

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

9

DOSSIER

L'hôpital en crise

S O M M A I R E

Editorial 3

Dossier 5
L'hôpital en crise

ETAT DES LIEUX

Visages	6	<i>E. Maurel-Arrighi, A.-M. Pabois</i>
Vif	7	<i>Beatrice Caumel</i>
Clinique et hôpital ; séjours comparés	8	<i>André Carlier</i>
On ronfle aussi dans les cliniques privées	9	<i>Olivier Girard</i>
Le SMG à Toulouse : défense de l'hôpital public	11	<i>Evelyne Malaterre</i>
Une fusion à haut-risque	12	<i>Catherine Fayet</i>
Les incohérences du système hospitalier	15	<i>Marie-Christine Fararik</i>
Saucisson : des tranches plus ou moins fines	17	<i>Anne Perraut-Soliveres</i>
Médecins hospitaliers : histoire d'un malaise planifié	19	<i>Denis Labayle</i>
QUEL HÔPITAL VOULONS-NOUS?		
Un directeur d'hôpital heureux	22	<i>Alain Deguirat</i>
L'Hôpital Européen Georges Pompidou : quelques innovations...	30	<i>Jean-Michel Chabot</i>
Le blues du pédiatre hospitalier	34	<i>Martine Devries</i>
Dessignons un rêve	35	<i>Françoise Lecomte</i>
Québec : médecin généraliste et hôpital	39	<i>André Munger</i>
Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire	41	<i>Henri Dubois</i>
Formation des soignants : au péril du libéralisme	44	<i>Jacques Richaud</i>
Théâtre à l'hôpital	48	<i>François Chaffin</i>
Notes de lecture	50	
L'indécrottable médiocrité de la décision politique	52	<i>Patrice Muller</i>

Rubriques

Images du corps : Le corps produit par ses images même	54	<i>Monique Sicard</i>
Chronique du savoir-faire médical : CMU, Carnet de route	58	<i>Noëlle Lasne</i>
Actualité politico-syndicale : La santé, avec qui et au service de qui ?	62	<i>Christian Bonnaud / Paul Jacquin</i>
Nos lectures commentées : Les sans-vaccins du Mali	69	<i>Jean-Pierre Lellouche</i>
Chronique du GEL : OGM, objets globalement mal mesurés...	70	<i>Laurent Dianoux</i>
Humeur : Médecine des années 2000	76	<i>Olivier Boitard</i>
Vigilance : Mondialisation et médicaments	77	<i>Pierre Cbirac</i>
Coup de gueule : Chapeau, Docteur Vasseur	81	<i>Denis Labayle</i>
Raconte-voir : Lettre ouverte	83	<i>Marc Zaffran / Martin Winckler</i>
Nous avons lu pour vous	85	<i>Christian Bonnaud</i>
Histoire de la médecine : Les trois mille ans du diagnostic anténatal	87	<i>Jean-Claude Dupont</i>

E D I T O

Labos : le pouvoir d'anéantir

L'épidémie de SIDA dans le monde est bien partie pour être un échec planétaire. Actuellement, l'Afrique est le continent le plus touché par ce fléau, avec 70 % des malades, alors qu'elle représente 10 % de la population mondiale. Il existe des médicaments, mais ils sont bien trop chers pour les malades les plus pauvres.

Faut-il pour autant diaboliser les laboratoires ? C'est l'industrie pharmaceutique qui a développé les molécules permettant aujourd'hui de traiter les malades du SIDA. Il faut le reconnaître et le saluer. Après, on s'imagine bien que chacun joue son rôle, que l'industrie n'a pas pour vocation naturelle le bien de l'humanité. Cela n'a rien de scandaleux *en soi* : il n'y a pas de raison de scier la branche sur laquelle on est assis. Le problème, c'est plutôt le pouvoir exorbitant que s'autorisent certains groupes.

Restons sur l'exemple du SIDA. Dans les textes de l'OMC, il est écrit qu'en cas d'urgence sanitaire, les pays ont le droit de produire les médicaments à prix coûtant. C'est-à-dire : sans payer de taxes à celui qui a breveté la molécule. Jusque-là, tout va bien. Ce qui est grave, c'est que l'on dise à un pays : si tu fais ça, je porte plainte, je taxe tes exportations de bois, de bijoux... bref, si tu ne passes pas par moi, j'ai le pouvoir de l'anéantir. C'est ce qui est arrivé récemment à la Thaïlande et à l'Afrique du Sud.

Cette loi du plus fort est inacceptable ! C'est là que doivent intervenir, précisément, les soignants, les patients, et aussi les politiques. On les a élus pour ça...

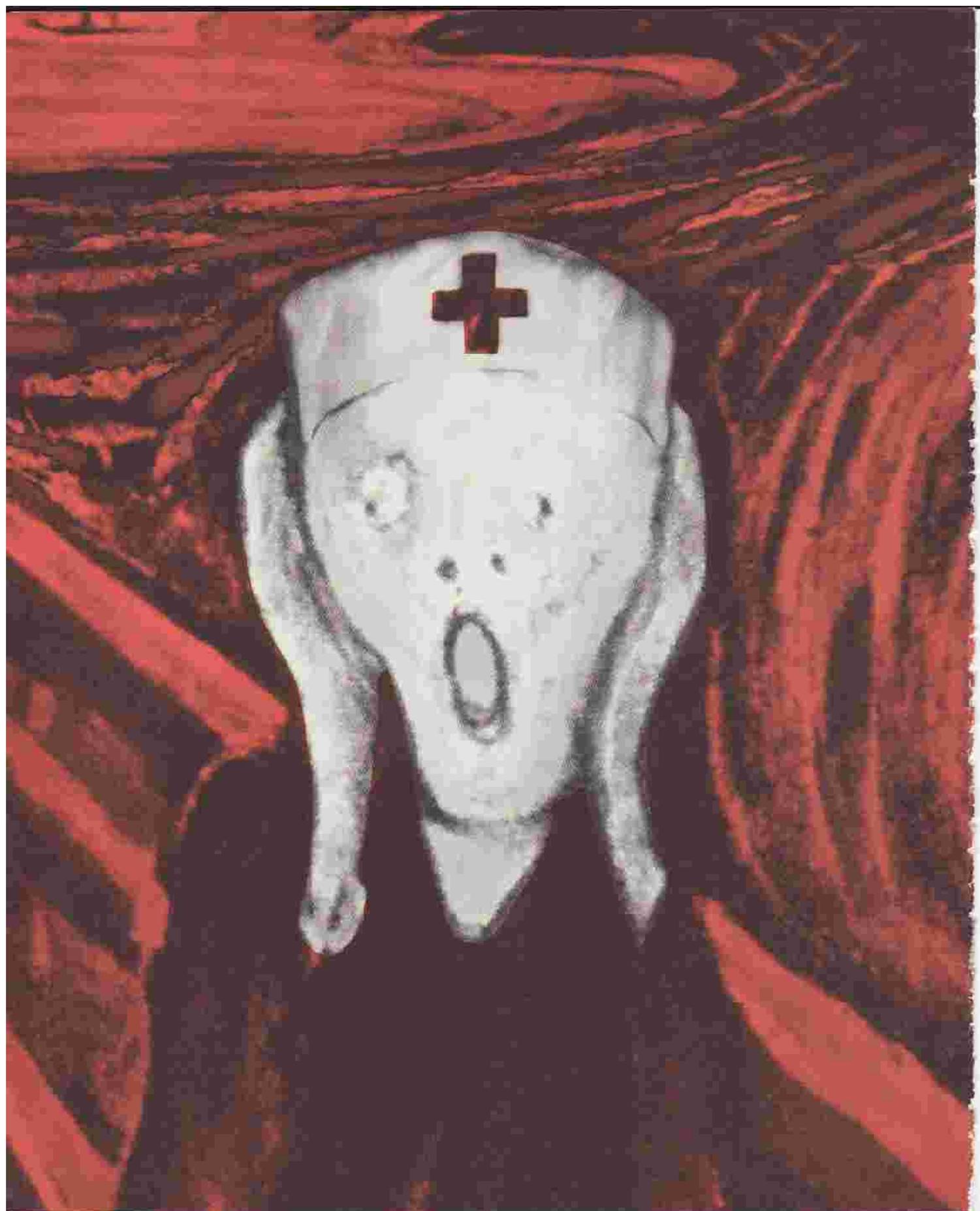
On sait très bien que les malades du tiers-monde ne sont pas solvables. Donc, pour se soigner, ils se débrouillent. Plus de recherche sur le « palu », on a à faire avec l'Alzheimer. Le prix des anti-rétroviraux a été décidé en fonction de l'épidémie de SIDA évaluée ici. Les pauvres, personne ne les a "calculés" dans ce marché potentiel. Alors, allons au bout de cette logique : il n'y a aucune raison qu'ils payent un prix étudié pour nous. Il faut faire respecter les clauses qui les autorisent à se soigner en produisant eux-mêmes les médicaments indispensables. Vous êtes d'accord ? Faites-le savoir, contactez ceux qui y travaillent : vous pouvez beaucoup !

La Sécurité sociale est à vendre. Chez nous aussi, il se passe de drôles de choses. Le système s'informatise, fort bien. Toutes les données qu'on va recueillir sur les consultations, les prescriptions... une mine d'or, ces informations gratuites. Certains s'en frottent déjà les mains. L'ordinateur de chaque médecin, ça va devenir la tête de John Malkovich : visité par les caisses et les laboratoires. Pour en faire quoi, à votre avis ? Le médecin, à son insu, risque de devenir un indic... pour quels objectifs de santé ?

Une société préoccupée du bien-être de tous : c'est l'affaire de chacun.

**Geneviève Barbier,
médecin généraliste**

1. Voir ici pour une action en direction des politiques et des laboratoires. Tél. : 01 40 35 07 00. Méth. actions de jumelage avec des pays du sud pour l'accès aux traitements du SIDA. Tél. : 01 40 19 30 09 <http://www.milcma.com/mma>



D O S S I E R

L'hôpital public en crise

Si le facteur déclenchant des mouvements sociaux actuels à l'intérieur de l'hôpital public a été l'annonce de budgets insuffisants, la crise est en fait complexe et ancienne.

L'hôpital public est de plus en plus défavorisé et dévalorisé par des logiques de contrôle technocratiques et sécuritaires, la concurrence d'établissements hospitaliers privés à but lucratif extrêmement puissants, un pouvoir mandarinal qui perdure.

Les urgences de l'hôpital – submergées par un flot de patients attendant des heures pour être pris en charge par des soignants trop peu nombreux et faisant ce qu'ils peuvent avec des moyens insuffisants – sont devenues emblématiques du malaise hospitalier. En réalité, cette situation est en grande partie liée à la défaillance de la médecine de ville, pour la permanence des soins la nuit et les jours fériés, et au prix inférieur de la consultation médicale aux urgences, ce qui la rend nettement plus accessible aux plus démunis par la pratique du tiers payant.

En y regardant de plus près, la situation devient plus hétérogène. Il n'y a pas UN hôpital public, mais plusieurs, soumis à des contraintes quantitatives et qualitatives, des atmosphères de travail très variables selon la catégorie de l'établissement, sa taille, sa situation géographique, le style de son administration, la motivation ou au contraire le pantouflage de ses médecins chefs de service.

Entre des malades fréquentant un paquebot de 1600 lits de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris et les mêmes, hospitalisés dans une structure quatre fois plus petite, non hospitalo-universitaire de surcroît, les soins prodigués diffèrent considérablement. Le mieux, en la matière, est loin d'être nécessairement du côté du plus gros...

Sur quelles bases redéfinir les règles du jeu pour qu'à la fois les malades, les soignants, les gestionnaires retrouvent les dimensions adéquates pour les soins ? Le temps du geste technique, mais aussi celui de la parole et de l'écoute, la personnalisation des soins et la juste répartition de la manne financière doivent se concevoir en coordination avec la médecine ambulatoire. Vaste projet qu'il est temps de mettre en place.

L'hôpital est une entreprise prestataire de services. Son bon ou mauvais fonctionnement global dépend non seulement du montant du budget qui lui est alloué mais aussi des effets induits par l'interaction des comportements individuels de chaque personne y travaillant.

Nous assistons actuellement, sur le territoire, à des redéfinitions sur le mode technocratique, par les pouvoirs publics, des structures hospitalières. S'y ajoutent des luttes d'influence entre différents pouvoirs : le médical, le gestionnaire, le politique, les syndicats, le privé à but lucratif contre l'hôpital public.

A quand les mesures politiques structurelles qui permettront d'inscrire toutes ces logiques souvent antagonistes dans une dynamique d'amélioration du service public hospitalier, ce dernier entrant dans une vision globale de notre système de soins ?

Anne Perraut-Soliveres et Patrice Muller

Visages

Germaine

Elisabeth Maurel-Arrighi - *Médecin généraliste*

Pourtant, ça paraissait simple : organiser, pour Germaine et ses 87 ans, un examen endoscopique digestif sous anesthésie légère pour ne pas abîmer sa mémoire défaillante, avec un cardiologue pas loin à cause d'un vieil accident cardiaque, et cela sans hospitalisation. J'ai passé neuf coups de fils pour tenter de trouver ça dans les hôpitaux publics de mon voisinage. Enfin, j'ai déniché une clinique privée où un gastro-entérologue « charmant » a su organiser cet examen. Mais avec 1000 F de dépassement d'honoraires ! Apparemment, nous vivons dans un monde où c'est tant pis si les vieilles dames pauvres doivent laisser des neurones dans une anesthésie lourde ou risquer un accident cardiaque...

