétaires.



# Le soin à l'américaine

Elisabeth Chamurand

MAITRE DE QUADRON  
WELLS FARGO & COMPANY S

Elisabeth Chamurand  
est maître de quadron  
chez Wells Fargo &  
Company, une banque  
américaine spécialisée  
dans les produits  
financiers pour les  
entreprises. Elle a  
écrit pour *l'Espresso*  
un livre sur le  
management des  
ressources humaines.

Au début des années quatre-vingts, la concurrence entre "fournisseurs de soins" devait enrayer l'inflation médicale. Le gouvernement fédéral espérait réduire les dépenses de santé des personnes âgées, en mettant en concurrence les hôpitaux américains grâce au paiement prospectif forfaitaire. Les industriels, qui assurent une couverture médicale à environ 65% des salariés de moins de soixante-cinq ans, décidaient de limiter leurs dépenses de santé en optant pour les soins prépayés de réseaux de soins coordonnés. A la différence des compagnies d'assurances, ces réseaux de soins se targuaient de pouvoir contrôler les dépenses de santé tout en promettant une médecine de qualité grâce à des soins préventifs et à une organisation plus rationnelle des soins curatifs : séjours hospitaliers plus courts suite à une meilleure coordination entre les hôpitaux et les différents services de médecine ambulatoire.

Durant le premier mandat du président Clinton, une fois le danger d'un système national d'assurance maladie écarté, ces nouvelles entreprises - *Health management organizations* ou HMOs, selon l'acronyme du mot anglais - se lançaient à la conquête du marché de l'assurance : à partir des années quatre-vingt-dix, ce ne sont plus les médecins qui prennent les décisions en matière de santé, mais de plus en plus des entreprises

commerciales à la recherche de compétitivité économique et donc, de réduction des dépenses médicales.

Grâce à leur accès au marché des actions, ces entreprises ont étendu leur emprise et contraint les "fournisseurs de soins" et d'équipement médical à s'associer ou à fusionner pour être en mesure de traiter avec des mégasystèmes exigeant des rabais de plus en plus importants. Les entreprises à but non lucratif, comme *Kaiser Permanente*, ont dû s'aligner sur les entreprises commerciales, ou comme *Blue Cross of California*, se convertir en entreprises commerciales.

La restructuration du plus important secteur commercial des États-Unis, la santé, est encore loin d'être achevée mais le processus de concentration s'accélère : quelques grandes entreprises tendent à dominer le marché des HMOs. En décembre 1998, *Aetna*, quatrième compagnie d'assurances, décidait d'acquérir la branche d'assurance maladie de *Prudential*, ce qui placerait *Aetna* au premier rang des HMOs, avec dix-huit millions d'adhérents. Quelques chaînes d'hôpitaux privés et des regroupements d'hôpitaux à but non lucratif continuent d'acquérir de nouveaux établissements : six cent quatre-vingt-sept hôpitaux sur un peu plus de cinq mille ont changé ainsi de propriétaires en 1998.



Malgré le succès initial des HMOs qui ont recruté cent vingt-sept millions d'Américains sur les deux cent vingt-cinq millions qui ont une assurance maladie, ces compagnies ont vu leurs marges bénéficiaires se réduire dès 1996 et connu de graves difficultés financières en 1997 et 1998. Des HMOs endettées ont été rachetées, d'autres ont fait faillite. Parmi elles, beaucoup d'HMOs fondées par des groupements d'hôpitaux ou de médecins qui manquaient de capitaux et d'expertise. D'autres se sont retirées des secteurs peu lucratifs : les zones rurales, l'assurance maladie des indigents (*Medicaid*), et surtout l'assurance maladie des personnes âgées (*Medicare*). Dans leur désir de conquérir une part de marché, beaucoup d'entreprises avaient opté pour des primes peu élevées en 1996 et 1997 et se sont trouvées confrontées à des problèmes financiers qu'elles attribuent aux coupes budgétaires de la loi de finances de 1997, au coût exorbitant des médicaments et à un équipement informatique défaillant.

En fait, beaucoup d'HMOs ont cherché à réduire l'inflation médicale au début des années quatre-vingt-dix en privilégiant la médecine ambulatoire, en exerçant un contrôle sur les pratiques du corps médical, en obtenant des rabais des fournisseurs de soins et d'équipement, en réduisant le personnel médical, et en écrémant les adhérents les moins susceptibles de leur causer des frais élevés. Une fois ces économies réalisées, les HMOs ne peuvent qu'augmenter leurs primes d'assurance si elles veulent avoir un solde bénéficiaire et regagner la confiance de Wall Street. L'augmentation des primes d'assurance de 4,6% en 1998 devrait passer de 7% à 10% en 1999. *Kaiser Permanente* augmente de 20% les primes des grandes entreprises, et jusqu'à 30% celles de petites entreprises et des particuliers en Californie en 1999. Ces hausses vont relancer l'inflation médicale et accroître le nombre des personnes sans assurance (quarante-quatre millions en 1999), insuffisamment assurées, ou irrégulièrement assurées (soixante-et-onze millions d'Américains n'ont pas d'assurance pendant une partie de l'année). En

effet, les PME ne pouvant payer les primes de quatre mille cinq cents dollars que versent les grandes entreprises, choisissent de mettre leurs salariés à contribution ou simplement de ne plus leur offrir de couverture médicale.

À l'engouement du début des années quatre-vingt-dix pour les HMOs a succédé le désenchantement : dans son numéro du 15 décembre 1997, *Modern Healthcare* reconnaît que le monde ne se tourne plus vers les Etats-Unis pour trouver la solution miracle au problème du coût de la santé. Mais si les économistes de la santé ont rabattu de leurs prétentions à fournir un modèle de gestion des dépenses de santé, le grand public américain continue de subir les conséquences de cette restructuration sur la relation médecin-patient et la qualité des soins.

Beaucoup d'Américains ont été contraints de renoncer à la relation privilégiée avec leur médecin de famille et de consulter le "médecin référent" de l'HMO choisi par leur employeur; une minorité de salariés a le choix entre plus de deux HMOs. Dans le contexte chaotique de transactions incessantes et de contrats non renouvelés, nombreux sont ceux qui sont passés d'un médecin référent à un autre sans aucune liberté de choix. La relation de confiance avec le médecin traitant est rapidement ébranlée lorsque le patient prend conscience de la tutelle exercée par le personnel administratif de l'HMO sur le corps médical. Après avoir écarté les médecins à la clientèle âgée ou gravement malade, les HMOs ont choisi de développer des réseaux de praticiens exerçant en cabinet libéral afin de pouvoir remercier ceux qui leur occasionneraient trop de dépenses. Quel que soit le type de contrat qui lie les médecins et le réseau, les HMOs exercent un contrôle strict sur les dépenses des praticiens en vérifiant le bien-fondé des traitements coûteux et en imposant des directives strictes dans le choix des procédures médicales, des médicaments, des spécialistes, des hôpitaux et pour le recours aux services d'urgence. Elles limitent notamment l'accès des patients aux spécialistes. Les praticiens se



voient poussés à écourter les consultations à cinq minutes, et dissuadés de parler des différents traitements possibles avec leurs malades. Qui plus est, les HMOs ont introduit des incitations financières pour contraindre les praticiens à rationner les soins, soit en ayant recours à des retenues ou des primes destinées à sanctionner ou récompenser les pratiques médicales des généralistes, soit en versant un forfait aux généralistes et aux spécialistes pour chaque patient à leur charge et en leur faisant ainsi courir un risque financier si les dépenses engagées dépassent le forfait. Si les bénéficiaires de programmes fédéraux et les habitants de seize Etats, en janvier 1999, peuvent exiger de connaître ces incitations financières, beaucoup de compagnies ne se plient pas à cette réglementation.

Ce sont les personnes souffrant de maladies mentales, de maladies chroniques et de handicaps, et les personnes âgées gravement malades qui sont les victimes de cette gestion parcimonieuse. Les réseaux ont réduit l'accès aux soins psychiatriques en limitant le nombre et la durée des hospitalisations, en faisant appel à du personnel moins qualifié et plus docile, et en privilégiant la pharmacothérapie. Les personnes souffrant de maladies chroniques et les handicapés ne peuvent pas toujours compter sur le généraliste de leur réseau pour obtenir les soins et les services leur garantissant le maximum d'indépendance dans leur vie quotidienne. Jusqu'en 1997, seule une minorité de personnes âgées en bonne santé avait été recrutée par des HMOs. Parmi elles, nombreuses étaient celles qui, insatisfaites, changeaient souvent d'HMO ou optaient pour le paiement à l'acte dès qu'elles tombaient gravement malades. Depuis le vote de la loi de finances de 1997 - qui donne aux personnes âgées le choix entre plusieurs formes de couverture médicale mais réduit les forfaits versés par le gouvernement -, beaucoup d'HMOs ont renoncé à assurer les personnes âgées, considérant que tarifs et réglementation ne leur permettaient pas de réaliser de bénéfices. Les Etats, chargés de gérer le programme *Medicaid*, n'ont eu recours aux services des HMOs que pour les familles monoparentales à leur char-

ge, considérant à juste titre que les HMOs ne pouvaient offrir une couverture suffisante aux personnes âgées indigentes et aux handicapés. Ils espéraient néanmoins réduire leurs dépenses de santé pour ces familles monoparentales, qui souvent n'avaient accès qu'aux soins onéreux des services d'urgence. Mais comme pour *Medicare*, les HMOs commerciales se sont rapidement retirées de ce marché jugé peu rentable, démontrant ainsi l'incapacité d'un marché concurrentiel à résoudre les plus graves problèmes financiers du système de santé américain.

Ce transfert massif de fonds au secteur privé désorganise, affaiblit les institutions à but non lucratif créées par de petites communautés urbaines ou rurales, et menace la survie d'institutions publiques (hôpitaux municipaux ou centres de santé) qui restent le seul filet de secours des plus démunis. Les institutions à but non lucratif tendent à renoncer à leur mission charitable malgré des exonérations fiscales. Beaucoup d'hôpitaux refusent d'admettre des malades sans ressources même lorsque leur état nécessite leur admission dans des services d'urgence. La concurrence des réseaux prive les hôpitaux publics de recettes qu'ils consacraient aux nécessiteux ou à des services d'utilité publique. Cette disparition des possibilités de transfert de charge fragilise encore la situation financière des institutions publiques qui doivent soigner plus de malades avec des moyens réduits.

La suprématie des valeurs marchandes dans le domaine de la santé mène à tous les abus et escroqueries : alors que le malade se voit refuser des soins sous prétexte qu'ils sont trop coûteux, les PDG d'HMOs, de chaînes hospitalières, de groupes de pression, empochent des salaires exorbitants de plus de 700 000 dollars, tandis que beaucoup d'HMOs commerciales consacrent une part élevée des primes d'assurance à l'administration de ce système complexe et fragmenté, ainsi qu'aux dividendes des actionnaires.

Le développement des réseaux de soins a aiguïté l'appétit de gains d'affairistes variés qui ont fait



fortune dans les créneaux porteurs. Les plus grandes chaînes d'hôpitaux privés, *Columbia* notamment, ont détourné des fonds publics en falsifiant leurs dépenses pour les personnes âgées. En 1996 seulement, la fraude sur *Medicare* aurait coûté vingt-trois milliards au gouvernement. Les réseaux sont accusés de grossir le coût de leurs services, d'avoir recours à des procédés illégaux pour ne recruter que les bien portants, de ne pas offrir les soins qu'ils se sont engagés à fournir et de ne pas informer les patients de leur droit à faire appel des décisions les privant de soins. Chaque semaine révèle de nouvelles escroqueries et turpitudes de PDG et de professionnels de la santé.

L'opinion publique, préoccupée par le nombre grandissant de personnes sans couverture médicale, par le pouvoir de la bureaucratie d'oligopoles, par la disparition d'hôpitaux communautaires et choquée par la succession de scandales, se déclare en faveur de changements profonds

dans le système de santé. Mais sera-t-elle consultée ? Aucun débat public n'avait précédé la transformation du système de santé par les réseaux et en 1999, aucun parti ou mouvement ne canalise le mécontentement populaire ni ne prépare à un large débat. Le corps médical, qui a perdu de son autonomie et une partie du personnel de santé -les infirmières notamment-, qui voit ses conditions de travail se détériorer, est hostile au réseau mais ne pousse pas pour l'adoption d'un système d'assurance national sur le modèle canadien. 65% des Américains sont favorables à une réglementation des réseaux protégeant les droits des patients, qui sera probablement en partie adoptée en 1999. Mais une telle réglementation ne protégera qu'une minorité d'assurés des abus les plus criants, donnera lieu à plus de contentieux, et ne mettra pas fin à la domination des réseaux qui rationnent les soins du plus grand nombre et se désintéressent des plus âgés et des plus pauvres.



## Des statistiques-clés

*La faible présence du secteur privé dans le domaine de la santé constitue un obstacle sérieux à l'exportation du système de soins à l'américaine en Europe. Le développement du secteur privé n'en semble pas moins promis à un avenir radieux. En effet, un rapport récemment publié par The Economist Intelligence Unit a détaillé les points forts du secteur privé en Europe et évalué ses perspectives d'avenir. Cette étude, dont nous publions le résumé, tire les conclusions suivantes : la santé en Europe traverse une période de bouleversements qui risquent d'entraîner de nouvelles réformes auxquelles le secteur privé prendra activement part. Par conséquent, les assurances maladie privées devraient connaître un essor exceptionnel d'ici dix ans.*

Cinq facteurs dominants ont façonné le profil actuel de la santé en Europe :

- Une population vieillissante et un taux de fertilité stationnaire aggravent le problème des maladies chroniques sur l'ensemble du territoire. En outre, certaines maladies infectieuses comme le SIDA ou la tuberculose se développent.
- Le système de santé public est saturé -en particulier le secteur hospitalier- cela au moment où les usagers réclament une amélioration des soins tant quantitative que qualitative.
- Depuis la création de l'Union européenne, maintes décisions privilégiant le secteur privé ont attiré l'attention sur le secteur de la santé ; en 1998, la Cour de Justice Européenne a statué en faveur de la libre circulation des patients dans les pays membres.
- Les nouvelles technologies -l'informatique et les télécommunications- sont censées améliorer l'efficacité des services de santé dans un avenir proche.
- La santé est en train de devenir une entreprise commerciale, comme aux États Unis.

Aucun gouvernement ne soutient directement une gestion privée de la santé, mais il est de plus en plus admis que les assureurs privés sont un moyen de suppléer au système public. En France, les assurances privées ont financé 3% des dépenses de santé en 1997. En Allemagne, environ 10% de la population peut sortir du système public et adopter un régime d'assurance privé à 100%. La Hollande a le plus grand réseau d'assurances indépendantes ; un tiers des dépenses de santé est pris en charge par un système d'assurance volontaire dominé par des compagnies d'assurance à but lucratif. En Grande-Bretagne, l'assurance privée concerne 12% de la population. En Espagne, cette option est encore considérée comme un luxe car dans la plupart des cas, il faut payer le double pour être couvert et environ 1,7% de la population bénéficie de la couverture médicale d'une entreprise.

Après la croissance rapide des années quatre-vingt, le marché privé de la santé connaît depuis quelques années une paralysie en grande partie générée par la hausse des coûts médicaux, la flambée des primes d'assurance et l'amélioration constante du secteur public. Les différents gouvernements comptent pourtant sur le privé non seulement pour compléter les fonds publics



par le biais de partenariats, mais aussi pour financer les services difficiles, comme les soins de longue durée pour les patients atteints de maladies psychiatriques et la prise en charge médicale des personnes âgées.

En conclusion, selon cette étude, la Hollande semble être le pays le plus ouvert à une extension du marché privé de la santé et l'Italie reste le plus réfractaire (voir tableau). Quoi qu'il en soit, le développement de l'assurance maladie privée va se heurter partout en Europe à de considérables barrières. Citons par exemple les réglementations strictes de solvabilité, les taxes prohibitives, les subventions inéquitables, la réglementation très lourde sur les forfaits médicaux et les taxes élevées déjà versées par les entreprises pour la couverture médicale de leurs employés.

#### MARCHES LES PLUS FAVORABLES AU DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE-1999

	Hollande	France	Allemagne	Grande Bretagne	Espagne	Italie
Position du gouvernement	1	2	4	6	3	5
Régulation	2	1	2	5	2	6
Condi-tions de concurrence	Aucune	1	2	4	4	3
Pris de risque	2	4	2	1	6	5
Assurances privées	1	6	3	3	2	5
Niveau d'intermédiation médicale	1	2	2	2	5	6
Coût des médicaments	1	3	2	3	5	6
Attitude de la commission	1	3	4	4	2	6
Total	9	21	21	28	29	42

\* Medical IT

Note : Chaque pays se voit attribuer un classement entre 1 et 6 pour chaque facteur étudié. 1 correspond au meilleur score et révèle un environnement propice à l'extension du secteur privé. 6 indique un climat adverse.

Source : V. Kendall, *L'Avenir des réseaux de soins privés en Europe*, EIU, p.141

Traduit de l'américain par Marie-Claire Pandurkar.

# La révolution du *managed care*

Jean-Paul Gaudillière

Historien

Jean-Paul Gaudillière est historien, chercheur à l'Institut Veit de l'Université de Zurich (Suisse) sur les savoirs et pratiques dans le champ médical. Histoire, Sociologie, Sociogéographie.

Depuis une dizaine d'années, le système de santé américain subit une réorganisation majeure. La révolution du *managed care* fait la une de journaux qui dénoncent tel refus de soins par les grandes compagnies d'assurances, dominantes sur le marché de la couverture médicale, ou alternativement célèbrent les mérites d'un encadrement des soins qui a enfin ralenti la croissance des dépenses de santé. Les *Health management organizations* (HMOs) et autres formes de délivrance "organisée" des soins contrôlées par les assurances, ne sont pas entièrement nouvelles. Elles ont toutefois connu une croissance spectaculaire au cours des dix dernières années jusqu'à dominer le marché de la couverture maladie, obligeant hôpitaux, cabinets, centres de santé à entrer dans leurs réseaux ou à en construire d'autres.<sup>1</sup> Cette réorganisation est très largement perçue comme l'invention d'une nouvelle forme de capitalisme médical, appliquant au domaine de la santé les règles de fonctionnement et de valorisation des grandes entreprises financières. En termes de pratiques de soins, les effets du *managed care* sont contradictoires et doivent être analysés comme tels.

Avant d'en préciser les termes, il faut toutefois

rappeler quelques caractéristiques de long terme. La première est qu'il est depuis longtemps considéré par les praticiens européens comme un "contre-modèle", du fait de son caractère inégalitaire et de ses coûts. En dépit des réformes du New Deal, puis des années "Johnson" qui ont vu l'instauration d'une couverture garantie pour les personnes âgées et les plus pauvres, un grand nombre d'habitants n'a jamais bénéficié d'une assurance maladie (les chiffres de deux dernières années tournent autour de quarante, soixante millions de non-assurés). De plus, ce système est l'un des plus coûteux au monde avec plus de 14 % du PIB consacré à la santé. Il est dominé par la question de l'accès aux technologies de pointe, ce qui se reflète dans la démographie médicale : 70 % des praticiens "de ville" sont des spécialistes. Un dernier aspect à souligner est qu'il s'agit de longue date d'une médecine "marchande" au sens où tant la délivrance des soins que l'assurance ont toujours été, en particulier pour les classes moyennes, le fait de compagnies et cabinets privés. Les exceptions étant de deux ordres : les hôpitaux et écoles de médecine de pointe gérés par des structures privées mais non commerciales (universités, fondations), les



centres communautaires ou de santé publique. Cette médecine de marché a joué un rôle essentiel dans la longue durée des échecs de mise en place d'une assurance maladie nationale. Tout au long du demi-siècle les tentatives des réformateurs, de Roosevelt à Johnson, se sont heurtées à l'opposition farouche de l'*American Medical Association* et des assureurs.

Ce marché de la santé est aujourd'hui en évolution très rapide et l'on peut parler de la naissance d'un grand capitalisme médical assis sur les HMOs. Cette évolution trouve son origine dans deux phénomènes. L'un, structurel, tient à la montée en puissance du capitalisme financier. La spéculation qui l'accompagne a vu, depuis le milieu des années quatre-vingt, des masses de capitaux flottants s'investir très vite dans les institutions du *managed care* qui entraînent les unes après les autres en bourse. La seconde, plus conjoncturelle, est l'échec du plan Clinton de réforme du système de santé qui a rendu manifeste la crise de l'ancien système basé sur l'assurance fournie par les entreprises et empêché, pour longtemps, l'émergence d'une alternative publique.

Les effets de cette réorganisation sur la santé publique et les pratiques de soins sont encore difficiles à apprécier. Les proclamations des organisations du *managed care* disent toutes "mieux et moins cher" grâce à l'organisation et à la gestion. L'intégration permet des économies d'échelle, une pression sur les tarifs et les multiplications d'actes des médecins, l'élimination des coûts inutiles. La gauche américaine met en avant les effets de l'introduction de techniques de gestion hétérogènes qui vont de la plus classique sélection des risques jusqu'à l'organisation des filières et la planification des soins. La médecine à deux vitesses existait déjà mais les différences se sont

accentuées. Les conséquences de ce nouveau management sur la prise en charge des plus pauvres commencent à être connues et ne surprennent pas : les HMOs n'aiment pas beaucoup les gens trop malades ou trop pauvres.<sup>3</sup> L'impact sur les façons de soigner est plus inattendu et montre à la fois la nécessité d'une régulation qui ne se réduise pas à une comptabilité et ne soit pas le produit d'une bureaucratie.

Prenons deux exemples contradictoires pour illustrer ce problème de régulation des pratiques.

D'abord la question des traitements du cancer. Domaine particulièrement visible de la politique de santé américaine, la lutte contre le cancer a, depuis la seconde guerre mondiale, fait l'objet d'investissements technologiques massifs dont l'essor des chimiothérapies a été un exemple caractéristique. Depuis une quinzaine d'années, l'amélioration des traitements marque le pas, en particulier pour les tumeurs solides de l'adulte les plus fréquentes. D'où la mise en avant répétée des potentialités de la thérapie génique, des thérapies cellulaires ou de l'immunothérapie. Dans ce domaine, les effets de mode et de dissémination rapide de certaines innovations abondent. L'un d'entre eux a récemment concerné une procédure de greffe de moelle utilisée comme complément aux chimiothérapies du cancer du sein. La technique consistait à prélever chez le patient un échantillon de moelle, à administrer un traitement cytotoxique à doses très élevées et à restaurer la moelle du patient en réinoculant les cellules prélevées au début de l'opération. Les essais cliniques débutèrent à la fin des années quatre-vingt. Très vite, le recrutement de participants s'avéra très difficile. Informés de la valeur potentielle du traitement, la plupart des patients aisés ou disposant d'une bonne assurance refusaient de se priver d'une chance supplémentaire de



guérison en entrant un essai randomisé.<sup>3</sup> Dès 1989, une compagnie privée, créée par un groupe d'oncologues, *Response Oncology*, commença à offrir l'auto-greffe de moelle en dehors des essais officiels. En une dizaine d'années, la procédure essaima dans la plupart des centres anti-cancéreux. Offerte en option, elle était prise en charge par une demi-douzaine d'analogues de *Response Oncology*, pour des prix variants de quatre-vingt-mille à deux cent mille dollars. Dans la mesure où il s'agissait d'une forme de thérapie cellulaire, aucune autorisation de mise sur le marché de la FDA n'était nécessaire. En l'absence de toute contrainte étatique, ce sont paradoxalement les HMOs qui ont poussé à l'évaluation.

Refusant un traitement fort coûteux au motif que son efficacité n'avait pas été prouvée, les compagnies de *managed care* se virent fortement incitées à payer la procédure car une décision du Congrès rendit obligatoire le remboursement de cette procédure de greffe par toutes les compagnies assurant les fonctionnaires du gouvernement. Les HMOs répondirent en établissant leurs propres enquêtes de suivi des résultats et en multipliant les pressions (y compris semble-t-il sur certains de leurs adhérents) pour que l'on termine les essais officiels.<sup>4</sup> Après dix ans de piétinements, ceux-ci viennent d'être achevés et concluent à une absence d'allongement significatif de la durée de survie pour les bénéficiaires de la transplantation.<sup>5</sup> Désormais abandonnée par ses promoteurs eux-mêmes, celle-ci est probablement condamnée à une disparition d'autant plus rapide que les assureurs opposeront ces conclusions aux médecins réticents.



Deuxième exemple, la médecine prédictive. La chasse aux gènes de prédisposition impliqués dans l'apparition de grandes pathologies est, depuis quinze ans, un aspect essentiel des projets "génomique humaine" et de la recherche biotechnologique. Deux gènes BRCA 1 et 2 ont ainsi été identifiés. Ils prédisposent les femmes porteuses de certaines mutations à développer avec une très forte probabilité (80-90 %) des cancers du sein précoces (avant quarante ans). Ces formes familiales compteraient pour 5-8 % de l'ensemble des cas.<sup>6</sup> Aux Etats-Unis, la recherche sur ces gènes a été dominée par une petite firme de biotechnologie, Myriad Genetics, fondée par des chercheurs de l'Université d'Utah.<sup>7</sup> Financée par le capital risque, Myriad a mis au point une stratégie centrée sur le développement du marché des tests : elle collecte son capital en vendant à des grandes compagnies (Eli Lilly, Bayer) les droits sur l'utilisation thérapeutique des gènes tout en se réservant ceux touchant aux usages



diagnostiques. Myriad possède aujourd'hui la totalité des brevets sur les gènes prédisposant au cancer du sein. La société est en position de monopole. Elle a construit un vaste centre de séquençage automatisé des gènes et entend devenir le principal centre mondial de médecine prédictive du cancer du sein. La force de la compagnie tient par ailleurs aux accords d'exclusivité qu'elle a passés avec des HMOs comme *Aetna* qui lui envoie les prélèvements d'ADN de toutes leurs adhérentes "à risque". Pour l'instant, politique de prévention associée à la détection d'une mutation consiste à offrir, soit une mastectomie préventive, soit à intensifier le suivi radiologique. Pour les femmes à risque, le choix est dramatique et les bénéfices aléatoires. Pour les assurances par contre, la connaissance de cette population est un bon instrument de planification des soins et/ou de sélection des risques.

Dans ces deux exemples, les HMOs font œuvre de santé publique au sens où elles contribuent à développer des procédures d'évaluation des besoins de santé de certaines populations ou des pratiques thérapeutiques. Si l'on considère que la santé publique a quelque chose à voir avec le droit à la santé de chaque citoyen et les meilleurs moyens de le garantir, le premier processus a eu des effets bénéfiques, le second beaucoup moins. La montée en puissance du *managed care* traduit donc à la fois une généralisation des logiques financières et une collectivisation des choix médicaux par le biais des nouvelles formes d'encadrement des interventions.

Que peut-on en conclure quant à la situation française et aux effets de la mondialisation du marché de la santé ? Les scénarios d'évolution de la Sécurité sociale sont ouverts. Quoi qu'en dise AXA, le risque majeur n'est sans doute pas de voir apparaître des assurances privées à la française qui opéreraient selon les mêmes mécanismes et

les mêmes logiques que les HMOs. Par contre, il y a bien, en France, un problème de régulation du système de soins. Celui-ci est ancien et pas si différent du cas américain. Il provient en effet d'un couplage entre marché et organisation professionnelle. Le paradoxe et le drame du système de soin français tel qu'il existe depuis 1945 est en effet d'avoir juxtaposé une assurance nationale payant à "guichet ouvert", un marché libre de la médecine de ville et un monopole de la profession sur les rares dispositifs de régulation. La crise de ce système est aujourd'hui patente. Même si la CSMF rêve du contraire, on assiste sans doute aujourd'hui, en France comme aux Etats-Unis, à la disparition du praticien libéral centré sur son cabinet, son autonomie professionnelle et son marché local. Toute la question est de savoir par quoi il sera remplacé et surtout qui décidera des grandes options de soins, comment et au profit de qui. De ce point de vue, toutes les expériences américaines, à commencer par les initiatives de médecine communautaire ou de créations de réseaux coopératifs en réponse aux HMOs, ne sont pas à jeter avec l'eau du bain.

"The Managed Care Revolution : Doctors Unionize" titrait ironiquement un grand quotidien.

1. F. Drake-Davies, *Preventing the (Small) Cold Market*, Georgetown University Press, 1993 ; T. Wachtel, *Reinventing Health Care: From the Law Against the Government*, *Medica*, 1993.
2. R. C. Morgan, "The Medicare HMO Revolving Door: The Healthy Go In and the Sick Go Out", *New England Journal of Medicine*, July 11, 1993.
3. *New York Times*, October 3, 1994.
4. National Breast Cancer Coalition, "Bone marrow transplant is breast cancer", January 1994.
5. Statistical Center of the Autologous Blood and Marrow Transplant Society, May 1994.
6. D. Stroup-Lewis, "Cancer du sein : entrez le risque", *La Recherche*, janvier 1997.
7. M. L. Sauer, J. P. Gaudillière, "Recherche, médecine et marché : la génétique du cancer du sein", *Culture Technique, itinéraires spécial innovations Médicales, à paraître*.

# L'agriculture paysanne : une réponse de santé

Gabriel Dewalle

Agriculteur

Gabriel Dewalle

est porte-parole de la  
Confédération paysanne de  
nouveau-Lesbos

Une agriculture qui utilise moins d'engrais, de pesticides, qui refuse l'utilisation des hormones et celles des organismes génétiquement modifiés (OGM) : voilà l'une des facettes de l'agriculture paysanne, revendiquée par la Confédération paysanne.

Cette agriculture apporte, nous en sommes certains, une réponse directe à la santé du consommateur, en le mettant à l'abri de résidus de toutes sortes, immédiatement et à moyen terme, grâce à une moindre pollution des nappes d'eau.

Elle fait aussi beaucoup mieux. Car elle ne prend pas seulement en compte la santé du consommateur mais celle de l'homme dans sa totalité. Si un consommateur consomme, un homme se nourrit en qualité autant qu'en quantité. L'homme a besoin d'un cadre de vie pour s'épanouir, d'un environnement préservé, d'une vie sociale possible loin d'un désert rural ou d'une banlieue surpeuplée et d'une activité, sinon d'un travail.

En matière même de sécurité alimentaire, seule la pratique d'agriculture paysannes peut répondre au problème de l'accès à la nourriture pour tous. Le développement de la culture vivrière est la façon la plus rapide et la plus simple d'y arriver, loin de l'attente de l'aide alimentaire ou de l'approvisionnement sur le marché mondial.

Le choix de cette "santé globale" pour tous par l'agriculture paysanne en appelle d'autres, en termes de politique agricole. L'agriculture dont nous avons besoin s'est heurtée à toutes les politiques des trente dernières années qui n'ont eu de cesse que de favoriser une agriculture productiviste et industrielle.

Par ailleurs, il suffit de cent mille agriculteurs en

France pour produire une nourriture industrielle autorisant les hormones dans le lait et la viande, les nitrates et les pesticides à gogo dans un environnement détruit ou désertique, nous savons que pour mettre en place une agriculture paysanne, nous avons besoin de deux millions de paysans.

Il faut aujourd'hui cesser de restructurer l'agriculture à seule fin d'exporter sur le marché mondial. Au contraire, il faut supprimer toutes les subventions directes ou indirectes à ces exportations et réorienter l'aide publique sur cette agriculture de santé que nous voulons promouvoir : une agriculture loin des OGM et des hormones dont les seuls buts sont la production de quantité, la mise sous monopole de la semence, et à terme, de l'alimentation de toute l'espèce humaine. Il s'agit de mettre en valeur la richesse de nos terroirs dans leur diversité et d'encourager la relation la plus directe possible entre producteurs et consommateurs.

Ces politiques à mettre en œuvre nécessitent l'autorité pleine et entière des pays à affirmer leur souveraineté alimentaire ; ce fut l'un des enjeux des négociations dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) qui se sont tenues en décembre dernier, à Seattle.

Il est temps, citoyens que nous sommes, de rejoindre le collectif qui demande une mise sous contrôle de l'OMC, afin de répondre aux exigences des droits de l'homme avant celles de l'économie. Parallèlement, nous devons aussi travailler à établir le coût réel sur la santé, d'une agriculture qui n'a été que trop aidée jusqu'à maintenant. Pour calculer les coûts externes au-delà de la seule fonction de production, les paysans ont besoin d'alliés : les médecins peuvent être de ceux-là en matière de santé.





# Des lobbies pharmaceutiques contre la santé

*Le laxisme des autorités sanitaires françaises face à l'industrie pharmaceutique laisse pantois. La raison implicite qui circule en est simple : il faut protéger les emplois industriels et préserver les profits qui doivent dégager des moyens pour la recherche de demain. Deux arguments séduisants à première vue. Mais encore faut-il regarder en face les conséquences sur la santé des Français de cette prétendue politique de l'emploi et de la recherche. Des lobbies contre la santé, que j'ai co-écrit avec Roger Lenglet, expose notamment les dégâts de l'actuelle politique du médicament et porte sur la place publique les enjeux d'une meilleure utilisation des médicaments pour l'avenir de la santé en France. Cet article développe quelques-unes des idées abordées dans notre ouvrage.*

**Des médicaments inutiles et parfois d'un risque démesuré.** Des médicaments inutiles et remboursés par la Sécurité sociale ont fait l'été dernier la une du journal *Le Monde*<sup>1</sup>. C'était une grande première. Mais les journalistes n'ont pas mis suffisamment l'accent sur le risque sanitaire induit. De la naissance jusqu'à la mort, les laboratoires promotionnent certains produits qui encombrant les armoires à pharmacie, risquent de détourner les malades de mesures efficaces, quand ils ne leur font pas courir des risques disproportionnés. Quelques exemples peuvent illustrer ces dysfonctionnements.

La diarrhée infantile est une affection banale qui va le plus souvent guérir toute seule. Dans un certain nombre de cas non négligeables, la situation va tourner au drame : l'enfant sera en danger de mort par déshydratation. Pour éviter ces situations, il est recommandé depuis vingt ans d'utiliser des sels de réhydratation orale dont la composition quantitative très précise en sels et en sucre permet de retenir l'eau dans le territoire vasculaire du corps et d'empêcher sa fuite dans le tube digestif. L'accompagnement et la surveillance de l'état et du poids de l'enfant par les professionnels de santé sont indispensables et ont été codifiés.