Rémi

Elisabeth Maurel-Arrighi - *Médecin généraliste*

Y a-t-il un interne dans la clinique ? Rémi et moi, nous nous sommes posé la question. Faut dire que rien n'avait été programmé, ni l'accident en vélomoteur, après quelques canettes de bière de trop, par-dessus le traitement de substitution et la tri thérapie, ni la rupture de rate, ni la fracture orbitaire, ni l'hématome cérébral. Pendant une semaine, à 300 km de là, j'ai couru après les anesthésistes de garde, les chirurgiens, l'ORL, le cardiologue en fonction des jours. Pour la rate, il fallait voir avec le chirurgien, pour l'hématome cérébral avec l'anés-

thésiste, pour le traitement de substitution au Subutex[®] avec le facteur et sa compagne.

Au bout du compte (et une bonne facture téléphonique !), ça s'est arrangé, car, après tout, c'étaient des spécialistes compétents et quand même humains, malgré leur côté couraillé d'air. Mais, Rémi et moi, on aurait bien aimé qu'il fût dans un hôpital public où un médecin aurait été payé pour coordonner les soins, et non pas comme dans la clinique où il n'y a que des spécialistes payés pour chaque acte technique différent.

Brève d'hospitalisée

Anne-Marie Pabois - *Médecin généraliste*

« Madame ? Il faut que je vous parle. »

Voix péremptoire. Peur : qu'est-il encore arrivé à Céline ? (transférée depuis quinze jours dans ce service de rééducation fonctionnelle après coma traumatique grave).

« Madame (l'air d'un chef... surveillant), dans dix jours, c'est le 1^{er} juillet ; nous fermons la moitié du service pour cause de vacances et donc de réduction d'effectifs. Vous devez trouver où mettre votre fille. Elle ne peut pas rester ici. »

Panique, où aller ? Elle devait tout réapprendre dans ce service : parler, marcher, mémoriser... Les vacances sont là, on vide.

Vif

Avril 96 : j'entrais à l'hôpital pour une laryngectomie reconstructrice afin de traiter mon cancer du larynx. Le professeur m'avait convaincue que l'intervention était le gage de ma guérison et ne pouvait qu'améliorer ma voix, déjà très voilée. Il était prévu huit jours de soins intensifs avec trachéotomie et sonde gastrique d'alimentation, puis trois semaines en chambre. Il ne m'avait pas laissé le choix puisque ces soins mutilants m'évitaient le *pire*. Je suis médecin généraliste, ancienne interne des hôpitaux, homéopathe-acupuncteur, et je n'avais jamais été malade. J'entrais dans l'hôpital comme dans un monde dont je connaissais le fonctionnement, la hiérarchie, les rites. J'entrais dans la maladie avec la connaissance révélée par mes malades au long des années.

J'ai retrouvé les médecins sans surprise. La prise en charge chirurgicale et post-chirurgicale fut immédiate et parfaite. Et puis rien, en dehors de ces grandes visites où le nombre de blouses blanches vient distraire de la pauvreté de l'entretien et interdire toute émotion : « Vous allez bien ? », suivi d'un rapport technique sur l'intervention. Répondre avec les yeux, sourire, ne pas perdre la face. Ce qui importe ici, c'est de savoir taire son malheur, ne pas déranger. Je me souviens un jour d'avoir questionnée la phoniatre et de l'entendre me répondre que « décidément, j'étais trop anxieuse » et moi, de lui rappeler comme un cri sur mon ardoise magique : « Je vis tout cela pour la première fois ! » Quelle banalisation de ces amputations habituelles dans ce service ! Jamais

la réalité de la mutilation n'a été parlée, comme occultée par la réussite carcinologique. J'étais dans la crainte, non de la maladie mais de mon devenir.

J'ai découvert le monde infirmier et paramédical, dont l'expérience, le professionnalisme et l'adaptation pour résoudre mes problèmes ont su m'inspirer estime et confiance. Leur travail me rendait le sentiment de continuité, de construction, dans cette période où la chirurgie m'avait privée de la parole et de la déglutition. Mes repères étaient ces infirmiers, ces aides-soignantes et leurs gestes routiniers, quotidiens, si rassurants. Ce fut l'orthophoniste, toujours en quête d'une astuce pour éviter les fausses routes et m'apprendre avec tant de patience et d'attention à sonoriser ma voix. Ce fut aussi la sophrologue qui est venue si souvent pour des séances de relaxation et la kiné attentive, réglant mes problèmes au quotidien, effectuant des soins bénéfiques pour le corps et le mental non obligatoires : drainage lymphatique du cou, massage de la cicatrice, même le vélo dans ma chambre ! Après ma sortie j'ai poursuivi ma rééducation avec elles plusieurs mois, et je leur dois de pouvoir aujourd'hui vivre avec ma nouvelle voix.

Ce que les médecins n'ont pu me donner, je l'ai trouvé auprès des soignants, c'est bien là la richesse de l'hôpital que la politique d'aujourd'hui, en réduisant le personnel pour un meilleur rendement, risque de détruire.

Béatrice Caumel

Médecin généraliste.

Clinique et hôpital : séjours comparés

André Carlier

Patient.

Comme on m'avait découvert, fin 1996, un cancer du colon qui avait eu la mauvaise idée de se répandre, j'ai eu droit à de nombreuses hospitalisations pour des interventions chirurgicales ou d'autres opérations mineures. Le premier séjour a eu lieu dans une grande clinique toulousaine et les autres, principalement à l'hôpital Purpan. Mon expérience en clinique n'est pas négative, la prise en charge était bonne, mais la chimio qui la suivit eut lieu dans des conditions déplorablement. Grande salle où une quinzaine de malades étaient perfusés, côte à côte, sur des espèces de chaises longues, sur des fauteuils ou allongés sur des lits. À l'heure des repas, un certain nombre de malades mangeaient sur place, ce qui rendait le lieu encore moins attractif. Les « ça y est » signalant la fin d'une « perf » (et peut-être une délivrance prochaine) retentissaient d'un bout de la salle à l'autre...

Avec la distance, après avoir connu l'hôpital, je ressens cette clinique comme une usine à tous les étages, non à cause d'un anonymat que le personnel sait vous éviter, mais à cause des trafics intenses de chariots et de lits dans les couloirs, des engorgements au niveau des examens ou parfois en salle de réveil (lors des petites interventions), mais aussi en raison de l'automatisme de certains examens, comme les scanners en fin de chimio, réalisés à la file et interprétés dans la foulée. À l'hôpital, les scanners que j'ai subis ont souvent été prolongés par le médecin pour ré-explore plus précisément une zone douteuse. Et je dois dire que je doute un peu des interprétations à la chaîne, après coup.

Si, dans un premier contact avec Purpan, après une

intervention chirurgicale à l'extérieur, la prise en compte de la douleur a été mal faite, j'ai été étonné par contre de l'aspect beaucoup plus calme de l'hôpital, du fait que les diagnostics sont discutés entre plusieurs équipes, du professionnalisme de chacun (j'ai passé quinze jours en clinique et deux mois et demi à l'hôpital). Bien sûr, il y a parfois des petites « couffes ». Exemple : la consigne était de procéder à une hémoculture en cas de frissons ; ils se sont produits à 18 heures, la mauvaise heure, surtout quand la visite a lieu juste après. Résultat : la prise de sang est faite deux heures après par l'autre équipe.

Ces erreurs sont rares, mais il est difficile de savoir comment les traiter. Bien sûr, pas question de dénoncer (sauf faute grave), mais, du coup, elles passent aux pertes et profits. Il faudrait pouvoir signaler cela globalement sans que des recoupements puissent être faits. Cela permettrait de pouvoir corriger des défauts qui peuvent vite avoir leur importance.

Bien sûr, aussi, on distingue vite les équipes de nuit, chaleureuses et accueillantes, de celles qui font leur boulot mais semblent toujours très pressées de regagner leur local. Je connais le rythme de travail de l'infirmière et, de ce fait même, ce que j'énonce là-haut n'est pas si simple. Je voudrais d'ailleurs saluer aussi les aides-soignants, qui font souvent beaucoup plus que leur travail.

Pour conclure, je dirais qu'à l'hôpital, le corps médical semble prendre le temps d'étudier les dossiers de façon pluridisciplinaire tandis qu'en clinique, j'ai l'impression d'un plus grand isolement des médecins.

On ronfle aussi dans les cliniques privées

À la demande du cardiologue qui me suit régulièrement en ville, j'ai passé une nuit dans la clinique L., à Paris, pour éliminer une suspicion de syndromes d'apnées du sommeil (pauses respiratoires pendant la nuit). J'avais consulté, deux mois auparavant, un pneumologue de ses amis de la précieuse clinique, le docteur V., qui m'avait informé des modalités de cet examen (pause d'électrodes multiples pour enregistrer la respiration de nuit). Durant le temps que je passais dans cette clinique, je n'ai rencontré aucun médecin. Au petit matin, j'ai tout de même aperçu mon pneumologue croisé par hasard en repartant ; et heureusement car sinon, je me demanderais encore, jusqu'à m'en plier les côtes, si je ne m'étais pas tout simplement trompé d'hôtel : car aucun résultat ne m'a été adressé depuis. Et je veux vous brosser ici le tableau du séjour lui-même. On peut effectivement en rire et regretter que Jacques Tati ne puisse plus tenir une caméra !

Arrivé donc à 18 heures 30, chambre 226, pour la nuit seulement, j'ai immédiatement vu du monde s'affairer sur ma personne, et très vite s'étonner déjà qu'on ne m'ait pas fait rencontrer l'anesthésiste (! ?). Trêve de quiproquos en longueur, nous avons bien fini par nous comprendre les uns les autres : non, je n'étais pas là pour la bronchoscopie dont en fait on me menaçait, très aimablement d'ailleurs, mais on ne m'attendait pas non plus pour le test d'apnée du sommeil – tout le matériel était alors prétendument « occupé ».

Hors de ma présence, quelques coups de téléphone réparent vite l'incident, et je suis impressionné d'apprendre qu'une « boîte extérieure » ferait elle-même, et illico presto, tout ce qu'il faut pour l'examen. Au bout d'un moment, se pointent alors deux types, petits costumes trois pièces, propres sur eux, au demeurant tout à fait urbains, mais dénotant, oui, une franche vocation commerciale plutôt qu'hospitalière.

Olivier Girard

Citoyen

Je comprends aisément que le « matos » livré et mis en place, fait partie d'une série d'autres outils de la même famille, dont je pourrais être amené à m'entourer plus régulièrement au cas où les grandes irrégularités gênées de mes braiments ronflés devraient être mécaniquement aidées. Avant de m'abandonner à toutes les électrodes scotchées jusque dans le nez et prêtes à être branchées plus tard, ces messieurs de la mallette me conseillent vivement de ne boire – au cas où – qu'avec une paille, rapport aux courts-circuits à éviter... : rassurants, les types ! Je n'aurais qu'à demander à l'infirmière, qui est au courant, elle a normalement tout ce qu'il faut.

Le pauvre infirmier de nuit, assez seul dans les parages à ce qu'il m'a semblé, a paru quelque peu gêné dans un premier temps et même éberlué, avant de se détendre, prenant finalement tout cela comme moi, plutôt du bon côté. Il n'avait jamais vu auparavant l'attirail dont on m'avait affublé mais il avait l'air bien rodé, côté surprises à déjouer. Nous avons dû ensemble



repérer, sans guère de difficulté, le branchement-débranchement et l'ordre dans lequel me débarrasser le malin de tout le saint-frusquin remballé en vrac dans sa valochette, la disquette mise toutefois bien à gauche.

Pour boire, l'astucieux infirmier m'avait dégotté... un bout de sonde, en guise de paille !!

La paille, on s'en fout, mais pour la poutre, la clameur monte. Remboursez ! Remboursez ! Sans dommages ni intérêts, il n'y a eu là que gaspillage ; n'est-ce pas d'ailleurs souvent le cas ?... Et puis rembourser, oui, mais qui ? La

Sécu et ma mutuelle ? Pour ma part, je ne devais payer qu'un petit chouia de cette folle nuit onéreuse.

Le cardiologue, à qui je raconterai mon épopée, ne comprendra probablement pas mon étonnement face à un examen dont tout le monde se fout, semble-t-il. C'est un peu comme cette pratique « libérale » de prescriptions banalisées d'examen et autres analyses « complètes » à répétitions et très rapprochées, que les médecins me justifient souvent par la trop claire énormité : « Mais pour vous c'est sans importance puisque vous êtes à 100 % ! »



Le SMG à Toulouse : défense de l'hôpital public

Les difficultés que les généralistes rencontrent avec les hôpitaux sont croissantes. Des exemples ? Inacceptable, en gériatrie, que l'on mette des couches à cette femme hémiplegique bien que continent, parce que le personnel est insuffisant pour répondre à une sonnette et faire passer un bassin ! Même sentiment de colère quand on transfère à Limoges des jumeaux nés à Toulouse parce que le nouvel hôpital des enfants, cathédrale vide, ne peut pas ouvrir tous ses lits...

C'est donc en toute logique que notre syndicat, le SMG, est devenu partie prenante au sein du comité de défense de l'hôpital¹. Ce collectif s'est constitué en mars 1999 en réaction à la politique de maîtrise comptable des dépenses de santé, planifiée par l'ARH (Agence régionale pour l'hospitalisation). Portant sur l'ensemble des hôpitaux de Toulouse et de la région (CHU², CHS³ et hôpitaux généraux), les restrictions budgétaires conduisent à un véritable démantèlement du service public hospitalier avec réduction de la capacité d'accueil des malades par fermeture de lits ou de services, réduction du personnel médical et non-médical et ouverture de lits privés à l'hôpital (clinique ouverte). Ces jours-ci encore, nous apprenons le « gel » des activités du service de l'HAD (hospitalisation à domicile). Une politique d'autant plus lourde de conséquences que notre région est considérée comme « sur-dotée », notamment parce que la population est plus âgée... et donc, vit mieux et plus longtemps.