Et pourtant, l'analyse des prescriptions médicales montre que des dizaines d'"antidiarrhéiques"<sup>2</sup>, figurant dans le dictionnaire *Vidal*, bien qu'ils soient déconseillés par l'OMS<sup>3</sup> pour leur inefficacité ou leurs risques, continuent d'être massivement prescrits à la place des sels de réhydratation orale. Parmi eux, arrivent en tête *Smecta*<sup>4</sup>, *Ultralevure*<sup>5</sup>, *Imodium*<sup>6</sup>. L'intense promotion<sup>7</sup> menée par une presse médicale sous influence explique en partie ces prescriptions. Chaque année, de nombreux enfants sont hospitalisés en France pour diarrhée et déshydratation après avoir vu des médecins qui leur ont prescrit ce type de traitement erroné. Les médicaments efficaces, c'est-à-dire les sels de réhydratation orale, qui n'ont pas le statut de médicament en France

**Bernard Topuz**

*Médecin • Université Paul Sabatier*

**Bernard Topuz**

*est co-auteur de l'ouvrage  
Des lobbies contre la  
santé (avec Lenglet)*



et ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, contrairement à ce qui se fait dans plusieurs autres pays, ne sont prescrits qu'environ une fois sur trois. Malgré les avertissements de l'OMS et les quelques études épidémiologiques accablantes publiées depuis dix ans, les pouvoirs publics laissent faire.

Il existe une autre classe de médicaments, les vasodilatateurs cérébraux, auxquels les firmes prêtent des vertus contre les déficits intellectuels des personnes âgées. L'industrie est même parvenue à hisser certains de ces médicaments, - Vastarel<sup>®</sup>, Tanakan<sup>®</sup>, Sermion<sup>®</sup> - dans le peloton de tête des quinze médicaments les plus vendus en France dans les années 1990. L'ex-Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale a eu beau publier un rapport dénonçant l'inefficacité de cette classe de médicaments, l'importante promotion des firmes a réussi à les imposer sur le marché.

Les arguments commerciaux utilisés peuvent parfois nous faire sourire. Le neurologue, Gérard Dordain, souligne avec ironie qu'il est déconcertant pour un prescripteur chevronné de s'entendre expliquer par les laboratoires que tel ou tel médicament qu'il croyait "vasodilatateur cérébral", parce qu'on le lui avait dit dans les années cinquante, est successivement devenu un "activateur de l'astrocyte", un "auxiliaire du transport de l'oxygène et du glucose", un "anti-agrégant plaquettaire", pour arriver ensuite à un "agoniste et récepteur monoaminergique", et enfin, un "hémocorrecteur anti-vasoconstricteur par le biais des canaux calciques". Les prescripteurs noyés dans cette phraséologie ont bien du mal à y voir clair. On pourrait croire que les laboratoires sont allés puiser leurs arguments dans le discours revu et corrigé du Docteur Knock.

Ces médicaments vasodilatateurs cérébraux figurent largement sur les ordonnances des personnes âgées : un tiers d'entre elles consomme chaque jour cinq médicaments ou plus selon certaines enquêtes ! Lorsqu'on sait par ailleurs, que près de 30 % des hospitalisations des personnes âgées ont une cause médicamenteuse, on mesu-

re le danger de telles surprescriptions qui ne peuvent qu'entraîner confusion et risques.

Certains de ces vasodilatateurs cérébraux, déjà inutiles, sont également porteurs de risques. L'histoire de l'Adlone<sup>®</sup> est instructive à cet égard. Malgré les avis négatifs réitérés en décembre 1983 et mars 1985 d'un expert attaché au ministère de la Santé, le médicament recevra le feu vert de la Commission d'autorisation de mise sur le marché en juillet 1985. Il faudra attendre de nombreux cas d'hépatites accompagnés de décès, pourtant prévisibles et bien référencés, pour que le médicament soit enfin retiré du marché quatre ans plus tard. Pour cet expert, il s'agit d'une affaire caractéristique des pratiques de lobbying exercées par l'industrie pharmaceutique auprès des autorités. Mais, au-delà de la mise sur le marché de médicaments inutiles et présentant parfois un mauvais rapport bénéfice/risque, ce sont les méthodes de promotion utilisées par l'industrie qui posent problème.

**Une information biaisée au service d'une promotion tous azimuts.** Le secteur marketing de l'industrie n'hésite pas à réécrire la médecine quand il veut doper les ventes de certains médicaments. L'exemple du fluor est édifiant. Chez l'enfant, la dose de fluor protectrice contre la carie dentaire et la dose toxique ne sont pas très éloignées. Face à ce faible écart et à la multiplication récente des sources d'apport fluoré (certaines eaux, le sel, des gommages, des dentifrices...), le message est simple : il faut être rigoureux. Cela a amené la revue *Prescrire* à énoncer dès 1996 la recommandation suivante : "La supplémentation systématique en fluor de l'enfant doit être remise en question". L'analyse de la situation s'appuyait sur les résultats de plusieurs conférences internationales de consensus.

Le laboratoire Novartis, le plus gros producteur de médicaments à base de fluor en France, ne semble pas avoir partagé cette conviction. L'année suivante, il a financé la réalisation d'une brochure gratuitement distribuée aux médecins et insérée dans la revue *Le Concours médical* de

juillet 1997. On pouvait y lire : "La prescription médicamenteuse de fluor doit commencer dès la première année de la vie".

La même année, des cas de fluorose ont été notifiés dans une ville de banlieue parisienne Blanc-Mesnil où l'eau est naturellement fluorée. La consommation systématique de fluor n'est pas anodine. Le risque est bien là en relation avec des apports divers mal connus et mal maîtrisés. La promotion incohérente du fluor n'est qu'un exemple parmi d'autres des abus de la prescription de médicaments qui ne devraient être consommés que dans des situations bien évaluées.

Edouard Zarifian, l'un des observateurs critiques qui a le mieux pénétré le milieu hospitalo-universitaire et pharmaceutique psychiatrique, a rendu compte de la façon insidieuse dont des industriels se sont engagés sur la voie d'indications abusives avec la complicité active de leaders d'opinion des professions médicales<sup>4</sup>. Il explique que, dans le secteur de la psychiatrie, où prédomine une représentation neurologique et biochimique des souffrances psychiques, la fragile frontière du normal et du pathologique est particulièrement vulnérable et s'offre à toutes sortes d'appétits. L'industrie pharmaceutique n'a de cesse d'élargir son emprise à travers de nouveaux concepts.

Par exemple, la définition "des troubles de l'attention de l'enfant avec hyperactivité" donne une idée de la bataille commerciale que se livrent les laboratoires, divergences scientifiques à l'appui. Ce trouble est défini aux Etats-Unis par l'Association américaine de psychiatrie, largement financée par l'industrie pharmaceutique ; cette définition permet d'identifier 3 à 5 % des enfants d'âge scolaire atteints par ces troubles et donc susceptibles de se voir prescrire de la Ritaline<sup>5</sup>. La définition adoptée par l'OMS, retenue en Grande-Bretagne, limite la fréquence de ce trouble à 0,5 %. Inutile de dire que la différence en millions de prescriptions potentielles nécessite un débat scientifique sérieux, non influencé par les intérêts commerciaux.

Aux Etats-Unis, la tendance est inquiétante : on va à l'heure actuelle vers une situation où un médicament serait promu pour chaque émotion. Le *New York Times* s'en inquiétait dans un article intitulé "Les dollars du lobby psychiatrique"<sup>6</sup>. L'agressivité au volant, l'anxiété de la loterie sont en passe de rentrer dans les troubles psychiques nécessitant une prescription.

On assiste à des logiques de promotion semblables de part et d'autre de l'Atlantique. Un exemple récent nous le rappelle avec la publication dans le *Journal officiel* du 19 mars 1998 d'une interdiction de la publicité du laboratoire UCB sur l'Atarax<sup>7</sup> visant l'anxiété des enfants. Le commentaire suivant accompagnait l'interdiction par les autorités sanitaires françaises : "Le départ des enfants en classe de neige est présenté comme une situation anxiogène alors que cette situation de la vie courante ne justifie pas la prescription d'un anxiolytique".

Pour les médecins, la question est double : comment garder le sens critique dans un déluge d'informations organisé par une presse médicale qui, à quelques exceptions près, est très fortement dépendante de l'industrie ? Et comment résister à la pression insidieuse des cadeaux de toute sorte ?

**Médicaments inutiles encombrant le marché et information dominante biaisée sont le fruit d'un lobbying puissant et bien organisé.** Les experts que fait travailler l'Agence des produits de santé (ex-agence du médicament) ont dans leur grande majorité des liens d'intérêts très importants avec les firmes pharmaceutiques sous forme de participation financière au capital des firmes ou de rémunérations pour des activités diverses de conseil, de formation ou de mise en œuvre d'essais cliniques. Les avis qu'ils donnent sont donc sous influence. Il est inadmissible qu'ils soient à la fois juge et partie. Mais n'est-ce pas là l'illustration la plus parfaite d'un système abandonnant l'expertise aux industries qui en tirent profit ? Les autorités sanitaires, les professionnels de santé et la société en général, auraient tout intérêt à ouvrir plus largement le débat.





1. Le Monde d'ici du 18/07/1999 « l'analyse des 280 médicaments utilisés »

2. Usage rationnel des médicaments dans le traitement des diarrées aiguës de l'enfant. OMS, 1992, 73 p.

3. Cf. Baudouin C. et al. "Analyse de l'usage des médicaments de l'adulte"

in « Les diarrées aiguës en France ». Médecine (Paris) Infectiologie, 1997, vol. 22, pp. 523-525.

4. Edouard Janfils. Le prix du bien-être est. Odile Jacob

5. Kopyanski dans Courant international n° 171, 17-18 décembre 1999, pp. 8-9

## Colloque 1<sup>er</sup> avril 2000

### Sur les méfaits de la fourniture des médicaments non utilisés dans l'aide humanitaire

*Afin d'encadrer les secours apportés aux populations en détresse et mettre fin aux dons inadaptés, l'Organisation mondiale de la santé a élaboré des principes directeurs applicables aux dons de médicaments, en collaboration avec les principaux organismes impliqués dans les actions de santé.*

*Ces principes visent les dons de médicaments, non seulement dans des situations d'urgence, mais aussi dans le cadre de l'aide au développement. De fait, l'OMS proscrit formellement la fourniture de médicaments non utilisés (Mnu) et d'échantillons médicaux car il s'agit d'une multitude de spécialités qui vont à l'encontre des programmes de médicaments essentiels mis en place dans les pays en difficulté.*

*Pour sensibiliser et mobiliser les différents acteurs sur les méfaits des Mnu dans l'aide humanitaire, une action commune est menée en France, en Allemagne et aux Pays-Bas avec l'appui de l'Union Européenne. En France, cette démarche est celle de plusieurs associations : Pour une information médicale éthique et le développement (Pimed), Médecins sans frontières, Réseau médicaments et développement (Remed) et Pharmaciens sans frontières (Psf).*

*Les différents acteurs concernés, autorités administratives et politiques, médecins et pharmaciens, industriels du médicament et ONG de solidarité seront réunis dans un colloque organisé le 1er avril 2000 à l'initiative de Pimed, pour envisager une aide en médicaments plus lucide et plus efficace.*

**Contact : PIMED, 24 Quai de la Loire, 75019 PARIS Tél : 01 42 41 29 22**

1. "Principes directeurs applicables aux dons de médicaments", OMS Genève, 1996.

# La logique de la finance n'est pas celle de l'homme

L'économie met en coopération deux types de facteurs de production : les facteurs morts (le capital sous toutes ses formes) et les facteurs vivants (la nature et l'homme). À partir de là, on voit se développer deux types de logiques et de critères.

Quand on nous parle de fondamentaux en économie, qu'est-ce qu'on nous cite ? La stabilité des prix, l'équilibre des budgets, le taux de croissance, le solde du commerce extérieur. Il n'y a pas un seul critère d'ordre humain. Il n'y a que le CNUD, le programme des Nations unies pour le développement, pour avoir produit un indicateur du développement humain intégrant entre autres choses, la santé, l'éducation, etc. Mais ce n'est pas cette économie-là qui règne. Alors, bien sûr, il faut faire des choix. La question est de savoir sur quels critères les faire. Il ne va pas nécessairement de soi que ces choix soient faits au nom du seul critère de l'intérêt du privé.

Prenons le cas du marché. Même si cela peut vous paraître surprenant, je ne diabolise pas le marché. Je lui reconnais deux vertus : c'est un extraordinaire libérateur de créativité humaine, et en multipliant les centres de décision, il donne à l'économie une faculté d'adaptation face à l'obstacle. Et si une autre économie s'est effondrée c'est, je crois, pour avoir ignoré ces deux dimensions-là. Mais de là à conclure à toutes les vertus du marché, je dis non !

Je lui conteste deux choses toutefois : d'une part, la prétention à satisfaire les besoins humains, car le marché n'est pas fait pour satisfaire ces besoins mais la demande, c'est-à-dire le marché lorsqu'il est accompagné d'un pouvoir d'achat. D'autre part, je lui conteste la prétention à produire l'intérêt général. Car la logique de l'intérêt collectif n'a rien à voir avec une addition d'intérêts individuels. Un bien collectif n'est pas rentable en soi, vous ne trouverez jamais sa rentabilité dans ses comptes d'exploitation. Il n'est pas rentable à court terme mais à long terme, à travers le taux de croissance de la nation ou les comptes d'exploitation des autres entreprises. Alors, juger le secteur public à partir des seuls critères d'efficacité du secteur privé, en ne comptabilisant que les coûts et en oubliant les aspects positifs, comme si la santé ou l'éducation ne comptaient pour rien, c'est un réductionnisme. C'est réduire la logique d'un tout à la logique partielle d'une de ses parties et c'est, par conséquent, inverser la logique du tout.

Où est la concurrence ? Et puis aujourd'hui, et ceci est vrai notamment dans le champ de la santé, de quel marché parle-t-on ? Où sont les vertus de la concurrence du marché quand la CNUCED (la Commission des Nations unies pour le commerce et le développement) peut dénoncer les cent nouveaux maîtres du monde, les cent grandes entreprises qui à elles seules, font la loi de l'économie dans le monde ?

**René Passez**  
économiste

René Passez est professeur émérite à la Sorbonne et président du Centre de recherches ÉCART de l'Université Paris-Dauphine et du Centre de recherches ÉCART de l'Université Paris-Dauphine et du Centre de recherches ÉCART de l'Université Paris-Dauphine.



Aujourd'hui, le discours libéral n'a plus rien à voir avec la théorie libérale des pères fondateurs. Ce n'est que le vêtement dont s'affublent les acteurs pour revêtir d'idéologie une épreuve de force cynique qui se dissimule. Celle-ci consiste à essayer de capter, au profit d'un nombre réduit d'individus, ce qu'on peut appeler la rente de la collectivité nationale, qui est en fait un produit collectif et pas seulement un produit d'entreprise. Cette épreuve de force, on la voit apparaître à travers les fusions, par exemple, que l'on dit créatrices de valeur. Or, est-ce qu'après une fusion, on produit un objet de plus ? Non, c'est juste la répartition du produit national qui se modifie.

Enfin, évoquons le problème de la logique financière et de la rentabilité, car la vraie question est celle-là. Actuellement, nous vivons dans un monde où, à partir des politiques et des réglementations des années quatre-vingt menées par Reagan et Thatcher, nous avons vu l'emprise d'une sphère financière sur l'ensemble de l'économie et des États. La politique de stabilité des

prix, par exemple, a quelque chose à voir avec le rendement des actions. Ce n'est pas par hasard que cette politique s'impose à ce moment-là. Et sans diaboliser les fonds de pension, sans en faire l'instrument d'instabilité qu'ils ne sont pas, il y a quand même cette tentation, en pénétrant dans les conseils d'administration des entreprises, de porter le plus rapidement possible les taux de rendement aux taux les plus élevés possibles. La logique de la finance, ce n'est pas celle de l'homme, ce n'est pas celle de la mise en valeur des territoires ni celle de la créativité. C'est celle du rendement financier à court terme d'un capital financier. Et c'est, je crois, cette poursuite du profit à court terme qui vient vicier les choses. Voilà le vrai problème.

La solution ? Il n'y a pas de remède universel car il ne s'agit pas d'un problème de maîtrise de la finance, mais d'un vaste problème de société. Il s'agit de remettre à leur vraie place les impératifs humains, l'économie et la finance : ces dernières doivent être servantes et non pas maîtresses des premiers.



# Pour sauver le système de santé

Les politiques économiques néo-libérales qui sont aujourd'hui imposées, au nom de la science économique, à tout l'univers, n'ont rien d'universel. Elles ne sont que l'universalisation des présupposés éthico-politiques d'une tradition historique particulière, celle des États-Unis.

Première caractéristique de cette tradition, la faiblesse de l'État qui, déjà réduit au minimum, même pendant la parenthèse du New Deal, a été systématiquement affaibli par la révolution conservatrice ultra-libérale (engagée par Reagan et prorogée par Clinton) ; avec pour conséquences majeures, outre le fait que le monopole de la violence physique est très mal assuré, la démission de l'État en matière économique qui conduit à convertir les biens publics comme la santé, l'éducation, le logement, la sécurité ou la culture en biens commerciaux et les usagers en clients, cela au nom de la vieille tradition de *self help* et le dépérissement de la représentation hegeliano-durkheimienne de l'État comme instance chargée d'élaborer et d'imposer la volonté collective et de contribuer

à favoriser le renforcement de la solidarité.

Pierre Bourdieu

Anthropologie

Deuxième caractéristique, l'exaltation de l'"esprit du capitalisme" dont Max Weber avait trouvé une incarnation exemplaire chez Benjamin Franklin et son dévouement à l'accroissement du capital. Troisième caractéristique, le culte de l'individu et de l'individualisme : l'"individualisme métaphysique" est, selon Dorothy Ross, la base sur laquelle se sont construites toutes les sciences sociales américaines, et en particulier la science économique qui ne veut connaître que des actions sciemment calculées d'agents isolés, les actions collectives ne pouvant être comprises que comme de simples agrégations d'actions individuelles isolées. Quatrième trait, l'exaltation du dynamisme et de la souplesse de l'ordre social américain qui, par opposition à la peur du risque et à la rigidité des sociétés européennes, lie l'efficacité à une forte flexibilité et va jusqu'à faire de l'insécurité sociale un principe positif d'incitation et d'organisation collective. Dernier trait qui découle des précédents, une vision néo-darwiniste en tous points opposée à la vision solidariste,



De la mise en œuvre de cette "philosophie", découlent un certain nombre de conséquences directes pour le système de santé. Faute d'un minimum de rationalité collective, le système de soins américain est un des plus dépensiers du monde alors qu'il ne couvre pas les besoins élémentaires d'une fraction importante de la population. L'État social dépense plus pour la santé des riches que pour la santé des pauvres (à travers notamment l'exemption de taxe pour la valeur de l'assurance santé qui est deux fois plus élevée que la dépense du *Medicaid*, destinée aux plus pauvres) et les progrès technologiques en matière de santé profitent à une frange riche,

Contre cette philosophie qui traite la santé

comme un capital individuel pour lequel l'agent économique doit investir (donc épargner), il est à peine nécessaire de rappeler que le "capital de santé" d'un individu dépend étroitement de conditions collectives, soit, plus précisément, de l'existence d'un champ scientifique relativement autonome, doté d'un capital scientifique collectivement accumulé et capable de définir ses fins de recherche de manière relativement indépendante des contraintes de la rentabilité immédiate, et aussi de l'existence de programmes publics de santé (vaccinations, suivi médical dans le cadre de l'entreprise, médecins du travail, mesures législatives comme les taxes sur le tabac et l'alcool, etc.) et enfin, et surtout, du capital éducatif lui aussi collectivement accumulé.





La meilleure preuve que le capital de santé individuel dépend étroitement de tout un ensemble de conditions collectives, le retrait de l'État et l'affaiblissement corrélatif des *protections collectives*, et d'abord dans le travail, entraîne des conséquences visibles dans le domaine de la santé - comme l'augmentation des accidents du travail mais aussi des tensions et des souffrances liées au travail. L'instauration d'une instabilité structurelle comme principe d'organisation de la production et d'encouragement à la productivité (avec la multiplication des statuts précaires, l'affaiblissement de toutes les protections sociales, et toutes les formes d'insécurité, de stress, de peur qui en résultent) a pour effet de créer les conditions favorables au développement direct ou indirect (par l'intermédiaire du recours au tabac, à l'alcool ou à la drogue) de pathologies diverses. Bref, les politiques néolibérales tendent à affaiblir considérablement le système de santé au moment même où elles contribuent à accroître considérablement les charges sociales qui lui sont assignées. Cette nouvelle ligne - de moins en moins de moyens pour des maux de plus en plus grands - devrait apparaître dans toute son absurdité si l'on n'avait l'arrière-pensée qu'une partie de la population souffrante aura les moyens de s'assurer les meilleurs services de santé et si l'on n'acceptait, en une matière comme la santé, l'instauration d'une rupture radicale de la solidarité.

Enfin, parmi les effets les plus funestes du néolibéralisme, il faut prendre en compte le fait qu'il contribue très puissamment à affaiblir le *modèle solidariste*. On introduit la sanction du marché et du commerce dans le domaine de la santé au moment même où on attaque les défenses collectives, comme les syndicats ou les mutuelles,

que les plus démunis pouvaient opposer, en ce domaine, à la loi du marché.

Le sociologue n'a pas besoin, ici, de prendre la pose du prophète pour annoncer l'avenir qui attend les plus démunis. Il lui suffit de donner à voir ce qui se passe partout où la politique qui se met en place aujourd'hui dans les pays européens les mieux dotés de systèmes de défense collectifs a déjà fait son œuvre, comme les États-Unis, et surtout les pays d'Amérique latine les plus touchés par la nouvelle politique, tel le Brésil, avec une médecine à deux vitesses, l'accroissement dramatique de l'écart entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, etc. Mais il n'est pas facile de donner une expérience à distance de ce qui se passe aujourd'hui dans les favelas de Rio ou dans le ghetto de Chicago, et, au cas où on y réussirait, en utilisant tous les moyens modernes, il est plus difficile encore de convaincre que ce présent-là est l'avenir proche de ceux que nous considérons encore comme des proches ou des prochains. Si tout le monde s'attaquait à la tâche de rendre sensibles les conséquences en matière de santé (mais aussi de culture, d'éducation, etc.) de cette politique dont on nous chante chaque jour les vertus et la nécessité, si les médecins les premiers, qui ne sont pas tous et toujours les plus lucides sur ce point, mais aussi tous ceux qui ont la parole dans les médias, à commencer par les journalistes, qui pèchent surtout par ignorance, par indifférence ou par conformisme, se donnaient le mot pour dire ce que l'on découvrira bientôt, mais quand il sera trop tard, et que la plupart de ceux qui parlent ne veulent pas vraiment, rien ne serait perdu et nous pourrions peut-être sauver un système de santé vraiment universel.



# Libéralisme : une nouvelle pathologie ?

Didier Néard

*Analyste gériatrique*

L'homme est assis devant moi. Ravagé par la souffrance de son corps, perdu dans sa tête à la recherche de la cause de cette humiliation qui le détruit. Il me remercie de tout ce que je fais pour lui. Qu'ai-je fait pour lui ? J'ai soulagé sa douleur, j'ai expliqué l'origine de celle-ci, mais ai-je réussi à donner du sens à sa souffrance, seule véritable voie vers la guérison ?

Je le connais depuis vingt ans. J'ai suivi son parcours dans l'entreprise, j'ai partagé ses espoirs, ses joies, ses ambitions, ses craintes de ne pas pouvoir être à la hauteur de la tâche demandée. C'est grâce à des femmes et à des hommes comme lui que cette entreprise s'est développée. Elle a grandi au point d'être rachetée par plus grosse qu'elle. Et il a fallu rentabiliser !!! Ils étaient devenus trop nombreux et trop "coûteux". Alors "l'exterminateur" est arrivé. Jeune cadre dynamique, affable, il est venu réorganiser l'entreprise ; pour cet homme, le calvaire a commencé. Des petites brimades aux grosses humiliations, il fallait qu'il démissionne. C'est-à-dire qu'il quitte l'entreprise à moindre frais. Lui et les autres sont "tombés" malades. Malades de la

rentabilisation économique, malades de la mondialisation. À l'autre bout du monde, c'est un autre homme qui maintenant fait son travail pour un salaire de misère.

Et c'est dans les cabinets des médecins que cette réalité économique qui détruit le psychisme et le corps devrait trouver une solution individuelle. A nous de compenser cette destruction sociale. A nous de calmer l'angoisse dévastatrice. A nous de faire taire l'insomnie qui taraude l'esprit. A nous de tenter de redonner l'espoir par le discours ou par la petite pilule merveilleuse...

Les observateurs de la santé publique et avec eux certains hommes et femmes politiques s'inquiètent, dans la plus belle des hypocrisies, de voir notre pays devenir leader mondial de la consommation de psychotropes. Et bien sûr d'en accuser les médecins prescripteurs ! Ce qui est plus facile que de s'interroger sur les causes de cette consommation. Certes, ils peuvent toujours regretter que le médecin ne puisse pas, par la "simple prise en charge psychothérapique", faire accepter son sort à l'individu meurtri !

Il faut les culpabiliser d'utiliser les médicaments ; ces médicaments si volontiers valorisés par la société libérale qui à grands renforts de publicité, fait l'apologie de la pilule du bonheur...

Bien évidemment, la camisole chimique n'est pas la solution et le bonheur ne se trouve pas dans la chimie de la molécule. Mais ce n'est pas aux complices des destructeurs du lien social de faire la leçon aux médecins. Car tout compte fait, les médecins appliquent les règles apprises à l'université et maintes fois réactualisées dans la formation continue. Ne sont-ils pas là pour calmer la souffrance et soigner la dépression avec les moyens mis à leur disposition ?

C'est aux médecins de s'interroger sur le rôle que leur fait jouer aujourd'hui la société. Ont-ils pour mission de réparer les personnes malades pour qu'elles supportent mieux leur misère sociale ? Ou doivent-ils avoir l'ambition de guérir les personnes en les aidant à trouver leurs propres solutions, même si ces solutions, dans certains cas, réfutent le bien-fondé du libéralisme économique ? Et ce n'est pas parce que l'es-

sentiel se joue dans l'intimité du colloque singulier que le médecin doit échapper aux débats sur sa fonction sociale... Que ce soit dans les grandes cités ou dans les campagnes, que ce soit auprès des exclus ou auprès des classes plus favorisées, le problème posé est le même.

D'autant qu'il est tout à fait admis par la société que le médecin doit être au "chevet" du mal-être. N'est-il pas celui, qui par sa mission, soigne les exclus, les jeunes dépressifs, lutte contre les conduites à risques, alcool, tabac, psychotropes, substitue les usagers de drogue, accompagne les personnes dépendantes, jeunes ou vieilles... tout ceci, il doit le faire, à condition de ne pas interpellé les responsables de ce mal-être. C'est cette condition que nous devons remettre en cause.

Il est donc légitime pour moi, qui soigne cet homme détruit par la perte de son travail du fait de la délocalisation de son entreprise de lui dire que c'est le libéralisme économique qui le rend malade, et qu'il peut, pour aller mieux, redonner du sens à sa vie en refusant le fatalisme de sa condition.



# La protection sociale : une histoire toujours combattue

Daniel Coutant  
Inceq/Ingenierie

La volonté politique de maîtrise des dépenses de santé et de suppression du déficit de la Sécurité sociale, fait que les médecins libéraux se sentent de plus en plus souvent interpellés. De fait, ils sont des acteurs économiques et à l'origine d'une part importante de la consommation médicale<sup>1</sup>, au sein d'un système bien particulier. Le consommateur (le patient) n'a pas le choix des produits (médicaments, examens complémentaires...) dont il a besoin, c'est le médecin qui décide pour lui, sans avoir forcément à se préoccuper de leurs coûts. Le payeur (la Sécurité sociale et éventuellement les organismes complémentaires), quant à lui, n'a guère eu jusqu'à maintenant le moyen d'intervenir sur ces dépenses ! A ce système triangulaire déresponsabilisant pour le médecin comme pour l'usager<sup>2</sup>, s'ajoutent les effets pervers du paiement à l'acte (plus le médecin voit de malades, plus il gagne d'argent)<sup>3</sup> et le poids de l'industrie pharmaceutique dans la formation des médecins, avec pour finalité, l'incitation à prescrire toujours plus.

Pourtant, face au devenir de la protection sociale et aux enjeux qui s'y rapportent, devant l'acceptation subreptice (comme une fatalité incontournable) de l'idée de marché de la santé (prélude à une privatisation de la Sécurité socia-

le ?), il y a urgence à interpeller le corps médical. Si aujourd'hui, le pouvoir médical traditionnel relève plutôt du mythe, le poids de la profession dans l'évolution (ou la non-évolution) du système de santé a toujours été déterminant et continue à l'être. Il l'est, par le lobby qu'exercent les formes de représentations du corps médical (syndicats, Conseil de l'ordre...); il l'est aussi par l'individualisme, le corporatisme, l'obscurantisme de beaucoup de médecins qui laissent ainsi le champ libre aux chantres du libéralisme, les artisans possibles du système de santé de demain !

**La Sécurité sociale et les médecins...** L'histoire de la protection sociale étant liée à celle de la Sécurité sociale, avoir une idée du rôle qu'y a joué la profession médicale permet de mieux comprendre les décisions prises. Dès la création de la Sécurité sociale, à la Libération, le corps médical, au nom du libéralisme, a refusé la contrainte des tarifs imposés par les caisses de Sécurité sociale. Le syndicalisme médical, fort de son unité (il n'y aura, jusque dans les années soixante-dix, qu'un seul syndicat de médecins, la Confédération des syndicats médicaux français, CSMF), représente une force conservatrice puissante. Il faut la personnalité du général De Gaulle pour imposer, en 1960, aux médecins



libéraux une convention régissant leurs rapports avec les caisses de Sécurité sociale. Des conventions départementales, inspirées de cette convention type, fixent un plafond de tarifs médicaux et procurent en échange aux médecins (en plus d'une clientèle solvable) un certain nombre d'avantages sociaux. La CSMF s'y oppose, mais comme l'Ordonnance prévoit aussi la possibilité pour les médecins de signer individuellement (en cas de refus de signature collective par le syndicat), les médecins y adhèrent. La CSMF, se sentant obligée de suivre, signera secondairement. Plus tard, la convention médicale<sup>3</sup> deviendra nationale.

La première convention nationale est signée en octobre 1971. La deuxième, en février 1976 par la Fédération des médecins de France, FMF (syndicat né d'une dissidence de la CSMF, en 1968, à propos des honoraires) et un mois plus tard, par la CSMF, après que Jacques Chirac, Premier ministre, l'eut rassurée en déclarant "qu'il était hostile à la création de centres de soins par la Sécurité sociale". La troisième convention est signée en mai 1980 par la FMF, et seulement en janvier 81 par la CSMF; on y trouve la création du secteur à honoraires libres. Raymond Barre est alors Premier ministre et Jacques Barrot, ministre de la Santé. Ce secteur 2 donne la possibilité aux médecins (tout en étant conventionnés) de prendre plus cher que le tarif opposable, sans pour autant que l'assuré soit mieux remboursé. Pour Maurice Derlin, président Force Ouvrière (FO) de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), "c'est un mal nécessaire, sauf à voir disparaître la convention médicale"; pour CGT, CFDT, FEN et Mutualité, "c'est la mise en route de la logique du marché dans l'assurance-maladie".

**En médecine de ville, toute innovation est impossible...** L'arrivée de la gauche au pouvoir en 1981, laisse entrevoir des perspectives intéressantes. Une loi votée en janvier 1983 permet pour la première fois la "budgétisation d'expériences à caractère sanitaire et social" et fournit ainsi aux projets d'Unités sanitaires de base

(USB),<sup>4</sup> imaginées par le Syndicat de la médecine générale (SMG), leur assise juridique. La première expérience est celle du Centre de santé de Saint-Nazaire<sup>5</sup>. Trois USB ouvrent en juillet 1983. Elles sont d'emblée l'attaque du lobby médical, de la droite et de FO au niveau des caisses de Sécurité sociale, au point que l'expérience de Saint-Nazaire restera unique et, Jacques Chirac, devenu Premier ministre, la CNAM y mettra un terme au bout de trois ans et demi d'existence, sans tenir compte des résultats de l'évaluation, pourtant favorables.

En 1990, à l'initiative d'un syndicat de médecins généralistes (créé en 1986), Médecine générale-France, et avec l'appui du ministre de la Santé, les "contrats de santé", innovation apte à rendre plus cohérente la médecine ambulatoire tout en respectant le libre choix, sont inscrits dans la loi. Les réactions corporatistes des médecins qui s'y opposent, trouvent un écho favorable à FO. Maurice Derlin, président de la CNAM (signataire du projet) laisse sa place à Jean-Claude Mallet (toujours FO). L'agitation est si forte, la fibre de l'atteinte au libre choix du médecin si vibrante, qu'on voit des syndicats ouvriers et des associations, habituellement plus pertinentes que d'autres sur les questions de santé, se montrer réticents ! Finalement, les contrats de santé sont dans la loi, mais ils ne seront jamais appliqués...

La leçon à tirer de ces deux exemples, la non-réalisation des centres de santé (les centres de santé intégrés étaient pourtant dans le programme commun de la gauche), et l'interdiction de mettre en place des contrats de santé (prévus par la loi), c'est qu'en France (à la différence d'autres pays, comme la Belgique), toute expérimentation est impossible. Les "réformes" consistent toujours à augmenter les cotisations et/ou à baisser les remboursements. Résultat, la France est le pays européen où les cotisations sont les plus élevées et les remboursements les plus faibles!

Pourtant, sous le gouvernement Juppé (et bien



avant novembre 1995), des indices laissent supposer que le statu quo (qui faisait que rien ne bougeait au niveau de la Sécurité sociale) pourrait être remis en cause. Le CNPF, qui refusait de siéger au conseil d'administration de la CNAM depuis plusieurs années, y reprend sa place et fait comprendre qu'il a l'intention d'y jouer un rôle (certains observateurs interprètent ce retour comme une remise en cause de son alliance de fait avec FO). La presse grand public dénonce de plus en plus souvent la gestion FO de la CNAM... Même en période de campagne électorale, Edouard Balladur augmente les honoraires des médecins tandis que Jacques Chirac promet aux médecins de ne rien leur imposer, et aux assurés de ne pas toucher à leur Sécurité sociale !

**Les réseaux, le médecin référent : des indices de changement ?** Maintenant que plus personne n'oserait prétendre que "la France a le meilleur système de santé du monde" et que chacun s'attend à des changements dans la prise en charge de la protection sociale, les innovations proposées pour la médecine de ville ont-elles plus de chances d'aboutir ? Le plan Juppé de réforme de la Sécurité sociale préconise le développement de filières et de réseaux de soins<sup>16</sup>. Cet intérêt pour des pratiques nouvelles de travail pluridisciplinaire (à l'opposé de l'exercice individuel qui est la règle en médecine) a été à l'époque, favorablement accueilli. Mais la réalité est complexe : les réseaux "Soubie"<sup>17</sup> n'ont rien à voir avec les réseaux déjà existants, nés de la fracture sociale dans les années quatre-vingt. Ces réseaux de soins étaient et sont encore la réponse imaginée par des pionniers, médecins et non-médecins, pour faire face à des problèmes nouveaux (le SIDA, la toxicomanie, l'exclusion...), auxquels le système de santé était bien incapable de répondre ! Leur utilité est reconnue par les pouvoirs publics, mais la circulaire qui doit fixer le cahier des charges, préalable à leur financement, prête depuis juin 1998 et dont la publication a été annoncée comme imminente par Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé, en janvier

1999<sup>17</sup> n'est toujours pas publiée ! Si Martine Aubry, ministre des Affaires Sociales attend un consensus de tous les syndicats médicaux pour apposer sa signature, le risque est grand que rien ne se fasse (avec la circulaire, il ne serait pas possible que les fonds publics financent de réseaux à but lucratif !). Des médecins (et d'autres acteurs) des réseaux continueront alors à œuvrer de façon bénévole, par militantisme; ils resteront une infime minorité dans la profession, minorité admirée pour son dévouement et son efficacité à rendre la misère supportable... pour la société.

Les réseaux "Soubie" sont de conception (ou plutôt de finalité) différente. Les projets doivent être innovants et répondre à des critères très précis. Les dossiers d'élaboration relèvent d'une démarche si compliquée que les acteurs de terrain déjà investis dans les réseaux ainsi que la plupart des associations qui s'intéressent au sujet n'ont ni les moyens humains, ni les moyens financiers pour pouvoir prétendre présenter un projet. Ainsi, seules des structures importantes peuvent le faire : caisses de Sécurité sociale, mutuelles, assurances, industrie pharmaceutique<sup>18</sup>...

La Convention médicale de 1996, signée seulement par le syndicat de médecins, MG-France, a introduit l'option "médecin référent", innovation intéressante qui permet (un peu à l'image des contrats de santé mort-nés en 1990), aux assurés qui le veulent, de signer avec leur généraliste (lui aussi volontaire) un contrat pour un an. Le praticien s'engage à tenir le dossier médical, à veiller au coût de ses prescriptions (notamment en utilisant des médicaments génériques), à participer à des actions de prévention. Le patient, que le dispositif doit fidéliser, bénéficie du 1/3 payant pour la part prise en charge par la Sécurité sociale et même pour le ticket modérateur avec certaines mutuelles ou assurances. L'option "médecin référent" devrait constituer une avancée, une brèche, dans le système libéral. Le médecin généraliste est valorisé et responsabilisé; on lui reconnaît

une pratique globale, avec du soin, de la prévention. Pour la première fois, il est rémunéré pour autre chose que du soin<sup>18</sup> et le fait, pour le patient, de ne pas avancer d'argent facilite l'accès aux soins. En juillet 1998, 13% des généralistes avaient adhéré à l'option lorsqu'une décision du Conseil d'Etat, après un recours déposé par la CSMF et le Syndicat des médecins libéraux (SML), annulait la Convention ! Heureusement, fin 1998, une nouvelle convention réintroduisait "l'option référent" (avec la précaution juridique nécessaire pour éviter une nouvelle annulation). S'appuyant sur la courte expérience précédente, la CNAM et MG-France y ont apporté des améliorations : simplification des démarches avec les CPAM pour les paiements, extension du 1/3 payant pour les consultations de médecins spécialistes sur indication du généraliste référent<sup>19</sup>, information des assurés)... Résultat : au bout de six mois de fonctionnement, le taux de médecins signataires de l'option n'est que de 8% !

Comment expliquer ce recul, cet échec ? Il y a des difficultés techniques réelles liées aux retards accumulés par des années d'immobilisme, liées aussi à l'inertie de certaines CPAM. La complexité du système de protection sociale avec ses différents régimes et ses multiples caisses de Sécurité sociale n'arrange pas non plus les choses. Néanmoins, dans les circonscriptions où l'option référent fonctionne bien, le taux d'adhésion des médecins est sensiblement le même ! En fait l'opposition est forte et bien organisée : matraquage des syndicats CSMF, SML, puissamment relayé par la presse médicale, au nom de la défense de la médecine libérale ; prises de position hostiles du Conseil de l'ordre au nom de la défense de la liberté sans négliger non plus le rôle de l'industrie pharmaceutique<sup>20</sup>... Dans ce contexte, beaucoup de médecins se cramponnent à leur statut actuel, fait de libéralisme désuet (qui interdit aux autres d'exercer différemment) ; d'autres, malgré tout, inquiets de l'avenir, se réfugient dans l'expectative ou mélangeant tout, médecin référent, informatisation, télétransmission des

feuilles maladie, trouvant là un prétexte pour refuser tout changement...

Il n'est pas sûr non plus que tous les médecins qui ont choisi d'être référents soient conscients des enjeux concernant l'avenir de la protection sociale. Il ne faudrait pas proposer l'option qu'aux clients démunis et conforter ainsi une médecine à plusieurs vitesses, ni voir dans cette innovation qu'une rémunération supplémentaire et la possibilité de consolider une clientèle ! Enfin, il ne faudrait pas que, faute de volonté des acteurs, l'option se limite seulement à une procédure de 1/3 payant ! Parmi les acteurs, il y a les assurés ; si ceux qui ont choisi un médecin référent se disent satisfaits du système, il est surprenant de voir qu'ils ne revendiquent plus le 1/3 payant quand ils doivent consulter un autre médecin (qui, lui, n'est pas référent), ce qui fait dire à certains médecins que les "gens s'en fichent" et qu'ils ne voient pas pourquoi ils deviendraient médecins référents !

**Des assureurs qui ne veulent plus être des payeurs aveugles...** Et si, à l'heure des offensives nombreuses des assureurs dans le domaine de la santé, le débat sur le médecin référent était dépassé ? Les assureurs (ainsi que la Sécurité sociale et les mutuelles) ne veulent plus être des payeurs aveugles ! Pour maîtriser les coûts, ils veulent agir en amont, en gestionnaire du "risque santé". Le principe initié en France, au printemps 1997, par la Caisse nationale de prévoyance (CNP), pour l'optique et la dentisterie, est simple : renseigner l'assuré sur le prix et la qualité des lunettes et des soins dentaires et arriver à persuader les dentistes et les opticiens de limiter leurs prix. L'outil de communication : la plate forme téléphonique que l'assuré appelle et qui le conseille.

La CNP, avec son projet "Carrés bleus", est sortie cette année de la phase expérimentale ; les AGF, Groupama, AXA... lui ont emboîté le pas, avec extension à d'autres secteurs que le dentaire et l'optique et constitution de réseaux de professionnels. Médecins et assureurs vont se mettre





d'accord sur les produits remboursés et sur les prix pratiqués. Le médecin aura la garantie d'être payé rapidement (par la banque) et le client bénéficiera du 1/3 payant intégral. De plus, par les contacts établis téléphoniquement, l'assureur connaîtra mieux les besoins, constituera des bases de données utiles pour proposer de nouveaux produits (y compris dans le domaine de la prévention).

Curieusement le corps médical et l'ordre des médecins, habituellement si prompts à dénoncer les innovations proposées par la Sécurité sociale, se montrent bien discrets quand il s'agit d'initiatives venant du secteur marchand ! Pourtant, dans une logique économique, il y a aura, à terme, sélection des médecins pour répondre aux exigences du financeur avec le risque de se voir dépossédé

de la clientèle en cas de désaccord sur les prix, sur la façon de faire, sur la qualité, sur la prévention. Paradoxalement, ce peut même être un progrès pour la santé publique (il y aura une évaluation des pratiques), mais réservé à ceux qui pourront se payer cette couverture complémentaire !

Puisque pour les assureurs, il s'agit de diminuer les dépenses de santé tout en œuvrant à conquérir un marché lucratif, la question n'est pas tant de connaître l'importance de ce marché potentiel que de savoir ce que deviennent les valeurs de solidarité qui fondent la Sécurité sociale. Là encore, la position des médecins ne sera pas neutre mais encore faudrait-il connaître les points de vue des "partenaires" à but non lucratif que sont la Sécurité sociale et les mutuelles.

1. En 1999, les dépenses ne sont de ville de l'ensemble des régimes (y compris Mutuelle 287,2 milliards de francs), celles des établissements publics de santé 253,5 milliards.

2. Béatrice Malnoué-Dimigiani, Santé mon cher pays. Ed. Economica, 1987, et *Pratiques sociales. Ed. Le livre de poche, 1992*, 2<sup>e</sup> éd.

3. En France, à l'exception des centres de santé très nombreux, un médecin en ville n'a pas d'autre droit que d'avoir un "cabinet" pour accueillir à l'acte.

4. Pierre Navarre, *Ed. Les médecins travaillent*, *Revue de Sciences Po*, 1997.

5. La Convention médicale régit le rapport entre les médecins (libéraux et la Sécurité sociale (en fixant notamment le montant des honoraires). Elle est prévue pour quatre ans et est négociée entre l'Ordre national des médecins, maître et les unions de médecins agréés sociaux.

6. La polyvalence et le rôle d'une médecine générale associent les soins de premier recours (impitoyable avec travail en équipe pluridisciplinaire, participation des usagers et l'attention de l'usager) avec soins de soins de soins d'urgence.

7. Daniel Guillet et Jean-Lucien Maréchal, *Pratiques sociales*, Ed. Centre de Santé de Saint-Sébastien, Ed. Syros Alternatives, 1989.

8. Pour les médecins généralistes et les patients qui le souhaitent, il est possible de passer un contrat pour un an, le médecin tenant le dossier médical et veillant à la

continuité inter-générationnelle. Le patient s'engageant à payer en premier ses honoraires et bénéficiant de 1/3 payant.

9. En France, seulement 23,8% des dépenses sont remboursées par la Sécurité sociale, pour un décaissement de 5800 pour les soins de ville.

10. Déclaration du 24 avril 1999.

11. Décret du président du Comité d'orientation des filières et des réseaux de soins expérimentaux, créé par l'Assemblée 11 septembre 1996.

12. Le Comité national de la coordination des filières, le 31 janvier 1999 p. 1508.

13. Il n'est pas évident de relever qu'il y a des points agréés par le Comité d'orientation des filières et des réseaux, concernant l'asthme, les fibroses, les pathologies libérales qui concernent la Vestibule. Par ailleurs, le gouvernement a donné en octobre 1999, son accord au projet de loi de santé élaboré par l'Association Groggini.

14. Par contrat agréé, le médecin jouit de la Sécurité sociale 75 francs à l'acte et la Sécurité sociale rembourse 25 francs.

15. Et que les spécialistes refusent !

16. Les médecins adhérents s'engagent à limiter les prescriptions et à prescrire des médicaments génériques, moins chers.

17. CMIF et SVU ont même la proposition d'organiser Santé, "trait de partenariat entre vos représentants médicaux et ASX".



# Pauvre, édenté, aveugle et malentendant, ou les grands débats d'une société moderne

La loi sur la Couverture maladie universelle (CMU) sera mise en place au premier janvier de l'an 2000. Un mois avant sa mise en application, il est intéressant d'examiner l'état d'esprit et d'engagement des différents acteurs, s'agissant d'une loi qui concerne 10% de la population résidant sur le territoire et, par certains de ses aspects, soixante millions d'assurés sociaux.

Le débat est engagé par la présidence de la Caisse nationale d'assurance maladie en personne, acteur numéro un de la mise en place de la Couverture maladie universelle : la CMU instaurerait une Sécurité sociale "à deux vitesses", en inaugurant la mise en place d'un remboursement des soins proportionnels au revenu. En cela, elle serait la première étape d'un démantèlement de la Sécurité sociale et d'un renoncement aux concepts qui l'ont fondée.

De quoi s'agit-il concrètement ? De savoir si des personnes vivant avec moins de 3500 frs par mois pourront accéder à des soins dentaires et optiques minimaux et de qualité, ce qui n'est

pas le cas aujourd'hui. En améliorant cette situation, on constate que ces personnes bénéficieront, gratuitement, d'une meilleure couverture que celle proposée par le système actuel au citoyen lambda qui, lui, cotise parfois très cher pour une couverture complémentaire de qualité médiocre. Ce qui est à remettre en question, c'est donc à la fois le caractère dérisoire de la protection offerte par la Sécurité sociale pour soixante millions de personnes en matière de soins optiques et dentaires, et en second lieu le rôle joué dans ce domaine par les professionnels que sont les chirurgiens-dentistes.

Force est de constater enfin que les organismes complémentaires qui proposent leurs services, moyennant cotisations, ne font qu'une offre très médiocre dès lors qu'il s'agit de personnes isolées avec de petits salaires. Qui a rempli un jour un formulaire d'adhésion à une mutuelle ou à un contrat d'assurance, sait qu'entre l'option A, l'option B et l'option C, la différence tient essentiellement à la prise en charge de soins dentaires coûteux. Et chacun de cocher l'option qu'il peut

Noëlle Lasne

Juriste et  
ex-médecin généraliste  
et responsable des  
programmes  
en France, de  
Médical Legal Services



s'offrir. Rien de tout cela n'est nouveau, ni en quoi que ce soit imputable à la loi sur la Couverture maladie universelle. Il s'agit d'une inégalité fondamentale, scandaleuse, dont chacun semble s'accommoder, d'un accès aux soins non pas à deux mais à mille vitesses, où le désengagement de l'Etat, des professionnels et des organismes complémentaires est unanime et radical. Qu'une décision politique prenne en compte cette inégalité et coupe court à cet immobilisme pour décréter que les plus pauvres, qui n'ont aucune alternative, doivent voir leur sort amélioré, et c'est le scandale.

En dénonçant une Sécurité sociale "à deux vitesses", on feint d'oublier que la Sécurité sociale n'est pas engagée dans l'affaire. Le fonds de financement de la CMU, créé à cet effet par voie législative à cet effet, n'a rien à voir avec le financement de la Sécurité sociale ni avec l'argent des cotisants.

On feint d'ignorer aussi que depuis des années, les services des conseils généraux et de l'Etat ont mis en place, avec l'argent public, des prises en charge complémentaires des dents et des lunettes pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dont certaines sont très avantageuses.

Pas un mot non plus sur la multitude des régimes d'assurance maladie et leurs remboursements à géométrie variable : un salarié lambda est remboursé à 65%, mais un parlementaire l'est à 70% (régime spécial) et un petit artisan à 50% (régime spécial également). Mais ça, ce n'est pas une protection sociale à plusieurs vitesses...

En mettant en lumière les difficultés d'accès aux

soins de six millions de personnes et en s'efforçant d'y donner une réponse, la CMU met simplement en évidence les points faibles du système de soins : les organismes de Sécurité sociale sont-ils parvenus à négocier ces dernières années avec les chirurgiens-dentistes des "tarifs de référence" ? NON.

Ont-ils augmenté leurs remboursements des soins optiques et dentaires aux assurés sociaux ? NON.

Les organismes complémentaires - mutuelles et assureurs - se sont-ils intéressés aux difficultés de leurs adhérents et assurés à bas salaires afin d'améliorer leur protection dans ce domaine ? NON. Les lois du marché et de la concurrence ne le permettent pas.

Une avancée de cette nature met en lumière les conséquences d'une application stricte des critères de rentabilité dans le domaine de l'accès aux soins et les inégalités qu'elles génèrent. Si les édentés, les myopes et les malentendants passent demain, sans bourse délier, d'un seul bridge à la prothèse totale, d'un demi-verre de lunettes aux deux verres - monture comprise, et de la surdité totale à l'appareillage d'une oreille, cela ne manquera pas de coûter. Mais ce qu'on leur reproche surtout, c'est de menacer l'équilibre des inégalités de marketing.

Ce n'est pas le moindre paradoxe de la loi CMU d'avoir pris le risque d'introduire les assureurs privés dans l'accès aux soins des plus pauvres, et de reconnaître en même temps cet accès aux soins comme un droit qui ne se monnaie pas, un droit qui ne se mérite pas, somme toute un droit fondamental...

# Pourquoi les réseaux dérangent

L'histoire des réseaux a commencé dès lors que des médecins, des infirmières, des kinésithérapeutes, des travailleurs sociaux... ont inversé le principe dominant selon lequel les personnes devaient s'adapter à la pratique des professionnels et proposé que ce soit les professionnels qui adaptent leurs pratiques à la réalité des personnes malades. Ils ne mesureraient certainement pas, à l'époque, que ce changement allait induire la mise en place de processus d'organisations - les réseaux de santé<sup>1</sup> - qui viendraient, dix à quinze ans plus tard, remettre en question la suprématie de la bio-technologie sur le système de soins.

On peut appréhender l'observation des réseaux de santé de plusieurs manières et donc, tout compte fait, y trouver ce que l'on cherche. Mais cette vision est forcément tronquée à partir du moment où l'on utilise comme outil de vision un instrument inadapté. Ceci explique pourquoi certains continuent à n'y voir qu'un phénomène marginal.

Nous évoquons ici les réseaux de santé définis comme une forme organisée d'action collective, apportée par des professionnels en réponse au besoin de santé des individus et /ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut donc celle de réseau de soins. Il ne s'agit donc pas de réseaux de regroupement d'intérêts professionnels au sens économique comme les regroupements inter-établissements de soins, ni d'une organisation hiérarchisée au service des intérêts d'une profession ou d'une structure hospitalière.

En quoi les réseaux proposent une autre approche du soin et de la santé. En faisant voler en éclats le rapport dominé/dominant dans la relation médecin-malade, la pratique en réseau permet aux personnes malades de se réapproprier leur santé. Elle brise l'hermétisme des institutions qui gèrent le système de santé et par là, propose une approche médico-psy-

Vidier Ménéard

Médecin généraliste

*1* Selon Ménéard, est proposé de la Fédération nationale des réseaux de soins. Les réseaux sont des associations de professionnels de santé qui mettent en œuvre dans les services de la santé et de soins.



cho-sociale "transversale" face à la verticalité des structures hiérarchisées. La collaboration entre professionnels se fonde ainsi sur de nouvelles valeurs à travers, notamment, le développement de rapports non-hiérarchiques, le partage sur la réflexion de l'action de chacun, la définition d'objectifs communs, la construction d'organisations qui visent au progrès social... Par ailleurs, l'intégration des dimensions sociale et psychologique dans tout projet thérapeutique améliore la pertinence et la qualité du soin. Enfin, les réseaux permettent de reconstruire la prévention et la promotion de la santé.

**Pourquoi les réseaux dérangent.** A partir du moment où des professionnels remettent en cause l'ordre préétabli, ils s'exposent à des réactions déstabilisantes. Aux yeux de certains défenseurs du modèle libéral de la médecine, le danger des réseaux de santé réside dans leur volonté de passer de l'omniprésence du médical au concept de santé bio-psycho-social. C'est-à-dire... de ne plus réduire la santé à la médecine. En introduisant ce concept d'approche globale de la santé, on réduit non seulement la puissance de la médecine organique et de l'organisation de la médecine qui s'y rattache, mais on redonne aussi à la personne le pouvoir de faire des choix concernant sa santé. Ce qui réactualise une démarche sur la citoyenneté.

En voulant construire une politique de santé au service des personnes, c'est-à-dire un système dont la finalité n'est plus de résoudre les problèmes des soignants mais de satisfaire les besoins des populations, on bute sur plusieurs obstacles :

1. L'organisation de la santé réside essentielle-

ment dans le cloisonnement de systèmes hiérarchisés et étanches, ce qui protège ces structures de toute remise en cause, notamment de leur fonctionnement. La finalité de leur action réside davantage dans la défense de leurs prérogatives et de ce fait, ils sont essentiellement des courroies de transmission des politiques qui s'élaborent dans l'intimité des administrations. Les responsables politiques sont même dépossédés de l'application de leurs projets. Ceci, associé à l'habituelle démission politique, explique pourquoi il y a plus de promesses que de réalisations.

2. Le monde de la médecine ne veut pas admettre que les progrès de la technique et de la connaissance n'ont pas réussi à suffisamment améliorer la santé des populations. Ce sont les facteurs sociaux, écologiques et les comportements à risque qui produisent aujourd'hui le plus de pathogénie. Ceux-ci montrent les limites de l'intervention médicale traditionnelle. Seulement, on persiste à demander aux médecins de résoudre ces problèmes, ce qu'ils ne savent pas faire. Mais le reconnaître est vécu comme une perte de reconnaissance sociale, donc comme une perte de pouvoir.

3. L'économie libérale profite de cette situation pour tenter une réorganisation à son profit. Elle veut reconstruire un système de santé sur une nouvelle suprématie de la médecine. En imposant les lois du marché à la distribution des soins, elle veut générer des profits là où la population est prête à investir pour sa santé. Elle laisse au système de la solidarité la distribution des soins aux classes sociales défavorisées. Pour arriver à ses fins, elle a besoin d'acheter un corps médical qui assurera la rentabilité des investisse-

ments. Elle n'hésite pas d'ailleurs à s'emparer du concept de réseau pour maquiller son projet (projet AXA, Groupama...)

Face à cette évolution du système de distribution des soins, face à la démission des forces politiques qui prétendent défendre les intérêts des populations, les réseaux de santé se retrouvent être les révélateurs de ces dangers. En effet, les réseaux ne se sont pas construits dans une démarche politique visant à transformer un système inégalitaire : ils se sont développés dans la construction d'une politique de santé face à des fléaux médico-sociaux. Ce n'est pas un hasard si c'est face au sida, à la toxicomanie, à la précarité, au handicap, que les réseaux ont forgé les outils de l'intervention médico-psycho-sociale. C'est dans la volonté d'apporter des réponses cohérentes qu'ils ont ouvert des espaces où la personne malade peut exprimer ses besoins. C'est en analysant la cause des maladies qu'ils ont compris que les médecins ne pouvaient plus travailler dans l'exercice solitaire de la médecine, et c'est pour être efficaces qu'ils ont mis en place les nouvelles pratiques coopératives entre professionnels du champ médical, social et psychologique. Ils ont donc la légitimité aujourd'hui d'informer la population des dangers de la privatisation du système

de santé, de dénoncer ceux qui ont la naïveté de croire que l'économie libérale apportera une juste distribution des soins, permettra de diminuer les inégalités dans l'accès aux soins, (même avec la CMU) ou que les forces politiques libérales développeront une santé publique au service des populations. La recherche de profits ne peut pas se déclinier avec la recherche du mieux-être pour tous.

Les réseaux de santé mènent donc un combat pour obtenir une reconnaissance et des moyens pour poursuivre leurs missions de santé publique. Mais il est clair maintenant que cela ne pourra pas se produire sans la participation de la population pour la reconquête du droit à une vie préservée des facteurs de nuisances, pour un libre accès à des soins de qualité pour tous, pour une information juste et partagée et une diminution du pouvoir des experts.

Il est donc légitime que les réseaux de santé participent au débat sur l'avenir de notre société.



*Les réseaux de santé ont été créés en 1991 à l'initiative de la Fédération Française des Médecins Libéraux (FFML) en réponse à la loi de Libération pour les personnes âgées. Ils ont pour but de garantir un accès à des soins de qualité pour tous. Ils ont été créés en 1991 à l'initiative de la Fédération Française des Médecins Libéraux (FFML).*

Nous reprenons ici un résumé de l'intervention, lors de notre colloque du 30 octobre 1999, de Serge Gingras, venu nous exposer l'état des lieux du système de soins au Québec, en pleine mutation sous l'effet de restrictions budgétaires drastiques et des réformes structurelles qui les accompagnent.

# Soins au Québec : mêmes enjeux

Serge Gingras

Serge Gingras, médecin généraliste, membre de l'Association des médecins allopathes de la région de Québec, ancien directeur général de la CLSC de Québec.

**Les services médicaux au Québec en 1999.** Les services médicaux sont totalement assurés par le régime d'assurance-maladie du Québec. Il n'existe pas de ticket modérateur mais l'apport financier du privé se situe à 30 % (à peu près comme en France). Actuellement, on réfléchit sur le panier de services couverts par le régime et la possibilité, très impopulaire, d'introduire éventuellement un ticket modérateur.

Quinze mille médecins se répartissent également entre généralistes et spécialistes. Ce nombre est strictement limité par le gouvernement. Deux syndicats, (un pour les spécialistes et l'autre pour les généralistes), représentent les médecins. La cotisation syndicale est obligatoire.

Les médecins généralistes travaillent :

- dans les hôpitaux, urgences, hospitalisations, soins intensifs, obstétrique... (payés à l'acte le plus souvent) ;
- dans les cabinets médicaux libéraux, le plus souvent en groupe (payés à l'acte) ;
- dans les établissements de soins de longue durée, psychiatriques, réadaptation... (salariés) ;
- dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC) (salariés ou à l'acte pour le service de consultations sans rendez-vous).

En CLSC, les médecins participent à des programmes préventifs et à des activités cliniques curatives. Plusieurs professionnels de la santé et du social s'y côtoient : médecins généralistes, infirmières, travailleurs sociaux, aides-soignantes, psychologues, organisateurs communautaires...

**Réforme et virage ambulatoire.** Tous les intervenants étaient d'accord pour accepter les changements qui s'imposaient avec l'avènement des nouvelles technologies, afin de réduire les durées de séjours hospitaliers très coûteux. Ce virage ambulatoire impliquait un transfert de services vers la communauté. Les suivis à domicile post-opératoire ou post-hospitalisation ont été assumés par les CLSC avec succès, de même pour les consultations à domicile des personnes en perte d'autonomie.

**Lutte contre le déficit.** Le virage ambulatoire devait se réaliser progressivement mais la lutte intensive pour éliminer rapidement le déficit budgétaire a précipité tout le système de santé québécois dans la crise que l'on connaît actuellement. Certaines actions ont eu des effets dramatiques. Mentionnons l'offre de mise à la retraite anticipée des médecins et des infirmières - acceptée massivement (le double de ce

qui était prévu) - ou la compression importante des budgets de la santé. Tous les employés de l'État, y compris les médecins, ont vu leur rémunération diminuer de 6%. Pour la seule ville de Montréal, sept hôpitaux ont fermé. Cette situation a contribué à allonger les listes d'attente et engendré un mécontentement des professionnels de la santé et de la population. Ces conditions favorisent actuellement un effritement progressif du système public au profit du système privé.

**Le rapport Arpin sur la complémentarité privé-public.** Le ministre de la Santé a demandé, en octobre 1998, à un groupe de travail d'examiner l'état de la situation quant à l'évolution des dépenses privées par rapport aux dépenses totales de la santé et d'éventuelles possibilités de complémentarité entre le privé et le public. Il a conclu qu'il fallait dire non à la privatisation du système public. Par contre, il faudrait examiner les possibilités de contrats de services avec le privé dans la distribution de soins, certains services pouvant être dispensés dans des méga cliniques de médecins généralistes et spécialistes libéraux à moindre coût et avec un plus court délai d'accès que dans des centres hospitaliers (le privé étant plus efficace sur le plan administratif et employant du personnel non syndiqué). Le rapport mentionnait entre autres que les CLSC, particulièrement en milieu urbain, ne remplissaient pas leur mandat de services médicaux de première ligne. Pourquoi ? On ne leur en a jamais donné les moyens. La ministre actuelle se donne un an pour réfléchir aux suites à donner à ce rapport.

**Le département régional de médecine générale.** Il y a quelques années, le Conseil médical du Québec a recommandé une organisation des services médicaux, inspirée du système de capitation britannique. Les médecins généralistes ont préféré proposer la mise en place d'un département régional de médecine générale dans chacune des régions du Québec. Ce département aura la tâche d'organiser l'accessibilité des services médicaux pour toute la population de sa région. Il devra également gérer les effectifs médicaux, recommander des programmes

prioritaires et évaluer l'atteinte des objectifs quant à ces responsabilités. Afin de favoriser la contribution des médecins généralistes à ces activités, certaines incitations financières ont été négociées et devront l'être encore.

**L'association des médecins de CLSC du Québec.** Notre association compte environ neuf cent cinquante membres répartis dans les différents CLSC du Québec. Nous croyons que le système de santé doit demeurer public, que la part du financement privé - actuellement à 30% - est maximale avant de basculer vers une irrémédiable privatisation du système de santé avec une médecine pour les riches et une pour les pauvres. Le système public a grandement souffert des compressions récentes et ses difficultés ne font qu'attirer les tenants du privé, pour autant qu'il y ait profit à l'horizon. En CLSC nous défendons une approche intégrée, globale et multidisciplinaire des problèmes de santé et des soins. Cette année, nous voulons être davantage présents sur la place publique afin de défendre cette approche, menacée par le vent de la privatisation, autant dans le financement que dans la distribution de services médicaux.

Évidemment, il nous faudra critiquer nos façons de faire pour améliorer notre efficacité comme système public : le bon service, par la bonne personne, au bon moment, au moindre coût. Le privé ne sera certes pas la solution mais deviendra rapidement un problème si nous ne réagissons pas.

Vous pouvez le constater : bien qu'un océan nous sépare, la mondialisation et ses effets nous rapprochent de plus en plus dans nos préoccupations.

1. Le syndicat regroupé dix-sept associations régionales de médecins omnipraticiens et deux associations nationales : l'Association des médecins travaillant en institution psychiatrique et l'Association des médecins de CLSC du Québec.





## Réflexions sur les modes de paiement

*Chaque mode de paiement a ses vertus et ses vices. On devrait opter pour tel ou tel mode en fonction des objectifs à atteindre.*

*La rémunération à l'acte favorise la "productivité" du médecin. Plus il fait de consultations, plus sa rémunération est conséquente. C'est un mode adapté à la consultation sans rendez-vous. En revanche, le paiement à l'acte ne favorise ni la qualité ni la prise en charge globale bio-psycho-sociale des problèmes de santé. Les médecins peuvent aussi avoir tendance à multiplier les actes, contribuant ainsi à une hausse des coûts.*

*La rémunération au salaire, un tarif horaire ou au forfait, est tout à fait adaptée à toutes les situations où la médecine dite lente est opportune : personnes âgées, maladies chroniques, interventions psychosociales, etc. Elle permet au médecin d'être rémunéré pour toutes ses activités, qu'elles soient administratives, relationnelles (discussions de cas avec d'autres professionnels, conseils téléphoniques), etc. Par contre, elle ne favorise pas la "productivité" : le volume.*

*Enfin, dans certains pays, il y a une rémunération au bonus. Le médecin qui a atteint certains objectifs de santé publique pour ses patients se voit attribuer une somme d'argent. L'objectif de cette rémunération est évident.*

*Au Québec, les médecins en cabinets (libéraux) trouvent que le mode de paiement à l'acte est de moins en moins adapté à leur pratique et demandent de nouvelles façons d'être rémunérés. La mixité des modes de rémunération semble une voie d'avenir. Dans ce sens, les spécialistes viennent de négocier un nouveau mode de paiement pour leur travail en centre hospitalier, la rémunération mixte : un forfait auquel s'ajoute un pourcentage de l'acte.*

Serge Gingras



# L'espace du soin : une révolution culturelle à mener

**C'est en tant que membre de l'EDSE que Bernard Cassou nous livre ses réactions à notre "Appel contre la dictature du néolibéralisme en médecine" et propose d'aller plus loin dans la réflexion : les dangers de l'intrusion de la logique marchande ne représentent qu'un des aspects des problèmes rencontrés dans le domaine de la santé.**

*Entretien avec  
BERNARD CASSOU*

**Pratiques : Quels sont pour vous les articulations entre les notions de médecine, soins, santé ?**

**Bernard Cassou :** Il existe une confusion entre ces trois concepts imbriqués les uns dans les autres. Or ce sont trois choses qu'il faut essayer de distinguer, sinon on fait du "Knockisme" - Knock est mon livre de chevet ; pour comprendre le fonctionnement du corps médical, je relis Jules Romain. Les soins ne renvoient qu'à un aspect de la santé, et la médecine n'est qu'un aspect des soins. Il y a bien d'autres façons de se soigner que d'aller voir un médecin. L'hégémonie des médecins qui envahissent tout le champ du soin, puis à partir de là tout le champ de la santé, a engendré un processus de médicalisation des problèmes sociaux.

Cette confusion est partagée par la population

qui pense que le médecin est la personne légitime pour parler de santé, au sens d'absence de maladie. Ce discours consistant à mélanger soins, santé et médecine manipule l'anxiété des gens qui pensent que le médecin va régler l'ensemble de leurs problèmes.

De même, la politique de santé est une politique qui va essentiellement intervenir sur les déterminants ; une politique de soins, elle, va agir sur l'organisation des soins. On retrouve cette même confusion avec le ministère de la Santé. Le ministre de la Santé n'est le plus souvent que le ministre des soins ; il fut même une époque où M. Douste-Blazy se présentait comme le ministre de la profession médicale.