Nous nous sommes engagés dans cette action aux côtés de syndicats de salariés (CGT, FSU, SUD) d'une mutuelle, la MGIS (Fédération des Mutuelles de France), de médecins hospitaliers, du SNIL, (Syndicat d'infirmières libérales), d'associations d'usagers et de médecins libéraux, avec deux revendications essentielles : une rallonge budgétai-

re pour l'ensemble des structures hospitalières de la région et un autre mode de financement de la protection sociale avec une assiette de cotisations reposant sur les salaires et sur les richesses produites.

Evelyna Malaterre

Médecin généraliste.

Ce n'est pas la première démarche commune du SMG avec d'autres organisations syndicales de salariés et des mutualistes, sans exclusive. Des liens existaient déjà depuis les manifestations de 1995 contre le plan Juppé, point de départ de notre colère exacerbée par l'alliance contre nature CGI-CSMF, mettant en évidence des contradictions : la défense du service public mais aussi un grand attachement au système libéral. Plusieurs initiatives ont ainsi eu lieu, comme ce débat autour du contrat médecin-référent et de la CMU. Nous avons organisé des « Contre états généraux » de la santé avec pour thème « La Sécu est-elle malade de trop de dépenses ou de manque de recettes ? ».

Puis le comité s'est constitué et a obtenu une certaine reconnaissance, comme en témoignent sa participation au conseil d'administration du CHR et les délégations reçues par l'ARH, le préfet et les élus.

L'intérêt de notre démarche réside dans la pluralité d'approches et d'acteurs présents dans ce comité, parfois de tendances politiques très différentes. Notre idée est d'aborder les problèmes, non pas par catégories professionnelles, en excluant les usagers, mais de façon « horizontale ».

Notre action a permis, localement du moins, de remettre en question des alliances telles que celle CGI-CSMF. Ce n'est qu'un début...

1. Comité de défense de l'hôpital public, 70 boulevard Matabiau, BP 7051, 31069, Toulouse cedex 7.

2. CHU : Centre hospitalier universitaire.

3. CHS : Centre hospitalier spécialisé.

Une fusion à haut risque

Catherine Fayet

*Infirmière Df,
service de médecine
(endocrinologie-
diabétologie),
secrétaire de la
section Sud-CRC*

Des matelas dans le hall, une table couverte de pétitions pour les usagers, un cahier de doléances, et aux murs, des affiches : « Défendons la santé publique ! Hôpitaux en danger ! Brisons le silence. » Depuis le 18 novembre, les personnels du centre hospitalier sud-francilien sont en grève reconductible, fatigués, usés par une lente dégradation de leurs conditions de travail, et le sentiment aujourd'hui de ne plus répondre à la mission de service public.

« Accueillir et soigner, prendre en charge la maladie, la souffrance physique et psychique, guérir, mais aussi accompagner les débuts et la fin de vie, assurer en amont et en aval toute la logistique administrative et technique indispensable... » Comment accomplir ces tâches quand le personnel est lui-même en souffrance et sous contraintes permanentes ?

« Résister » face à une logique comptable qui étrangle tous les jours un peu plus l'hôpital public. Né en janvier 1999 de la fusion des hôpitaux d'Évry-Courcouronnes, de Corbeil-Essonnes et Calmette-Yerres, le centre hospitalier sud-francilien illustre bien, en grande couronne, la politique sanitaire mise en place depuis la réforme hospitalière en 1996. Cet hôpital fut choisi par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) parmi les 16 centres hospitaliers pilotes en Ile-de-France pour la mise en place de ses contrats d'objectifs et de moyens.

Ce nouveau pôle hospitalier, véritable laboratoire d'essai, dessert un bassin de population de plus de 400 000 habitants en pleine croissance. Il est situé au milieu d'un ensemble urbain intégrant les grands quartiers d'habitat social et d'exclusion parmi les plus difficiles de la région parisienne, comme Les Tarterêts de Corbeil-Essonnes, La Grande Borne, à Crigny, les quartiers des Pyramides et du Champier du Coq, à Évry. Et pourtant, le centre hospitalier sud-francilien est aujourd'hui menacé par une restructuration qui diminue l'offre de soins, alors que les moyens actuels sont insuffisants pour répondre aux besoins réels de la population qu'il accueille.

À l'heure où les négociations budgétaires pour l'année 2000 sont engagées, et alors qu'un projet d'établissement est en cours d'élaboration pour les années futures, le personnel, toutes catégories confondues – de l'ASH à l'infirmière anesthésiste, du cadre administratif au personnel technique – a choisi de dénoncer publiquement cette situation, de briser le « silence » pour pouvoir « tenir » au quotidien et continuer, même en service minimum, la grande chaîne autour des « soins ».

En deux ans de restructuration, le bilan est lourd : 150 emplois supprimés sur 2747 salariés, plus de moyens pour assurer les remplacements, 60 lits définitivement fermés, et, chaque semaine, des fermetures ponctuelles de lits sont nécessaires

pour pallier le manque chronique d'infirmières et d'aides-soignantes.

Pour les malades, les délais d'attente augmentent considérablement aux urgences et aux consultations externes. Les services de médecine, de réanimation, de pédiatrie, de maternité et de psychiatrie sont saturés, atteignant des coefficients d'occupation de 85 %. La diminution de la durée moyenne de séjour a pour effet un retour souvent trop rapide des malades à leur domicile, avec l'insatisfaction partagée de ne pas avoir accompli tous les soins de prévention et d'éducation, aujourd'hui sans cesse sacrifiés. De surcroît, nous recevons des personnes en situation de précarité qui viennent à l'hôpital public en situation d'urgence ou parce qu'ils ne peuvent pas payer les honoraires d'un médecin de ville.

En Ile-de-France, le nombre de passages aux urgences, en 1999, s'est accru de 10 % (augmentation supérieure à la moyenne nationale), sans aucun moyen supplémentaire. 75 000 urgences sont arrivées cette année à l'hôpital sud-francilien qui doit assurer à la fois une mission sanitaire et sociale. En effet, les quartiers en grande difficulté sont nombreux, les trois quarts du secteur d'Evry-Corbeil sont couverts par les dispositifs de la politique de la ville. Ces zones d'habitation cumulent tous les handicaps sociaux (taux de chômage de 18% à Evry-Courcouronnes – population déracinée géographiquement et culturellement – incivilités et violences aux portes et dans l'enceinte de l'hôpital...).

Après 20 heures, ou pendant les week-ends, il est bien difficile pour un médecin libéral de permanence de s'aventurer dans certains quartiers comme la Grande Borne à Grigny ou les Tarterêts à Corbeil-Essonnes. Le seul recours pour les habitants est le service d'urgences et tout particulièrement dans le domaine de la pédiatrie.

L'hôpital est encore un moyen pour lutter contre la désocialisation et rapprocher les structures de santé des citoyens en leur offrant des services de proximité qui répondent à leurs attentes et en simplifiant les formalités d'accès aux soins, tout en garantissant l'égalité de la réponse face à la maladie et à la détresse.

C'est l'une des priorités qu'indique le SROS² d'Ile-de-France : « Intégrer la politique de la ville à la réflexion sur la planification sanitaire pour tenir compte des zones de marginalisation et d'exclusion en reconnaissant que cette restructuration a une incidence forte sur l'état de santé des populations concernées. »

Cette réflexion doit se traduire dans les faits.

La prise en compte de la politique de la ville implique que l'on ne raisonne plus de manière égalitaire, comme ont tendance à le faire les pouvoirs publics. Elle oblige à reconnaître le principe qu'à situation particulière doivent être appliquées des solutions exceptionnelles. Les personnels ont réclamé depuis le début du conflit des moyens supplémentaires, médicaux et paramédicaux, pour les urgences. Or, à ce jour, nous n'avons aucune garantie que notre SAU³, dont le projet a été déposé au printemps dernier par les médecins et la direction, soit entériné par les tutelles en termes de moyens. C'est l'accès aux soins de toute une population qui est en jeu.

À ces contraintes réduisant tous les jours l'offre de soins, viennent s'ajouter celles pesant sur les soignants, qui sont à l'origine du conflit. La pénibilité du travail, l'épuisement physique et moral, l'insatisfaction permanente entraînent la démotivation et la tension dans les équipes. Des plannings de travail sont sans cesse modifiés, parfois du jour au lendemain. Des semaines peuvent aller jusqu'à quarante-huit heures, des journées jusqu'à douze heures, des gardes de vingt-quatre à trente-quatre heures, bref, on est toujours sur la brèche !

Les repos hebdomadaires ne sont souvent plus respectés ou sont modifiés, ce qui contraint les soignants – en majorité des femmes – à bouleverser dans l'urgence leur vie familiale, à gérer tant bien que mal la garde de leurs enfants. Résultat : une augmentation sensible de l'absentéisme et des accidents de travail (piqûres septiques, pathologies lombaires, dépressions, etc.).

À ce jour, le personnel soignant cumule à lui seul plus de 40 000 heures supplémentaires, l'équivalent de 32 postes ! Les 35 heures des accords





Durieux de nuit, arrachées lors des luttes de 1991, ne sont toujours pas appliquées. En maternité, une sage-femme ou une infirmière de nuit assure seule la surveillance de 40 femmes et de 30 berceaux, les effectifs en sages-femmes n'ayant pas évolué depuis 1983. Comment garantir, dans ces conditions, un niveau acceptable de qualité et de sécurité des soins dans une maternité qui accueille plus de 2 800 parturientes par an ?

Enfin, comme il n'y a pas de « petites économies », les directions n'hésitent pas à s'attaquer aux « avantages acquis ». En 1998, le personnel de l'hôpital sud-francilien a perdu, en un an, tous les acquis locaux (primes spécifiques, indemnités, repos compensateurs, congés d'assiduité...) négociés en quinze ans avec les directions locales. Autant de petites compensations venues alléger un travail pénible, souvent contraignant (équipes en 3/8, astreintes, jours fériés et dimanchés).

Comment alors s'étonner dans ce contexte général du mécontentement et du ras-le-bol des hospitaliers ?! Le dialogue social et la négociation n'existaient plus. Les avis et les analyses des représentants des personnels qui s'appuient sur la réalité du terrain n'étaient pas pris en compte. Les instances consultatives pour certaines issues de la réforme hospitalière (comité technique d'établissement, commission médicale d'établissement et comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail) n'avaient plus qu'un rôle de chambres d'enregistrement. Des décisions arbitraires étaient prises par la direction et, le plus souvent, inadaptées à la réalité du terrain.

En revanche, on consulte à tour de bras les cabinets d'audit privés et coûteux sur les sujets suivants : la réduction du temps de travail, la restructuration de la blanchisserie, la rédaction et la mise en place du projet médical, la démarche qualité, etc. Les audits et les courbes de points ISA déterminent les modalités de gestion et de direction au service de la structure et des tutelles, et non au service des patients.

Face à cette situation, quatre semaines de lutte du personnel hospitalier sud-francilien auront

été nécessaires pour que l'ARH¹ et la direction des hôpitaux ouvrent leurs portes. La lutte des personnels a permis d'arracher une enveloppe de 16,7 MF (sur un budget annuel de 1 milliard de francs), soit l'équivalent de 50 postes, alors qu'il en faudrait au moins 150 pour qu'aujourd'hui l'hôpital puisse fonctionner correctement. Cette première avancée, bien qu'insuffisante, a obtenu le soutien du conseil d'administration et de certains médecins.

Le mouvement s'est depuis étendu aux hôpitaux de Paris, de sa région, et aux hôpitaux de province, contraignant le ministère à négocier. Martine Aubry promet de « dégager des moyens pour les hôpitaux », à charge pour les directeurs d'établissement, et surtout pour les directeurs des ARH, de faire remonter les besoins. Indiquant qu'elle voulait attendre cette évaluation, la ministre n'a avancé aucun chiffre quant aux moyens supplémentaires qui seront mobilisés et sur la façon de les financer.

La prudence s'impose donc car il s'agit des intérêts vitaux du service public hospitalier. La concurrence existe ! La clinique de Massy, celles de Quincy-sous-Sénart, et de l'Essonne, à Evry, viennent d'obtenir des autorisations pour le développement de leur plateau technique. Ces établissements privés à but lucratif sont les premiers bénéficiaires de cette restructuration. Le privé lucratif sélectionne ses malades socialement et médicalement, ainsi, leurs indicateurs sont toujours plus favorables pour obtenir toujours plus de moyens au détriment de l'hôpital public.

Vigilant et déterminé, le personnel sud-francilien votait, le 3 février, en assemblée générale, la suspension de la grève après deux mois d'un conflit long et difficile. La raison de la colère était telle que, désormais, plus rien ne sera comme avant.

1. En 1998, Le centre hospitalier sud-francilien a pris en charge 3.800 sorties S.M.L.R., 72.500 urgences adultes et enfants, 86.000 appels S.A.M.U./Centre-15, 180.000 consultations, 50.000 hospitalisations, 2.800 naissances.

2. A.S.H. : Agent de service hospitalier

3. S.R.O.S. : Schéma régional d'organisation sanitaire

4. S.A.U. : Service d'accueil des urgences

5. Agence régionale de l'hospitalisation.

Les incohérences du système hospitalier

Si le facteur déclenchant des grèves de l'hiver 2000 a été l'annonce de budgets insuffisants sur l'Assistance publique de Paris, et au delà, sur la région parisienne, la crise de l'hôpital est plus profonde.

Déjà en 1999, des hôpitaux de la banlieue parisienne (Avicenne, à Bobigny, Antoine Bécclère, à Clamart, Louise Michel, à Evry, Jean Verdier à Bondy) s'étaient retrouvés en lutte, au mois de juin, incapables de tenir dans le cadre de telles contraintes budgétaires.

Si la colère des hospitaliers – qui se font l'écho, au delà des revendications purement catégorielles, de la souffrance, de la dignité et de la sécurité des patients – est violente, c'est qu'elle a été refoulée pendant des années. Depuis plusieurs années, on rogne sur les effectifs des services généraux de l'hôpital (entretien, administration...). Aujourd'hui, c'est le cœur même de l'hôpital qui est touché, les services soignants. Comment faire manger convenablement 8 ou 10 patients dépendants, le soir, quand on est le seul aide-soignant du service ? Comment être performant quand on arrive dans un service pour la journée, qu'on ne connaît ni la spécialité ni les patients ? Un aide-soignant fait remarquer : « Il y a des jours, dans mon service, je ne sais même pas le nom des patients, ils ne sont plus que des numéros de chambre, j'enchaîne les toilettes les unes derrière les autres, puis je sers les repas et je refais les changes. »

Plusieurs facteurs viennent aggraver le malaise des soignants. Les durées de séjour, de plus en plus courtes, nécessitent une organisation pointue et le moindre dysfonctionnement a des répercussions importantes sur la prise en charge. Elles nécessitent un personnel plus nombreux car la rotation des patients génère une charge de travail plus lourde.

Les soignants expriment leur souffrance de ne pas pouvoir établir de relations de confiance avec leurs patients par manque de temps. Les infirmières sont devenues des techniciennes, de plus en plus absorbées par des tâches administratives (dossier de soins, protocoles, procédures) et souffrent de perdre le contact avec les patients. La mise en place de mécanismes de sécurité à l'hôpital pèse sur les budgets mais aussi sur les conditions de travail : l'application des protocoles de soins est très lourde. La charge émotionnelle et physique, la souffrance face à la maladie, sont niées par l'administration et refoulées par le personnel, jusqu'au moment où le trop plein fait craquer les plus fragiles.

On ne parle plus de besoins de santé mais d'économies à dégager. Le ministère veut contraindre l'hôpital à supprimer ses activités coûteuses, au profit d'un service (minimum) public de base, laissant le secteur lucratif développer ces techniques moyennant des dépassements d'honoraires.

Marie-Christine Fararik

Déléguée syndicale
SUD-CRC Santé
à l'hôpital
Antoine Bécclère
AP-HP (92).



Mais l'incohérence du système est démontrée par la fermeture parallèle de petites structures de proximité comme les dispensaires ou les petites cliniques. Ces fermetures ont conduit vers l'hôpital de plus en plus de patients, refoulés par les grosses cliniques « high tech » qui choisissent leurs patients et leur pathologie, ou par la médecine de ville qui pratique des dépassements d'honoraires. Beaucoup de patients se retrouvent dans les services d'urgences des hôpitaux, au milieu des SAMU, se plaignant, souvent à juste titre, de l'attente et des conditions d'accueil. La structure des SAU (services d'accueil des urgences) et l'organisation médicale des hôpitaux ne sont pas adaptées à l'accueil des consultations.

Le vieillissement de la population, le mode de vie plus solitaire rendent difficile le maintien à domicile des personnes âgées qui arrivent en fin

de vie. Les seules structures pouvant (et voulant) les accueillir sont les hôpitaux publics. Mais dans quelles conditions et surtout combien de temps ? Est-il normal de passer 50 appels téléphoniques pour trouver un lit pour une patiente arrivée aux urgences d'un hôpital ? Pourtant, c'est le lot quotidien, aujourd'hui, des hôpitaux. Il est de plus en plus difficile de trouver une place d'hospitalisation pour une personne âgée. Avec l'augmentation de la durée de la vie, il faudra bien, un jour, prendre la mesure de l'augmentation des pathologies des personnes âgées et créer les structures médicales nécessaires.

Même si nous pensons que tous les hôpitaux ne sont pas logés à la même enseigne, il faut se garder de penser qu'il y a les nantis et les autres. Il faudrait plutôt se demander s'ils répondent aux besoins de la population.



Saucisson : des tranches plus ou moins fines ...

La médecine nous avait éduqués au découpage : spécialités associées aux organes, sous-spécialités s'attachant aux divers fonctionnements ou parties de ces organes qui nous justifiaient de notre peu d'intérêt pour les spécialités voisines, *a fortiori* pour cet ensemble d'organes qui constituent la machine humaine. Ce que la médecine a ignoré, c'est que quel que soit l'ordre relatif dans lequel cette somme d'organes arrive à s'intérioriser, on ne peut pas traiter des problèmes de santé ou de maladie sans prendre en considération le lien et les interactions de cette « somme » avec la subjectivité conjugquée des soignants et soignés.

Ces travers du découpage, hérités de la science, non contents de nous faire perdre le sens de cette « humanité » dont l'harmonie résulte de la prise en compte de l'ensemble des éléments, se sont installés en maîtres dans toutes les activités humaines, transformant les plus louables intentions en caricatures de systèmes. Il en est ainsi de la démarche d'accréditation qui, sous le prétexte de répondre aux désordres liés à la masse de logiques plus ou moins contradictoires en œuvre dans une multitude d'hôpitaux, vient ajouter encore d'autres découpages.

Qu'il s'agisse de la référence scientifique, derrière laquelle se réfugient les médecins, ou de l'idéologie soignante véhiculée par les infirmières, la référence incontournable au coût, à l'évidence,

met chacun devant une responsabilité dont il se défend. La culpabilisation, mode « privilégié » de communication dans ce monde très particulier, fait partie des nuisances dont l'« administration » a abusé sans considération du poids qu'elle ajoutait à des problématiques difficiles, mais surtout sans mesurer combien elle pouvait décourager ceux qui – et ils sont plus nombreux qu'il n'y paraît – ont toujours donné sans compter. Le bât blesse où frotte la sangle : dès lors qu'on se met à tout compter, la visibilité de ces différences, la reconnaissance de ces diversités d'implication, aggravent le sentiment d'injustice, précipitent la démotivation. À l'évidence, ces logiques ne savent pas communiquer, basées et construites sur des pouvoirs qui ne sont pas en passe de céder. Là où la concertation vraie ferait éventuellement apparaître un consensus, les enjeux de pouvoir confortent chacun dans sa position corporatiste.

Et le malade dans tout ça ? Au découpage de son corps en organes est venu s'ajouter celui de la pathologie qui doit coller au plus près au « groupe homogène de malades (GHM) » qui permet de la situer dans une gamme dont dépendent les ressources de l'hôpital. Pour acquérir une relative visibilité dans le paysage des mille et une manières de traiter une maladie (combien en trop ?), ces groupes, dits homogènes, viennent influencer de façon insidieuse les pratiques, et, ce qui est plus gênant, l'éthique des soins,

Anne Peiraut-Soliveres

Coдре infirmière



puisque, désormais, ce n'est plus l'intérêt direct du malade qui est mis en avant, mais un ensemble de procédures qui doivent concorder avec une politique des soins qui ne se réfère plus qu'à son budget.

Cette réforme s'appuyant sur des maladies évaluées en actes a eu un autre effet désastreux, dénoncé par l'ensemble des soignants et patients, sans que rien ne semble pouvoir infléchir les décisions de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). La pathologie est elle-même subdivisée selon le moment, la durée et les intentions de la médecine. Ainsi un patient décompensant son insuffisance respiratoire pourra-t-il changer trois ou quatre fois de service (et donc d'équipe soignante) au cours de la même hospitalisation au mépris de l'importance du lien thérapeutique dans l'évolution de la maladie. Arrivant dans un service dit « aigu », il devra y rester le moins longtemps possible afin de maintenir le point ISA (Indice synthétique d'activité) dans une fourchette souhaitable. Il passera ensuite dans un service différent dit « soins de suite et réadaptation » (récemment inventé pour accueillir tous

ces malades qui faisaient grimper le cours du point ISA par leur insistance à ne pas guérir dans les temps), voire en moyen séjour, si son autonomie ne lui permet pas de rentrer chez lui. Sans compter le service de soins palliatifs dans le cas d'une évolution défavorable.

L'intérêt du patient n'est, à l'évidence, pas considéré sous l'aspect relationnel, dont la plupart des études admettent pourtant la prévalence. Peut-être cela est-il une période transitoire, mais on peut déjà mesurer les dommages quand on sait que les désordres perdurent dans les projets fort coûteux qui voient pousser des hôpitaux trop grands au moment où l'on ferme les autres. La taille des hôpitaux, si l'on se réfère aux témoignages des patients, serait inversement proportionnelle à la dimension humaine dont chacun s'accorde à noter l'importance.

De là à imaginer que l'expérience ne sert en rien le progrès, on ne s'étonnera plus à entendre ou à lire les palmarès des hôpitaux qui, sous le fallacieux prétexte de dénoncer certains dysfonctionnements, stigmatisent le doute et alimentent l'angoisse.



Médecins hospitaliers : histoire d'un malaise planifié

Hervé Hamon avait écrit dans le premier chapitre de son livre *Nos médecins* : « Au début de ce voyage, le premier constat qui m'a frappé est celui-ci : le corps médical est introuvable. » L'auteur constate ainsi que cette profession, dont on souligne traditionnellement le corporatisme, est « en miettes. Le fameux corps médical n'est plus un assemblage de membres articulés, mais une sorte de Frankenstein hétéroclite. Tout le divise et tout le mine ». Voici une analyse qui va à l'encontre des idées reçues et pourrait gêner tous ceux qui, pour des raisons multiples, se satisfont et alimentent l'idée simpliste que cette corporation serait homogène et soudée.

A l'hôpital, en particulier, le monde médical est un corps éclaté où interviennent des professionnels totalement différents par leur cursus, leurs obligations, leur charge de travail ou leurs responsabilités, et qui, au delà d'un faux statut unique, touchent des salaires extrêmement variés. Pas étonnant, devant cette disparité, que le malaise profond qui touche cette profession ne se manifeste par aucune revendication organisée, par aucun mouvement de solidarité avec les autres professions de santé, et que l'on assiste à un pourrissement de la situation inquiétant pour l'avenir du service public.

Traditionnellement, l'image du médecin hospitalier reste marquée par des clichés cinématographiques ou littéraires, bien éloignés de la réa-

lité. S'il persiste encore, ici ou là, surtout dans le monde universitaire, quelques dinosaures à l'image du héros du film, *Un grand patron*, joué par Pierre Fresnay dans les années cinquante, la grande majorité des médecins hospitaliers n'ont plus rien à voir avec cet archaïsme, mais le mythe reste soigneusement entretenu et permet à certains de justifier leurs oppositions et d'alimenter leur sourde jalousie. Il est bon de rappeler que la première injustice de ce monde médical hospitalier est que sa hiérarchie, entre universitaire et non universitaire, entre chef de service et adjoint, ne repose sur aucun critère objectif reconnu. La médecine hospitalière est la seule profession scientifique où la nomination au sommet (l'agrégation) ne repose sur aucun paramètre de sélection unanimement reconnu mais sur une cooptation pure et simple. Cette sélection arbitraire est une première source de gâchis intellectuel. La réussite ou l'échec à l'agrégation n'est pas sans conséquence économique, puisque les médecins universitaires sont les seuls à toucher deux salaires, l'un de l'hôpital, l'autre de l'université. Mais, plus grave, le médecin hospitalier non universitaire a perdu peu à peu tout ce qui justifiait son choix professionnel de rester à l'hôpital : l'enseignement des plus jeunes avec la disparition progressive des internes, la participation à la recherche devenue impossible sans financement, l'accès à une technicité de qualité. Et donc, à connaissances égales, certains restent privilégiés pendant que

Denis Labayle

Chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital d'Evry.



d'autres se voient régulièrement rétrogradés dans la qualité de leur exercice. A l'intérieur même de l'hôpital universitaire ou non universitaire, des médecins bénéficient d'un statut non conforme à leur cursus. Certains, après avoir passé les concours d'internat et travaillé en hôpital universitaire, se retrouvent adjoints à vie pendant que d'autres, beaucoup moins diplômés, occuperont d'emblée des fonctions de chef de service. Etrange profession structurée sur l'absence de critère professionnel.

Enfin, contrairement à un autre mythe entretenu, certains spécialistes peuvent gagner à l'hôpital public autant, voire plus, que leurs collègues du privé. Il suffit à un chirurgien, un radiologue ou un médecin de médecine nucléaire de développer son secteur privé hospitalier pour doubler son salaire, voire plus. Et la loi, dira-t-on ? Elle est régulièrement hafouée par une minorité avec la complicité tacite de l'administration, parfaitement au courant des excès, mais qui trouve dans cette activité libérale une source d'argent hors budget. Cela lui permet

simultanément de montrer du doigt ce corps médical véreux. Une façon comme une autre de discréditer le rival. Il est bon de rappeler, à propos de l'activité libérale à l'hôpital, qu'un nombre important de praticiens ont fait également ce choix non pas tant pour augmenter spectaculairement leur salaire que pour bénéficier d'une retraite complémentaire correcte, car le calcul de la retraite des médecins hospitaliers est des plus iniques, nettement inférieur au statut de la fonction publique. Mais la disparité des salaires devient totalement injuste pour cette frange de médecins à revenus plus que modestes et au statut instable, qu'il s'agisse des assistants ou des praticiens étrangers. Ces derniers représentent la forme moderne de l'exploitation organisée, spécifique pour nos collègues étrangers qui, à travail égal, bénéficient des payes les plus basses. D'où leur obligation de compléter leur salaire par la prise d'un nombre considérable de gardes.