Pendant trente ans, les médecins ont fait croire qu'ils allaient pouvoir résoudre tous les problèmes. On est maintenant dans une nouvelle

Bernard Cassou est membre de l'Association pour le Développement de l'Éthique Médicale (ADEM) française (EDSE) et directeur de l'Institut Santé-Patient et Soins de l'Association pour le Développement de l'Éthique Médicale (ADEM) (tel. 01 42 30 31 24)

\*Toute demande de copie européenne (EDSE) peut être adressée à l'Association pour le Développement de l'Éthique Médicale (ADEM) (tel. 01 42 30 31 24)



période où la population, comme les médecins, se sont rendu compte que ce n'était pas vrai. La médecine a des leviers extrêmement restreints pour agir sur les déterminants de la santé.

**Comment analysez-vous l'évolution et les dérives du système de soins ?**

Le texte de l'appel pointe les logiques de marché à l'intérieur du système de soins. C'est un point important mais il en est d'autres, extrêmement importants, comme celui de l'industrialisation des soins.

Un des phénomènes majeurs dans le système de soins depuis trente ans est effectivement l'arrivée de l'argent et pas seulement dans la relation médecin-malade. Le complexe médico-industriel est en marche depuis cinquante ans ; les médicaments ont une place considérable dans le soin, et les technologies de pointe, dans le diagnostic. Derrière la logique marchande que vous pointez, il y a le fait bien plus considérable que l'on peut gagner beaucoup d'argent dans le secteur de la santé et ni l'industrie pharmaceutique, ni les fabricants de machines ne s'y sont trompés. Si cette analyse est aussi celle des auteurs du texte, elle n'y est pas clairement formulée. De nombreux médecins, et de haut niveau, ne sont que des porte-drapeaux de l'industrie pharmaceutique, pour aider à la vente de médicaments. Un exemple en est la bataille actuelle pour abaisser les chiffres définissant l'hypertension artérielle ou les seuils de glycémie définissant le diabète ; bien sûr, les seuils de normalité pour des variables comme la pression artérielle ou la glycémie sont arbitraires, mais derrière, il y a des enjeux financiers considérables. L'arrivée des assurances privées n'est que la suite de ce processus de prise de conscience : on peut gagner beaucoup d'argent dans le champ de la santé et des soins !

Parallèlement, se pose le problème de la modi-

fication de la pratique médicale avec ce que j'appelle l'industrialisation : on le voit à l'hôpital avec les tendances à la production de masse, par exemple la fermeture des petites maternités pour faire d'énormes usines à naissances, pour essayer de diminuer les coûts de productivité ; on standardise les soins, avec les RMO et tous les "guide-lines" tendant à réduire chaque motif de soin à un seul objet plus facile à gérer et à contrôler ; on pratique la division du travail - l'option médecin référent participe de cette division du travail - avec des médecins de premier recours, ceux qui sont un peu spécialisés, l'hôpital, chacun gérant son petit terrain et le patient étant réduit à l'état d'objet, baladé d'une filière à une autre. Cette industrialisation des soins est une étape extrêmement importante de l'évolution du système, que l'arrivée des logiques marchandes ne peut que renforcer : il est très important pour les assureurs d'avoir une bonne productivité, une bonne standardisation du produit. Il faut dénoncer ces pratiques, au-delà de la seule arrivée des assureurs.

L'enjeu des réformes est de contrôler ce qu'à l'Ecole dispersée de santé européenne nous appelons l'espace de soin et de réduire sa dimension publique. Ce contrôle peut se faire aussi bien dans une démarche de service national de santé que dans une logique commerciale. C'est pourquoi je pense qu'il ne faut pas pointer que les dangers de la logique commerciale, laissant entendre que d'autres logiques, celle des centres de santé par exemple, permettraient d'agrandir cet espace du soin, ce dont je suis loin d'être sûr.

Cet espace du soin où les gens peuvent venir chercher de l'aide pour résister à tout ce qui ce passe dans leur vie doit être préservé. Il y a là un espace de mobilisation où les patients peuvent être partie prenante.

L'espace de soin était au centre des débats de



l'École dispersée de santé à Cordoue. La question n'est pas : quelle est la meilleure organisation des soins ou de la médecine salariée ? Mais plutôt : quelle est celle qui permet le mieux au patient de retrouver sa liberté et, en particulier, la liberté de choix des soins ? On est encore loin d'un statut de partenaire dans la relation médecin-malade même si tout un courant y pousse. On en reste encore à une autorité qui dit ce qu'il faut faire. Restituer une possibilité de choix au patient et lui permettre de reprendre l'initiative doit être une partie du travail du médecin. L'enjeu est bien celui d'une nouvelle relation avec le médecin dans l'espace du soin ; pour moi cet enjeu est plus important que celui de l'argent, sans bien sûr mettre de côté des problèmes économiques qui peuvent empêcher toute relation thérapeutique.

**Est-ce que, quand même, la logique marchande à l'œuvre dans les HMOs<sup>2</sup>, par exemple, n'étouffe pas toute évolution de cette nouvelle relation ? La population n'a plus du tout le choix...**

Tout dépend qui dirige le HMO : aujourd'hui ce sont surtout des groupes financiers. Mais pourquoi ne pourrait-on pas imaginer un système où la population serait partie prenante et ferait elle-même des choix ? Qui veut-on soigner ? Comment veut-on soigner ? Ce sont vraiment là des questions qui doivent revenir dans le champ politique, qui doivent être posées et débattues par les gens concernés. Je lisais dans un numéro récent de *l'Express* qu'il y a Paris huit espaces de greffe du foie, et vingt-cinq dans toute la France. En Angleterre, pour la même population, il y en a sept. Pourquoi tant d'espaces de greffe en France ?

Il faut faire des choix. Je ne suis pas de ceux qui pensent qu'on pourra se permettre de dépenser sans limites pour les soins. Actuellement, ces choix se font dans l'opacité et sont laissés

aux experts, en particulier à des médecins. Bien sûr, si la direction du HMO est laissée aux assurances ou aux fonds de pension, la tendance sera de diminuer l'espace de soins, ou de choisir ce qui est rentable. Mais si la population s'en saisit...

**Pour l'instant c'est exactement le contraire qui se passe. A l'hôpital par exemple, le patient n'existe plus que comme concept ; le patient lui-même n'existe pas. Il n'existe ni dans la décision, ni dans les choix, ni dans aucun espace. On utilise le concept d'usager, mais l'usager n'a pas la parole.**

Il y a deux niveaux : d'une part la relation du patient avec un médecin où la relation d'autorité reste très forte, où on ne reconnaît pas de légitimité au savoir du patient ; d'autre part, la place des patients dans le fonctionnement de l'hôpital où ils sont totalement absents. Personne n'est capable de dire en quoi l'hôpital rend un service à la population dans une ville. Au-delà de la question du budget, on n'a toujours pas posé les questions des objectifs du système de soins, de l'hôpital, de son insertion dans l'environnement, des moyens qu'on met en œuvre et pour quels objectifs, de l'évaluation des résultats et des ajustements des objectifs en fonction des résultats. Tout ce qui fait une vraie démarche de santé publique.

**Pourquoi cette démarche de santé publique est-elle pervertie ?**

Parce qu'on fonctionne selon un système clinique. Les hépatologues veulent faire des greffes de foie ; les alcoologues veulent que la population arrête de boire ; les rhumatologues veulent soulager les rhumatisants ; et tout cela fonctionne sans articulation...

On baigne dans les contradictions du corps médical qui défend, c'est sûr, certains intérêts



de la population, mais qui défend aussi les intérêts de la profession et de la médecine. Ce corporatisme est encore très fort parce qu'en face, la population n'est pas un véritable acteur de santé. Et ce rôle n'est joué ni par les syndicats, ni par la mutualité, ni surtout pas par la Sécurité sociale. Quant aux associations de malades, elles sont très souvent tenues par des médecins, à l'exception de certaines, comme Aides, qui ont contribué à faire bouger des choses dans le fonctionnement de certains services. Le corps médical n'a en face de lui que l'État qui ne cherche pas à mettre en place une véritable politique de santé publique, mais agit au coup par coup.

#### Que faire ?

Essayer de faire entendre ce dont nous parlons dans cet entretien. Pousser à ce qu'il y ait des débats sur la santé et sur les soins. Les états généraux de la santé n'ont pas atteint ce but. Certes une critique de la relation médecin-malade y a été faite ; mais à aucun moment on n'a cherché à désigner les problèmes.

Tant qu'il n'y aura pas un débat contradictoire sur ce qu'est la santé, où on veut aller, si les soins se résument aux soins médicaux, la somme d'argent qu'on veut y mettre et pour qui, où sont les enjeux et quelles sont les difficultés pour les atteindre, on restera dans une politique au coup par coup, infléchie par les lobbies dominants. On avancera sur tel ou tel

problème, mais sans jamais arriver à construire. Le débat est verrouillé dans les médias qui ne fonctionnent que sur le mode du spectacle : une des rares émissions un peu critique, celle d'Antoine Vial sur France-Culture, a été supprimée, il y a un peu plus d'un an. On lui reprochait de ne pas assez parler de biologie moléculaire et des progrès de la génétique. Il va y avoir un débat sur la réforme des études médicales mais je crains qu'on n'y aborde que la forme : durée des études, moment du concours de l'internat, non pas le fond : qui forme t-on et pour faire quoi ?

Il y a une vraie bataille culturelle à mener. Il faut essayer de la mener dans des structures qui peuvent être dynamiques, comme la mutualité, les syndicats..., lieux où la population peut reprendre la main. Et il faut la mener aussi dans le corps médical, dans l'université, chez les infirmières...

Propos recueillis par Elisabeth Maurel-Arrighi, Anne Perrault-Solivière et Jean-Luc Boussard.

1. L'École de santé européenne a participé à une rencontre mutualiste à Caen, le 1<sup>er</sup> octobre 1999, à l'invitation de médecins amateurs. Le thème était : "Toujours de santé ou toujours en santé" organisé par Jean-Benoît de la Roche-Beaucourt.  
2. Cf. Elisabeth Charmoind.

# Pourquoi ça marche quand ça marche

Parfois, ça marche, malgré tout. Malgré le poids de la pathologie, les contraintes de toutes sortes, les difficultés de la vie.

Les médecins continuent de tenter de soigner. Les malades continuent d'espérer en la médecine. Parce que parfois, quand même, malgré tout, une petite lumière s'allume pour attester que ce qui a été fait était bien, était ce qu'il fallait faire. Une lumière singulière dans les yeux du soigné et du soignant, que chacun d'entre nous, qui a été malade et/ou soignant, sait identifier.

**Une urgence à dire face à des injonctions paralysantes et contradictoires.** Aujourd'hui, les soignants sont confrontés à des injonctions paralysantes et contradictoires. Nous devrions nous cantonner à un travail d'"ingénieur de santé", suivre les "guide-lines", les "références médicales opposables" (RMO), étiqueter bien proprement nos patients et leurs maladies. Et laisser aux patrons de bistros, aux coiffeurs et aux curés (enfin, ceux qui restent !) le travail de l'accompagnement et du soutien. La Sécurité sociale n'aurait plus les sous pour payer les médecins à faire cela, comme si c'était un luxe, comme si la question de l'écoute, du suivi n'était pas justement centrale dans l'efficacité thérapeutique.

Et d'autre part, nouvelle injonction, quand les choses sont trop graves, on veut bien nous concéder 115 F pour écouter, mais à condition de nous

taire, de ne rien dire des injustices, du chômage, du poids des guerres et des colonisations, de la misère des grands-parents placés "chez les autres" à l'âge de neuf ans, etc. Brancardiers de la société, mais brancardiers silencieux...

Les technocrates et les gestionnaires de toutes sortes, chacun à leur manière, veulent nous assigner à paralysie. Et pourtant, c'est ailleurs que nous sommes.

**Un lien qui se déchiffre et qui se nomme.** Ce qui fait la qualité du soin, ce sont mille choses subtilement entremêlées, comme dans un poème de Prévert : de la curiosité, du sens pratique et des connaissances scientifiques, de la rigueur et la capacité de gérer le flou, de l'empathie et de la fermeté, le sens du contact et de la retenue, un bon carnet d'adresses dans le médical, le social et ailleurs (avocat, fédération de consommateurs, chorale...). Elle requiert de la part du soignant du temps, le temps de l'examen physique, de l'écoute, sa mobilisation, sa disponibilité, l'énergie de chercher la meilleure solution mais aussi un sens de la modestie dans le pouvoir de la médecine. Et, en même temps, la capacité de croire aux miracles.

Mais encore, une responsabilisation mutuelle. C'est identifier par quelles étapes on peut aider un patient à entrer dans une démarche de soins, à affronter sa peur quand les symptômes deviennent graves.

Élisabeth Mauré-Angeli

Médecin généraliste



La qualité, c'est aussi le respect du patient, une vision du soin non paternaliste tout en étant plus égalitaire; c'est une réappropriation des savoirs, la capacité du médecin à adapter le savoir scientifique hospitalier à la médecine générale, à la complexité de la vie, la capacité du malade à faire part de ses savoirs à lui.

C'est surtout une capacité à être relié aux autres, à travailler en équipe, à disposer de ce carnet d'adresses sûr, tissé au fil des années, à identifier tel éducateur de rue, tel spécialiste, tel service hospitalier, tel pharmacien avec qui on pourra travailler en équipe, qui sauront nous aider et aider notre patient, et qui sauront aussi entendre nos demandes. C'est savoir demander un avis, passer le relais, savoir travailler en réseau. C'est l'estime réciproque, voire l'amitié, la reconnaissance mutuelle entre les intervenants.

C'est travailler avec d'autres pour notre formation médicale continue, pour réfléchir aux questions relationnelles, psychiques, sociologiques et anthropologiques, en œuvre dans le soin.

La qualité, c'est d'abord et surtout la capacité d'être relié à nos "maîtres", nos pairs et nos

patients. Mais ensuite, c'est nommer ce lien et aider le patient à s'y retrouver dans ses propres liens, ceux qui l'ont relié autrefois et aujourd'hui à autrui, et à en faire le récit.

**Un récit qui se construit.** Car l'essentiel du soin réside peut-être dans les histoires que se raconte le patient avec l'aide du médecin. Déjà, comprendre ce que signifie le symptôme, à quel phénomène physiologique il correspond, ou du moins, en avoir une idée. Écouter les hypothèses des patients, ce qu'ils imaginent. Trouver avec eux une "traduction" commune. Justement les Anglais, qui font beaucoup d'études sérieuses, ont montré que l'observance des traitements est meilleure quand les patients ont une explication de leurs symptômes. Moi, j'utilise souvent les contes de fée, l'aménorrhée secondaire peut devenir des ovaires qui jouent à la Belle au bois dormant, les maladies auto-immunes peuvent être la légitime peur des repréailles comme Blanche Neige qui avait de quoi être inquiète face à sa marâtre... Mais attention, si un énarque me lit, qu'il n'imagine pas qu'il faille mettre les Contes de Grimm en Questionnaire à Choix Multiple pour les médecins et les étudiants. Parfois, ce sont d'autres métaphores qui surviennent, selon les humeurs et les univers de chacun.

Surtout, le récit à construire concerne l'usage que le patient va faire de son symptôme et de sa maladie. Parfois, dire une révolte, souffler un moment... Le "bon médecin" serait alors celui qui aime entendre des histoires, découvrir, deviner les épopées, les sagas, qui portent chacun de nos patients. Il serait celui qui aide à mettre en scène.

Alors, on est loin des "Ingénieurs de soin" ou des brancardiers silencieux. On se situe plutôt du côté des artisans d'art, des bricoleurs-inventeurs, des entraîneurs sportifs à la veille de grandes épreuves, des artistes, des musiciens qui accompagnaient les conteurs, ou de ceux qui assurent le son et la lumière sur le plateau des théâtres.

Alors, les carottes et les bâtons que nous préparent les technocrates de tous bords sont complètement inadaptés. Chaque soignant a sa manière à soi d'être présent à son métier, d'y insuffler sa part d'invention et de poésie. L'heure est venue d'explicitier cela.



# Soins en Alsace : un exemple à jalouser

A entendre mes confrères de la France dite 'de l'intérieur', je me demande parfois si je fais vraiment le même travail qu'eux. Je ne me rappelle que peu de situations où l'accès aux soins fut difficile pour des raisons financières. A cela, il existe à mes yeux deux raisons.

La première, c'est qu'en Alsace-Moselle, nous bénéficions d'un régime particulier de Sécurité sociale, héritage de l'époque où l'Alsace était allemande. Ce régime, dit local, est bien plus favorable que le régime général : le ticket modérateur n'est que de 10% pour les soins ambulatoires quels qu'ils soient (actes médicaux, médicaments remboursés habituellement à 65% ou à 35%, soins infirmiers, kinésithérapie). L'hospitalisation est prise en charge à 100%, hors forfait hospitalier. La plupart des salariés de ces régions en bénéficient, de même que toute personne qui ne vit que des transferts sociaux et qui a un jour été inscrite à ce régime. Ainsi, la plupart de mes patients ne paient que 11,50 F la consultation chez le médecin généraliste. Evidemment, l'accès aux spécialistes de ville reste difficile pour les patients démunis parce que bon nombre d'entre eux sont en secteur 2 et qu'ils ne pratiquent pas le tiers-payant.

La deuxième raison est peut-être que nous avons tellement bien appris à "bricoler" avec ce dont nous disposons que nous ne nous rendons même plus compte que nos patients, parmi les plus démunis, n'ont pas accès à tous les soins. Certains de nos correspondants en ville, même installés en secteur 2, acceptent facilement de pratiquer un tarif secteur 1, et certains de nos correspondants hospitaliers ne font pas de consultations privées. Les autres, nous ne leur adressons plus nos patients. Et puis, quand il n'y a pas d'autres moyens, que les examens sont trop chers ou trop nombreux, il est assez confortable de pouvoir recourir à l'hospitalisation pour quelques jours sachant qu'elle est prise en charge à 100%. Nous connaissons des médecins hospitaliers qui acceptent d'hospitaliser des patients pour des raisons sociales.

Bien sûr, le régime local et le bricolage ne résolvent pas toutes les difficultés d'accès aux soins. Les patients les plus marginalisés restent encore exclus des soins, pour des difficultés de nature administrative ou d'ordre culturel, mais lorsqu'ils paient moins, c'est tout de même plus facile.

Catherine Jung  
Médecin généraliste

# Des relais à trouver

M. M., de nationalité sénégalaise, âgé de cinquante-deux ans, a été victime d'un accident du travail en août 1996, par projection de peinture sous pression dans les parties molles de la paume de la main gauche. Le risque de nécrose, avec amputation, n'est pas négligeable ! Il est opéré deux fois en un an mais il conserve des douleurs résiduelles intenses avec limitation des mouvements des doigts. M. M. est bien conscient que l'état de sa main ne lui permettra pas de reprendre son travail et qu'en l'absence de poste adapté dans l'entreprise, il se retrouvera au chômage !

Comment prendre en compte un tel problème dans sa globalité (médicale, psychologique, socio-économique) et éviter une consolidation "hâtive" sans avoir étudié toutes les solutions possibles dans l'inté-

rêt du patient ? Des certificats médicaux facilitent l'obtention d'un logement plus grand et le rapprochement familial (son épouse le rejoint). Une collaboration étroite avec la FNATH\* permet de connaître les procédures indispensables à la bonne application de la législation. Ce tiers (entre le patient et la CPAM, entre le patient et l'employeur) facilite considérablement les rapports avec le médecin conseil puis, après la consolidation (au bout de trois ans), le bon déroulement des démarches autour du licenciement (indemnités, ASSEDIC, COTOREP...).

Dans nos cabinets, sachons ne pas être démunis. Apprenons à connaître nos champs d'intervention en ayant le souci, dans l'intérêt du malade, de bien assurer le relais quand les problèmes posés dépassent nos compétences mais pas notre mission.

Daniel Courant  
Médecin généraliste

\*Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés.  
50 bd Jean-Jacques  
75014 Paris  
Tél. 01 43 76 00 77  
fax 01 43 15 24 117







Cette réaction est remarquable à plus d'un titre. Elle montre que le travail réel, avec ses variations, ses difficultés, est pris en compte par un milieu professionnel qui ajuste constamment des dispositifs pour le mener au mieux, dans l'intérêt des "clients" que sont les personnes prises en charge mais aussi dans le souci du personnel, du développement de ses compétences individuelles et collectives, de sa santé, de sa vie dans et hors de l'établissement. Et ce travail réel, en opposition à une définition abstraite des missions, reste au cœur du débat dès qu'un projet est en discussion tel que celui de réduire le temps de travail. D'où la difficulté, notamment avec les organismes de tutelle, qui pourraient être tentés en ces périodes de restrictions budgétaires, de ne négocier que sur des critères de gestion financière.

Cette réaction du personnel contraste avec les situations habituelles où nous nous trouvons dans nos interventions en entreprises. Généralement, nous avons à discuter longuement, avec les salariés comme avec les dirigeants, pour que soient rapatriées comme partie intégrante du travail les modalités du savoir-y-faire avec les difficultés rencontrées. Et ce, dans la plupart des milieux professionnels, publics ou privés.

Car si les salariés ne sont pas passifs face aux contraintes du travail et de son organisation, ils rechignent à parler de leur manière d'être au travail qu'ils considèrent spontanément comme ne relevant que d'une disposition personnelle. Ils hésitent à exposer, même à leurs proches, des conduites jugées trop intimes, ils redoutent la moquerie des pairs et le reproche des supérieurs. Il faut alors tout le montage de l'intervention pour que la mise en débat advienne, puis une

argumentation serrée, pour faire reconnaître la légitimité, au regard du travail, de certaines pratiques. Par exemple, ce sont des opérateurs de salle de contrôle qui jouent au Scrabble pour se tenir éveillés et attentifs aux alarmes et autres signes. Ou encore des agents de conduite qui dans la solitude des cabines de train s'inventent toutes sortes de jeux pour maintenir une certaine qualité de présence malgré la monotonie des dispositifs de veille automatique<sup>1</sup>. Ailleurs encore, ce sont des métallurgistes qui, pour entretenir un certain degré de perception de la machine à commandes numériques une fois qu'elle est lancée, enfreignent la discipline industrielle en lisant le journal ou en faisant des mots croisés<sup>2</sup>.

Chacun, quel que soit son statut et sa profession, tient durablement au travail par des modes d'investissement subjectif qui, pour être singuliers, n'en relèvent pas moins de logiques professionnelles, plus ou moins explicites, qui peuvent se lire dans le métier (des histoires, une langue, des règles de métier), les conventions collectives, des accords d'entreprise... Et ce, que la référence au métier soit assumée ou non. Ces logiques professionnelles sont mises à mal par les logiques financières et les discours managériaux. Elles n'en constituent pas moins un point d'accroche fort, de résistance et d'élaboration, à qui ose articuler singulier, collectif (le métier) et politique (la critique de la gestion<sup>3</sup> dominante).

1. Chru D., *Clames le peu pour calmer l'angoisse, à propos de la paralaxie élargie sur le jeu des agents de contrôle des trains*, Actes III, Collège international de Psychodynamique et de Psychopathologie du Travail, CNAM-ADCF, 1997, Paris.

2. BÉNEF, et MILLEZ B., *De la monotonie à l'ennui, l'évolution de l'expérience humaine des ouvriers lors des changements technologiques*, 1998, Eyrolles, Paris.

3. CHAMPAGNE E., *La gestion comme l'empêche de résister tout au travail ou organiser sa mise en valeur*, 1998, La Découverte, Paris.

# Notes de lecture

## A propos de *La refondation du monde*, Jean-Claude Guillebaud, ed. Seuil, France, 1999.

Dans son dernier ouvrage, l'écrivain et journaliste Jean-Claude Guillebaud fait un inventaire de la société occidentale : les grands mouvements historiques qui l'ont marquée depuis 1914-18 jusqu'à la chute du mur de Berlin en novembre 1989, ce qu'elle est devenue depuis que le libéralisme règne sans partage (le "néolibéralisme").

Devant la logique totalitaire et arrogante de l'économie de marché, il fait l'apologie de la réflexion et appelle à refonder le monde selon une démarche "douloureuse et ouverte" (G. Bataille). Pour lui, les fondements de la civilisation sont arbitrairement au nombre de six : l'égalité, le progrès, l'universel, la liberté, la démocratie et la raison. Il en fait l'historique et explique comment le néolibéralisme les met à mal.

La "refondation du monde" est urgente : l'analyse du présent enrichie de la connaissance du passé nous permettra de nous tourner résolument vers l'avenir. D'une lecture facile, ce livre est intéressant dans la mesure où il synthétise des idées et des analyses que nous avons pu lire par-ci par-là, entendre ou énoncer :

- *Le néolibéralisme est totalitaire : il récuse la prééminence du politique sur l'économique, d'où l'affaiblissement de la démocratie.*

- *Déterritorialisé, paré des attributs du progrès planétaire et de la modernité en marche avec l'aide des technosciences, il porte en lui la perte des valeurs civilisatrices reconnues jusqu'alors comme fondatrices par la société, d'où la destruction du lien social.*

- *L'individualisme et la perte de la notion de bien commun, l'affaiblissement du politique et donc de la démocratie, atomisent la société et entraînent l'accroissement des inégalités et des atteintes aux droits de l'homme.*

Nous avons tous conscience, comme nous le faisait remarquer Pierre Bourdieu, le 30 octobre dernier (lors du colloque organisé par *Pratiques les Cahiers de la médecine utopique*), que ce qui nous différencie des néolibéraux, c'est le choix de valeurs fondamentalement différentes pour constituer le socle, la base de notre réflexion critique et de notre action.

Jean-Claude Guillebaud nous convie à redéfinir ces "représentations collectives" dont parlait Emile Durkheim : ce sont celles qui nous meuvent en tant que citoyens et celles qui constituent (peut-être ?) nos règles de métier.

Anne-Marie Paboïs.

## A propos de *Les évangélistes du marché*, Keith Dixon, ed. Raisons d'agir, 1998.

Cet ouvrage (facile et rapide à lire) montre comment les "think tanks" britanniques ont créé les conditions de l'émergence du néo-libéralisme en tant que force politique. Sa lecture est fort utile à la compréhension de ce dossier de *Pratiques*. Il devrait aussi éclairer notre réflexion sur les conséquences, en France, de la remise en cause des institutions paritaires par le Medef.

Les "think tanks" sont des organisations qui se présentent volontiers comme des forums de réflexion mais qui sont en réalité des associations comme des clubs privés de hauts fonctionnaires de certains ministères, points d'appui essentiels pour influencer sur les champs économique et politique.

Daniel Coutant.

**Nous publions ici la liste des mille premiers signataires de l'appel du collectif "Contre la dictature du néolibéralisme en médecine" qui s'est constitué en octobre 1999, à l'initiative de la revue *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique (voir *Pratiques* n° 7, pages 59, 60 et 61).**

Julien Lathuere Agent technique principal 74960 Cran-Gevrier ; Zdenek Kublik Mère Médecin généraliste 78200 Mantes la Jolie ; Nicolas Paris médecin du travail 21000 Dijon ;  
 Marie-Madeleine Psychiâtre (30000 Marville) ; Anne-Lise ES ; Acherif Chargé de mission 34200 Sète ; Sylvain (30000) Professeur retraitée 67000 Strasbourg ; Julia Chénouat Interne  
 HIP 75011 Paris ; Agnès-Sarah 34000 Montpellier ; Aquilino Secrétaire 47800 Romagné ; Jacques Descombes Artiste 75013 Paris ; Agnès Laguerre Agnès (30000) Médecin  
 33800 Bordeaux ; Alison J. Merulisière 84000 Avignon ; Zsuzsa Professeur 34000 Frontignan ; Alice (30000) Technicien bio-médical 75020 Paris ; Alice (30000) ;  
 Annette (30000) Facteur 91080 Courcouronnes ; Anne (30000) Médecin généraliste 34990 Juvignac ; Anne Marie 93300 Aubervilliers ; Anne-Sophie 93300 Aubervilliers ; Anne  
 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Animatrice 93300 Aubervilliers ; Anne (30000) Cadre administratif/Conseiller général 63100 Clermont-Ferrand ; Anne-Cécile (30000) (30000)  
 Employée de restauration 75019 Paris ; Anne-Laure (30000) Néurologue 31500 Toulouse ; Anne-Laure (30000) Formatrice 93170 Bagnolet ; Annette (30000) Argentin (30000) Fondateur  
 63000 Clermont-Ferrand ; Annette (30000) Psychiâtre 94000 Vincennes ; Annette (30000) Psychologue Paris ; Annette (30000) Médecin généraliste 94200 Ivry-sur-Seine ; Annette  
 (30000) Médecin généraliste 54500 Vandœuvre ; Annette (30000) Agent à l'ASSÉD/C 54000 Nancy ; Annette (30000) 07800 Beauchastel ; Annette (30000) Journaliste  
 75020 Paris ; Annette (30000) Professeur 63000 Mesebr, Ariféro Fonctionnaire du trésor public 47300 Villefrance/Lot ; Annette (30000) Photographe 31650 St Orens ; Annette (30000)  
 Médecin généraliste 54000 Nancy ; Annette (30000) Etudiante 69100 Villeurbanne ; Annette (30000) Médecin généraliste 67000 Strasbourg ; Annette (30000) Députée européen  
 63000 Clermont Ferrand ; Annette (30000) Sophrologue 24230 Lamoignon Montravel ; Annette (30000) Villeculle 24240 Rouffignac ; Annette (30000) 46000 Cahors ; Annette (30000) 12100  
 Millau ; Annette (30000) (30000) Verneuil St Sozy ; Annette (30000) St Sozy ; Annette (30000) Secrétaire médicale 47800 Agnac ; Annette (30000) Chercheur IRD 33000 Bordeaux ;  
 Annette (30000) 58200 St-Loup ; Annette (30000) 58200 St-Loup ; Annette (30000) 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Retraité 46120 Lacapelle ; Annette (30000) (30000) Médecin généraliste 63120 Courpière ;  
 Annette (30000) Psychologue 46000 Cahors ; Annette (30000) Etudiant 63000 Clermont-Ferrand ; Annette (30000) Gardienne (30000) Agent d'entretien ; Annette (30000)  
 (30000) Médecin généraliste 75011 Paris ; Annette (30000) Médecin généraliste 74600 Seynod ; Annette (30000) Infirmière ; Annette (30000) Kinésithérapeute 63110 Beaumont ;  
 Annette (30000) Kinésithérapeute 63110 Beaumont ; Annette (30000) Infirmière 94000 Villejuif ; Annette (30000) Médecin 63400 Chamalières ; Annette (30000) Editeur 34080 Montpellier ;  
 Annette (30000) Retraité 34200 Sète ; Annette (30000) Retraité 47800 Agnac ; Annette (30000) Secrétaire médicale 47800 Agnac ; Annette (30000) Chercheur IRD 33000 Bordeaux ;  
 Annette (30000) Infirmière 47140 Penne d'Agenais ; Annette (30000) Tailleur de pierres 63000 Clermont-Ferrand ; Annette (30000) 34000 Montpellier ; Annette (30000) Cadre BDF  
 63122 Ceyrat ; Annette (30000) Institutrice Aubervilliers ; Annette (30000) Electronicien 67000 Strasbourg ; Annette (30000) 07200 Althon ; Annette (30000) Commerçant/Conseiller général  
 63380 Villosanges ; Annette (30000) Médecin généraliste 36350 Luant ; Annette (30000) Retraité 67000 Strasbourg ; Annette (30000) Cuisinier 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Cytologue  
 58200 St-Loup ; Annette (30000) 58200 St-Loup ; Annette (30000) Médecin 94000 Vitry ; Annette (30000) ATSEM 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Médecin généraliste 68950  
 Reinriod ; Annette (30000) 68070 Mulhouse Cedex ; Annette (30000) Agent social ; Annette (30000) Médecin généraliste 33590 St Gilles ; Annette (30000) Médecin généraliste  
 57280 Malzéville ; Annette (30000) Retraité 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Médecin généraliste 68000 Waldgloffern ; Annette (30000) Chargé de mission 67300  
 Schiltigheim ; Annette (30000) Médecin généraliste 93000 St Denis ; Annette (30000) Ergonomiste 92140 Clamart ; Annette (30000) 24600 Creix ; Annette (30000) Adjoint  
 administration 31170 Tournefeuille ; Annette (30000) Fonctionnaire Aubervilliers ; Annette (30000) Chef d'atelier 47340 Laroque-Timbaud ; Annette (30000) Agriculteur ; Annette (30000)  
 (30000) Médecin généraliste 31109 Toulouse ; Annette (30000) Chômeur 47000 Agen ; Annette (30000) Médecin généraliste 67100 Strasbourg ; Annette (30000) Psychologue  
 93370 Montfermeil ; Annette (30000) Ecivain 75009 Paris ; Annette (30000) 46000 Cahors ; Annette (30000) ; Annette (30000) Musicien 92600 Annières ; Annette (30000) Artiste peintre  
 84340 Malaucène ; Annette (30000) Médecin généraliste 91700 Ste-Genève-des-Bois ; Annette (30000) Cadre d'entreprise/consellier général 63370 Lempdes ; Annette (30000)  
 (30000) Cadre infirmière 13090 Aix-en-Provence ; Annette (30000) 46200 Souillac ; Annette (30000) Médecin généraliste 92190 Meudon ; Annette (30000) Conseillère municipi-  
 pale 717E Lavilledieu ; Annette (30000) Enseignant 85700 Pouzauges ; Annette (30000) Médecin 69008 Lyon ; Annette (30000) 34000 Montpellier ; Annette (30000) Ingénieur 15000  
 Aurillac ; Annette (30000) Médecin généraliste 57220 Boulay ; Annette (30000) Infirmier 13000 Aix-en-Provence ; Annette (30000) Surveillant 91640 Brét-sous-Forges ; Annette (30000)  
 Retraité/Conseiller général 63270 Vic-Le-Carré ; Annette (30000) Agent social ; Annette (30000) Médecin généraliste 75015 Paris ; Annette (30000) Médecin généraliste  
 94400 Vitry ; Annette (30000) Cuisine Aubervilliers ; Annette (30000) 38100 Grenoble ; Annette (30000) Enseignant/Conseiller Général 63720 Chappes ; Annette (30000)  
 Médecin généraliste 95470 Magny en Vexin ; Annette (30000) Psychiatre-Psychothérapeute 86000 Poitiers ; Annette (30000) Psychiatre 75000 Paris ; Annette (30000) Médecin généra-  
 liste 38110 Cessieu ; Annette (30000) Kinésithérapeute 92160 Antony ; Annette (30000) Médecin généraliste 78530 Maule ; Annette (30000) Médecin généraliste 85700 La  
 Meillerie-Tilly ; Annette (30000) Caricaturiste Aubervilliers ; Annette (30000) Retraité 33113 St-Symphorien ; Annette (30000) Retraité 26400 Vauxvargues ; Annette (30000)  
 (30000) Fonctionnaire 82200 Moissac ; Annette (30000) Animateur 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Assistance médicale 46150 Catus ; Annette (30000) Fonctionnaire Aubervilliers ;  
 Annette (30000) Retraité 34200 Sète ; Annette (30000) Médecin généraliste 91000 Evry ; Annette (30000) Enseignante 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Etudiant  
 78170 La-Celle-St-Cloud ; Annette (30000) Médecin 33800 Bordeaux ; Annette (30000) Infirmière 91640 Brét-sous-Forges ; Annette (30000) Electricien 34070 Montpellier ; Annette (30000)  
 (30000) Educatrice 34200 Sète ; Annette (30000) Enseignante 13600 La Ciotat ; Annette (30000) ASEM 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Médecin généraliste 31130  
 Balma ; Annette (30000) Jardinière 32520 Rigeysen ; Annette (30000) Infirmière 45300 Engenville ; Annette (30000) Employé de commerce 32360 Jegou - Illedeux  
 (30000) Employée 13004 Marseille ; Annette (30000) ; Annette (30000) Ingénieur des collectivités territoriales 17000 La Rochelle ; Annette (30000) Ingénieur 38000 Grenoble ; Annette (30000)  
 (30000) 47330 Castillonnes ; Annette (30000) Institutrice 43000 Clermont-Ferrand ; Annette (30000) Ingénieur 93100 Montreuil ; Annette (30000) 34000 Montpellier ;  
 Annette (30000) Enseignante 85500 Les Herbiers ; Annette (30000) Etudiant 80000 Amiens ; Annette (30000) Secrétaire 6940 Monceaux ; Annette (30000) Impôts 63000 Clermont  
 Ferrand ; Annette (30000) Voivre 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Hèveur 12000 Aveyron ; Annette (30000) Infirmière 91530 Le-Val-St-Germain ; Annette (30000) 07230 Planzoles ;  
 Annette (30000) Petite enfance Aubervilliers ; Annette (30000) Retraité 34200 Sète ; Annette (30000) Institutrice Aubervilliers ; Annette (30000) Educatrice spécialisée 75018 Paris ; Annette (30000)  
 (30000) Médecin généraliste 37000 Tours ; Annette (30000) Retraité 63200 Mezac ; Annette (30000) ATSEM 93300 Aubervilliers ; Annette (30000) Médecin généraliste 45000  
 Orléans ; Annette (30000) Cuisinier 84100 Orange ; Annette (30000) Médecin spécialiste ; Annette (30000) Médecin spécialiste 75013 Paris ; Annette (30000) Enseignante  
 38000 Grenoble ; Annette (30000) Cadre Banque de France/Conseiller général 63122 Ceyrat ; Annette (30000) Entretien Aubervilliers ; Annette (30000) Gynécologue 75014 Paris ;  
 Annette (30000) Professeur 73004 Paris ; Annette (30000) Retraité/Conseiller général 63560 Menat ; Annette (30000) Retraité 31120 Lacroix-Folgarde ; Annette (30000) (30000) (30000)  
 Médecin généraliste 56410 Etel ; Annette (30000) Employé de banque 46700 Montcabrier ; Annette (30000) Etudiante 35000 Rennes ; Annette (30000) Enseignante 85700 La Meillerie Tilly ;



**Philippe** Médecin généraliste 59100 Roubaix ; **François** Médecin Aubervilliers ; **Yves** 07800 Beauchastel ; **Yves** Claude Exploitant forestier/Conseiller général 63470 Prondines ; **François** Médecin du travail 57090 Chaumont ; **Barbara** Infirmière 63000 ; **Thierry** Médecin 67000 Strasbourg ; **Frank** Agent équipement 63150 La Bourboule ; **François** 63000 Clermont-Ferrand ; **François** Professeur retraité 67000 Strasbourg ; **François** Retraité 67000 Strasbourg ; **Lucie** Enseignante 54840 Fontenay-sur-Moselle ; **Marie** Représentante Représentante 34700 Sète ; **Marie** Maître de conférences 38000 Grenoble ; **Yvonne** 93300 Aubervilliers ; **Richard** 12100 Millau ; **Sébastien** Enseignant 85290 Montagne-sur-Sèvre ; **Christine** 07210 St-Banglé ; **Christine** 93300 Aubervilliers ; **Christine** Coiffeur 24240 Sigoules ; **Christine** Médecin de PMI 27700 Les Andelys ; **Christine** 38120 St-Egreve ; **Christine** Retraité 91340 Ollainville ; **Christine** Médecin généraliste 87360 Lussac-les-Eglises ; **Christine** Médecin généraliste 39350 Pagny ; **Christine** Agent social 93300 Aubervilliers ; **Christine** Sans profession 46120 Lacapelle ; **Christine** Enseignante 33160 St-Médard-en-Jalles ; **Christine** Mère au foyer 85700 Montourmais ; **Christine** Garnier Christine 38100 Grenoble ; **Christine** 46190 Pradines ; **Christine** Représentante Représentante 46160 Marcilhac ; **Christine** Sans profession 46160 Marcilhac ; **Christine** 26208 St-Dunat ; **Christine** Médecin généraliste ; **Christine** Psychiatre ; **Christine** Assistante sociale 31100 Toulouse ; **Christine** Infirmière 91640 Bris-sous-Forges ; **Christine** Serveur 91640 Bris-sous-Forges ; **Christine** Policier 91420 Limours ; **Christine** Secrétaire 38000 Grenoble ; **Christine** Professeur d'université 35000 Rennes ; **Christine** Yvon Agronome 38510 Semmerieu ; **Christine** Médecin généraliste 74900 Cran-Cervier ; **Christine** Responsable sécurité 31400 Toulouse ; **Christine** Médecin généraliste 25000 Besançon ; **Christine** 07110 Ynezac ; **Christine** Enseignante 54000 Nancy ; **Christine** Retraité 67100 Strasbourg ; **Christine** Fonctionnaire 67000 Strasbourg ; **Christine** Étudiante 47390 Layrac ; **Christine** Étudiante 47390 Layrac ; **Christine** Agricultrice 82390 Durfort ; **Christine** Médecin généraliste 75015 Paris ; **Christine** Secrétaire Secrétaire 34200 Sète ; **Christine** Infirmière 13090 Aix-en-Provence ; **Christine** Nettoyement 93300 Aubervilliers ; **Christine** Médecin généraliste 44810 Héric ; **Christine** 34000 Montpellier ; **Christine** Enseignant/Conseiller général 63390 St-Gervais-d'Auvergne ; **Christine** Infirmière 31400 Toulouse ; **Christine** 75020 Paris ; **Christine** Médecin généraliste 39350 Pagny ; **Christine** Médecin généraliste 78310 Maurepas ; **Christine** 07400 Letail ; **Christine** Ingénieur Drenil Lagage ; **Christine** PH ; **Christine** Infirmière 91530 Saint-Chéron ; **Christine** Psychiatre ; **Christine** PE 77185 Lognes ; **Christine** 93300 Aubervilliers ; **Christine** Médecin hospitalier 12100 Millau ; **Christine** ATSEM Aubervilliers ; **Christine** Médecin généraliste 51800 St-Michel ; **Christine** Psychologue 38090 Roche ; **Christine** Entretien Aubervilliers ; **Christine** Confédération paysanne 17230 l'Hospitalet de Larzac ; **Christine** Retraité 67000 Strasbourg ; **Christine** Assistante sociale 63430 Pont-du-Château ; **Christine** Député 8000 Amiens ; **Christine** Professeur de santé publique Chef de département 94805 Villejuif ; **Christine** Instituteur 75000 Paris ; **Christine** Professeur retraitée 63127 Ceyrat ; **Christine** Enseignant 63000 Clermont-Ferrand ; **Christine** Professeur Médecin diabétologue 75013 Hôpital de la Pitié Salpêtrière ; **Christine** Médecin 75000 Paris ; **Christine** Cuisine Aubervilliers ; **Christine** Instituteur Aubervilliers ; **Christine** Petite enfance Aubervilliers ; **Christine** Retraité 47300 Villeneuve / Lot ; **Christine** EDF 75000 Paris ; **Christine** Syndicaliste 95790 l'Isle-Adam ; **Christine** Secrétaire 38000 Grenoble ; **Christine** Infirmière 63000 Clermont-Ferrand ; **Christine** 58200 St-Loup ; **Christine** 58200 St-Loup ; **Christine** ATSEM Aubervilliers ; **Christine** Membre du conseil économique et social IDF 93300 Aubervilliers ; **Christine** 63150 La Bourboule ; **Christine** Sociologue 75011 Paris ; **Christine** Fonctionnaire/Conseiller général 63150 Billom ; **Christine** Professeur des écoles 67200 Strasbourg ; **Christine** Bibliothécaire ; **Christine** Médecin généraliste 33760 Monts d'Arranger ; **Christine** Médecin généraliste 68280 Sunhoffer ; **Christine** Standardiste 67000 Strasbourg ; **Christine** Auxiliaire de puéricultrice St-Cyr ; **Christine** Dermatologue 68000 Thann ; **Christine** Médecin généraliste 44200 Nantes ; **Christine** Graphiste 67000 Strasbourg ; **Christine** Instituteur Aubervilliers ; **Christine** Médecin 63000 Clermont-Ferrand ; **Christine** ATSEM Aubervilliers ; **Christine** Psychologue 13090 Aix-en-Provence ; **Christine** Médecin généraliste 86000 Poitiers ; **Christine** Agent hospitalier 31200 Toulouse ; **Christine** Professeur 25000 Bourges ; **Christine** ATSEM Aubervilliers ; **Christine** Comptable 34200 Sète ; **Christine** M.C. Université 35700 Rennes ; **Christine** Ingénieur recherches 63540 Romagnat ; **Christine** 58200 Alligny-Cosne ; **Christine** 58200 Alligny-Cosne ; **Christine** Médecin 75005 Paris ; **Christine** Ingénieur 66000 Perpignan ; **Christine** Médecin généraliste 35590 St-Gilles ; **Christine** Infirmière 44117 St-André-des-Eaux ; **Christine** Chercheur scientifique 33000 Bordeaux ; **Christine** Étudiante 13100 Marseille ; **Christine** Agent social ; **Christine** Enseignant 85700 Pouzauges ; **Christine** Agent social ; **Christine** Assistance sociale ; **Christine** Médecin généraliste 67000 Strasbourg ; **Christine** Pédiatre 75012 Paris ; **Christine** Ingénieur 31650 Cauzeville ; **Christine** Médecin de PM 92120 Montrouge ; **Christine** Médecin 44400 Réze ; **Christine** Médecin 75013 Paris ; **Christine** Infirmière 76000 St-Anthol ; **Christine** Médecin généraliste 57320 Hestroff ; **Christine** Retraité 24230 Larniothe-Montravel ; **Christine** Employée de cèche 54000 Nancy ; **Christine** Entretien Aubervilliers ; **Christine** A.T.S.E.M. ; **Christine** Médecin généraliste 67100 Strasbourg ; **Christine** Étudiante 67000 Strasbourg ; **Christine** Négociant/Conseiller général 63660 St-Anthème ; **Christine** Infirmière 94000 Villejuif ; **Christine** Retraité 75017 Paris ; **Christine** Directeur Aubervilliers ; **Christine** Infirmière 91700 Villiers-sur-Seine ; **Christine** Psychiatre 92220 Bagneux ; **Christine** Entretien Aubervilliers ; **Christine** Psychologue retraitée 67000 Malesheim ; **Christine** Professeur d'université 75020 Paris ; **Christine** Cadre infirmier 91640 Bris-sous-Forges ; **Christine** Prêtre 67000 Lingolsheim ; **Christine** Médecin 67140 Barr ; **Christine** Informaticien 67140 Barr ; **Christine** Médecin larvile ; **Christine** Agent d'entretien Aubervilliers ; **Christine** 58200 St-Loup ; **Christine** 58200 St-Loup ; **Christine** Médecin vacataire ancien M.G 62800 Liévin ; **Christine** Hôtelière 22700 Perros-Guirec ; **Christine** VRP 30140 Thoras ; **Christine** Étudiante 63000 Clermont-Ferrand ; **Christine** Retraité 31400 Toulouse ; **Christine** Retraité 31400 Toulouse ; **Christine** Médecin/Conseiller municipal 63000 Clermont-Ferrand ; **Christine** Conseiller municipal 63000 Clermont-Ferrand ; **Christine** Enseignante 38000 Grenoble ; **Christine** Retraité de l'enseignement ; **Christine** Retraité ; **Christine** Médecin 64470 Tarbes ; **Christine** Médecin généraliste 94250 Gentilly ; **Christine** Infirmière 92140 Clamart ; **Christine** Fonctionnaire Aubervilliers ; **Christine** Médecin généraliste 07170 Lussas ; **Christine** Cuisine Aubervilliers ; **Christine** Infirmier-Cadre de santé 94120 Fontenay sous Bois ; **Christine** Instituteur Aubervilliers ; **Christine** Psychologue 84200 Carpentras ; **Christine** Enseignante 85110 Chantonay ; **Christine** Ingénieur 91400 Orsay ; **Christine** Médecin généraliste 91000 Evry ; **Christine** Médecin généraliste 93100 Montreuil ; **Christine** Mutualiste 31000 Toulouse ; **Christine** Association Action Santé Environnement 75019 Paris ; **Christine** Fonctionnaire Aubervilliers ; **Christine** Kinésithérapeute 34200 Carpentras ; **Christine** V.M 75015 Paris ; **Christine** Infirmière 31000 Toulouse ; **Christine** Journaliste-Ecrivain-Conseillère municipale 93300 Aubervilliers ; **Christine** Bibliothécaire 47140 Penne-d'Agenais ; **Christine** Médecin 31400 Toulouse ; **Christine** Infirmière 30270 St-Jean-du-Gard ; **Christine** Pédopsychiatre public 13200 Arles ; **Christine** Gardienne Aubervilliers ; **Christine** Retraité 93300 Aubervilliers ; **Christine** 67800 Charme-sur-Rhône ; **Christine** 46090 Pradines ; **Christine** Infirmière 31500 Toulouse ; **Christine** Agent de développement 43390 Auzon ; **Christine** Administratif 94000 Villejuif ; **Christine** Médecin généraliste 56100 Lorient ; **Christine** Infirmière 91340 Ollainville ; **Christine** Infirmière 94250 Gentilly ; **Christine** 07140 Malargue-sur-Lathuy ; **Christine** Médecin 30160 Bessèges ; **Christine** Pédiatre 14000 Caen ; **Christine** Infirmier 44410 St-Lyphard ; **Christine** Psychomotricienne 60180 Nogent/Orse ; **Christine** Professeur des écoles 60180 Nogent/Orse ; **Christine** Infirmier 92140 Clamart ; **Christine** Chargé assurance qualité 63430 Pont-du-Château ; **Christine** 58200 Alligny-Cosne ; **Christine** 58200 Alligny-Cosne ;

"La course de pods",  
images numériques.



www.starwars.com



www.starwars.com

"Yoda",  
marionnette animée "à l'ancienne".



"Skywalker", images analogiques.

**T**itre étrange, paradoxal.

Une *menace* est une catastrophe en puissance, non réalisée. Un fantôme est l'actualisation illusoire de ce qui, précisément, ne peut se réaliser : le retour d'un mort sous les traits d'un vivant.

Une *menace fantôme* serait alors la combinaison de ce qui pourrait se réaliser mais ne l'est pas et de ce qui ne peut pas se concrétiser, mais qui, précisément, se réalise... Mais qui s'interroge sur le titre ?

Le film est porteur d'un message non perçu par le public français bien qu'il soit formulé avec clarté. Comme dans la plupart des films de Georges Lucas, le propos figure en introduction sous forme d'un texte écrit, malaisé à capter par des spectateurs euphoriques en attente d'images.

# La menace fantôme

Ce premier épisode d'une trilogie reconduite de *La Guerre des étoiles*, se veut hymne au libéralisme et à la République - entendons par là les républicains américains. La scène qu'il relate est l'un des épisodes de la guerre conduite contre l'administration centrale et sa volonté de taxer les routes commerciales. Le Congrès y est violemment critiqué. Sous l'effet d'une motion de censure et du départ de son ancien gouverneur, le Sénat, lui, est conduit à modifier ses positions : le lobbying réussit et l'assemblée apporte finalement son entier soutien à la liberté d'entreprendre et de réaliser. L'aventure se termine par la victoire des partisans du libéralisme (les bons) contre les adeptes de l'administration (les méchants) au terme d'une guerre qui ne met en scène que des robots. Sans effusion de sang, elle préfigure les guerres de type "zéro mort", prônées par les Etats-Unis depuis la guerre du Golfe.

Ainsi le film ne met jamais en scène que lui-même et ses propres problèmes de production.

En 1977, *La guerre des étoiles* préfigurait l'usage du numérique dans les réalisations cinématographiques. Cette première trilogie utilisait pour la première fois des caméras mues par ordinateur.

En 1999, 90% des images de ce premier épisode d'une nouvelle trilogie sont traitées numériquement. Il y en avait cinq fois moins dans *Titanic* de James Cameron produit en 1998 ; *Jurassic Park*, de Stevens Spielberg, produit en 1993, ne comportait que quatre minutes d'images de synthèse.

Monique Sicard

Monique Sicard est chercheuse au CNRS, spécialiste et enseignante à l'université de Lyon II en littérature comparée et filmologie.

Ici, le traitement numérique revêt une toute autre ampleur. Les images créées offrent surtout la possibilité - maladroitement exploitée dans *Jurassic Park* - de mêler des images de synthèse et des images analogiques. Ainsi des personnages réels, des robots et des sauriens, sont-ils immergés dans des paysages réels ou des décors calculés. La foule bigarrée de la course de pods (engins ultrarapides) de *La menace fantôme* constitue à cet égard une belle réussite technique.

Ces images coûtent très cher : le budget du film s'élèverait à sept cents millions de francs. La firme Lucas en attendrait des bénéfices de l'ordre de vingt-quatre milliards de francs, issus non seulement des projections en salles, mais de la vente des produits dérivés. Ce coût des images numériques et la difficulté de leur fabrication même génère une écriture cinématographique spécifique. Outre la trame du scénario qui ne constitue finalement que l'un des épisodes d'une actualité politique spécifiquement américaine, un certain nombre de mouvements, de personnages, sont les héritiers directs des difficultés techniques inhérentes à la création numérique.

Ainsi les citations sont abondantes et l'ensemble fonctionne comme l'un de ces premiers films qui ne se sont jamais décidés à choisir. Ici, la confusion n'est pas le fruit de l'inexpérience d'un réalisateur mais celui d'une trop grande jeunesse de techniques émergentes.

La reprise de logiciels déjà utilisés ailleurs, pour d'autres films, pour d'autres jeux, marque profondément l'écriture de *La Menace fantôme*. La fuite d'un troupeau de sauriens dans la grande plaine, l'utilisation abondante et incongrue de ces sauriens eux-mêmes; émanent directement de *Jurassic Park*. La course de pods elle, semble née directement des logiciels de jeux vidéo. D'une manière générale, les explosions d'engins, les accidents les plus terribles sont sans enjeux, sans conséquences; comme dans un jeu où appuyer sur un bouton suffit pour repartir à la case départ.

De nouveaux types de citations font ainsi leur apparition. Relevant d'un ordre technique et économique, elles commandent à l'impact symbolique.

*La Menace fantôme* réfère ainsi tant à la vie sur

Terre à l'ère secondaire, qu'au moyen-âge et à sa table ronde, aux combats entre cow-boys et Indiens ou aux films de samourais... En outre, le héros du film est un jeune enfant. Sans père mais nanti d'une mère, il est issu d'une immaculée conception. Par une éclatante victoire sur l'administration et ses sbires, il sauve non seulement l'Humanité, mais l'Univers entier. Christ dans le premier épisode... antéchrist dans les suivants : le jeune et innocent Skywalker deviendra le terrible Dark Vador.

Tout se passe comme si les grandes difficultés de tournage et de calcul de tels films numériques conduisaient à des autocitations, à des fermetures en boucle d'un cinéma qui ne parlera jamais que de lui-même, parfaitement imperméable aux apports extérieurs, mais diffusé sur l'ensemble de la planète.

Certes, Georges Méliès utilisait déjà au début du siècle des trucages sophistiqués dont les scènes fantastiques du *Fakir de Singapour* ou de *l'Homme orchestre* portent les traces. Mais la logique commerciale de *La Menace fantôme* est d'une tout autre ampleur. Les épisodes se préparent des années à l'avance sur les ordinateurs sophistiqués d'ILM dont la puissance de calcul est, "certes inférieure à celle des ordinateurs de la Nasa, mais supérieure à ceux du Pentagone."<sup>11</sup>

La menace pour Georges Lucas est celle proférée par l'un des personnages du film, dernier survivant d'un peuple qui a basculé du côté obscur de la Force et qui n'apparaît dans le film que sous la forme d'un hologramme fantomatique : Dark Sidious incarne le pouvoir de l'administration centrale. Dans cette guerre entre républicains et démocrates qui ne dit pas son nom, les impôts maintiennent leur épée de Damoclès au-dessus de la tête d'une reine magnifique et d'un enfant innocent auquel la liberté d'entreprendre vient d'être rendue par un preux chevalier, Jedi. *La menace*, pour Lucas, est réelle; le *fantôme* lui, renvoie à son traitement par une image de type holographique.

Pour nous, spectateurs français, le danger viendrait surtout de notre incapacité à lire les textes introduisant les films à grand spectacle.

<sup>11</sup> Mikulowski ET., Les 100 secrets de Star Wars Studio, octobre 1999.



"La santé est un droit". Qui viendrait combattre une telle évidence ? Comment être contre la santé ? Contre le droit à la santé ? A mi-chemin du slogan commercial, du contrat citoyen et du précepte humanitaire, le concept est assené avec force depuis une dizaine d'années. Si l'on peut concevoir que la santé collective -ou publique- soit une valeur dont une société pourrait faire le choix politique, en organisant la sécurité au travail, en rendant accessible la vaccination, en garantissant la sécurité alimentaire ou en assurant une sécurité transfusionnelle, à l'échelle individuelle, le propos est moins pertinent.

Lorsqu'on vient d'apprendre que son cancer rechute ; lorsque qu'on est cloué sur une chaise à trente ans par un rhumatisme chronique ; essoufflé par une malformation cardiaque au premier étage ; lorsqu'on appartient à la grande famille de ceux qui ont appris un jour, pétrifiés, la bonne nouvelle : vous avez une sclérose en plaque, une spondylarthrite ankylosante, un lupus, une insuffisance rénale... ; lorsqu'on est de

ceux qui n'ont pu bénéficier de ce "droit" à la santé, est-on moins citoyen que les autres ? Moins vertueux ? Croit-on que toutes les maladies se conjurent en portant des pantoufles quand il fait froid, en traversant dans les clous et en faisant ses courses au rayon bio du supermarché ? Et tous ceux auxquels ce droit n'a pas été reconnu, où doivent-ils porter plainte ? Quel est le tribunal compétent en la matière ? Toucheront-ils des indemnités pour avoir souffert tous les matins pendant trente ans ou survécu à vingt séances de chimiothérapie ?

Comme médecin, et comme malade, il m'apparaît que la santé, comme la maladie, est sans doute quelquefois le fruit d'un choix. Mais le plus souvent, la santé, comme la maladie, est un hasard.

D'ailleurs, même pour les politiques, la santé n'est pas un droit tous les jours. Elle l'est dès qu'il s'agit de chômeurs, de bénéficiaires du RMI, de jeunes désargentés ou de mère isolées. Quand les pauvres sont à l'honneur, le droit à la santé est un slogan qui refait surface. N'auraient-ils pas une fâcheuse tendance, en plus d'être inactifs et assistés par la société, à être malades ? Si la santé est un droit, qu'est ce qu'ils attendent ? Dans le jargon social en vigueur, on s'insère, paraît-il, "par" la santé. Qui serait assez bête, assez déraisonnable pour renoncer à la santé ? Et pour choisir autre chose, le contraire par exemple, tenez, la maladie. Ou le handicap. Ou la folie. Si la santé est un droit, elle devient un devoir. Une question de bons

Roëlle Lasse

Médecin généraliste

# La santé : nécessaire ou obligatoire ?

sens. Ou d'éducation. Ou de discipline. Elle devient obligatoire.

Heureusement, ce raisonnement n'est pas étendu au reste de la population... On peut, dieu merci, être malade et travailler, voire être malade et exercer des responsabilités professionnelles importantes. On peut être en mauvaise santé sans être malade, trouver dans la maladie un bénéfice supérieur à celui qu'offre la santé. Et personne n'a encore pensé à soumettre le salarié moyen à un bilan obligatoire et eugénique avant de lui confier une activité professionnelle. Seule est prise en compte son aptitude au travail. La santé, elle, est facultative.

"La santé est un droit." Laquelle ? La bonne ou la

mauvaise ? La bonne santé a un avantage notable : elle ne coûte rien. La maladie, qu'elle soit refuge ou fatalité, alternative raisonnable ou catastrophe radicale, coûte cher. De même qu'il coûte cher, à l'échelle collective, d'assurer la protection -et non la santé- de celui qui travaille ou de reconnaître certaines maladies professionnelles. Le droit à la protection, le droit aux soins sont des droits fondamentaux qui relèvent de vrais choix politiques et s'adressent à des citoyens inégaux devant la santé comme devant la maladie, inégaux devant la souffrance, inégaux devant la mort, mais égaux en droits. Le "droit à la santé" qui ne protège personne et ne garantit rien s'adresse à des citoyens fantômes, et masque dangereusement l'inaptitude d'une société riche à garantir cette égalité.

Il y a vingt-cinq ans, des médecins généralistes, pratiquant sur le terrain une approche globale de la santé, de médecine lente, ont perçu que la médecine libérale à la française ne pouvait pas répondre à toutes les attentes des médecins et des patients. Ils ont créé le Syndicat de la médecine générale (SMG).

Celui-ci a grandi, a permis la création de syndicats "frères" chez les hospitaliers, les psychiatres, les médecins de PMI, et même les spécialistes, tout cela aboutissant à l'Union syndicale de la médecine (USM), que la "gauche miterrandienne" au pouvoir n'a pas eu la volonté de reconnaître représentative en 1984. S'agissait-il d'une peur des réactions du lobby libéral, d'un non désir ? Aux historiens de nous le dire.

Malgré cela, le SMG, a perduré ainsi que l'Union syndicale de la psychiatrie. Et les médecins du travail continuent à travailler au sein de l'Association syndicale de médecine du travail.

Et aujourd'hui, alors que la pensée unique, dix ans après la fin du "communisme", laisse le marché pénétrer toutes les couches de la société, y compris l'Etat, que devient le SMG?

En mai, à Toulouse, nous avons discuté autour de la notion de responsabilité professionnelle<sup>2</sup> avec des assurés et des juristes. Ce débat et les écrits qui ont suivi nous ont reposé le problème du politique. Quelle est la place du soignant dans la société? Quelle influence subit-il ? Où est le pouvoir ? Ces questions nous ont renvoyé à l'origine du SMG, à sa charte. Le SMG devait ouvrir le débat, afin de remettre la santé dans le champ de la cité et de la citoyenneté. Ce fut alors l'objet de notre travail. Le libéralisme que nous avons toujours combattu perdure et se revêt de nouveaux habits, devenant le néo-libéralisme, tel qu'il existe aux Etats-Unis (cette société de la gestion du stress permanent que nous voyons apparaître). Il nous a paru indispensable d'utiliser l'outil d'un "Appel contre la dictature du néo-libéralisme en médecine"<sup>3</sup> afin de sensibiliser, non seulement les médias, mais aussi l'opinion. Cet Appel, à ce jour, a reçu la signature de plus d'un millier de personnes, ainsi que de sections syndicales<sup>4</sup>. Il s'est accompagné d'un colloque à l'université de Saint-Denis les 30 et 31 octobre derniers.

Cette dénonciation de l'irruption du marché a vu le SMG rallier l'Association pour la taxation des transactions financières pour l'aide aux citoyens (ATTAC). ATTAC refuse que le monde devienne un vaste marché sous l'égide de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), instance de gestion de l'économie mondiale, non élue, capable d'imposer des directives allant à l'opposé des décisions des Etats.

Christian Bonnaud

Président de l'Association  
des médecins généralistes

# Vive la CMU, vivent les réseaux, continuons la lutte!



Et maintenant, il nous faut mobiliser ce collectif, le rassembler, animer le débat, dire aux pouvoirs en place que nous avons des alternatives au scénario dominant. D'ores et déjà, deux questions nous importent :

1. Les réseaux, dans lesquels beaucoup de militants et sympathisants du SMG sont impliqués. Ces réseaux sont reconnus, leur financement doit être précisé. Ils sont nécessaires pour remettre le champ de la santé dans la vie quotidienne (la cité, le travail, la famille, l'exclusion...). Notre tâche syndicale va consister à les promouvoir, les activer et à surveiller leur financement, aux côtés de la Coordination nationale des réseaux (CNR).

2. La CMU, cette avancée sociale majeure qui doit permettre dès le 2 janvier 2000 à six millions de pauvres d'aller comme tout le monde voir le médecin, le dentiste ou l'ophtalmologiste. L'accès à la CMU immédiat se fera, comme pour tout assuré, par l'assurance-maladie (guichet unique). Il s'agit d'un événement que nous saluons comme une énorme avancée. Mais nous devons rester vigilants : l'ouverture aux assureurs privés laisse à ceux-ci, demain, la possibilité de faire du profit sur le dos des pauvres. Il nous faut aussi dénoncer le statut des "moins" pauvres, juste au-dessus du seuil de revenu donnant droit à la CMU, et qui par manque de couverture complémentaire, ne pourront pas bénéficier de soins complets. En ce début de 21<sup>e</sup> siècle, pour accéder aux soins pris en charge, il vaudra mieux être "plus" pauvre que "moins" pauvre (Liberté, Egalité, Fraternité !)

Pourquoi ne sommes-nous pas plus nombreux (les soignants et les médecins en particulier) à dire cela, comme nous le demandait Antoine Spire<sup>5</sup> lors de notre colloque de Saint-Denis ? En dehors des réseaux, de quelques groupes de travail, nous sommes seuls devant la personne "malade" avec nos propositions thérapeutiques individuelles (la camisole chimique ou l'arrêt de travail). Et dans le même temps, ce système marchand, qui oppresse le travailleur et l'exclu, nous demande d'être efficace sans trop prescrire. Et le médecin, isolé dans sa pratique, là où il devrait entraîner à la révolte, se soumet au diktat en ne prescrivant pas trop d'arrêts de travail ni trop de kinésithérapie, mais plutôt un peu plus de psychotropes, sans doute pour contribuer à "endormir" un peu plus l'individu ou la société, en tout cas pour l'aider à vivre avec ce stress permanent du lendemain.

La réponse est dans le constat que la société devient invivable pour beaucoup de personnes et qu'il n'existe pas de réponse collective au stress. Le remède passe par la reconstruction d'une société solidaire où soignants et soignés, travaillant ensemble dans la cité, pourraient trouver des alternatives à la camisole médicamenteuse. Et nous retrouvons là les pratiques initiées dans les réseaux de santé, véritable solution alternative...

Pour prolonger la réflexion et la dynamique du colloque de Saint-Denis, nous organisons

**le samedi 11 mars 1999 de 10 heures à 18 heures (12, rue Cabanis 75014 Paris)** une rencontre des membres du collectif de notre Appel pour un large débat autour de la marchandisation de la santé avec des tables rondes sur l'industrie pharmaceutique, la formation professionnelle des soignants, l'avenir de la protection sociale, la crise de l'hôpital.

## URÈGES

Suite à notre colloque, nous avons dénoncé :

- le tapage commercial et médiatique fait autour d'un médicament anti-grippal, le Relenza® dont l'efficacité paraît pour le moins douteuse.
- Le vote par le Parlement de l'article 18 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, exigeant des médecins de motiver pour le contrôle médical les arrêts de travail et les transports médicalisés en violation complète du secret professionnel. Le SMG est partie prenante aux côtés de la Ligue des droits de l'homme et du Collectif face à l'insurmaturation d'un recours devant le Conseil constitutionnel

Du côté de la gestion des caisses d'assurance-maladie, le départ annoncé du Medef laisse prévoir une période de fortes turbulences, mais devons-nous être chagrinés par ce départ qui peut permettre de repenser le mode de fonctionnement de la Sécurité sociale ?

1. Un travail d'équipe sur les possibilités de créer quatre "villes" de soins médicaux pour à écrire. Il est probable que François Mitterrand était lui-même très favorable à la médecine libérale et à tout fait pour qu'il n'y ait aucun haut-fonctionnaire dans le monde de la Santé.

2. Cf. "Périodes" n° 7 sur la responsabilité des médecins.

3. Cf. "Périodes" n° 2 page 39.

4. Cf. "Périodes" n° 2 la liste des noms des signataires dans ce numéro.

5. Antoine Spire, l'animateur des débats de notre colloque, est producteur de Télévision Sociale ainsi il vient d'être élu par lauréate Adèle, directrice de la chaîne France Culture.

**I**l faudrait qu'on s'intéresse aux infections urinaires, à l'épilepsie, aux accidents, à la nutrition et à mille autres choses. Puisque personne ne s'en préoccupe dans un esprit et une dynamique de santé publique, penchons-nous sur les écrits médicaux concernant ces sujets et bien d'autres. Je voudrais montrer que certaines publications sont médiocres mais que toutes ne le sont pas. Je voudrais signaler aussi ce qui me semble digne d'être relevé dans cette littérature. Très souvent d'ailleurs, même les articles les plus discutables comportent quelques notations pertinentes et à l'inverse, des articles de bonne qualité peuvent comporter des affirmations ou des analyses contestables.