Mais le malaise des médecins hospitaliers n'est pas seulement secondaire à un problème financier ou de statut comme on le prétend trop souvent. Il est aussi lié à la question de sa place de médecin dans l'hôpital. Dans la majorité des hôpitaux, le pouvoir médical est devenu une illusion soigneusement entretenue. Les conditions quotidiennes d'exercice montrent à quel point l'administration gère tout, jusqu'à l'organisation des soins. Que de dépenses inutiles dans des achats incontrôlés, que de travaux injustifiés, que d'audits dispendieux, que de formations « marchands-de-vent », et, à l'inverse, que d'efforts épuisants pour obtenir la remise en état des chambres des patients ou des salles de détente, pour justifier l'achat d'un matériel devenu indispensable, pour maintenir une bibliothèque à jour, pour disposer de matériel informatique de base, pour acquérir un meuble pour son bureau, même acheté chez Ikea ! De l'argent, il y en a, pour des achats-vitrines, des restructurations pharaoniques, mais pour le quotidien, pour le remplacement d'une secrétaire ou d'une infirmière de nuit, pour l'achat d'un dictionnaire Vidal, d'un dictaphone, il faut se battre comme si l'on réclamait l'impossible. La mesquinerie dans l'exercice quotidien est devenue la gangrène du système et, en ce domaine, l'avis est unanime, partout en France. Les rela-



tions avec les tutelles et les directions se sont considérablement dégradées, et dans les réunions nationales, l'énumération de stupéfiantes aberrations alimente le plus souvent les discussions. Le ministère qui voudrait résoudre le problème de la désertification médicale dans les hôpitaux sans avoir pris conscience de ce malaise d'identité irait à l'échec.

Enfin, la mission de l'hôpital public devient de plus en plus floue et les médecins se trouvent en permanence écartelés entre leur désir d'assurer une médecine de qualité complémentaire de la médecine de ville et des restrictions budgétaires multiples et variées qui finissent par décourager les plus motivés. La mission consiste souvent à gérer des situations sociales absurdes. Il faut à la fois réparer les catastrophes du système économique actuel (chômage, précarité...), et simultanément, il est exigé un esprit d'économie et de « rentabilité ». Cet écartèlement permanent entre un gâchis social énorme et des exigences financières permanentes crée une situation impossible.

Hélas, malgré ce mécontentement croissant, les médecins hospitaliers, du fait de la diversité de leur situation et de leurs intérêts, mâchonnent leur mécontentement sans former de mouvement coordonné de revendication. Le départ vers le privé ou vers une retraite anticipée reste pour beaucoup le seul moyen de fuir. Le pouvoir des syndicats, trop souvent corporatistes, est insignifiant. Quant à la jonction avec les mouvements des autres professionnels du soign, elle ne s'est jamais réalisée. Pourquoi ? Parce que le fossé a été de part et d'autre entretenu. Les médecins n'ont pas la culture de la revendication et se méfient des structures syndicales trop longtemps politisées. Les syndicats du personnel

soignant se satisfont du mythe de l'uniformité du corps médical au nom du « refus de la collaboration de classe ». Ils sont d'accord pour que les médecins suivent leurs mots d'ordre, mais pas question de partager des analyses communes ou d'organiser ensemble le sauvetage du service public. Le dialogue devient alors impossible. L'idée, par exemple, que des médecins progressistes puissent remettre en question l'organisation hiérarchique et proposer de nouvelles structures est inconcevable. On a vu la réaction syndicale lors des quelques essais de départementalisation : l'opposition fut farouche.

Et pourtant il est urgent d'agir car, à force de critiques, de mépris, d'incessants contrôles, l'hôpital public s'enfoncé progressivement dans un malaise qui sera difficile à dissiper. Le rapport Nicolas de février 1998 portant sur l'avenir hospitalier de quatre spécialités – anesthésie, obstétrique, psychiatrie, radiologie – confirmait la gravité de la situation et les risques sérieux pour l'avenir, mais les solutions proposées paraissent bien fades face à l'ampleur d'un problème beaucoup plus général touchant toutes les spécialités. Après avoir pendant tant d'années raisonné en termes purement économiques, peut-être pourra-t-on un jour raisonner en termes de respect humain et de qualité professionnelle.

Au fond, le pouvoir politique désire-t-il vraiment sauver l'hôpital public ?

T. Herve HAMON, *Nos Médecins*, ed. Seuil, Paris, 1996.



Un directeur d'hôpital « heureux »

Entretien avec **Pratiques** : Qu'est-ce qu'un « bon hôpital » ?
Alain Dequirof

*Alain Dequirof,
 médecin et directeur
 d'hôpital.*

Alain Dequirof : Les bons services hospitaliers sont ceux où il y a un bon chef de service, quel que soit la qualité des autres soignants.

Et on pourrait imaginer que quand le chef de service est mauvais, il y ait un collègue qui lui tape sur l'épaule en lui disant...

Oui mais ça ne se fait pas, parce que la déontologie ne le veut pas. Je dis souvent : « L'hôpital est une entreprise », qu'on le veuille ou non. C'est une entreprise du tertiaire, nous sommes des prestataires de service. Dans une fabrique de boulons, l'ingénieur est ingénieur, il ne dit pas « mon service », il dit « l'usine ». Et c'est une entité globale. Autre anomalie qui existe seulement dans le public : quand, dans une usine, on fabrique des boulons, on engage un ingénieur capable de fabriquer des boulons ou de les dessiner. À l'hôpital, on n'engage pas un médecin, il est nommé par arrêté ministériel, il tombe dans l'hôpital, plus ou moins accepté par la commission médicale. S'il n'y a pas de service dans la spécialité du nouveau médecin, on crée la spécialité pour lui, c'est-à-dire qu'on change la production de l'usine en fonction de l'ingénieur qu'on a acheté.

Cela perdure encore aujourd'hui ?

Dans un hôpital voisin du nôtre, le directeur me

disait récemment : « J'avais besoin d'un pneumologue, il me tombe un endocrinologue dont je n'ai pas besoin... » La commission médicale accepte pour des raisons que la déontologie interdit de dire. Ça veut dire qu'il va falloir s'équiper en laboratoire...

Comment cela se négocie-t-il si le directeur dit : « Moi, je n'ai pas besoin d'un endocrinologue ? »

Il ferme sa gueule le directeur de l'hôpital...

Mais pourquoi ne peut-il pas l'ouvrir ?

Parce qu'il n'ose pas, parce que la lourdeur est telle... Je ne crois pas que, dans un bateau, il puisse y avoir deux skipper. Il n'y en a qu'un, sinon on se casse la figure. Il faut que ce soit une seule personne qui décide. Si le bateau se plante, c'est lui le responsable et il serait normal qu'il gicle... Les ingénieurs de l'hôpital ne veulent pas être dirigés par le directeur. Il faut dire que le directeur de l'hôpital ne connaît rien au métier exercé par les ingénieurs qui peuvent lui bourrer le mou comme ils veulent. Et comme il a la trouille...

Certains médecins disent que les directeurs d'hôpitaux devraient être au moins des médecins...

C'est ce que je pense. Je suis médecin. J'étais chef d'unité à l'Assistance publique - Hôpitaux.



de Paris (AP-HP). Dans notre hôpital, le conseil d'administration a voulu dès le départ que le directeur soit médecin. En fait, lorsqu'ils m'ont recruté, ils avaient posé comme cahier des charges que le directeur soit plus titré que tous ceux qui étaient en poste pour éviter le mépris dont sont coutumiers les médecins.

Quand vous avez été embauché, aviez-vous une expérience d'administrateur d'hôpital ?

Aucune. J'ai été recruté car je m'occupais beaucoup de gestion et que j'avais suivi tous les séminaires de formation de l'AP-HP.

Combien y a-t-il de malades dans votre hôpital ?

Nous avons 391 lits et places. Il y a environ 560 postes salariés équivalents à temps plein. C'est déjà un gros établissement mais ce n'est pas un monstre.

Un gros vent secoue en ce moment les hôpitaux. Peut-on être, dans les conditions actuelles, un directeur d'hôpital heureux ?

Ça va. Enfin, ça peut aller. C'est compliqué la santé. Nous, nous avons de la chance parce que nous sommes un établissement privé, à but non lucratif, participant au service public, et nous n'avons pas de soutien politique... Quelle meilleure image électorale pour un maire que d'inaugurer un scanner juste avant une élection ? « La santé n'est pas à vendre », j'ai prêché moi-même « La santé n'a pas de prix »... c'est une connerie. La santé n'est pas à vendre, mais elle a un coût. Lorsqu'on observait l'augmentation des dépenses de santé, dans les années quatre-vingt – trois ou quatre fois celle du PIB –, très vite il fallait admettre qu'il n'y aurait plus d'écoles, de postes... Que tout l'argent allait passer dans la santé. C'est un choix de société, mais je crois que personne n'est prêt à ça. Compte tenu des raisons qui faisaient qu'on équipait, on allait vers un suréquipement dramatique.

Quels que soient les hôpitaux, moyen séjour, long séjour ?

Oui, en médecine, chirurgie, obstétrique, il y a

une surcapacité colossale, en particulier en Ile-de-France. Mais pas n'importe où, surtout Paris intra muros et la petite couronne. Pourquoi ? Parce qu'ils sont près du pouvoir politique...

Pourtant Paris se dépeuple...

Pas au point qu'il faille rendre les installations existantes. Elles étaient déjà excédentaires. Depuis les ordonnances Juppé, on essaie de planifier un peu. Quand le ministère dit que le rôle des structures sanitaires est de satisfaire les besoins de la population, cela ne me paraît pas aberrant. C'est en effet son rôle, plutôt que satisfaire les appétits lucratifs de certaines personnes et il faut bien reconnaître qu'il y avait de ça. Ce qui se passe en Ile-de-France, c'est qu'il est prévu une restructuration sanglante.

Qu'est-ce que ça veut dire pour un hôpital comme le vôtre, est-il pris dans cette logique ?

Bien sûr... Mais il n'est pas « pris » parce qu'on a devancé, parce que cela était prévisible. Notre hôpital n'a pas beaucoup changé. Lorsque je suis arrivé, il y avait 396 lits. Aujourd'hui, nous sommes à 391 parce que nous avons donné deux lits d'hospitalisation pour chacun des lits d'hôpital de jour. On a diminué le nombre de lits pour des raisons techniques parce qu'après 1991, on a favorisé ce que l'on a appelé les alternatives à l'hospitalisation, c'est-à-dire les hospitalisations « non complètes » : hôpital de jour, hôpital de semaine, etc. Et lorsqu'on demandait la transformation de lits d'hospitalisation complète en alternative à l'hospitalisation, c'était au tarif de deux pour un. Aujourd'hui, les durées de séjour dans les services de court séjour sont autour de six à sept jours.

Mais est-ce que cela n'est pas artificiel du fait de la tarification, est-ce qu'on ne s'arrange pas pour que le malade reste dans cette catégorie « six jours », mais que, comme son état nécessite des soins plus longs, on le change de case ?

Le problème est là, parce que les docteurs, qui sont savants, font des études économiques et disent : « Si je fais tel traitement qui est très



coûteux, c'est très rentable, je réduis la durée de séjour de mon malade de 1,43 jour... » Oui, c'est vrai, si cette réduction apporte la fermeture du lit, mais cela n'est jamais fait. Donc, il y a toujours les mêmes charges fixes et l'on a simplement augmenté le coût des charges médicales.

Un bon directeur d'hôpital reste donc un directeur qui peut se prévaloir d'une forte occupation des lits de son hôpital ? À supposer qu'il y ait une politique qui permette une meilleure prise en charge des malades en amont et que l'hôpital voit arriver moins de malades, n'est-ce pas une logique suicidaire pour un directeur ?

C'est toujours vrai. Cela m'est arrivé... Je suis chef de service et quand j'ai voulu accélérer la rotation dans mon service, on s'est retrouvé sans aucune demande. On a donc fait autre chose. J'ai transformé un certain nombre de lits en moyens séjours qui faisaient défaut dans la région, on est toujours pleins. Prenons le cancer du poumon : on nous donne une certaine somme pour prendre en charge toute la pathologie, du diagnostic au traitement. L'hôpital astucieux et le directeur un peu roublard vont encourager les médecins à faire tous les examens coûteux en ambulatoire, c'est la Sécu qui va payer en plus, alors que le tarif l'avait prévu. Là, il y a un détournement... La Sécurité sociale commence à s'intéresser à la question par l'introduction du PMSI. Ils nous demandent désormais un certain nombre de renseignements complémentaires.

Alors finalement, vous êtes un directeur d'établissement heureux !

Je ne suis pas malheureux, parce que notre établissement va bien.

Comment un établissement s'empare-t-il de la qualité ? Comment s'assurer du bon soin ?

L'accréditation n'est pas faite pour contrôler la qualité des soins proprement dite, elle pose la question de l'utilisation des protocoles de

consensus. Tout le monde faisant la même chose, on donne les mêmes chances à tout le monde. La cancérologie, par exemple, est entièrement protocolée. Mais la prise en charge des maladies infectieuses devrait l'être aussi, il y aurait moins de résistances. L'autre avantage, c'est que lorsque l'hôpital passe un marché, prenons par exemple les médicaments appartenant à la classe des inhibiteurs calciques, il y en a un certain nombre sur le marché, pas très différents les uns des autres. Pourquoi en prescrire huit, alors qu'on peut en prescrire un de base, un de relais, et un de secours ? Si on a un gros marché sur un, les prix baissent. Prenons aussi la question des affections nosocomiales : la qualité dans un hôpital, c'est au minimum de faire en sorte que le malade ne sorte pas plus malade qu'il n'est entré, c'est préférable... Cela passe par des conduites à tenir, écrites. Cela me semble être de la qualité.

Pour nous, médecins généralistes, la qualité serait que lorsque la sortie du malade de l'hôpital est programmée, on soit prévenu de façon à pouvoir venir faire une synthèse avec le médecin hospitalier en présence du malade. Actuellement, le malade sort n'importe comment. Dans les normes, tout est fait, le malade sort avec une ordonnance, c'est irréprochable, mais dans le dit et le non-dit, tout reste à faire.

Dans les recommandations afférentes à l'organisation de la prise en charge, il est prévu que le médecin généraliste soit prévenu de la sortie du patient. L'hôpital ne doit pas être une citadelle, il doit être ouvert. Les médecins rentrent comme ils veulent chez nous et ils connaissent nos médecins. Ils téléphonent aussi pour prendre des nouvelles... On y tient. Mais je ne peux pas dire que, systématiquement la veille ou l'avant-veille, on téléphone pour prévenir le médecin. En particulier, concernant les malades de soins de suite, il s'agit souvent de médecins que l'on ne connaît pas et qu'il est très difficile de joindre. Dans la maison, on n'a pas beaucoup de médecins et ils ont du boulot. Cela est effectivement difficile de passer du temps à tenter de joindre des médecins injoignables.



Comment les soignants s'emparent-ils de ces critères de bonne conduite, cela vient-il de la base ou du haut de la hiérarchie ?

Cela vient forcément du haut: puisqu'il s'agit d'une ordonnance. Cela a été fort mal vécu au début et maintenant, ils se l'approprient, parce qu'ils voient les avantages : on est obligé de réfléchir à ce que l'on fait. C'est vrai qu'envoyer un compte rendu d'hospitalisation quinze jours après la sortie, c'est médiocre.

Ces mauvais agissements sont-ils punissables ?

Non, il y aura des notes en fonction des réponses aux critères. C'est l'Agence nationale d'accréditation qui surveille. Ils resteront entre trois et six jours dans l'établissement. Nous sommes d'abord auto-évalués. On découvre des choses qui dysfonctionnent, mais on découvre également qu'il y a beaucoup de bonnes choses faites. Chez nous, ce qui ne marche pas du tout, mais je pense que ça ne marche nulle part parce que cela n'existait pas en médecine, c'est l'éva-

luation. Et nous allons tous être évalués ! Le principe est admis, on ne viendra pas juger la prescription mais les pratiques. Lorsque j'ai pris mon poste, j'avais réalisé une enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du secteur qui avait fait hurler la commission médicale : elle avait vécu cela comme un filage. J'avais écrit à 450 médecins des environs avec quelques questions très simples parce que je voulais savoir ce qu'ils pensaient de nos prestations. J'avais reçu 150 réponses. J'ai été un peu refroidi par l'accueil « à bras fermés » de la commission médicale. Maintenant cela passe dans les mœurs. En ma qualité de président de la conférence sanitaire du secteur (le territoire est réparti en secteurs sanitaires), je suis allé voir un peu comment cela pouvait se passer avec l'ensemble des moyens, en visitant un lucratif. J'ai découvert d'ailleurs que les médecins généralistes ne prenaient pas les gardes, ce qui est une des raisons des engorgements des urgences qui passent de plus en plus par les SAU¹. Je pense que toutes les urgences devraient être vues par les généralistes qui pourraient assurer le tri. La médecine a tou-





jours fonctionné sur la base des réseaux sans que cela soit forcément formalisé. C'est d'ailleurs la seule façon intelligente de fonctionner. Ce sont souvent des relations d'amitié, parce qu'on se connaît. Nous avons des réseaux avec des gens des environs.

On voit de grosses structures de l'hospitalisation privée à but lucratif, très dynamiques, appartenant à de grands groupes type « Générale de Santé » qui s'approprient la quincaillerie médicale, l'imagerie, etc., qui tournent à plein rendement et où les malades sont bombardés d'exams complémentaires pour faire tourner la machine à sous. Il y a ainsi une concurrence commerciale qui s'instaure avec le public et le privé non lucratif. On n'a pas l'impression que la bataille est à armes égales, en termes de qualité de soin comme en termes d'accès aux soins. Il apparaît comme meilleur à l'usager parce que tout y va plus vite. En 24 h, il aura eu toute une panoplie d'exams quand dans le public, il aurait attendu beaucoup plus longtemps. La qualité des soins, pourtant, c'est autre chose !

Un gros hôpital ne peut pas bien fonctionner. Le coup des exams pour faire tourner la quincaillerie, moi aussi j'ai cette impression quand je vois des malades. Ils ont souvent eu droit à beaucoup d'exams dont ils auraient pu se passer. Nous avons aujourd'hui des paramètres qui permettent d'apprécier le coût de la production en santé : c'est le point ISA³, qui est donné par le PMSI, calqué sur les Etats-Unis. Dans le public et le parapublic, le point ISA tourne autour de 15 F ; à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, il est de 18 F. Dans le privé, il est inférieur à 10... ce qui veut dire qu'ils produisent la même chose pour moins cher. Comment font-ils, alors qu'eux aussi, ils font tourner la « mécanique » ? C'est très simple, il y a beaucoup moins de personnel. Je faisais la comparaison avec un directeur d'un gros établissement privé, dans notre hôpital, les frais de personnel représenterit 77% du budget, dans son établissement ils tournent à 47%...

Le personnel en moins, ce sont des médecins, des infirmières ?

Des infirmières, il n'y en a quasiment pas. Les équipes médicales sont très bonnes, c'est techniquement très bien. En revanche, pour tout le reste, les gens sont tellement peu nombreux qu'ils envoient promener les malades. Beaucoup s'en plaignent.

Y a-t-il des pathologies qui rapportent plus que d'autres ?

Oui, la salle d'opération. « On fait tourner la salle d'op ! » Le privé se sucre sur le technique, mais c'est de moins en moins vrai. Ils ont une stratégie managériale. Ils commencent à prendre de la médecine, ils vont ouvrir un service de cardiologie dans un hôpital du secteur par exemple. Les cardiologues ont la trouille, de toute évidence on ne gagnera pas la guerre. Il y a un climat de concurrence mais à nous d'être inventifs pour trouver autre chose, car, en fait, ils ne feront pas un tas de choses utiles à la population. Dans le domaine de la cardiologie par exemple, ils feront tout ce qui est interventionnel, bien évidemment, mais une fois qu'on a fait la dilatation coronaire, il faut encore soigner le malade. Cela ne les intéresse plus, parce que cela ne rapporte rien.

Et l'Assistance publique dans tout cela ? Cette formidable machine à fabriquer et notre « médecine » et notre « hôpital » ?

C'est un monstre, un concentré de tous les pouvoirs médicaux, politiques et aussi administratifs. Il s'agit d'un état de non-droit dans l'état hospitalier. La direction centrale est un fief de l'Inspection des finances. Une lueur d'espoir réside dans le fait que le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de l'Île-de-France a décidé de mettre son nez dans les destinées de l'AP-HP.

Qu'en est-il de la coordination des soins entre les médecins de médecine ambulatoire et ceux qui travaillent à l'hôpital ?

Dans notre département, nous avons la chance d'avoir de nombreuses associations médicales très actives. Le Samu est cogéré par un médecin hospitalier et un médecin généraliste. A la table du dispatching téléphonique du Samu, il y a en

permanence un médecin généraliste qui participe à la régulation des appels et qui répercute autant que faire se peut les appels vers les médecins traitants.

Quid de la surcharge des urgences hospitalières ?

Une des difficultés est de cerner la demande des gens qui fréquentent les urgences d'un hôpital. Qui vient, quand, et pourquoi ? Il y a un pic de fréquentation entre 20 et 23 heures. Beaucoup de personnes croient, mais c'est infondé, que venir consulter aux urgences, c'est gratuit. Selon la structure qui assure les urgences, la règle du jeu est radicalement différente. Dans une clinique privée, le médecin des urgences est rémunéré à l'acte en fonction du nombre de personnes qu'il est amené à voir, alors que dans le secteur public, malades ou pas, le praticien est à payer sur la base d'un salaire.

Dans votre hôpital, les médecins sont tous salariés sans secteur privé et ont été sensibilisés, dès les années soixante-dix, aux problèmes de gestion de l'hôpital. Cela crée-t-il un sentiment de co-responsabilité des différents intervenants impliqués ?

Il est vrai que nous travaillons dans une structure où il y a beaucoup plus d'affectif qui circule que dans la normale des établissements hospitaliers.

N'est-ce pas dû, en particulier, au fait que vous n'êtes pas une structure trop importante : 400 lits d'hospitalisation, 40 médecins, un nombre d'or en quelque sorte ?

Oui en partie, mais aussi au fait que tous les mois les soignants sont tenus complètement informés de la situation économique de l'hôpital : frais de prescriptions médicamenteuses, de couches-culottes, de transports en ambulance, etc.

Mais c'est du bourrage de crâne : « Attention, vous prescrivez trop ! »

Non. Le message est : vous avez 100 F à dépenser. Comment les dépenser pour avoir le service maximum qu'on peut attendre de cette dépen-

se ? Faire plus et mieux avec l'argent qui nous est alloué. Il m'arrive d'intervenir directement dans les choix de ces dépenses. Par exemple, pour les examens que nous ne pouvons pas faire sur place comme le scanner, nous avons une convention régulière avec un hôpital proche. Lorsqu'un scanner est demandé ailleurs par un médecin pour un malade de notre établissement, la demande doit passer par mes mains et je signe l'autorisation de le faire pratiquer. Il est exceptionnel que je refuse ces cas, mais toutes les demandes de ce type passent par moi.

Ce type de contrôle de votre part n'est-il pas relativement bien accepté parce que vous pouvez vous prévaloir de votre passé de médecin qui vous donne une légitimité à demander des comptes sur la prescription de vos « confrères » ?

Je préfère que l'on fasse le maximum de nos scanners dans un hôpital de proximité plutôt qu'à Saint-Denis parce que cela nous coûte trois fois moins cher en frais de transport et aussi, parce qu'en groupant tous nos examens dans ce même lieu, nous participons à maintenir l'activité radiologique à un haut niveau, ce qui est bon pour l'entraînement des équipes de radiologues et bon pour nos sous puisque nous les aidons à dépasser leur quota d'actes radiologiques au delà duquel, pendant les trois derniers mois de l'année, le prix du scanner passe de 940 F à 640 F.

Sur quels critères avez-vous fait le choix de contracter avec cet hôpital pour les scanners de vos malades ?

Auparavant, nous envoyions nos malades dans un autre hôpital public en grève un jour sur quatre, avec une machine dépassée qui tombait en panne un jour sur deux. Cela n'était plus viable ! J'ai regardé sur la carte à la recherche d'une alternative et j'ai découvert ce scanner qui est un scanner public-privé fonctionnant sous le statut de G.I.E.T. Les radiologues de ce G.I.E. se sont engagés à offrir la possibilité d'avoir un scanner 24 heures sur 24. Une alternative à cette solution aurait été la mise à disposition pour notre hôpital d'un scanner mobile (monté sur un





camion) qui serait venu sur place à jours fixes deux jours par semaine, ce qui ne résolvait en rien les urgences radiologiques pour le reste du temps. Nous avons donc passé une convention avec eux, pour laquelle les médecins pneumologues – gros utilisateurs du scanner – nous ont aidés à définir les clauses de qualité quant au matériel de radiologie, sa disponibilité, etc. Ce type de convention a été passé de gré à gré, sans qu'il ait été nécessaire de passer par un appel d'offres car les tarifs sont les mêmes partout. Je passe des conventions principalement avec le privé : avec l'AP-HP cela n'est pas possible, avec les autres structures publiques de notre secteur, cela n'est pas possible non plus pour des problèmes de conservatisme bureaucratique.

Que pensez-vous de ces grands groupes financiers qui mettent sur pied des chaînes de cliniques privées comme la Compagnie générale de santé ?

Théoriquement, ces grands groupes procèdent à des fusions de petites cliniques qu'ils rachètent en fermant des lits à la clef, ce qui, théoriquement, aboutit à une diminution de l'offre de soins. En pratique, en optimisant les activités de soins « lucratives » dans les nouvelles entités ainsi constituées comme, par exemple, la chirurgie en ambulatoire ou en hôpital de jour, elles augmentent en fait leurs activités de soins par rapport à la situation des petites cliniques dispersées originales.

Il est anormal que le malade soit au service de l'hôpital et non l'inverse.

C'est de cela dont souffre l'hôpital public avec la complicité du pouvoir mandarino-politique, bien que le mandarinat ait changé de forme dans les trente dernières années. Ce pouvoir exorbitant est finalement un pouvoir de classe, en collusion avec les politiques, de sorte qu'il





règne à l'hôpital public un pouvoir médical anormal. Nous ne nous sommes pas encore débarrassés du fait que l'hôpital était une structure pour les indigents et que plutôt que de les laisser crever sur le trottoir c'était déjà bien que l'on s'occupe d'eux... Il ne faudrait pas en plus que ces malades s'autorisent à rouspéter ! Maintenant les formes ont un peu changé : à partir du moment où le malade a passé sept cent trente deux examens dont la plupart n'ont servi à rien, tout le monde est content.

Compte tenu de la situation économique qui s'est considérablement aggravée pour bon nombre de personnes, on en revient à l'hôpital comme refuge social.

On demande au sanitaire de faire de plus en plus de social. Or le sanitaire coûte, par exemple, 4 000 F par jour d'hospitalisation ! Il faudrait que, dans les hôpitaux, il y ait des structures légères, dont le prix de journée serait de 900 F par jour, pour la prise en charge des personnes ayant ce type de problèmes de santé où la dimension socio-familiale est prédominante sur la dimension médicale stricto sensu. Je pense même, et il s'agit là d'une vraie révolution culturelle, qu'il faudrait créer, hors hôpital, des structures légères à la manière des sections de cure des maisons de retraite ou des hôpitaux ruraux qui fonctionnent avec les médecins de ville. Je crois de plus en plus aux vertus du métissage : le tout public ou le tout privé, ce n'est pas bon. La solution, c'est le mélange des genres. Je me souviens, quand j'étais médecin à l'AP-HP à Paris, que les petites grands-mères, au sortir de l'hôpital, étaient envoyées à 40 kilomètres du XV^e arrondissement, loin de leurs familles et de leurs copines. Leur séjour de convalescence était ainsi transformé en antichambre de la mort. La solution intelligente, alternative, aurait été de prendre une salle dans l'hôpital de proximité même, pour s'occuper des mamies « pas cher », et animée par les généralistes du quartier. On ouvrirait la citadelle hospitalière à la médecine de ville. De surcroît, cette solution aurait l'avantage de coûter moins cher que l'hospitalisation à domicile, qui est une forme onéreuse de prise en charge des malades.