**La chirurgie dans le traitement de l'épilepsie.** Le Monde n'est pas un journal médical mais j'aimerais commencer par le citer parce que c'est un journal qui est souvent considéré comme fiable et que, dans sa livraison du 14-15 novembre 1999, on y lit à propos des épilepsies : "On opère trois cents malades par an ; vraisemblablement, trente mille pourraient bénéficier d'un traitement chirurgical".

Une réflexion sérieuse sur ce sujet aurait nécessité au minimum qu'on réfléchisse aux points suivants : depuis quand fait-on des interventions chirurgicales ? Quelles techniques emploie-t-on ? Avec quels résultats ? Y a-t-il des pays ou des équipes qui interviennent davantage et pour quelle efficacité ? Y a-t-il des contre-indications ou des mauvaises indications de cette chirurgie de l'épilepsie ?

Si une journaliste s'autorise à affirmer qu'on devrait opérer trente mille personnes, c'est qu'elle sait ou qu'elle perçoit intuitivement que la santé est un domaine où l'on peut inventer des chiffres (trois cents et trente mille) et où l'on peut proposer n'importe quoi sans méthode. Il n'y a pas de pilote dans l'avion.

**Une cruauté inutile.** Des auteurs ont analysé le rythme de sommeil d'un enfant de 0 à 6 mois (*Sleep*, Vol 22 n° 3, 1999). Ils ont demandé à l'ensemble de la famille (aux deux parents et aux deux autres enfants de sept et dix ans) de ne pas utiliser l'éclairage électrique et d'aller se coucher à 20 heures pour se relever à 5 h 30. Les repas étaient prévus à 6 heures, 12 heures et 18 heures. L'enfant vivait dans une pièce possédant deux fenêtres sans rideaux et exposée au nord. Ils ont mesuré le taux de mélatonine et la température toutes les heures et noté l'étendue des plages de sommeil et d'éveil. Leurs résultats ne me paraissent pas très intéressants mais ce n'est pas de cela dont je veux parler. Je trouve absolument extraordinaire et inadmissible qu'on impose à deux enfants de sept et dix ans d'accueillir leur frère nouveau-né en allant se coucher à 20 heures tous les soirs et en se levant à 5 heures 30 tous les matins et de vivre sans allumer la lumière pendant six mois !

Jean-Pierre Lollouchu

Médecin généraliste

# Epilepsie et rythmes de sommeil

*Jean-Pierre Lollouchu inaugure ici une nouvelle rubrique pour laquelle nous souhaitons la contribution active des lecteurs de Pratiques. Faites-nous parvenir les articles médicaux qui, à un titre ou à un autre, vous ont fait réagir.*

Laurent Diannou  
et  
Sylvia Laussanne

Du 6 au 10 octobre 1999, s'est tenue à Rabat, au Maroc, la réunion de suivi de la déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme adoptée à l'UNESCO, le 11 novembre 1997, "à l'unanimité et par acclamation", et reprise à son compte par l'ONU<sup>1</sup>.

Rappelons que cette déclaration n'a aucune valeur contraignante pour les Etats qui l'ont signée. Elle n'est qu'une proclamation solennelle des principes qu'ils sont "invités" à mettre en œuvre. Pas de remontrance pour les récalcitrants, pas de sanctions pour les contrevenants. Malgré ou à cause de ces très sérieuses limites, un suivi de la mise en œuvre par les Etats a été décidé, concrétisé par la création du Comité international de bioéthique de l'UNESCO (CIB) et par un programme de rencontres annuelles.

## Menaces sur l'intimité génétique

*Laurent Diannou et  
Sylvia Laussanne  
sont biologistes et membres  
de l'association Génétique  
et Liberté\* dont le but est,  
notamment, d'encourager  
toute réflexion ayant  
trait aux implications,  
pour l'État humain et  
la société en général, des  
recherches en génétique.*

\* Génétique et Liberté  
45, rue de l'Unité  
75013 Paris  
Tél. 01 53 72 40 01  
Fax 01 53 72 40 90  
e-mail : genelib@wanadoo.fr  
http://www.genelib.org

des données génétiques. Pour simplifier, on dira que le groupe de travail ne s'est pas distingué par son audace ; il est resté dans la stricte ligne de la déclaration. Or, si l'article 7 de celle-ci pose le principe de la confidentialité des données génétiques, c'est avec une portée relative, sous des conditions précises par l'article 9 : la loi<sup>2</sup> peut limiter la confidentialité "pour des raisons impérieuses et dans les limites du droit international public et du droit international des droits de l'homme". Limitations auxquelles il faut ajouter celle de l'article 5 de la déclaration, posant le droit de la personne à ne pas savoir, et donc l'exigence de son consentement à la divulgation de ses données génétiques qui doit être préalable, libre et éclairé. On voit que la question des limitations par la loi est fondamentale : quelles peuvent être ces insaisissables "raisons impérieuses" qui autoriseraient un Etat à légiférer contre la confidentialité des données ?

On attendait du groupe de travail qu'il éclaire ces questions, mais il a semblé finalement embarrassé par la complexité du problème, ce qui donne un rapport décevant, avec beaucoup de banalités ne tenant pas compte de l'évolution actuelle des recherches, et des questions réelles posées par les tests génétiques. Pourtant, l'évolution des données dans le domaine des tests génétiques est vertigineuse.

Les tests génétiques ont pour caractéristique de réaliser, notamment chez des sujets à risque, un diagnostic avant toute apparition de symptôme : on parle de tests prédictifs puisqu'ils permettent de prédire une maladie potentielle. Leur multiplication va poser de sérieux problèmes et dans trois domaines principaux, les conséquences seront considérables : l'analyse des résultats, l'évaluation de l'utilité thérapeutique, le droit sur l'information générée.

Au sein du CIB, un groupe de travail a été chargé d'examiner les questions éthiques posées par la confidentialité des données génétiques - problème complexe, qui se trouve à la croisée de deux questions importantes : celle, très générale et actuelle, de la protection des données personnelles notamment dans l'établissement des fichiers de santé ; et celle de l'utilisation

Depuis une dizaine d'années, l'accélération de la connaissance des gènes impliqués dans les maladies héréditaires a permis la mise au point de nombreux tests génétiques. Sur les trois milliards de bases du génome humain, 99,9 % sont identiques d'un individu à l'autre. Les variations ou polymorphismes des 0,1 %, pourcentage pourtant infime, mais représentant trois millions de nucléotides, sont à la base des différences entre les individus. Le diagnostic moléculaire fait appel aux technologies issues en particulier de la biologie moléculaire. Il repose sur l'utilisation de tests révélant directement le patrimoine génétique.

**L'arrivée des biopuces.** L'apparition de la technologie des biopuces<sup>3</sup> va amplifier ce phénomène en favorisant la diffusion massive de tests bientôt peu coûteux, d'utilisation facile et aux résultats rapides. La dépense globale du diagnostic médical, est chiffrée à vingt-cinq milliards de dollars par an ; 10 à 20 % de l'ensemble des analyses seront vraisemblablement réalisées sur des biopuces en 2005. Le diagnostic moléculaire concerne des champs distincts :

**Le diagnostic des maladies infectieuses.** Le diagnostic moléculaire permet des tests plus rapides (quelques heures), sensibles et spécifiques. Il s'applique actuellement : aux MST, à l'hépatite C, la tuberculose, les infections nosocomiales, le virus VIH.

**Le diagnostic des maladies multifactorielles.** Le diagnostic des mutations des gènes K-Ras (oncogène) et P 53 (gène suppresseur de tumeur) est à l'étude dans le cas du cancer. Exemple : les biopuces conçues par CIS-Bio International et par Affymetrix capables d'identifier respectivement des mutations dans les gènes K-Ras et P53. La puce P53 permet aussi de suivre l'impact des traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie sur la tumeur.

**La mise en évidence des prédispositions génétiques.** Les mutations à l'origine des maladies héréditaires, tout comme les prédispositions génétiques, indiquent seulement une probabilité plus ou moins forte d'être atteint de telle ou telle maladie ; elles sont décelables dans certains cas par différentes biopuces.<sup>4</sup>

**Le développement de la pharmacogénomique.** *Right drug, right person, right time* (le bon médicament, à la bonne personne, au bon moment -définition de George Poste-). La sensibilité de chacun d'entre nous aux médicaments correspond à un polymorphisme génétique. Elle se manifeste différemment, de l'insensibilité

quand il n'y a pas de réponse observée au changement qualitatif quand la réponse est différente de celle attendue. La réponse de l'organisme est fonction des modifications du récepteur du médicament (pharmacodynamique) ou des modifications métaboliques (pharmacocinétique).

La pharmacogénomique, en étudiant directement l'ADN, précise et généralise la démarche de la pharmacogénétique<sup>5</sup>. Elle se définit comme l'étude des mécanismes génétiques à l'origine des variations individuelles (ou polymorphismes) de la réponse aux xénobiotiques et, plus particulièrement, aux médicaments. Il s'agit de décrire les liens entre mutations d'un ou plusieurs gènes, modifications de leurs produits protéiques et conséquences cliniques. L'analyse directe du génome, la connaissance du profil génétique de chaque malade, générera des données qui seront appliquées ou applicables à l'adaptation de certains traitements et à la prescription des médicaments les mieux adaptés.

La première puce à ADN spécifiquement destinée à une utilisation en pharmacogénomique est mise au point par Affymetrix. Elle peut détecter dix-huit altérations connues de deux gènes humains codant pour des enzymes impliqués dans le métabolisme de médicaments tels que des bêta-bloquants (anti-hypertenseurs) et certains antidépresseurs et anticonvulsifs.

La pharmacogénomique se développe rapidement alors que son domaine d'application clinique qui n'est pas encore défini, risque d'être assez réduit. Sa légitimité ne tient pour l'instant qu'aux développements économiques qu'elle suscite. Alors qu'on est loin d'avoir montré les liens, au cas par cas, entre gène et incidence clinique, cet outil diagnostique va générer une masse d'information qu'il faudra gérer et digérer.

**La confidentialité des données.** C'est dans le cadre de ce développement technique explosif que se situe la question de la confidentialité des données génétiques. Selon Jeremy Rifkin, "le droit à l'intimité génétique -genetic privacy- va être l'une des plus grosses revendications du prochain siècle ; dans l'agenda politique et social de la plupart des pays, elle occupera la place qui fut celle de la question des droits de l'homme et des droits civiques au siècle dernier. A mesure que le nombre de victimes de diverses formes de discrimination génétique augmentera, les gens vont s'organiser afin que cette information génétique

soit sous leur propre contrôle, et non exploitée par n'importe quelle institution<sup>12</sup>.

En médecine prédictive les tests génétiques vont bientôt devenir la norme pour les personnes à risque et la diffusion des résultats risque d'être incontrôlée. Or, de telles informations peuvent avoir des répercussions graves à titre personnel ou sur les membres de la famille, mais aussi à titre professionnel et en matière d'assurances si des règles de protection ne sont pas clairement définies.

Par exemple, les entreprises risquent de pratiquer rapidement une sélection à l'embauche, éliminant de certains postes les personnes atteintes d'une prédisposition génétique défavorable. Cette pratique discriminatoire sera présentée dans un premier temps comme un élément de médecine préventive, autrement dit **dans l'intérêt de la personne**. En France, l'Institut national de la recherche et de la sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles a lancé des études sur "la médecine prédictive appliquée au travail". Ces travaux approuvés par le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national du patronat français, se situent dans un cadre préventif précis : déterminer les bases biologiques et génétiques de prédisposition à certaines affections pour prévenir l'exposition aux risques. Mais comment ne pas

douter que ces tests seront rapidement utilisés à d'autres fins ? Les employeurs chercheront à améliorer l'adéquation entre l'employé et l'emploi et éviter une perte de productivité liée à une susceptibilité anormale à telle ou telle maladie. Une telle dérive se produira inévitablement si la loi ne fixe pas des interdits.

La même question se pose en matière d'assurances, la question des sélections génétiques étant envisagée de manière très inégale selon les pays considérés et les risques couverts.

En France, l'utilisation des tests génétiques par les employeurs est en contradiction avec le principe de non-discrimination des travailleurs pour handicap ou raison de santé (loi du 31/12/92 qui a été intégrée dans le code pénal). Les différentes dispositions existantes sont connues :

Le cadre existe qui empêche l'usage individuel de l'information génétique et interdit la réalisation de tests prédictifs à des fins économiques ou sociales. Mais comme le souligne le Conseil d'Etat<sup>13</sup> : "Cette prohibition est donc claire mais, en pratique, son efficacité pourrait être limitée. En effet, des individus connaissant le résultat favorable de tests génétiques pratiqués sur eux ne seront-ils pas enclins à en faire usage face à un employeur potentiel ou pour se ménager un accès à une assurance dans des conditions contractuelles plus favorables ? N'y a-t-il pas lieu de craindre, dans la vie sociale et économique, une utilisation réductionniste ou individualiste des résultats de ces tests, qui conduirait par exemple à un refus d'assurance ou à un refus d'embauche ? Après la lutte contre les inégalités sociales, comment prévenir une prise en compte dangereuse des inégalités biologiques ?"

En Europe, la Société européenne de génétique humaine vient de réaliser un dossier sur le problème<sup>14</sup> de l'assurance et de l'emploi. Il insiste sur les conséquences, en termes de sélection ou de discrimination, pour la personne, sa famille ou des groupes ethniques, d'une utilisation à des fins non médicales des tests et informations génétiques notamment par les assureurs et les employeurs. L'auteur fait observer que la génétique étant un des champs de la médecine, elle est soumise aux principes traditionnels de l'éthique médicale. Parmi ceux-ci, celui qui prescrit de ne pas nuire à une personne, n'est plus respecté si on fonde une discrimination dans les assurances ou l'emploi sur des tests génétiques. L'information génétique par sa spécificité, dépasse le cadre traditionnel de l'éthique médicale, car





elle concerne l'individu, sa famille, plusieurs générations, ou même une ethnie ; elle va engendrer des conflits d'intérêt entre l'individu et ces différentes entités. L'intérêt de ce dossier, qui reprend des arguments connus, réside dans la comparaison entre pays de situations diverses dans leurs prises de position éthiques, pratiques ou législatives. L'auteur souligne qu'en Europe, six pays seulement ont promulgué des lois pour restreindre l'emploi de la génétique hors du champ de la recherche ou de la médecine, trois ont exprimé des souhaits sans aucun caractère d'obligation. Les assureurs et les employeurs ne manquent d'ailleurs pas de faire remarquer que cette disparité favorise les pays où la réglementation est la moins restrictive.

Le Conseil de l'Europe a rédigé une Convention<sup>10</sup> qui est le premier texte international sur la bioéthique ayant effet pour les Etats qui l'ont ratifiée. L'Union Européenne s'est contentée d'une résolution<sup>11</sup> déjà ancienne sans effet contraignant dont le but est de sensibiliser les populations aux problèmes émergents liés aux développements de la génétique. Deux textes peuvent donc à terme, avoir une valeur plus contraignante dans ce domaine. Il s'agit, sous condition de ratification, de cette Convention d'Oviedo, mais aussi au niveau communautaire, de l'article 13<sup>12</sup> du Traité de Rome après sa modification par le traité d'Amsterdam (entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 1999) ; cet article fait de la lutte contre la discrimination une priorité communautaire. Encore faut-il que les textes destinés à la mettre en œuvre tiennent compte du risque des tests génétiques...

Aux États-Unis, la discrimination génétique est déjà très répandue. Jeremy Rifkin, dans son dernier ouvrage<sup>13</sup>, évoque deux études. La première, réalisée par L. Geller à Harvard en 1996, montre que la discrimination génétique est utilisée par les employeurs, les compagnies d'assurance, les écoles et les agences d'adoption. Dans l'autre enquête, il était demandé à des directeurs de ressources humaines et des chefs d'entreprise s'ils utiliseraient les tests génétiques quand ceux-ci seraient moins coûteux et plus répandus ; beaucoup ont répondu par l'affirmative, précisant que cela leur permettrait de mieux planifier les embauches et l'avancement...

La situation américaine est très hétérogène. Près de la moitié des États ont voté des lois interdisant la discrimination génétique sur le lieu de travail, pour l'assurance maladie ou d'autres types d'assurances. Mais ces interdictions sont plus ou

moins étendues selon les États et ne couvrent pas les mêmes champs. Leur portée est donc relative. Le Congrès américain a déjà élaboré plusieurs projets de loi sur la discrimination génétique mais ils n'aboutissent pas car ils se heurtent notamment aux intérêts des assureurs qui ont clairement indiqué : "Nous nous battons pour que les assurances aient accès à toute l'information médicale existante, sans distinction entre le dossier médical classique et l'information génétique" (R. Coorsh. Health Insurance Association of America).

Un comité de la NAPBC a rédigé des recommandations pour protéger l'aspect privé de l'information génétique dans le domaine de la recherche<sup>14</sup>. Le Département de la santé américain a mis sur pied un comité sur les tests génétiques qui s'est réuni pour la 1<sup>ère</sup> fois en juin dernier, dont le rôle est d'aider le département à formuler des politiques sur le développement, la validation et la régulation des tests, en particulier les diagnostics basés sur l'ADN.<sup>15</sup> Parmi les dix priorités qu'il se propose de traiter rapidement, deux concernent la stigmatisation (discrimination à l'assurance, vie privée, confidentialité) et la diversité (utilisation des tests dans les ethnies et les minorités).

Au Japon, l'Association japonaise de l'Assurance-Vie a présenté en 1997 un rapport sur la nécessité de communiquer aux compagnies d'assurance-vie, lors de la signature d'un contrat, les informations génétiques.

Enfin, l'OMS a proposé en 1997 que les résultats des tests, quels qu'ils soient, restent confidentiels vis-à-vis des employeurs, des assureurs, des écoles ou des organismes gouvernementaux et soient considérés comme les autres informations médicales d'ordre général, conformément aux lois et pratiques habituelles dans chaque pays. L'Association médicale mondiale a, quant à elle, proposé en décembre 1997 des règles internationales sur les conséquences éthiques en génétique<sup>16</sup>.

On voit bien que la question est abordée différemment selon les régions du monde et que peu d'États ont ratifié des conventions par définition plus contraignantes. Dans ces conditions, au regard de l'évolution fulgurante des avancées scientifico-techniques, on ne peut qu'être déçu par la timidité des positions du groupe de travail UNESCO sur la confidentialité des données génétiques, alors que cette question est désormais cruciale. Les participants, embarrassés par la complexité du problème, n'ont donné que de timides



Ce n'est point une quelconque publication pédophile qui ouvre le débat mais le grand quotidien du soir. Comment *Le Monde* peut-il justifier un tel détournement de mineurs ?

Avouons le tout de go : nous avons nous-mêmes procédé à un mineur détournement de texte. Martin est en réalité Muriel, enseignante ayant établi une liaison avec un adolescent.

Dans la configuration enseignant-adolescente, point d'éclosion médiatique ; affaire vraisemblablement jugée aux assises ; et réquisitions du procureur bien au-delà des trois mois de prison avec sursis réclamés contre Muriel.

Un enseignant ou un éducateur qui transgresse l'interdit sexuel avec un(e) adolescent(e) en danger est un pervers promis à dix ans de réclusion, une enseignante succombant à la même pulsion vit une "histoire d'amour" et "tenté de sauver" son amant. S'il ne s'agit pas d'inégalités entre justiciables...

Les statistiques le révèlent : c'est pour l'ensemble des crimes et délits que la justice est plus clémentine pour les femmes. Nous nous souvenons de cette épouse examinée lors d'une expertise qui avait blessé son mari à coups de fusil. Elle avait été laissée en liberté dès le début de l'enquête. Huit mois après les faits, pas plus folle que vous ou moi (en tout cas que vous...), elle était suivie régulièrement par un psychiatre (sur les "conseils" du juge d'instruction) mais n'avait pas songé à consulter un avocat.

La femme serait-elle un être moins violent et moins responsable que l'homme ? Ou doit-on considérer plutôt que la Justice -de plus en plus répressive vis-à-vis des crimes masculins- rend des décisions plus équilibrées vis-à-vis des femmes, comme dans les deux exemples cités ? En matière pénale, la femme est-elle aussi l'avenir de l'homme ?

Olivier Boizard

Monet@poverna.fr

## Justice et deuxième sexe

*"Faut-il juger Martin F. ? Enseignant de 34 ans, Martin F. a comparu le 6 octobre dernier devant le tribunal correctionnel de Montpellier sur requête du parquet. La justice lui reproche sa liaison avec une adolescente de 14 ans, placée dans un centre spécialisé pour enfants en difficulté. Il risque une condamnation pénale et la perte de son emploi. Cette procédure "assez classique" selon le ministère de la Justice est-elle légitime ? Une histoire d'amour peut-elle être jugée selon le code pénal ?" Extrait du Monde.*

Françoise Ducos

Il y a environ dix ans, j'ai rencontré une généraliste qu'une amie m'avait recommandée. Je venais de faire une fausse couche et je traversais sans le reconnaître un épisode de dépression. Je ne dormais plus et je commençais à avoir des obsessions préoccupantes, une impression de tunnel de la mort qui n'en finit pas. Cette fausse couche, le gynécologue ne l'avait pas franchement prise au sérieux. D'après lui, cela venait peut-être de la lune et puis, il avait déjà eu trois de ses patientes dans la même situation cette semaine-là. Si les fausses couches restent des moments douloureux dans la vie d'une famille, en ce qui me concerne, j'avais douloureusement pris conscience de ma peur panique de devenir mère et je réalisais avec horreur que j'étais contente que cela rate. Personne pour écouter cette redoutable découverte...

Je consulte donc plus tard pour des symptômes périphériques : cystites à répétitions, mycoses et hypertension artérielle... et je rencontre enfin ce médecin qui

allait changer ma vie. Il y a des hasards heureux. Étrangement, cette personne me tient alors un discours non-clinique ; elle semble entendre réellement ma souffrance qu'elle qualifie de "maladie de petite fille" et écoute vraiment mes chagrins. Puis, elle me demande même de choisir mon traitement : "médicament pour les nerfs ou pour le cœur". Elle ne

# Un espace qui se libère

*"J'ai levé le visage de ton avenir."*

Henri Michaux

*Aux médecins qui ont changé ma vie.*

s'arrête pas là, elle me parle de thérapie, me donne les adresses de psychanalystes, celle d'un homme et d'une femme, toujours pour choisir ! Cet espace qui se libère tout d'un coup pour la parole et les larmes m'autorise à parler de ma naissance, de ma vie qui a failli prendre celle de ma mère, de cette culpabilité et de la place que je n'arrive pas à trouver...

Combien de petites filles ne réussissent pas à grandir et à devenir "mères de leur plein gré" ?

Depuis, j'ai eu deux enfants et pendant mes grossesses, notamment la première (j'ai fait une toxémie gravidique), j'ai rencontré avec mon médecin la même attention tournée autant vers mon vécu de patiente que vers mes pathologies. Ensuite, c'est dans l'accompagnement des nombreuses maladies infantiles de mon aîné que j'ai retrouvé cette écoute et compétence fidèles. Mon psychanalyste m'a aidé à comprendre les raisons de mes nombreuses frayeurs et obsessions. Là, il y aurait également beaucoup à dire...

Ma vie est sûrement plus lumineuse qu'avant, je ne pense plus à mourir chaque jour. Je me demande même comment aider d'autres soignants à s'autoriser à agir de cette manière...

L'impact de ce travail n'est évidemment pas mesurable en chiffres ; il est également difficile à décrire. Malgré tout, des conditions pratiques s'imposent : celles du temps passé avec les clients, de l'énergie mentale tournée vers le patient (la consultation de dix minutes habituelle aux généralistes ne permet pas ce suivi), celles des réseaux de soins (travail d'équipe avec les psy, suivi attentif des épisodes vécus à l'hôpital, notamment pour les naissances...) et celles de la formation des médecins aux approches psychanalytiques.

Après ces dix années, il m'arrive de repenser avec émotion aux phrases de ce médecin généraliste qui a su me convaincre de me soigner avec mes mots et je me dis que, dans cet "imaginaire commun aux médecins et aux patients", il existe des lieux de transformation et de tendresse qui peuvent décidément changer un jour votre vie...

A Olivier, pour hier  
et à Frédérique, pour aujourd'hui.

Marc Zafran / Martin Winckler

Médecin généraliste et écrivain.

Ce jour-là, quand je suis entré dans l'amphithéâtre, j'ai eu le vertige.

Celui qui m'avait invité a été l'un de mes profs de fac. Je ne le connaissais pas personnellement avant qu'il anime un débat à la sortie de mon bouquin, dans la librairie que je fréquentais, vingt-cinq ans auparavant. Mais il aime *La maladie de Sachs*, il aime le film de Michel Deville, et il conseille les deux aux étudiants. C'est un hospitalier à part, un universitaire qui n'aime ni le pouvoir ni le décorum, mais qui croit à la transmission, au partage du savoir. Chargé de l'enseignement des sciences humaines en médecine, il m'avait proposé de venir parler deux heures aux étudiants de première année.

# Une leçon magistrale

Thème de la conférence : "Être médecin".

Ce jour-là, ils étaient plus de six cents. Le grand amphithéâtre, beau et moderne, beaucoup plus clair que ceux dans lesquels j'ai étudié, était plein à craquer. Un système de vidéo intérieure retransmettait mon image dans d'autres salles et je devais faire un effort pour rester dans le champ de la caméra.

Ils étaient plus de six cents et ils m'ont salué par le brouhaha approprié aux types "exceptionnels" dont on ne sait pas ce qu'ils viennent foutre là.

Qu'est-ce que je foutais là, d'abord ? Qu'est-ce que j'avais donc de si intéressant à leur raconter ?

Je ne peux pas retranscrire exactement ce que je leur ai dit. Tout se mélange dans ma tête. Ils étaient six cents, ça m'impressionnait de parler à des jeunes gens semblables à celui que j'étais, à ceux qui étaient mes camarades il y a vingt-cinq ans. J'avais le sentiment qu'on me donnait la

possibilité, avec vingt-cinq ans de retard, de dire ce que j'avais sur le cœur depuis que j'avais foulé les pieds dans mon amphithéâtre de première année.

D'abord, pour désamorcer la vieille dichotomie redoublants/débutants, j'ai décidé de ne pas tenir compte de leur situation. Je leur ai dit que peu importait que certains soient reçus au concours et d'autres pas. A mes yeux, ce jour-là, ils étaient tous des soignants en puissance, et c'est à ce titre que je leur parlais.

Et puis je me suis lancé, j'ai aligné des choses simples, finalement, les idées brutes auxquelles je croyais depuis l'adolescence, les colères parfois longtemps mises au placard, mais toujours vivaces, qui ne demandaient qu'à sortir et faire du bruit.

Je leur ai dit tout ce que j'avais subi et tout ce qu'ils vont, je le sais, subir : la féodalité des études de médecine et l'archaïsme de l'enseignement magistral, la hiérarchie criminelle de l'hôpital, la compétition inepte qu'on crée entre étudiants et qui se poursuit entre soignants, la lutte sanginaire pour le pouvoir, le mépris des spécialistes pour les généralistes, la morgue et la vanité dont feraient preuve leurs aînés, leurs camarades... et dont ils feraient preuve eux-mêmes.

Je leur ai balancé ce qu'on ne leur dira pas pendant leurs études : leurs raisons troubles et inavouables de devenir médecin, l'hypocrisie qu'il y a à déclarer qu'on veut sauver l'humanité, leur faiblesse de jeunes gens qui ne connaissent rien de la vie, leurs peurs - qui sont exactement les mêmes, ni plus, ni moins, que celles des gens dont ils auront à s'occuper.

Je leur ai rappelé tout ce qu'ils vont s'empresser d'oublier, tout ce qu'on va s'empresser de leur

faire oublier : leurs sentiments les plus intimes, leurs angoisses les plus sourdes, leurs désirs inconscients de se soigner ou de soigner une souffrance ancienne, leur appétit de revanche, leur médiocrité quotidienne.

Je leur ai mis le nez dans des réalités que leurs maîtres ignorent ou font mine d'ignorer : que les maladies sont des concepts abstraits qui n'ont rien à voir avec le vécu individuel; que personne n'est réductible à une grille diagnostique, si sophistiquée soit-elle ; que ce qui compte dans la vie, c'est moins la santé que le sens, et que les médecins sont souvent incompetents dans les deux domaines.

Je leur ai annoncé qu'ils seraient toujours pris entre leur idéologie propre, celle que leur inculqueraient leurs maîtres, et l'irréductible personnalité des individus qui se confieraient à eux. Je leur ai rappelé que pour soigner des gens, il faut connaître les mondes réels dans lesquels ils vivent - celui du travail aliénant, celui de la famille pathogène, celui de l'injustice sociale.

Je leur ai prédit que, *comme tout le monde*, ils verraient leurs proches souffrir et mourir, parfois sans rien pouvoir y faire. Que leur seul privilège en ce domaine - un privilège exorbitant - serait de pouvoir faire soigner les personnes aimées, les enfants, les amis, *avant tout le monde*. Que ce privilège démesuré rend leurs obligations encore plus grandes à l'égard de ceux qui n'en bénéficient pas.

Je leur ai craché que, contrairement, à ce qu'on affirme avec hauteur dans les revues et sur les écrans, il n'y a pas *d'éthique médicale*. L'éthique, c'est la morale commune, c'est l'école du respect de l'autre, tel que tout le monde devrait le pratiquer. Devenir médecin (acquérir un titre, un statut) ne confère aucune supériorité en la matière - ni le droit

d'échapper aux questionnements. Je leur ai rappelé que ce qui est "éthique", ce ne sont pas les discours et les diplômes, mais les attitudes et les actes.

Je suis allé très loin, je crois.

Je leur ai dit qu'ils avaient intérêt à avoir une bonne sexualité s'ils voulaient comprendre quelque chose à la sexualité de leurs patients - et ils ont ri jaune.

Je leur ai dit qu'ils avaient intérêt à prendre conscience qu'ils étaient mortels, et que certains d'entre eux mourraient peut-être bientôt - et ils ont trouvé ça révoltant.

Et puis, je me suis énervé.

J'ai dit qu'un médecin qui fait passer ses croyances propres avant celles des patients est une crapule.

Qu'un médecin qui considère les autres soignants comme des sous-fifres est un salaud.

Qu'un médecin qui ne partage pas son savoir avec ceux qui en ont besoin est un criminel.

Je leur ai fait entendre qu'un médecin doit avant tout sa loyauté aux patients, fût-ce contre les autres soignants. Qu'un médecin qui se respecte et respecte les autres ne se contente pas de faire ce qu'on lui a appris, mais doit chaque jour se demander s'il ne peut pas faire mieux - sans jamais se prendre pour le bon Dieu.

J'avais beaucoup de rage à transmettre, ça faisait vingt-cinq ans que j'attendais ça, alors je m'en suis donné à cœur joie. A certains moments, je m'arrêtais, saisi d'étonnement en entendant mes propres vociférations...

J'ai vitupéré comme ça pendant deux heures, et ils m'écoutaient, et ils réagissaient, et ils en redemandaient. Ça n'était pas très étonnant : on leur parlait d'eux, pour une fois. Je les prenais pour ce qu'ils sont : des jeunes gens au seuil de la vie, pas des élus ; des êtres de chair et de sang, pas des robots en blouse blanche. Je soulevais devant eux des problèmes qu'on s'efforce d'enterrer sous les photocopies. J'étais épuisé, et assez content de moi.

Mais une fois la "conférence" terminée, plusieurs dizaines d'entre eux se sont approchés, sont montés sur l'estrade, plein de questions en poche, et l'un d'eux (un beau garçon basané) m'a demandé simplement ce que je ferais, moi, si je recevais, aux urgences "un type cassé de partout avec une croix gammée sur le front" et l'une d'elles (une jolie fille brune) m'a demandé douloureusement ce que je ferais si un de mes proches me demandait de l'aider à mourir, et d'autres ont continué... Et ils m'ont bombardé de questions que je n'ai pas osé poser il y a vingt-cinq ans. Et, bien sûr, je n'avais pas de réponse. On ne répond pas aux questions fondamentales dans un amphithéâtre, et ils le savaient.

À ce moment-là, j'ai réalisé l'évidence. Les futurs soignants d'aujourd'hui ne sont pas dupes. Ni du discours médical dominant et sclérosé, ni des discours militants désespérés et poussiéreux. Quoi qu'on en dise, le niveau de conscience s'est beaucoup élevé depuis vingt-cinq ans. Bref, ce jour-là, j'ai réalisé qu'à mon tour, j'étais un vieux con.

Ça faisait longtemps que je n'avais pas foutu les pieds dans un amphithéâtre, mais celui-là, j'ai bien fait d'y aller. Avec la leçon qu'ils m'ont donnée, je n'ai pas perdu ma journée.

Entretien avec  
Alain Caillé

# Le paradoxe fécond du don

*Alain Caillé, professeur de sociologie à l'université de Nanterre, économiste de formation, est directeur de la revue du MAUSS, Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales, fondée en 1981 et publiée aux éditions de la Découverte.*

On ne peut évoquer la question du don sans présenter d'abord Marcel Mauss, auteur de *L'essai sur le don* en 1924, neveu d'Émile Durkheim qui prend son relais à la tête de l'École de sociologie française et qui fonde l'ethnologie française. Ce que l'on sait moins, c'est qu'il était un ami intime de Jean Jaurès et que c'était un militant.

Le travail mené par la revue du MAUSS incarne une double démarche. D'abord, surtout dans ses dix premières années, elle s'est attachée à la critique de l'économisme, dominant dans toutes les sciences sociales : cette tendance à tout ramener aux intérêts économiques (c'est l'anti-utilitarisme

du titre). Ensuite, et plus particulièrement ces dix dernières années, en hommage à Marcel Mauss, elle explore de façon plus positive le legs de son œuvre (c'est l'autre face du titre).

Nous avons fait un pari théorique qui nous paraît fécond et fondé. Ce que Marcel Mauss avait pensé découvrir sur les sociétés sauvages n'intéresse pas que les ethnologues, cela intéresse nos sociétés contemporaines. Nous défendons l'idée que la question du don constitue un paradigme : pour nous, la meilleure manière d'éclairer la vie sociale est de l'interroger sur la question du don. Étant entendu que la matrice du lien social pourrait aussi bien s'appeler le paradigme du politique, de l'alliance, du symbole.