Que pensez-vous du nouvel Hôpital Européen Georges Pompidou ?

Je n'en attends pas grand chose de nouveau dans la mesure où ce qui a prévalu dans sa conception et dans ses principes de fonctionnement reste marqué du sceau du double pouvoir mandarin et politique, au détriment d'une administration hospitalière au service des patients. Nous ne sommes pas sortis de cette époque que j'ai connue lorsque j'étais médecin à l'Assistance publique et que le directeur de l'hôpital s'opposait aux desiderata d'un chef de service ; ce dernier allait directement au siège de l'AP - HP, avenue Victoria à Paris, pour obtenir gain de cause à propos du projet qui lui tenait à cœur, en court-circuitant l'autorité du directeur d'hôpital.

Votre double statut de médecin-directeur administratif vous confère des compétences et une reconnaissance d'autorité rarement retrouvée au poste de direction d'un hôpital. Pourquoi ? Les écoles spécialisées dans l'administration des hôpitaux recrutent rarement des médecins et à l'Ecole de santé publique de Rennes, les médecins sont dirigés plutôt vers des postes de l'administration centrale telle que les DDASS.

L'appréciable, dans ce double statut, c'est que lorsqu'un soignant médecin ou non-médecin a à se plaindre officiellement du comportement d'un autre soignant pour son comportement professionnel, il peut le faire car le directeur sera capable d'entendre la plainte à sa juste proportion. Quand nous avons à faire avec des administrateurs non-médecins, il y a des éléments du soin qui ne sont pas perçus.

Propos recueillis par Anne Perraut-Soliveres et Patrice Muller

-
- 1. Programme de medicalisation des systèmes d'information.
 - 2. Service d'accueil des urgences.
 - 3. Indice synthétique d'activité.
 - 4. GIE : Groupement d'intérêt économique.

Le nouvel Hôpital Européen Georges Pompidou : quelques innovations...

Entretien avec
Jean-Michel Chabot

Jean-Michel Chabot est médecin de santé publique et responsable de la « Mission Réseaux » du nouvel Hôpital Européen Georges Pompidou dont l'ouverture, différée depuis deux ans, est maintenant prévue pour l'automne 2008

Pratiques : Quelles sont vos responsabilités au sein du nouvel hôpital Georges Pompidou (HEGP) ?

Jean-Michel Chabot : Je suis médecin de santé publique et j'ai la responsabilité, avec un autre médecin Florence Maréchaux, de développer des relations avec l'ensemble des organisations de santé qui opèrent à l'extérieur de l'hôpital avec pour objectif de réaliser une meilleure prise en charge de la population et des malades. C'est une tâche délicate qui nécessite de convaincre et d'encourager aussi bien les organisations extra-hospitalières que les différentes professions de santé qui travaillent à l'intérieur de l'hôpital : médecins, mais aussi assistantes sociales, infirmières...

Cet hôpital est tout neuf. La prise en charge du malade sera t-elle également nouvelle ?

Oui. Une des grandes nouveautés, c'est le dossier unique centré sur le patient. Il y aura en effet pour chaque patient un dossier unique (électronique) qui sera commun à l'ensemble des structures hospitalières ayant à intervenir sur ce patient.

Ce n'est pas déjà le cas ?

Non, pas vraiment. Actuellement, nous travaillons avec des successions de dossiers de spécialités en fonction des passages des malades. Là, il s'agira vraiment d'un seul document avec une partie de synthèse. A terme, ce dossier devrait être totalement accessible et partagé avec la ville. Techniquement et compte tenu du calendrier d'installation, ce n'est pas encore le cas, malheureusement. Malgré tout, c'est une évolution relativement importante.

La deuxième chose vraiment novatrice, c'est la cellule relais ville-hôpital. Deux professionnels de l'hôpital, une assistante sociale et un cadre infirmier, vont passer théoriquement la quasi-totalité de leur temps à l'extérieur pour essayer de nouer les meilleures relations possibles avec toutes les structures qui s'occupent du maintien à domicile au sens large, du portage des repas jusqu'à l'HAD (Hospitalisation à domicile).

Dans un contexte de restriction budgétaire, dédier deux membres de son personnel uniquement pour travailler au bénéfice de l'extérieur me paraît être à la fois extrêmement symbolique et important.

Nous avons bien compris qu'il y aura un accès

à l'information plus facile et plus cohérent. En ce qui concerne les urgences, y aura-t-il des « innovations » ?

L'accueil urgences a fait l'objet d'un travail avec un groupe de généralistes, que l'on a poursuivi tout au long de l'année 1998 et qui a abouti, début 1999, au principe – accepté par le chef de service des urgences et l'administration de l'hôpital – de la présence de médecins libéraux généralistes au département d'accueil urgences dans trois bureaux qui leur seront affectés. L'objectif de cette démarche, c'est d'éviter que les gens attendent deux, trois, voire quatre heures aux urgences. Alors bien sûr, ça pose un certain nombre de problèmes : qui va voir les malades en premier, comment organiser les flux de malades à partir de l'accueil... Aujourd'hui, tout n'est pas réglé.

Comment ces médecins seront-ils rémunérés ?

La question de la rémunération des généralistes est également délicate. Bien sûr, on ne peut pas rémunérer à la vacation parce que c'est totalement insuffisant. Mais ce n'est pas facile non plus d'envisager une rémunération à l'acte, parce que ça pourrait être considéré comme un cabinet secondaire et donc entraîner toute une série de réactions administratives, ordinaires, etc. qui ne seraient pas faciles à gérer. Et puis, les confrères en ville qui ne feraient pas partie de cette initiative ne verraient pas forcément d'un très bon œil ces confrères généralistes payés à l'acte, comme dans leurs cabinets. Nous discutons et cherchons activement d'autres types de statuts et de rémunérations mais c'est un aspect moins facile à régler qu'on l'imagine. Il reste six mois avant l'ouverture aux malades, nous espérons trouver une solution d'ici là.

Comment ce projet sera-t-il mis en place : à partir d'un pôle de 10-15 médecins, une rotation, à la manière des tours de garde... ?

Qu'est-ce qui est prévu ?

On a prévu de faire appel à un groupe relativement important de médecins, entre 30 et 50, lesquels passeront ici plus d'une demi-journée par semaine. L'objectif n'est pas tellement d'organiser une consultation de médecine générale dans cet hôpital, c'est plutôt de ré-adresser en ville, via des généralistes, les malades qui relèvent plutôt de la médecine générale. Sur 150 passages par jour, ces derniers représentent probablement entre 30 et 50 % des personnes qui se présentent aux urgences.

L'AP-HP est prête à cette ouverture ?

Oui, il y a une volonté très forte de la part de Louis Omnes, de la direction générale de l'AP et de la Mission Réseaux, pour qu'il y ait la plus grande coopération possible avec la ville. Mais c'est vrai aussi que tout le monde ne considère pas cette mesure comme prioritaire. Les urgentistes, par exemple, estiment que ce n'est pas nécessairement aux médecins de ville de faire fonctionner les urgences et qu'il vaudrait mieux structurer la discipline urgences. Il faut en tenir compte.

Comment la ville a-t-elle réagi à ce projet ?

Les réactions sont plutôt positives mais on peut comprendre une certaine réserve parce que ça fait 30 ans que la ville vit des histoires et des expériences un peu « douloureuses » avec l'hôpital. Les généralistes sont prêts à regarder mais ils se méfient un peu.

L'objectif, aux urgences, c'est donc que le malade attende moins, qu'il tombe sur un bon généraliste et qu'il soit ré-adressé en ville pour résoudre son problème ?

Oui. Aux urgences, concrètement, la démarche pour le généraliste, ce serait de dire au patient :





« Il y a, en ville, des docteurs très compétents pour traiter votre problème. Voilà dix médecins qui sont dans la zone géographique proche de votre lieu d'habitation et si vous êtes d'accord, je préfère ne pas toucher à votre angine et que vous régliez le problème avec un confrère de ville. » L'état d'esprit, c'est de ne pas suppléer à des insuffisances de moyens de l'urgence hospitalière en se dotant à bas prix d'auxiliaires de soins qui seraient des médecins généralistes car ce n'est pas le rôle d'un hôpital universitaire de développer de la consultation de soins primaires. Il faut que les gens aient un médecin traitant. Ce qui nous intéresse, ce n'est pas de mettre des généralistes dans l'établissement, c'est qu'à terme, il y ait, certes, une fusion entre l'hôpital et la ville, mais surtout que les malades qui viendraient ici par excès ou par erreur prennent l'habitude de rester en ville auprès des généralistes.

Aux urgences, il y a un cas de malade que nous connaissons tous, médecins généralistes : c'est la personne qui est organiquement peu malade mais qui a besoin d'être dans un lit d'hôpital sous surveillance médicale légère pendant quelques jours. Et cette prise en charge est très difficile à organiser. Est-ce que dans cet hôpital qui va accueillir une population très hétérogène, ce type de prise en charge sera plus facile à mettre en place ?

C'est vrai que c'est une demande très forte de la part de toute la médecine de ville et des généralistes. La ville a besoin de services de médecine dans les hôpitaux de façon à ce que des malades de médecine générale soient mis dans un lit pendant quelques jours. C'est pour cette raison qu'il faut massivement revaloriser la notion de service de médecine générale à l'hôpital. Pour autant, est-ce la mission de l'HEGP ? Je n'en suis pas persuadé.

Imaginer qu'une petite structure animée par

des médecins généralistes puisse avoir à gérer 10 ou 15 lits dans cet hôpital vous paraît impossible ?

Cet hôpital se substitue à Broussais, Laennec et Boucicaud et ici, le mètre carré est très cher. A pratiquement 100%, vous allez retrouver ici l'ensemble des médecins des trois établissements qui vont fermer Broussais-Boucicaud-Laennec, ça fait 1250 lits. Ici, il y en a 800. Tous les chefs de services cliniciens ne voient pas d'un très bon œil le fait que leur structure d'hospitalisation soit réduite en nombre de lits de 20 à 30%. Alors, leur demander de faire en plus de la place pour la médecine générale...

Je reprends l'exemple de mon malade qui n'est pas gravement malade mais suffisamment pour être admis dans cet hôpital. Que va-t-il ressentir de différent ici ?

Sur le plan pratique, les choses seront plus simples pour lui et sa famille car il n'y aura pas un seul point d'admission mais 25 dans l'établissement. Il y aura un point d'admission médico-administratif, ce qu'on appelle un POMA (pôle d'organisation médico-administratif), à proximité immédiate de l'endroit où il sera soigné. Donc, tout son dossier médico-administratif sera au même endroit, à quelques mètres de l'endroit où il sera soigné, soit en consultation, soit en hospitalisation.

Ce que j'essaie de mettre en place, c'est que tout médecin traitant soit prévenu par e-mail ou par fax qu'un de ses malades est arrivé ici. C'est une grande demande de la part des généralistes et des spécialistes. Mais ce n'est pas facile, parce qu'il faut déjà régler le fonctionnement hospitalier interne et ce n'est pas une priorité pour tout le monde. On espère mettre ça en place dans l'année.

Est-ce qu'il va y avoir des approches nouvelles dans le rapport entre médecins, soignants et malades ?

On est en train de préparer deux ou trois initiatives pour que les médecins qui vont travailler ici aient vraiment conscience de la nécessité de s'intéresser au malade et à son entourage. Cela va se traduire, par exemple, par un programme de maintien des insuffisants cardiaques en ville. Tout ce qui va être fait pendant la phase d'hospitalisation de ces malades va comporter, dans une très forte mesure, une information du malade et de son entourage à la préparation du maintien à domicile. Avant la sortie du malade, le médecin généraliste et le cardiologue du patient seront accueillis par le praticien hospitalier qui se sera occupé du patient. Ces trois médecins, le malade et son entourage pourront ainsi se mettre d'accord ensemble sur les modalités de suivi.

Comment cela sera-t-il mis en place ?

Ce projet va être financé et pourra fonctionner dès le premier septembre, raisonnablement toutefois, car ce dispositif ne concernera que 2% environ des malades hospitalisés.

Pourquoi tous les malades ne pourraient-ils pas bénéficier de ce dispositif ?

Parce qu'on ne peut pas suivre. Cette initiative est peut-être modeste, numériquement parlant, mais c'est quand même très important : les médecins seront contents et les malades seront en meilleure santé et moins ré-hospitalisés. Sauf demande expresse du malade, l'hôpital arrêtera de suivre les insuffisants cardiaques en consultation externe. Ce qui veut dire qu'on va repasser à la ville, en cardiologie précisément, à 10 000 consultations par an. C'est une bonne chose parce qu'un hôpital universitaire n'a pas pour mission de suivre des malades en consultation externe.

Mais tous ces changements ne peuvent se faire que lentement parce qu'ils heurtent encore beaucoup de gens. Tant qu'on ne voudra pas partager le pouvoir...

Propos recueillis par
Nathalie Ferron et Patrice Muller



L'évaluation de l'activité d'un service hospitalier, telle qu'elle est faite actuellement, ne conduit pas à une amélioration de la qualité des soins, tant s'en faut... En témoigne ce blues de François Lebas, chef de service de pédiatrie d'un centre hospitalier général, dans une ville de 80 000 habitants, qu'il a voulu nous faire partager.