On peut résumer tout cela par l'idée suivante : la vie sociale ne se construit pas d'abord sur le fonctionnel, l'utilitaire. Avant de produire, de faire des choses utiles, efficaces, il faut d'abord bâtir le rapport social lui-même. Je suppose que l'on peut traduire cette idée assez facilement pour les médecins. Avant de savoir si tel ou tel organe marche bien, la question est de savoir si le sujet marche bien lui-même, s'il réussit à se construire.

**Le don dans les sociétés archaïques selon Mauss.** Marcel Mauss, dans *L'essai sur le don*, réalise une découverte fondamentale, empirique (et non pas spé-

MAUSS  
3, avenue du Maine  
75015 Paris  
Tél: 01 42 84 17 03  
Fax: 01 42 84 24 17



culative). Rassemblant tout le matériel ethnologique disponible à son époque, il découvre que dans toutes les sociétés étudiées, éloignées par le temps et l'espace, règne une règle fondamentale, déroutante pour nous.

Les relations sociales ne s'opèrent pas selon le mode du contrat, de l'échange, du donnant-donnant, du troc, du calcul d'intérêts respectifs. Dans toutes ces sociétés, règne une règle fondamentale : la triple obligation de donner, de recevoir et de rendre. L'obligation de donner suppose qu'on ne devient proprement humain, social, qu'en entrant dans le cycle du donner, recevoir, rendre.

Cette première règle s'appuie sur une deuxième notion au centre de son analyse : le don a une dimension agonistique de lutte. C'est une manière de rivaliser avec l'autre, c'est un défi de générosité, dont le but est de faire perdre la face à l'autre s'il n'est pas capable de soutenir le défi. Le don n'est donc ni l'échange utilitaire, ni la charité.

C'est une manière de transformer des ennemis en alliés. Les ennemis, ce sont ceux à qui on prend des femmes et à qui on en donne pour les transformer en proches parents. Si le don reste agonistique, ambivalent, c'est que la conversion peut se faire à tout instant. Si l'obligation de générosité n'est pas respectée, alors les alliés se retransforment en ennemis.

Le don est profondément ambivalent car il touche à l'ambivalence de la condition humaine. Le don est un opérateur, il fonctionne en va-et-vient comme une navette entre l'inimitié et la paix, et plus généralement, entre la mort et la vie.

Les objets qui sont donnés n'ont aucune valeur utilitaire. Ce sont des biens de prestige qui signifient la vie. Ils sont utilisables dans toutes les opé-

rations magiques de guérisseurs. Ce sont des objets qui ne valent que parce qu'ils ont été détenus par d'autres, prestigieux, et que, par la suite, ils seront remis en circulation.

Un bon exemple de bien précieux est la Coupe Davis ou La Coupe du monde de football. C'est l'objet de tous les désirs ; il a été possédé par les vainqueurs précédents, on le garde pendant un temps, mais on n'en est pas propriétaire. Il faut le remettre en jeu. Jamais ne s'arrête le cycle de la réversibilité entre la défaite et la victoire, entre l'inimitié et la paix, la mort et la vie.

**Maladie, don et lien social.** On peut rajouter plusieurs éléments à cette trame rudimentaire pour faire écho aux préoccupations des médecins. Marcel Mauss montre que ces échanges de dons prestigieux constituent des phénomènes sociaux totaux. Parce que le don n'est pas un échange utilitaire qui ne toucherait que des individus et qu'il concerne la constitution sociale dans son ensemble, toutes les dimensions sociales sont étroitement intriquées : les dimensions économique, politique, religieuse et festive.

De plus, toute la société est témoin de ces échanges et en est affectée. Ces dons ont une valeur non pas utilitaire mais proprement symbolique. On pourrait reprendre la formulation de Merleau-Ponty : "Ces dons résonnent dans toute la chair du social".

Enfin, on peut voir un autre corrélat qui n'est pas dans *L'essai sur le don*, et dont j'avance l'hypothèse sans certitude.

Quelle est la conception de la maladie dans une société régie par la loi du don ? C'est une société régie par une exigence de personnalisation, où tout est relation entre personnes, où tout est per-

sonnalisé, y compris les choses et les animaux. Dans une société de cette nature, puisque tout est personnalisé, puisque tout fonctionne dans l'ambivalence et la réversibilité permanente entre la paix et la guerre, l'hostilité et l'amitié, la maladie résulte nécessairement d'un déséquilibre du rapport social. L'étiologie fondamentale est sociologique. L'essentiel des maladies est supposé résulter d'un ensorcellement. Est ensorcelé, envoûté, envoûté, celui qui n'a pas bien géré les subtilités de la triple obligation de donner, recevoir et rendre, celui qui s'est fait trop d'ennemi. On peut rapporter à cela le beau texte de Marcel Mauss *L'idée de mort*, qui n'est pas directement relié à *L'essai sur le don* mais dont on peut voir les harmoniques. L'homme ou la femme des sociétés sauvages qui pense avoir enfreint un tabou meurt dans les deux jours.

Cette conception de la maladie est un sujet de réflexion pour la médecine, auquel nous ne pouvons pas adhérer, mais qui nous parle encore. Il n'y a pas de maladie du sujet individuel qui ne renvoie à une perturbation du rapport social.

**Le don dans la société moderne.** En quoi cela nous concerne, nous autres modernes, qui vivons un tout autre monde rationalisé ? La question est : "Est-ce que c'est vrai ?" Vivons-nous uniquement dans un monde rationnel ? Nous avons fait un pari théorique avec l'équipe de la revue et, entre autres, Jacques Gobbout, auteur d'un livre qui s'appelle *L'esprit du don* (ed. La Découverte), auquel j'ai collaboré. Le pari théorique est que la découverte de Mauss, (*mutadis mutandis*, il faut changer ce qu'il faut changer) vaut encore aujourd'hui. Mais où et comment ? Je vais être obligé de faire un détour. Pour situer la place du don aujourd'hui, il faut distinguer deux grands types de rapports sociaux, là où on pensait n'en voir qu'un seul. Appelons cela le rapport de socia-

lité primaire et le rapport de socialité secondaire.

Je commencerai par le deuxième, plus facile à saisir. J'appelle la socialité secondaire le type de rapport social dans lequel l'exigence d'efficacité fonctionnelle est hiérarchiquement première sur l'exigence de personnalisation. Par exemple, si on veut poster une lettre, si la postière est aimable, c'est tant mieux ; mais l'important c'est que la lettre parte et arrive.

Cette socialité secondaire, c'est la société moderne ; cette exigence de fonctionnalité, c'est son objet, sa norme. On voit bien comment cette norme fonctionne dans trois différents domaines : le marché, l'Etat, la science. Le marché des biens est régi par une première exigence d'impersonnalité. Le prix est objectif, toujours le même. La deuxième grande sphère d'efficacité fonctionnelle est l'Etat ; la loi, le règlement sont en théorie les mêmes pour tous. Enfin, la science produit, en théorie, des vérités impersonnelles qui sont considérées comme vraies parce qu'elles marchent.

Si on définit la socialité primaire par contraste, il existe un tout autre monde qu'on ne voit pas. Chaque être humain ne peut vivre que s'il se situe ailleurs, dans la socialité primaire, où la domination hiérarchique de l'exigence de personnalisation l'emporte sur l'exigence fonctionnelle.

Dans la socialité primaire, les personnes importent plus que les fonctions qu'elles accomplissent. Dans la socialité secondaire, c'est le contraire. Il est facile de repérer les sphères de la socialité primaire ; ce sont, bien sûr, les domaines de la famille, de l'alliance, de la parenté, du voisinage, de la camaraderie, de la vie des petites associations, de la vie de tout ce qui est pris dans la sphère de l'inter-connaissance entre des sujets humains concrets. L'hypothèse que je défends est que

l'obligation de donner reste constitutive de la sphère de la socialité primaire encore aujourd'hui. Si on se fait des amis, si on fonctionne dans une famille, c'est à travers l'affichage d'un certain désintéressement qui marque la domination hiérarchique de la relation à l'autre sur l'intérêt matériel ou instrumental qu'on peut en tirer. C'est la loi de l'amitié, de l'hospitalité. Le noyau est là.

Si on remonte les choses, le don est encore là, pas seulement dans les domaines concernés par la socialité primaire. Même dans les sphères les plus fonctionnelles en apparence, le marché, l'État, la science. Rien ne pourrait marcher s'il n'y avait pas une part de don, si les gens n'étaient mûs que par l'appât du gain ou le respect des règlements. Les sociologues redécouvrent cela tous les six mois. Les gens font leur travail aussi par sens du devoir, amour de la science. Cela se voit dans les hôpitaux, dans la fonction publique, dans l'université.

Mais la société tend de plus en plus vers la domination massive de la règle marchande ou administrative. Je peux parler de ce que je connais, l'université. Tout ce qui est de l'ordre du don est traqué ; toute manifestation de bonne volonté est interprétée comme quête du pouvoir ou comme délire et bloquée par une bureaucratie et des règlements de plus en plus absurdes. De plus, on constate un dévoiement, une instrumentalisation de l'esprit du don dans les entreprises où, dans le discours communicationnel, les gestionnaires utilisent à leur profit et épuisent les dernières ressources obligatives d'amour du métier des salariés.

J'ai donc un discours à double détente. Il reste un esprit du don, même dans les grosses machineries bureaucratiques et marchandes, mais ces gisements de sens sont en voie d'épuisement. Voilà pour le cadre théorique.

**La place du don en médecine.** Dans l'image du médecin, ce qui a fait son prestige social, sa figure, c'est son association à des valeurs du don. On peut revenir à l'étymologie du mot pour signaler quelques bizarreries qui vont ouvrir des pistes.

Dans un petit article intitulé "*Gift, gift*", Marcel Mauss découvre que dans les langues germaniques, le mot *gift* a un double sens, le don et le poison. Ce qui tue, c'est le remède. Cela dépasse la notion de cadeau empoisonné et renvoie à cette réversibilité totale que j'évoquais plus haut.

Le don a une dimension intrinsèque, agonistique, le don oblige "Je suis votre obligé". Celui qui fait un don prend le pouvoir. Au sein du vocabulaire du don, il y a la violence. Cette double signification du mot *gift* n'est pas anodine ; c'est parce qu'il peut tuer que le médecin peut guérir. On retrouve cette notion dans le mot grec "*dosis*" qui est à la fois la dose du produit pharmaceutique et le don du médicament (mot repris par les toxicomanes en manque de leur "dose").

Le don a donc pour les ethnologues un double sens : c'est ce qui fait mal et qui fait plaisir ; c'est ce qui tue et ce qui fait alliance.

Il y a un troisième sens : avoir un don, le don des mathématiques, un don artistique. C'est quelque chose dont on n'est pas propriétaire, qui est donné, qu'il faut mettre en circulation pour en faire bénéficier les autres, afin qu'il soit mis en œuvre. Un exemple médical condense au plus haut point ces idées :

Les guérisseurs de brûlures, de verrues, ont reçu un don (transmis dans le secret, sur un lit de mort souvent). Ils ne font jamais payer leur service par un paiement marchand. Tout au plus, ils recevront une poule en signe de reconnaissance. Mais le don est gratuit.

Dans l'image traditionnelle archétypale, le médecin est quelqu'un qui cumule deux types de caractéristiques. Il a une légitimité de l'ordre de la socialité secondaire, du fait de ses compétences scientifiques, et en même temps, il est l'image plus archaïque de celui qui a un don au sens du guérisseur, qui voit juste, qui donne de sa personne. En donnant, il prend du pouvoir, mais c'est un bon pouvoir, pour la bonne cause. Le médecin, c'est celui qui a reçu un don et qui sait en faire bénéficier son patient.

On peut esquisser une typologie des médecins selon qu'ils sont plutôt du côté de la socialité primaire ou secondaire. Les spécialistes seront plutôt dans la socialité secondaire, les généralistes dans la socialité primaire. Avec toutes les nuances possibles. L'évolution de la médecine va toujours plus vers une objectivation fonctionnelle, vers une recherche de gains monétaires. Mais avec quelle efficacité pour les soins ?

**Qu'est-ce qui guérit ?** Par où passe alors l'efficacité thérapeutique ? On peut défendre l'hypothèse qu'au sein de la relation thérapeutique soignant-soigné, la relation de don est absolument essentielle. Certes, la compétence fonctionnelle est indéniable, l'aide apportée par un cachet d'aspirine indiscutable.

Mais la moindre étude d'une clientèle montre que ce qui fait le bon médecin de quartier, c'est celui qui sait écouter, qui donne de son temps, qui sait créer une relation de personne à personne, qui remet les choses à leur place, qui reconstruit des histoires cohérentes là où les sujets ont des histoires brisées.

Je crois me rappeler que l'on dit que les deux tiers des maladies sont dites "fonctionnelles", c'est-à-dire qu'elles ne sont pas assimilables à une cause organique claire. Cela fonctionne à l'envers de

mon discours, de ce que j'appelle la fonctionnalité. Ces maladies dites "fonctionnelles" n'ont aucun rapport avec la "fonctionnalité". Elles sont massivement symboliques, et leurs médications aussi.

Le symbole, c'est un don, un souvenir ou une promesse de don, d'alliance. Ce qui se joue dans la maladie, c'est la mise en scène du lien et des antagonismes, en métaphore de l'ensemble des rapports sociaux. Le terme de don prête à confusion, car on le voit trop du côté positif en gommant toute la violence qu'il recèle. C'est un convertisseur des antagonismes. Le symbole crée de l'alliance entre deux choses éloignées arbitraires à certains égards, des images, des signes, des événements, en écho avec l'alliance entre les hommes. A l'origine, le symbole était un os ou un objet que l'on cassait en deux pour le partager entre les membres d'une alliance, les partenaires d'hospitalité. Les héritiers pouvaient se le montrer : "Mon père était l'allié d'Untel". Le symbole est rapporté à l'histoire des haines, des ruptures et des réconciliations.

Il y a une piste de réflexion intéressante explorée par un psychologue belge sur la réception des organes greffés.

Il a travaillé sur les enfants qui ont subi des greffes de reins. Les parents ont l'impression que leur enfant a changé de nature. Le don est étroitement lié à ces questions d'identité personnelle. La thèse de ce psychologue est que pour qu'un organe soit accepté par le corps, il faut pouvoir s'imaginer un donateur concret, un travail de la gratitude. Il y a une exigence de personnalisation pour faire passer de la sphère de l'autre à la sphère de soi au sein même d'un monde "hyper-technicisé".

**Faire réémerger la dimension du don dans la société.** Comment remettre les médecins, les professionnels et aussi les décideurs dans l'esprit

du don ? Quand on regarde les universités, les hôpitaux, cela ne rend pas optimiste. Se superposent des strates de règlements de plus en plus absurdes, non maîtrisables. Les problèmes sont partout les mêmes dans la société, mais peut-être encore plus en France qu'ailleurs en Europe. La France est une société qui cumule les inconvénients d'une société de marché et d'une société étatiste. On rebondit d'un défaut sur l'autre. L'État, comme le marché, sont de l'ordre de la socialité secondaire. Ils sont coextensifs. Ils représentent deux moments d'une même émergence globale, même s'ils ne sont pas toujours synchrones. On peut ici faire référence à l'œuvre de Karl Polanyi, auteur d'un livre intitulé *La grande transformation*, écrit à la fin de la guerre en 1945. Il montre comment le marché est une invention beaucoup plus récente qu'on ne le croit habituellement. Et comment il s'agit d'une réalité instituée à l'instigation des États-Nations naissants. Il y a une conjonction d'intérêts entre les monarchies centrales et les bourgeoisies naissantes contre les féodaux. Les monarchies ont besoin de mercenaires pour lutter contre leurs féodaux. Il faut monétiser la rente ; il faut donc créer des marchés pour produire de l'argent. Il faut mesurer la position paradoxale dans laquelle on se trouve : la modernité démocratique dont nous sommes les héritiers, c'est la modernité du marché, de l'État, de la science contre le don et contre la société traditionnelle. Le don était le monopole, l'apanage de l'Église et des grands. La révolution s'est créée contre ces valeurs aristocratiques et religieuses. Bien sûr, le don n'est pas réductible à sa transformation religieuse ou sa dérivation aristocratique. Bien sûr, je pense que le don est profondément démocratique en tant que tel, par les relations horizontales d'entraide, au sein des villages. Mais tout cela a été verticalisé par les féodaux et par l'Église, la monarchie, surtout en France. Quand la Révolution survient en 1791-93, au nom du

peuple, elle va tout balayer sur son passage : pas uniquement l'Église et les féodaux, qui vont d'ailleurs revenir, mais aussi les coopératives, les syndicats ouvriers, les mutuelles qui seront interdites par les lois Allard et Chapelier.

Le problème d'un certain gauchisme est que le monde du don est un monde glauque, intrinsèquement lié à la recherche de pouvoir, lequel est l'objet de tous les soupçons. Il y a eu un gros travail de déconstruction de la modernité pour le meilleur et pour le pire. Cela a liquidé les dominations comme la culture du progrès, le marché libérateur. Mais cela a aussi liquidé les systèmes d'entraide, de dévouement, de raison de vivre en voie d'épuisement.

Alors que faire ? Comment faire revivre l'esprit du don ? Ou, pour trouver une autre formulation de George Orwell, "un sentiment de la décence commune" ? Quand on regarde les problèmes, ils sont partout semblables. On est totalement colonisé par l'État ou par le marché. Mais aujourd'hui il s'agit de faire réseau, et cela au-delà d'un débat franco-français, au niveau mondial. C'est dans ce sens que s'insère le projet de lancer une fondation Karl Polanyi. Il s'agirait de rassembler les forces d'intellectuels autonomes qui veulent se donner les moyens institutionnels d'organiser une respiration dans tous les domaines, celui de la survie économique et aussi l'art, la santé, etc. On est totalement colonisé par le marché et par l'État. Il ne s'agit pas d'abolir le marché ou l'État, mais de respirer.

Propos recueillis par Elisabeth Maurel-Arrighi.

1. Michel Maurel, *Don et le don, l'économie et anthropologie*, PUF, Paris, 1992.

2. Karl Polanyi, *La grande transformation : une origine politique et économique de notre temps*, Gallimard, Paris, 1981.

*Haut les cœurs, un film de Solveig Anspach.*

Le film a comme point de départ l'histoire de la réalisatrice Solveig Anspach. Une jeune femme, Emma (Karine Viard), apprend à quelques jours d'intervalle qu'elle est enceinte et qu'elle a un cancer du sein et qu'elle porte ainsi, en elle, à la fois la vie et la mort.

Emma va être traversée par cette histoire. Il lui faut prendre des décisions, parler avec les médecins, accepter d'interrompre son métier de contrebassiste et l'annoncer à ses amis de l'orchestre. Tout cela, sans jamais peser trop lourd, souvent

avec une pointe d'humour. Elle vit des moments d'angoisse et de découragement mais trouve des ressources pour réagir. Est-ce une lutte, ou simplement l'envie que la vie continue? En cela elle est soutenue par son compagnon, Simon (Laurent Lucas), et tous les autres. Le film est

# Nous avons vu pour vous

très juste, l'histoire ne dérape jamais. La vie bascule à l'annonce de la maladie mais tout ne s'arrête pas là. Ce qui se passe dans une situation où la mort rôde est dépeint avec beaucoup de finesse. Tout ce qui entoure cette jeune femme prend progressivement une autre couleur, soit bien plus vive parce qu'il faut vivre absolument, parce qu'elle en a envie, parce que son ami le veut, soit bien noire quand le découragement gagne. Leur relation évolue au cours du film, comme dans la vie quand des hommes et des femmes sont confrontés à des situations difficiles, que plus rien ne peut être léger, et qu'il faut parler des questions importantes : la vie, la mort, l'amour et le désir. J'y ai retrouvé ce qu'on peut ressentir dans l'accompagnement de personnes atteintes de maladie graves, lorsque chaque geste, chaque parole, prend une autre dimension, quand les liens qui se tissent avec ces personnes et leur entourage deviennent de plus en plus forts parce que plus rien ne peut être insignifiant. Un film à voir absolument par les médecins et les autres.

Catherine Jung, médecin généraliste.

*The Big One, film américain de Michael Moore*

Ce film est un *road movie* à travers les États-Unis dans lequel M. Moore, tout en dédicant son livre sur les dégâts humains du libéralisme, rencontre le personnel d'entreprises en voie de fermeture -car délocalisées au Mexique ou ailleurs- et décerne aux patrons des diplômes de "meilleur réducteur d'emploi". C'est vraiment un film d'actualité en ces temps de dérégulations sociales. M. Moore ne manque pas d'air (il nous faudrait quelqu'un d'aussi gonflé pour aller rencontrer Monsieur Bibendum !) tout en étant très proche des gens qu'il rencontre et c'est ce qui fait sa force.

A voir ab-so-lu-ment !

Bernard Meslé, médecin généraliste.

Il existait en France, au début du 17<sup>e</sup> siècle deux facultés de médecine particulièrement réputées, à Paris et Montpellier. Chacune des deux universités tentait de faire valoir sa prééminence, en invoquant l'ancienneté de sa fondation ou le sérieux des enseignements qu'elle délivrait. Tandis que Paris restait fidèle aux enseignements de Gallien, Montpellier semblait être plus ouverte aux nouveautés, qu'elles viennent d'Italie - ainsi les dissections pratiquées par Vésale à Padoue - et la mode des jardins des plantes - ou des pays germaniques - comme la pharmacologie chimique inspirée des œuvres du médecin et alchimiste bâlois Paracelse. Cependant, les enseignements montpelliérains restaient centrés sur la lecture des textes galéniques.

Il fallait avoir suivi les cours pendant trois ans pour pouvoir obtenir le baccalauréat, puis la licence de médecine. Un délai de quelques semaines suffisait alors pour présenter ses thèses et devenir docteur. Cependant, il n'était pas rare que des compétences médicales obtenues auprès d'un parent ou d'une école de médecine de moindre importance soient reconnues par la faculté de Montpellier, qui autorisait alors un cursus plus rapide. C'est ainsi que Pierre-Jean Fabre, né vingt-cinq ans plus tôt à Castelnaudary, put passer son baccalauréat de médecine trois semaines après son inscription à Montpellier, le 6 mars 1613, puis sa licence quelques mois plus tard, en octobre de la même année. Ces rapides études furent cependant bientôt contrariées, puisque le grade de docteur lui fut refusé le 27 janvier 1614, pour la raison qu'il "soutenait et défendait ouvertement la doctrine de Paracelse et des Empiriques, contre l'usage établi de cette Académie". Il fut alors invité à soutenir de nouvelles thèses, "dans lesquelles il suivrait la doctrine galénique et hippocratique, si vraiment il désirait obtenir le grade de docteur dans notre présent Collège". Ce qui fut fait dès le 19 février de la même année. Fabre partit alors pratiquer la médecine dans sa ville natale.

Les responsables de la faculté de Montpellier, qui n'étaient sans doute pas tous hostiles aux pratiques médicales et pharmacologiques inspirées des

Ismaël Joly

Historien de la médecine  
et de la pharmacologie  
à l'Université de Montpellier  
et à l'Institut de Médecine  
de Montpellier

# Pierre-Jean Fabre

## (1588-1658) : médecin ordinaire et alchimiste de Castelnaudary

travaux de Paracelse, n'avaient pas voulu donner à leurs adversaires parisiens des raisons nouvelles de les critiquer. La doctrine galénique s'opposait à l'usage interne de médicaments chimiques : en prescrivant des substances d'origine minérale comme l'antimoine, les médecins paracelsiens prenaient le risque de se faire passer pour des empoisonneurs, au mépris du serment d'Hippocrate. Mais surtout, Paracelse n'avait pas hésité, en se présentant comme le Luther de la médecine, à mettre en cause l'ensemble des enseignements universitaires et à condamner la médecine galénique, à laquelle il affirmait volontiers préférer les remèdes populaires. La reconnaissance institutionnelle que les médecins avaient obtenue en enracinant leur formation dans les universités médiévales risquait donc d'être remise en cause par les paracelsiens auxquels on attribuait volontiers l'épithète honnie d'empiriques, par laquelle Galien déjà désignait ceux qui prétendaient pratiquer la médecine sans référence à aucune théorie.

On comprend que les accusations portées contre Pierre-Jean Fabre étaient graves puisqu'on le soupçonnait à la fois d'être un empoisonneur et un charlatan. Cela ne l'empêcha pourtant pas de faire une brillante carrière, sans renoncer aux convictions alchimiques qu'il avait acquises à Montpellier même, selon son propre témoignage. Il publia en effet douze ouvrages alchimiques, qu'il dédia à Louis XIII et à son frère Gaston d'Orléans, mais aussi à la République de Venise et au Pape. Tous étaient en latin et donc destinés à un public savant et européen, à l'exception de ses deux traités sur la peste et de *l'Abrégé des secrets chimiques*, publié à Paris en 1636 et que l'on trouve encore aujourd'hui en librairie. Présentant l'alchimie comme la seule vraie science, Fabre n'hésitait pas à régler ses comptes avec ses anciens

maîtres en déclarant qu'il n'existait pas d'autre Université où étudier cette fontaine de connaissances que constitue l'alchimie.

Les traités que Fabre publia dans les dernières années de sa vie constituent de vastes sommes encyclopédiques dont les objectifs dépassent largement la médecine : les principes alchimiques y sont invoqués pour rendre compte de tous les phénomènes naturels. Mais avant de se poser ainsi, avec une présomption qui peut nous surprendre, comme une sorte de nouvel Aristote chimique, Fabre s'était contenté dans ses premiers ouvrages, d'appliquer à la médecine les enseignements de l'alchimie, comme pour laver l'affront qu'il avait subi quelques années plus tôt. Après avoir exposé ses conceptions alchimiques dans un *Palladium spagyricum* paru à Toulouse en 1624, il publia deux ans plus tard sa *Chirurgica spagyrica*. En bon paracelsien, il s'intéressait alors aux maladies qui se soignent à la main, ce qui incluait les soins occasionnés par les ulcères, bubons et autres affections se manifestant à la surface du corps, alors que les médecins galénistes laissaient dédaigneusement ces pratiques aux barbiers et chirurgiens. Quant à l'adjectif "spagyrique", souvent utilisé comme synonyme d'alchimique, il signifiait que les divers onguents appliqués sur les plaies et les ulcères étaient fabriqués par les procédés de la chimie. Fabre rendit publiques en 1627 les innombrables recettes de cette nouvelle pharmacologie dans son *Myrothecium spagyricum*, sorte de bibliothèque des parfums et des drogues.

A cet ouvrage étaient attachées les *Insignes curationes*, dont il convient de traduire le titre entier : *Traitements remarquables des diverses maladies que par une très plaisante méthode Pierre-Jean Fabre, docteur en médecine de*



Montpellier et philosophe chimiste de Castelnaudary, a soignées avec des médicaments chimiques. L'ouvrage est une étude de cas : il présente cent cures effectuées de 1614 à 1627. Fabre indique d'abord la date et le lieu des soins, puis l'identité du malade dont il décrit les maux, en évoquant souvent les prescriptions inefficaces des médecins galénistes qui se sont succédés au chevet du patient. Vient alors la présentation du remède proposé par Fabre, qui entraîne habituellement, mais pas toujours, la guérison. Ainsi, nous apprenons qu'en 1614, "maître de Caillavel, personnage bien connu âgé de vingt-cinq ans, mince et de haute taille, et de tempérament mélancolique, fut pris de fièvres quartes pendant six mois ; ayant essayé en vain toutes sortes de remèdes galéniques, il prit deux ou trois fois notre antimoine et de l'arcane de tartre arrosé de vin pur, tout en suivant un régime chaud et humide; et ainsi la fièvre disparut sans essayer d'autre remède et sans laisser de symptôme."

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est que l'usage des médicaments chimiques est associé à des pratiques héritées de la tradition hippocratique : tout le monde sait en effet qu'il convient de soigner les mélancoliques par un régime chaud et humide qui viendra contrecarrer les excès de bile noire (c'est ce que signifie littéralement "mélancolie"), humeur supposée froide et sèche. Fabre nous fait ainsi comprendre que la nouvelle médecine chimique ne fait que renouer avec une tradition que les galénistes modernes ont oubliée. A n'en pas douter, Galien lui-même aurait accepté les médicaments chimiques s'il les eût connus. Aussi ne faut-il pas hésiter à ajouter à la cure traditionnelle le recours à "notre antimoine". L'antimoine n'est en effet un poison qu'entre les mains de ceux qui ignorent les moyens de le

préparer de telle sorte qu'il purge le corps de toutes les impuretés qui l'encombrent (ici, la bile noire surabondante), de la même façon que l'antimoine semble purifier l'or en le séparant des autres métaux auxquels il était mêlé, selon une recette bien connue des anciens métallurgistes.

Au fil de la lecture des *Insignes curationes*, nous apprenons que Fabre a guéri des marchands, des servantes, des conseillers du roi, des capucins et des religieuses, des propriétaires terriens et des curés, des médecins et des chirurgiens mais aussi des membres de sa famille comme son frère et son épouse, ainsi que l'un de ses propres fils né d'une Marie de Charles originaire de Toulouse qu'il avait épousée après l'avoir guérie en huit jours de syncopes et convulsions pour lesquelles elle était soignée sans succès depuis l'âge de quinze ans. Mais la plus grande gloire de Pierre-Jean Fabre est sans doute d'avoir guéri Louis XIII en 1622, alors qu'il était tombé malade à Castelnaudary où il s'était arrêté en revenant d'Espagne. Sans doute est-ce cela qui lui valut plus tard de recevoir le titre de "médecin ordinaire du roi", malgré l'affectueuse amitié qui le liait à Gaston d'Orléans, l'un des plus farouches adversaires de son frère le roi.

En 1621, Fabre avait guéri plusieurs membres de la suite du roi frappés par la peste lors du siège de Montauban. Il acquit rapidement une solide réputation de spécialiste de la lutte contre cette terrible maladie. Il fit paraître à Toulouse, en 1629, un *Traité de la peste selon la doctrine des médecins spagyriques* qui fut réédité à Castres, en 1653, et dans lequel il exposait une doctrine de la maladie directement inspirée des œuvres de Paracelse : la peste était due à une mauvaise influence des astres produisant un venin qui perturbait la circulation de l'esprit

de vie à travers le monde. Seuls des remèdes à base de sel pouvaient efficacement contrecarrer un tel venin. En 1651, Fabre fut sollicité par les habitants de Barcelone auxquels il envoya des médicaments de sa fabrication, ainsi que son fils, pour les mettre en œuvre. L'année suivante, il fit paraître à nouveau un bref ouvrage sur le sujet : *Remèdes curatifs et préservatifs de la peste*, qui fut réédité en 1720 sur l'ordre de l'archevêque de Toulouse, "afin que chacun pût pourvoir soi-même à sa guérison ou à sa préservation". Sous l'influence des travaux du médecin chimiste Van Helmont parus en 1648, Fabre y modifiait sa doctrine, reconnaissant désormais que la peste provenait de la corruption des fumiers et des cadavres. Les remèdes consistaient d'abord à ne pas avoir peur, pour ne pas affaiblir l'esprit vital, puis à prendre un certain nombre de médicaments à base de soufre, de nitre et d'antimoine, mais aussi de crapaud et de vipère desséchés et réduits en poudre, sans oublier de désinfecter les maisons, meubles et linges ayant été en contact avec des pestiférés.

Nous sommes aujourd'hui déçus par l'obscurité et l'invéraisemblance des remèdes que proposait Pierre-Jean Fabre, personnage encore attaché à la philosophie naturelle de la Renaissance. Ses préparations marquaient cependant les débuts d'une médecine chimique promise à de beaux succès.

#### Bibliographie :

- Duffau Louis, *La médecine à Montpellier, tome III - l'ère classique*, Les Presses Universitaires de Montpellier, 1982.
- Fabre Pierre-Jean, *Algorithme des sacres crimonieux de son royaume contre les années venimeux & pestifères généralement découverte par lui, & par ses disciples qui ont été par l'expérience de la peste de son royaume & par l'expérience de la peste générale, édition en français*, Paris, 1651, Gutenberg Reprint, Paris, 1988.
- Joly Bernard, *La doctrine de l'Algorithme ou l'art de la peste*, Les Érudits, 1997.
- Joly Bernard, "Coupes parallèles de l'économie morale et nouvelles pratiques médicales", *Ateliers, Cahiers de la Maison de la Recherche* n° 3 (1) 3, 1995, pp. 53-80.
- Joly Bernard, "L'apoptose des remèdes, l'ère de la médecine galénique", in *Ateliers, Cahiers de la Maison de la Recherche*, Philosophie, Histoire et médecine, L'Érudition, 1997, pp. 301-322.

# Cultures en Mouvement

**D**epuis maintenant trois ans, la revue *Cultures en Mouvement* offre chaque mois un nouveau regard sur notre société. Echanger, croiser les savoirs, décloisonner les disciplines encore trop souvent fermées sur elles-mêmes pour éclairer les enjeux actuels : telle est la démarche de cette publication en sciences humaines.

Du 10 au 13 mai 2000, *Cultures en mouvement* organise le premier colloque européen : Sciences de l'homme et sociétés, à Montpellier, sous le titre : "Penser la mutation". Sociologues, travailleurs sociaux, scientifiques, médecins, etc. viendront faire état de leurs recherches et échanger autour de sujets aussi majeurs que variés.

Quelles drogues au XXI<sup>e</sup> siècle ? Réconcilier économie et société. Politique et sexualité... seront quelques-uns des thèmes abordés.

Nathalie Ferron.

Inscriptions et renseignements :

*Cultures en Mouvement*

14 avenue du 24 août

06 680 ANTIBES

Tél. : 04 92 90 44 10

Fax : 04 92 90 44 71

# Libres pensées de Serdu

**B**onne nouvelle pour les lecteurs de *Pratiques* ! Notre dessinateur Serdu a enfin trouvé le temps de penser à son œuvre. Il a fait un travail d'archéologue, examiné soixante mille dessins, quinze kilos de photos et de documents divers, et nous offre un recueil de deux cents dessins sur des sujets variés : la santé, bien sûr, où l'on retrouve quelques-uns des dessins publiés dans *Pratiques*, mais aussi l'environnement, les affaires, l'enseignement...

Un vrai remède contre la dépression qui devrait être remboursé par la Sécurité sociale ! On y retrouve la vivacité, l'humour, la bienveillance lucide, la révolte, le côté canaille parfois et aussi le sens du tragique. On apprend ce que l'on savait déjà au travers de ses interventions lors de nos congrès : Serdu est un brillant improvisateur mais aussi un militant infatigable auprès de diverses associations. De quoi nourrir les combats de chacun.

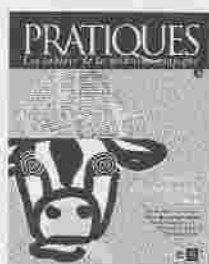
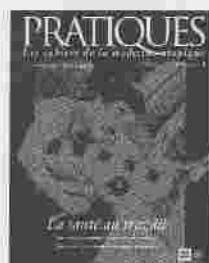
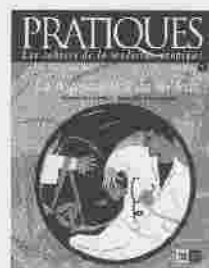
Libres Pensées, dessins de Serdu, biographie par Franco Menozzi, IPH éditions, 1999. On peut se procurer cet ouvrage au siège de la revue *Pratiques* : 52 rue Gallieni 92240, Malakoff ou directement auprès de Serdu : 16C, rue de Jollain B 7620 Hollain, Belgique. Envoyer un chèque de 200 F : 170 F plus 30 F de frais de port au nom de Serdu.

Elisabeth Maurel-Arrighi.

**Arnaud BENOIST** : 197870000 Laurière Médecin généraliste 78220 Viroflay ; **Arnaud M.** : Educateur 84210 Pernes ; **Arnaud Arnaud** : Coordinateur Sécurité Santé 75000 Paris ;  
**Aurore M. J.** : Infirmière 91190 Gif-sur-Yvette ; **Aurore Bernadette** : Contrôleur des impôts 63000 Clermont Ferrand ; **Aurore Catherine** : Agent 93300 Aubervilliers ; **Aurore Marie Laure** :  
 Informaticienne 63400 Chamalières ; **Aurore Marie Laure** : Informaticienne 63000 Chamalières ; **Aurore Anne** : Etudiante 91470 Limoux ; **Aurore Margot** : 12100 Millau ; **Aurore** :  
**Aurélien** : Forestier 63000 Clermont Ferrand ; **Aurélien** : 07200 Aubeas ; **Aurélien Rodier** : Psychologue 38920 St Gère ; **Aurélien Dima** : Infirmière 75020 Paris ; **Aurélien** :  
 Assistante de vie 84100 Orange ; **Aurélien** : Entretien 93000 La Courmeuve ; **Aurélien** : Responsable mutualiste 56000 Lorient ; **Aurélien** : Médecin gé-  
 néraliste 37210 Passay Alain ; **Aurélien** : Etudiant 34170 Castelnaud ; **Aurélien** : Directeur commercial 34170 Castelnaud ; **Aurélien** : Sans profession  
 34170 Castelnaud ; **Aurélien** : Milica 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : Médecin généraliste 72330 Eragny ; **Aurélien** : Chef d'entreprise 34170 Castelnaud ;  
**Aurélien Michelle** : Infirmière 78830 Moutiers ; **Aurélien** : Agent SNCF 38090 Roche ; **Aurélien** : Médecin généraliste 35590 St-Gilles ; **Aurélien** : 47300  
 Villeneuve / Lot ; **Aurélien** : Médecin directeur du centre de santé 94110 Arcueil ; **Aurélien** : 22100 Languenne ; **Aurélien** : Médecin généraliste 24290 Montignac ; **Aurélien** :  
 Secrétaire 31000 Toulouse ; **Aurélien** : Institutrice 60160 Montarville ; **Aurélien** : Entretien Aubervilliers ; **Aurélien** : Médecin généraliste 07170 Lavilledieu ; **Aurélien** :  
 Stéphane 07170 Lavilledieu ; **Aurélien** : Entretien Aubervilliers ; **Aurélien** : 07200 Aubeas ; **Aurélien** : 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** :  
 Médecin généraliste 68480 Durrenschwihr ; **Aurélien** : Psychiatre 75000 Paris ; **Aurélien** : Enseignante 26400 Allex ; **Aurélien** : 26400 Crest ; **Aurélien** : Infirmière DE 73000  
 Chambéry ; **Aurélien** : 26400 Crest ; **Aurélien** : Retraité 26400 Crest ; **Aurélien** : 38120 St-Egrève ; **Aurélien** : ; **Aurélien** : Médecin généraliste 92190  
 Meudon ; **Aurélien** : Directeur d'études en santé publique 59800 Lille ; **Aurélien** : 46000 Cahors ; **Aurélien** : 46000 Cahors ; **Aurélien** : Cadre infirmière 07170  
 St Maurice d'Ibie ; **Aurélien** : Chômeur 34000 Agde ; **Aurélien** : Universitaire 78120 Rambouillet ; **Aurélien** : Enseignant chercheur 38000 Grenoble ; **Aurélien** :  
 Médecin généraliste 85190 Aizenay ; **Aurélien** : Cédric infirmier 31400 Toulouse ; **Aurélien** : Psychiatre 93370 Montfermeil ; **Aurélien** : Médecin généraliste 38620 St-Catrain-  
 en-Vallée ; **Aurélien** : Professeur 63000 Clermont Ferrand ; **Aurélien** : Assistante sociale 46000 St-Nazaire ; **Aurélien** : Psychiatre ; **Aurélien** :  
 Médecin généraliste 31100 Toulouse ; **Aurélien** : Médecin généraliste 15700 Plozeux ; **Aurélien** : 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** :  
 Retraité 13100 Aix-en-Provence ; **Aurélien** : Médecin généraliste 30100 Alès ; **Aurélien** : 74350 Cruilles ; **Aurélien** : Médecin généraliste 31200 Toulouse ;  
**Aurélien** : Médecin généraliste 12100 Millau ; **Aurélien** : Enseignante Matzville ; **Aurélien** : P.H 93370 Montfermeil ; **Aurélien** :  
 Conseillère mutualiste 31810 Le Verne ; **Aurélien** : Documentaliste 75000 Paris ; **Aurélien** : Assistance environnement 46150 Catus ; **Aurélien** : ; **Aurélien** :  
 Psychiatre 75015 Paris ; **Aurélien** : Interne en médecine générale 92400 Courbevoie ; **Aurélien** : Infirmière 07110 Chassiers ; **Aurélien** : Enseignant/Conseiller  
 général 63730 Pulvérière ; **Aurélien** : Retraité 63000 Clermont-Ferrand ; **Aurélien** : 69000 Lyon ; **Aurélien** : Voirie 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : Voirie 93300 Aubervilliers ;  
**Aurélien** : Infirmière ; **Aurélien** : Massol Danielle Sans profession 34800 Beziers ; **Aurélien** : Hôtesse de caisse 34830 Jouar ; **Aurélien** : Electricien 31000 Toulouse ;  
**Aurélien** : 34000 Montpellier ; **Aurélien** : Médecin généraliste 34200 Sete ; **Aurélien** : Artiste 47140 Pernes-d'Agénais ; **Aurélien** : Médecin 25009  
 Paris ; **Aurélien** : Infirmière 91000 Evry ; **Aurélien** : 58200 St-Loup ; **Aurélien** : 58200 St-Loup ; **Aurélien** : Chômeur 63000 Clermont-Ferrand ; **Aurélien** : Secrétaire  
 56000 Vannes ; **Aurélien** : Akila Secrétaire 38320 Eybens ; **Aurélien** : Cantine 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : Médecin Martine Entretien Aubervilliers ; **Aurélien** : Didier Médecin généraliste 93200 St  
 Denis ; **Aurélien** : Gynécologue obstétricien 95301 Pontoise ; **Aurélien** : Gardienne Aubervilliers ; **Aurélien** : Le Bourg ; **Aurélien** : Chimiste 33760  
 Soullignac ; **Aurélien** : PMI Volontaire AIDES 30420 Cendras ; **Aurélien** : Médecin généraliste 44400 Rezé ; **Aurélien** : 12100 Millau ; **Aurélien** :  
 Etudiant 75006 Paris ; **Aurélien** : Médecin généraliste 44800 St-Herblain ; **Aurélien** : Gardienne Aubervilliers ; **Aurélien** : 07200 St-Etienne-de-Boulogne ; **Aurélien** :  
 Agent 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : Médecin généraliste 93240 Stains ; **Aurélien** : Dentiste 63000 Clermont-Ferrand ; **Aurélien** : Médecin généraliste 68100  
 Mulhouse ; **Aurélien** : Médecin généraliste 67200 Strasbourg ; **Aurélien** : ATSEM ; **Aurélien** : Entretien Aubervilliers ; **Aurélien** : Retraité 34540 Balazuc ; **Aurélien** :  
 Retraité Thernblay/Moultre ; **Aurélien** : Médecin du travail 45130 Meung-sur-Loire ; **Aurélien** : 33760 Cessac ; **Aurélien** : Psychiatre 94800 Villejaff ;  
**Aurélien** : Médecin généraliste 38050 ; **Aurélien** : Médecin généraliste 33600 Pessac ; **Aurélien** : Médecin généraliste 35590 St-Gilles ; **Aurélien** :  
 34000 Montpellier ; **Aurélien** : Masseur Kinésithérapeute 31400 Toulouse ; **Aurélien** : Animatrice 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : Infirmière 13090 Aix-en-Provence ;  
**Aurélien** : Fonctionnaire Aubervilliers ; **Aurélien** : Le Bourg ; **Aurélien** : Médecin 54000 Nancy ; **Aurélien** : 07200 Aubeas ; **Aurélien** : Camelot 63000 Clermont-Ferrand ;  
**Aurélien** : Médecin généraliste 92350 Le Plessis-Robinson ; **Aurélien** : Camelot ; **Aurélien** : (SAM) 3297 Marseille Cédex 9 ; **Aurélien** : Médecin 92350 Le Plessis-  
 Robinson ; **Aurélien** : Président 77140 Nemours ; **Aurélien** : Diététicien fonctionnaire hospitalier 77140 St Pierre-les-Nemours ; **Aurélien** : Infirmière 77140  
 Nemours ; **Aurélien** : Consultante 54000 Nancy ; **Aurélien** : 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : Médecin 54250 ; **Aurélien** : Député/Conseiller général 63116  
 Beauregard-Evêque ; **Aurélien** : Retraité de l'éducation nationale/Conseiller général 63770 Les Ancizes ; **Aurélien** : Infirmière 31400 Toulouse ; **Aurélien** :  
 Professeur 63000 Clermont-Ferrand ; **Aurélien** : Délégué à la tutelle 63000 La Moutade ; **Aurélien** : Dentiste 33800 Bordeaux ; **Aurélien** : Médecin généraliste 71710  
 Marmagne ; **Aurélien** : Assistance sociale 68100 Mulhouse ; **Aurélien** : Institutrice 84000 Le Thor ; **Aurélien** : 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : 93500 Pantin ; **Aurélien** :  
 Paysan 63720 Marçay/Morge ; **Aurélien** : Cadre socio-éducatif-Conseillère municipale 7170 St-Maurice-d'Ibie ; **Aurélien** : Institutrice 24240 Sigourey ;  
**Aurélien** : Médecin généraliste 24500 Eymet ; **Aurélien** : Paysan 25700 Saint-Mesmin ; **Aurélien** : Infirmière 75018 Paris ; **Aurélien** : Médecin généraliste  
 93200 St-Denis ; **Aurélien** : Psychologue 31000 Toulouse ; **Aurélien** : Entretien Aubervilliers ; **Aurélien** : Médecin généraliste 91000 Evry ; **Aurélien** :  
 Agent social ; **Aurélien** : Pannequin 93500 Pantin ; **Aurélien** : Médecin généraliste 82370 Labastide-St-Pierre ; **Aurélien** : Entretien 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : Retraité  
 46090 Espère ; **Aurélien** : Retraité 46099 Espère ; **Aurélien** : Informaticien/Conseiller général 63800 Courmon ; **Aurélien** : Informaticien 63300 Courmon ; **Aurélien** :  
 Médecin généraliste 74960 Cran-Gevrier ; **Aurélien** : Agent administratif ; **Aurélien** : Professeur d'université 63000 Clermont-Ferrand ; **Aurélien** : Professeur d'un-  
 versité 63000 Clermont-Ferrand ; **Aurélien** : Gardienne 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : Sans profession 34800 Béziers ; **Aurélien** : Enseignante 34800 Béziers ;  
**Aurélien** : Médecin psychiatre 63000 Clermont-Ferrand ; **Aurélien** : Médecin généraliste 67310 Wasselonne ; **Aurélien** : Retraité 34200 Sete ; **Aurélien** :  
 Enseignante 85200 Montbournais ; **Aurélien** : Médecin généraliste 67100 Strasbourg ; **Aurélien** : 58200 St-Loup ; **Aurélien** : 58200 St-Loup ; **Aurélien** :  
 Psychiatre 78000 Versailles ; **Aurélien** : Etudiante 91940 Les Ulis ; **Aurélien** : Cardiologue 92160 Antony ; **Aurélien** : Agent administratif ;  
**Aurélien** : 58200 St-Loup ; **Aurélien** : 58200 St-Loup ; **Aurélien** : 58200 St-Loup ; **Aurélien** : Conseillère d'orientation 38070 St-Quentin Fallavier ; **Aurélien** :  
 Médecin généraliste 44830 Bouaye ; **Aurélien** : Réalisateur 07330 Barnac ; **Aurélien** : 58200 Alligny-Cosme ; **Aurélien** : Professeur d'université 75007  
 Paris ; **Aurélien** : Retraité 18200 Orcenais ; **Aurélien** : Retraité 18200 Orcenais ; **Aurélien** : Infirmière 91460 Marcoussis ; **Aurélien** : Médecin généraliste 29810  
 Ploumoguer ; **Aurélien** : Animatrice 91640 Bris-sous-Forges ; **Aurélien** : Infirmière 78470 St-Rémy-les-Chevreuse ; **Aurélien** : Consultante 54000 Nancy ;  
**Aurélien** : Editeur 38000 Grenoble ; **Aurélien** : 07140 Les Vans ; **Aurélien** : Kinésithérapeute 78310 Maurepas ; **Aurélien** : Retraité de l'éducation  
 nationale/Conseiller général 63310 St-Sylvestre ; **Aurélien** : Docteur 44330 Guérande ; **Aurélien** : Médecin généraliste 76870 Califontaine ; **Aurélien** : Médecin  
 généraliste 54140 Jarryville ; **Aurélien** : Médecin 44000 Nantes ; **Aurélien** : Demandeuse d'emploi 63000 Clermont-Ferrand ; **Aurélien** : Aide-soignante 91640  
 Bris-sous-Forges ; **Aurélien** : 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : 93300 Aubervilliers ; **Aurélien** : Assistante commerciale 47400 Tonnerre ; **Aurélien** : Infirmière 84740  
 Velleron ; **Aurélien** : Cadre commercial 84740 Velleron ; **Aurélien** : Assistante sociale 91470 Forges-les-Bains ; **Aurélien** : Sans profession 34230 Cabrials ; **Aurélien** :  
 Enseignant chercheur 67000 Strasbourg ; **Aurélien** : Chercheur CNRS 75007 Paris ; **Aurélien** : A.T.S.E.M. ; **Aurélien** : 46000 Cahors ; **Aurélien** :  
 Retraité 46000 Cahors ; **Aurélien** : Médecin généraliste 44800 St-Herblain ; **Aurélien** : Médecin généraliste 44800 St-Herblain ; **Aurélien** : Retraité

33380 Neuffon ; **Thérèse** Retraîtée de l'éducation nationale 84740 Velleron ; **Philippe Alain** Médecin généraliste 74500 Evian-les-Bains ; **Prudence** **Cou** Médecin 54250 Champagnelles ; **Yves** **Trépo** Médecin 76380 Canteleu ; **Yves** **Trépo** 76380 Canteleu ; **Yves** **Trépo** 16000 Cahors ; **Yves** **Trépo** Médecin généraliste 38110 Cessieu ; **Yvonne** **Alain** Pédiatre 14000 Caen ; **Yvonne** **Alain** Médecin 03100 Montignon ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 31000 Montignon ; **Yvonne** **Alain** Francien hospitalier 51120 Sézanne ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 51120 Sézanne ; **Yvonne** **Alain** Chercheur 34220 Le Cres ; **Yvonne** **Alain** Fonctionnaire Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** 84200 Carpentras ; **Yvonne** **Alain** 38070 Roche ; **Yvonne** **Alain** Fonctionnaire Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** IDE Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 44600 St-Nazaire ; **Yvonne** **Alain** 12100 Millau ; **Yvonne** **Alain** 92160 Antony ; **Yvonne** **Alain** Secrétaire 75018 Paris ; **Yvonne** **Alain** Psychiatrie des hôpitaux de Paris 91150 Etampes ; **Yvonne** **Alain** Enseignant 85700 Pouzauges ; **Yvonne** **Alain** Educateur sportif 73000 Chambéry ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 57330 Volmeranges ; **Yvonne** **Alain** 54500 Vandœuvre ; **Yvonne** **Alain** T.S.E.M. ; **Yvonne** **Alain** Employé de mairie 34200 Sète ; **Yvonne** **Alain** Professeur des universités 67000 Strasbourg ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 94100 St-Maur ; **Yvonne** **Alain** Sans profession 60160 Montataire ; **Yvonne** **Alain** 46000 Cahors ; **Yvonne** **Alain** 46000 Cahors ; **Yvonne** **Alain** 46000 Cahors ; **Yvonne** **Alain** Animatrice 21600 Riberac ; **Yvonne** **Alain** Enseignante 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 07380 Lalevade ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 07380 Lalevade ; **Yvonne** **Alain** Enseignante 54000 Nancy ; **Yvonne** **Alain** Biologiste 44600 St-Nazaire ; **Yvonne** **Alain** Professeur d'université 35500 Sevegnaud-la-Chapelle ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 51510 Comperlinx ; **Yvonne** **Alain** PH ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 01700 Miribel ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 59000 Lille ; **Yvonne** **Alain** Retraite 40000 Cahors ; **Yvonne** **Alain** Secrétaire 65100 Lourdes ; **Yvonne** **Alain** Employée de mairie 34200 Sète ; **Yvonne** **Alain** Retraite 34200 Sète ; **Yvonne** **Alain** Laborantine 31500 Toulouse ; **Yvonne** **Alain** Imprimeur 31500 Toulouse ; **Yvonne** **Alain** Professeur 34200 Sète ; **Yvonne** **Alain** Thésard sociologie 67000 Strasbourg ; **Yvonne** **Alain** Infirmière 78830 Bouffelles ; **Yvonne** **Alain** Attachée administrative 34000 Montpellier ; **Yvonne** **Alain** Enseignante 38090 Roche ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 38920 St-Gere ; **Yvonne** **Alain** Roche-Denis Biologiste 44380 Pémichet ; **Yvonne** **Alain** Député européen ; **Yvonne** **Alain** 58200 Alligny-Cosne ; **Yvonne** **Alain** 58200 Alligny-Cosne ; **Yvonne** **Alain** Agent social ; **Yvonne** **Alain** Technicien de laboratoire 31600 Eaunes ; **Yvonne** **Alain** PDG 22700 Perros-Guirec ; **Yvonne** **Alain** Référent santé mission locale Arceche méridionale 57200 St-Julien-Du-Sarre ; **Yvonne** **Alain** Infirmière 47140 Penne-D'Agenais ; **Yvonne** **Alain** Enseignante 85700 Pouzauges ; **Yvonne** **Alain** Epilept 57600 Forbach ; **Yvonne** **Alain** Chef d'entreprise 67000 Strasbourg ; **Yvonne** **Alain** Infirmière 92140 Clamart ; **Yvonne** **Alain** Retraité 46100 Figeac ; **Yvonne** **Alain** Médecin 33800 Bordeaux ; **Yvonne** **Alain** Etudiante 92350 Le Plessis-Robinson ; **Yvonne** **Alain** Etudiante 92350 Le Plessis-Robinson ; **Yvonne** **Alain** Assistante d'ingénieur 92350 Le Plessis-Robinson ; **Yvonne** **Alain** Agriculteur 24000 Penguieux ; **Yvonne** **Alain** T.C.T.M 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Voirie 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** S.M.G. Syndicat de la médecine générale 92240 Malakoff ; **Yvonne** **Alain** Directrice d'associations 67000 Strasbourg ; **Yvonne** **Alain** Stationnement Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** 46000 Cahors ; **Yvonne** **Alain** 46000 Cahors ; **Yvonne** **Alain** Médecin/Conseiller municipal 63110 Beaumont ; **Yvonne** **Alain** Infirmière 92140 Clamart ; **Yvonne** **Alain** Chômuse 75011 Paris ; **Yvonne** **Alain** Cynéologue-Obstétricienne 95380 Mergency ; **Yvonne** **Alain** Cuisine Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Sarlan Joëlle Infirmière 97200 Aubenas ; **Yvonne** **Alain** Retraité 46320 Assier ; **Yvonne** **Alain** Professeur/Conseiller général 63490 Sauxillanges ; **Yvonne** **Alain** Infirmière 91690 Boisy-la-Rivière ; **Yvonne** **Alain** Pré-retraite Tremblay/Moulins ; **Yvonne** **Alain** Ingénieur Tremblay/Moulins ; **Yvonne** **Alain** 58200 St-Loup ; **Yvonne** **Alain** 58200 St-Loup ; **Yvonne** **Alain** 58200 Alligny-Cosne ; **Yvonne** **Alain** Ingénieur 31130 Fonsegrives ; **Yvonne** **Alain** M.P. Aide maternelle 24100 Bergerac ; **Yvonne** **Alain** Médecin 67000 Strasbourg ; **Yvonne** **Alain** Retraite 67000 Strasbourg ; **Yvonne** **Alain** Femme au foyer 63400 Chamalières ; **Yvonne** **Alain** Psychiatrie ; **Yvonne** **Alain** 12230 St-Sebrier-Roger ; **Yvonne** **Alain** ; **Yvonne** **Alain** Sedim Siimane 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Agent social 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Etudiante 17470 La Ville-Evêque ; **Yvonne** **Alain** ; **Yvonne** **Alain** Médecin 84740 Velleron ; **Yvonne** **Alain** Orthophoniste 84740 Velleron ; **Yvonne** **Alain** Etudiante 84740 Velleron ; **Yvonne** **Alain** Lycéen 84740 Velleron ; **Yvonne** **Alain** Dessinateur de presse 7620 Hollarin Belgique ; **Yvonne** **Alain** Agente de R. 38090 Bonnefeuille ; **Yvonne** **Alain** Cadre retraité 31000 Toulouse ; **Yvonne** **Alain** Médecin Acupuncteur 07200 Aubenas ; **Yvonne** **Alain** Etudiant 92240 Malakoff ; **Yvonne** **Alain** Chercheur CNRS 75014 Paris ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 75010 Paris ; **Yvonne** **Alain** Marseille ; **Yvonne** **Alain** Sage femme 07400 Veneux ; **Yvonne** **Alain** Aide-soignante 91640 Bris-sous-Forges ; **Yvonne** **Alain** Consédien musicien 91640 Bris-sous-Forges ; **Yvonne** **Alain** Enseignante ; **Yvonne** **Alain** 07200 St-Julien-du-Serve ; **Yvonne** **Alain** Brancardier 31000 Toulouse ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 44230 St-Sébastien ; **Yvonne** **Alain** 07200 Aillion ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 85700 La Meillerie Tillay ; **Yvonne** **Alain** Etudiante 91640 Bris-sous-Forges ; **Yvonne** **Alain** Ingénieur ; **Yvonne** **Alain** Infirmière ; **Yvonne** **Alain** Psychiatrie 92140 Clamart ; **Yvonne** **Alain** Cuisine Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Entretien Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 69002 Lyon ; **Yvonne** **Alain** 31100 Tise ; **Yvonne** **Alain** Infirmier 92140 Clamart ; **Yvonne** **Alain** Fédération Nationale 75020 Paris ; **Yvonne** **Alain** Infirmier 13090 Aix-en-Provence ; **Yvonne** **Alain** CADAC 75011 Paris ; **Yvonne** **Alain** CADAC-Collectif-Droits des emmes 75011 Paris ; **Yvonne** **Alain** Fonctionnaire 83190 Glloules ; **Yvonne** **Alain** Retraité 34200 Sète ; **Yvonne** **Alain** Retraité 34200 Sète ; **Yvonne** **Alain** Médicom 38000 Grenoble ; **Yvonne** **Alain** 26400 Aoste ; **Yvonne** **Alain** Enseignant 26400 Megris-La-Claire ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 31130 Fonsegrives ; **Yvonne** **Alain** Cadre retraité 46600 Martel ; **Yvonne** **Alain** Sans profession 46600 Martel ; **Yvonne** **Alain** 26400 Crest ; **Yvonne** **Alain** Secrétaire 77000 Melun ; **Yvonne** **Alain** Chercheur 31500 Toulouse ; **Yvonne** **Alain** Universitaire 78400 Chatou ; **Yvonne** **Alain** Directeur de recherche à l'INSERM 92140 Clamart ; **Yvonne** **Alain** Agricultrice 85700 St-Mesmin ; **Yvonne** **Alain** 46200 Souillac ; **Yvonne** **Alain** Espirès ; **Yvonne** **Alain** Artisan menuisier 82700 Montech ; **Yvonne** **Alain** 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Secrétaire en recherche d'emploi 75013 Paris ; **Yvonne** **Alain** Entretien Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** 45000 Cahors ; **Yvonne** **Alain** Enseignante ; **Yvonne** **Alain** A.T.S.E.M. ; **Yvonne** **Alain** Infirmière 31400 Toulouse ; **Yvonne** **Alain** Interne 91640 Bris-sous-Forges ; **Yvonne** **Alain** Directeur de recherche honoraire à l'INSERM 92120 Montrouge ; **Yvonne** **Alain** Médecin P.M. 75019 Paris ; **Yvonne** **Alain** Inspecteur des douanes 31830 Plaisance-du-Touch ; **Yvonne** **Alain** 31320 Castanet-Tolosan ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 13200 Arles ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 93000 St-Denis ; **Yvonne** **Alain** Pharmacien 33076 Bordeaux ; **Yvonne** **Alain** Enseignant 85700 Pouzauges ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 07200 Aubenas ; **Yvonne** **Alain** 47220 Marmont-Pachas ; **Yvonne** **Alain** Responsable de formation 75019 Paris ; **Yvonne** **Alain** ATSEM 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Vendéuse 84000 Avignon ; **Yvonne** **Alain** Retraite 24000 Bergerac ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 67000 Strasbourg ; **Yvonne** **Alain** Enseignante 54180 Hellecourt ; **Yvonne** **Alain** Médecin 63130 Royal ; **Yvonne** **Alain** Médecin 63130 Ruitôt ; **Yvonne** **Alain** Union syndicale de la psychiatrie 92240 Malakoff ; **Yvonne** **Alain** Retraite/Conseiller général 63690 Tauxés ; **Yvonne** **Alain** Formatrice 13630 Lyragucs ; **Yvonne** **Alain** Chirurgien dentiste 91600 Evry ; **Yvonne** **Alain** Comptable 31400 Toulouse ; **Yvonne** **Alain** 38000 Grenoble ; **Yvonne** **Alain** 25400 Grâne ; **Yvonne** **Alain** 26400 Grâne ; **Yvonne** **Alain** Infirmière 28150 Quarville ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste ; **Yvonne** **Alain** 46000 Cahors ; **Yvonne** **Alain** Infirmière 07110 Chaliers ; **Yvonne** **Alain** Chômeur 95480 Pierrelay ; **Yvonne** **Alain** Médecin 65200 Bagnères-de-Bigorre ; **Yvonne** **Alain** Chirurgien dentiste 65300 Lahrenziezill ; **Yvonne** **Alain** Agent d'assurance/Conseiller général 63470 Hermès ; **Yvonne** **Alain** Agent social ; **Yvonne** **Alain** Professeur d'université 92270 Bois-Colombes ; **Yvonne** **Alain** Sculpteur 84110 Le Gestet ; **Yvonne** **Alain** 34000 Montpellier ; **Yvonne** **Alain** Retraite 46320 Assier ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 95740 Fregine ; **Yvonne** **Alain** Infirmier pag 31470 Fonsèrbes ; **Yvonne** **Alain** Déléguée médicale 63100 Clermont-Ferrand ; **Yvonne** **Alain** 58200 St-Loup ; **Yvonne** **Alain** 58200 St-Loup ; **Yvonne** **Alain** Kinésithérapeute 91400 Orsay ; **Yvonne** **Alain** Médecin Psychiatre 43120 Ste-Foy-la-Grande ; **Yvonne** **Alain** Infirmière 91650 Breuille ; **Yvonne** **Alain** Enseignante Chercheur 38000 Grenoble ; **Yvonne** **Alain** Docteur 77130 Montorou ; **Yvonne** **Alain** Négociant 34560 Poussan ; **Yvonne** **Alain** Enseignante 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 85600 La Guyonnière ; **Yvonne** **Alain** Sans profession 34200 Sète ; **Yvonne** **Alain** 38920 St-M-Le-Vineux ; **Yvonne** **Alain** CNRS 54500 Vandœuvre ; **Yvonne** **Alain** Enseignant/Conseiller général 63120 Sauviat ; **Yvonne** **Alain** Radio M 31000 Toulouse ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 32290 St-Aignan ; **Yvonne** **Alain** Professeur émérite 35000 Rennes ; **Yvonne** **Alain** ex-enseignante 55000 Rennes ; **Yvonne** **Alain** Entretien Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Secrétaire 38000 Grenoble ; **Yvonne** **Alain** Médecin généraliste 75006 Paris ; **Yvonne** **Alain** Etudiante 67370 Greisheim/Souppel ; **Yvonne** **Alain** Enseignant 93300 Aubervilliers ; **Yvonne** **Alain** Professeur retraité 67000 Strasbourg ; **Yvonne** **Alain** Professeur retraité 67000 Strasbourg ;

- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un ancrage dans la pratique
- Une ouverture pluridisciplinaire
- Un souci de la protection sociale
- Une analyse du cadre de notre exercice
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social



### *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*

#### *numéros à paraître :*

- n°9 : L'hôpital en crise

#### *numéros disponibles :*

- n°1 : La société du gène
- n°2 : La souffrance psychique
- n°3 : Penser la violence
- n°4 : Santé et environnement
- n°5 : La santé au travail
- n°6 : Sexe et médecine
- n°7 : La responsabilité du médecin
- n°7 : La santé n'est à vendre

## ABONNEZ-VOUS A PRATIQUES

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous reconforte.  
Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.  
Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui allie l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

*Pratiques* a besoin de vous !

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous !

Vous êtes abonné : faites abonner vos amis, faites connaître *Pratiques* - donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels auprès de qui nous pourrions promouvoir la revue.

Merci et à bientôt,

La rédaction

En vente dans toutes les FNAC éditrices, diffuseur Harmonia Mundi. Nous remercions particulièrement pour leur soutien actif les librairies suivantes : Les Volcans - Clermont-Ferrand ; La Machine à Lire - Bordeaux ; Jolibert - Strasbourg ; Sauramps - Montreuil ; Le Roi Lire - Senlis ; L'Arbre à Lettres - Paris.

*Pratiques*, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

### BULLETIN D'ABONNEMENT

- |                          |  |                 |
|--------------------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an   | 280 FF          |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans  | 500 FF          |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin<br>(étudiant, remplaçant, installé de moins<br>de trois ans et demandeur d'emploi)    | 200 FF          |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement couplé médecin/salle<br>d'attente un an (envoi d'affichettes<br>de promotion compris)               | 500 FF          |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité<br>(80 FF + 10 FF de frais d'envoi) :<br>- nombre d'exemplaires :<br>- intitulé du numéro : | 90<br>FF/numéro |

nom \_\_\_\_\_

prénom \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

téléphone \_\_\_\_\_

profession \_\_\_\_\_

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :  
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement.

# PRATIQUES

## PRATIQUES n° 8

Les cahiers de la médecine utopique  
Revue trimestrielle

### Rédaction et abonnements :

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60  
e-mail : pratiques@aol.com  
52, rue Galliéni • 92240 Malakoff • France

Directeur de la publication : Philippe Lorrain

Rédacteur en chef : Patrice Muller

Secrétaire de rédaction : Nathalie Ferron

Secrétariat, relations presse : Jocelyne Deville

Responsable de diffusion : Ghislaine Audran

Comité de rédaction : Ghislaine Audran ;  
Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ;  
Daniel Coutant ; Martine Devries ;  
Monique Fontaine ; Bernard Girand ;  
Hélène Girard-Stern ; Catherine Jung ;  
Elisabeth Maurel-Arrighi ; Anne-Marie Pabois ;  
Elisabeth Péride ; Bernard Senet.

Correspondants : Olivier Boitard ; Geneviève Busson ;  
Marie-Hélène Favarger ; Bernard Joly ; Elisabeth  
Lapeyrade ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ;  
Ginette Marchive ; Anne Perraut-Solvères ; Daniel  
Piquet ; Philippe Regard ; Monique Sicard.

La revue *Pratiques* reçoit volontiers les courriers, textes et travaux d'auteurs se rapportant aux thèmes de réflexion abordés dans les numéros. La revue n'est pas responsable des manuscrits qui lui sont adressés. Les textes et travaux qui ne sont pas retenus sont restitués sur simple demande.

Direction artistique et maquette : Zinc S.L.

Conseillère éditoriale : Sylvie Crossman

Edition : Indigène éditions

1, impasse Jules Guesde  
34080 Montpellier France

tél. : 04 67 10 03 43

fax : 04 67 45 59 36

e-mail : editions.indigene@wanadoo.fr

Diffusion : Harmonia Mundi

Imprimerie : Contraste, S.L.

Sant Quirze del Vallès - Espagne

Photogravure : Miko, S.L. Barcelona - Espagne

Dépôt légal quatrième trimestre 1999

commission paritaire n° 67150A5

ISSN 1161-3726

ISBN 2-911939-18-2

Publié avec le concours du

Centre National du Livre

BULLETIN D'ABONNEMENT

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*