Le blues du pédiatre hospitalier

François Lebas

Pédiatre

« Il y a une science pour remplir les RUM¹: par exemple, un enfant est hospitalisé pour une gastro-entérite. Il est perfusé, non parce que c'est grave, mais parce qu'il vomit, et ça fera gagner du temps, l'hospitalisation sera plus courte. Sur le RUM, la logique voudrait : en diagnostic n°1, gastro-entérite, en diagnostic n°2, rotavirus ; cela vaut « N » points. Si, par contre, on inscrit en diagnostic n°1, déshydratation, (ce qui est possible puisque l'enfant a été perfusé) et en diagnostic n°2, gastro-entérite, cela vaudra dix fois plus de points ! Et donc, que fait le médecin hospitalier qui veut valoriser l'activité de son service ? A votre avis ?

De même, un adolescent est admis pour une syncope qui s'avère n'être qu'une simple lipothymie, mais si on indique sur le RUM malaise et fatigue, le nombre de points sera multiplié par cinq...

Autre observation : un enfant doit être hospitalisé car ses pansements de brûlures doivent être faits sous anesthésie générale ; pour des raisons de confort et d'environnement, c'est en pédiatrie qu'il séjourne et il est emmené au bloc pour ses pansements. Seuls les pansements seront cotés, au profit de la chirurgie, la pédiatrie n'aura que l'hôtellerie. Or l'enfant passe tout son temps en pédiatrie, avec ce que cela suppose comme travail pour le personnel. C'est là que l'administration intervient et majore l'effet pervers du système : « Vous n'avez que tant de points, cela ne justifie pas autant de personnel... » Et c'est ainsi qu'il y a actuellement beaucoup moins de personnel, par rapport au

nombre d'enfants, qu'il n'y en avait il y a dix ans (une personne pour six bébés, à l'heure du biberon...). C'est un abus de pouvoir, car, en principe, les points sont attribués à l'établissement dans son ensemble et, de fait, ils sont utilisés comme moyens de pression sur les services. Et nous savons bien que certaines spécialités sont plus rentables que d'autres, car plus « techniques ».

La pédiatrie n'est pas « rentable », c'est un service à la société. La preuve : le secteur privé n'en veut pas, je ne connais pas de service de pédiatrie dans le secteur de l'hospitalisation privée. Et même, pour certains besoins du service, nous dépendons de la charité ! Pour les jouets, notamment ; voir aussi l'opération « Pièces jaunes » de Bernadette Chirac ! Cela traduit bien le peu d'importance accordée à l'accueil et à l'environnement dans le soin et la guérison.

Un adolescent hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide, ou, un autre, pour l'« éducation du diabétique », ça demande beaucoup de temps, d'attention et de présence et ça ne rapporte aucun point ISA. On parle beaucoup de traiter la douleur chez l'enfant, mais évaluer la douleur à l'aide des fameuses réglettes, c'est du temps, beaucoup de temps et ce n'est pas pris en compte. C'est injuste ! »

Propos recueillis par Martine Devries

1. Résumé d'unité médicale (RUM) dans lequel figurent principalement le diagnostic principal et les diagnostics associés.



Dessinons un rêve

La démographie étant ce qu'elle est, le nombre de personnes âgées de 80, 90 ans et plus s'est mis à augmenter dans ma clientèle.

« Docteur, je ne veux pas aller à l'hôpital (je n'en sortirai pas vivant, c'est pour les pauvres) ; en clinique (ils vont me prendre tout mon argent) ; en maison de retraite (c'est trop loin de chez moi, et puis que vais-je faire de mes meubles ?) ; en vacances (pour quoi faire, je suis mieux chez moi) ; chez mes enfants (les petits font trop de bruit). Je ne veux pas, je ne veux pas, soignez-moi à la maison, je veux continuer comme cela, je veux que rien ne change, je veux répéter inlassablement les mêmes journées, mois, années, surtout que rien ne bouge, c'est comme cela que je ne meurs pas. »

« D'accord, docteur, je veux bien aller voir votre cardiologue, radiologue, dermatologue, gastro-entérologue, (rayez la mention inutile), d'ailleurs, il est si gentil, avec lui on peut causer, et puis c'est un bon docteur. »

« A l'hôpital ? Ah non ! Ou pour un ou deux jours, pas plus. Ils ne veulent jamais vous relâcher ! »

« Le laboratoire Machin ? Oh oui ! cela fait 20 ans que j'y vais, maintenant, c'est eux qui viennent chez moi, et puis ils viennent de bonne heure, comme cela après je suis tranquille, et le petit vampire du lundi, il ne me fait pas mal quand il pique, avec lui je n'ai jamais de bleus,

je préfère lundi, docteur, la prise de sang... »

Madame X, la patronne du café du coin : « Vous savez, docteur, j'ai mes habitués, ils viennent passer l'après-midi, ils sirotent leur chocolat en discutant avec moi ou avec mon mari, puis entre eux, quelquefois, ils se donnent rendez-vous pour le lendemain ; quand ils ont une course à faire, ils me laissent leur sac à garder, ou leur chien, il y a de l'ambiance, j'aime bien. »

Et si l'on rêvait un peu ? Et si l'hôpital, intégré à la ville, était un lieu où l'on a l'habitude de passer, inclus dans les circuits quotidiens, parce qu'on y a été visiter la voisine, ou bien consulter un docteur sans une attente interminable, dans des locaux où l'on n'est pas dépaysé ? Et si, dans cet endroit, on était assuré de rencontrer la gentillesse qui permet d'apaiser la peur de souffrir, de mourir ? Et si l'on pouvait faire un bilan complet à l'hôpital en deux jours, avec programmation des examens et de la date de sortie, parce que ce serait plus facile que d'aller chez le radiologue, puis le cardiologue, etc. « Surtout avec ma jambe, docteur, elle me fait mal, je ne peux plus marcher longtemps et je n'ai personne pour m'accompagner. »

Et si les clubs pour personnes âgées se tenaient dans les bistrotts, là où il n'y a pas que des vieux, là où l'on peut regarder dans la rue et voir passer toutes sortes de gens ?

Et si, quand vraiment on ne peut plus rester seul

Françoise Lecomte
Médecin généraliste



chez soi, on pouvait être accueilli dans un lieu que l'on connaît déjà, pas loin des ses anciens voisins et commerçants, garder le médecin qui vous suit depuis déjà 25 ans (pourvu que je ne sois pas obligé(e) d'en changer, il est si gentil, et puis il me connaît si bien !).

Et si moi, médecin, face à une difficulté sociale ou médicale, je pouvais facilement, sans passer des heures au téléphone, disposer d'une aide qui permette d'éviter le recours systématique aux urgences du CHU ?

A mon sens, le rêve a commencé à se concrétiser. Je participe depuis plusieurs années à la coordination gérontologique du XVIII^e, sorte de réseau interprofessionnel Ville-Hôpital, réunissant des personnes soucieuses de la qualité des soins aux plus âgés et aux plus isolés de l'arrondissement, qui avaient envie de travailler de façon plus efficace ensemble. Plusieurs directions se sont dessinées dans ce groupe, au fur et à mesure de son élaboration :

- d'abord, je ressens que chacun des participants est attaché personnellement à l'amélioration du système de soins pour le bénéfice du patient ; personne dans ce groupe n'en tirera gloire, avance-

ment ou avantage personnel, mais plutôt un surcroît de travail ; ce fameux slogan à la mode qui me bouleverse, non à cause de son contenu, mais par le seul fait que ce ne soit pas une évidence pour tout le monde et en particulier les soignants : « Le patient au centre du système de soins », n'a pas besoin d'être rappelé dans ce groupe ;

- nous avons réfléchi en commun sur des cas difficiles que l'un ou l'autre avait rencontrés, avec parfois l'élaboration de solutions satisfaisantes ;

- nous nous sommes formés, soit par une meilleure connaissance des modes de fonctionnement des structures auxquelles appartiennent les membres du groupe, soit en faisant venir des intervenants extérieurs sur un thème donné ;

- la prise en charge des patients nécessitant la collaboration de l'un ou l'autre des participants s'est avérée plus facile et plus rapide à mettre en œuvre et, en particulier, en ce qui concerne l'hospitalisation, qui se fait plus souvent en dehors de l'urgence. Il s'agit donc d'un vrai travail en réseau qui n'a pas, à ma connaissance, été initié par l'hôpital, mais auquel sont venus participer de façon très active des personnels du CHU et d'hôpitaux de gériatrie.

Indépendamment du travail de ce réseau,





quelques-uns des chefs de service de l'hôpital Bichat manifestent clairement leur volonté de travailler plus en partenariat avec la ville, en allégeant les procédures d'admission des patients dans leur service, en favorisant l'admission directe, en proposant des aides téléphoniques lorsque nous rencontrons des difficultés. J'ai souvent bénéficié pour mes patients de cette volonté réellement active, pas toujours facile, étant donné le fort taux d'occupation des lits de ces services. En un an, des généralistes du XVIII^e dont je fais partie ont été contactés par cinq services différents de Bichat dans ce sens (gériatrie aiguë, diabétologie, néphrologie, cardiologie, chirurgie digestive). Certes, il reste encore beaucoup à faire, mais ce mouvement se cesse nettement.

L'hôpital Bretonneau, fermé depuis une vingtaine d'années, va rouvrir fin 2001 comme hôpital de gériatrie. Ce projet s'inscrit dans la volonté dirigeante actuelle, conséquence des problèmes économiques du vieillissement de la population française, de favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées ; pour une fois, les contraintes économiques vont dans le sens du désir et du bien-être des individus.

Le projet de l'hôpital Bretonneau est défini ainsi : il s'agit d'un hôpital gériatrique de quartier, dont l'objectif principal (et paradoxal) est de participer aux soins en favorisant le plus possible le maintien à domicile des utilisateurs. Il se veut « ouvert sur la ville », et structurellement, et fonctionnellement.

Structurellement, car la salle d'entrée de l'hôpital, qui a gardé l'architecture de l'ancien hôpital pédiatrique, est le siège de la plate-forme gérontologique de notre quartier, qui va ouvrir en février 2000, environ un an avant l'hôpital. Cette plate-forme est une sorte de forum, pour les habitants du XVIII^e, où l'on pourra venir se renseigner sur tous les sujets concernant les services, les soins et la santé du grand âge, et où pourront se tenir des animations variées, des réunions, des ateliers ; il y aura même une cafétéria. D'autre part, les différents pavillons de l'hôpital seront disposés autour d'une rue centrale, animée de commerces.

Fonctionnellement, car il est prévu que des

équipes hospitalières viendront faire des visites d'évaluation et de conseil à domicile et, à l'inverse, que les intervenants de la ville seront accueillis et consultés lors des prises de décisions concernant la personne qu'ils ont en charge.

La directrice du projet et du futur hôpital a participé personnellement, depuis environ deux ans, aux réunions de la coordination gérontologique du quartier dont j'ai parlé plus haut, a examiné avec nous les problèmes rencontrés, comment l'existence et le mode de fonctionnement de Bretonneau pourraient aider à les résoudre. Elle nous a demandé de participer concrètement à l'élaboration du projet, afin que celui-ci ne soit pas « décollé » de la réalité environnante, afin d'initier de façon efficace le travail en partenariat. Sa démarche ne s'est pas limitée à des contacts avec les présidents, directeurs et autres responsables des différentes instances intervenant dans la coordination : elle a invité chacun, quelle que soit son occupation, à s'exprimer.

Il y a une vingtaine d'années, un des chefs de service de l'hôpital Bichat, à l'occasion de l'ouverture de son service, avait déjà sollicité les généralistes du XVIII^e à être partenaires de l'hôpital. Manque d'énergie de la part des uns et des autres, ou moment inapproprié (c'était avant l'épidémie du sida et la nécessité absolue des réseaux ville-hôpital) ? Rien n'avait pu prendre corps à ce moment là.

Cela m'amène à mettre le doigt sur quelque chose de fondamental : le poids des logiques de système dans lesquelles nous sommes inscrits – soit médecins hospitalo-universitaires ou médecins libéraux – qui veut qu'on en fasse toujours plus avec de moins en moins de moyens, et qui nous laisse peu de temps pour prendre du recul sur nos modes de fonctionnement. En voici un exemple.

Je suis un patient perpétuellement en refus de soins, avec qui chaque prescription est une difficile négociation. Il a subi une intervention pour une fracture de hanche, il y a un an, qui s'est compliquée d'une infection, et l'hospitalisation a duré plusieurs mois. Depuis cet été, il souffre de nouveau de plus en plus, jusqu'à ne plus pouvoir marcher, mais a refusé tout traitement, hormis



les antalgiques, et toute consultation d'orthopédie, d'une part parce qu'il est dépressif, d'autre part parce qu'il a peur d'être hospitalisé, que cela dure de nouveau longtemps, et parce qu'à l'hôpital, on ne peut ni boire ni fumer.

J'avais adopté comme attitude :

- 1) de lui faire répéter, jour après jour, par tous les intervenants (aide ménagère, infirmiers, conseillère du CAS), la nécessité d'une réintervention ;
- 2) que chacun, lors de son passage, négocie avec lui la prise du médicament antidépresseur pour la journée ;
- 3) J'avais laissé comme consigne à l'équipe que même si je n'étais pas là, à la moindre demande, il fallait adresser ce patient aux urgences de Bichat.

C'est ce qui est arrivé, il y a environ 15 jours. Cependant, je n'ai pu être jointe, et il n'y avait pas de lettre explicative. L'interne, voyant à la radio une grosse arthrose, sans contexte, débordé, a jugé que ce n'était pas une urgence et l'a renvoyé à ses foyers avec une ordonnance d'antalgiques. La semaine dernière, l'équipe fête les Rois chez ce monsieur, qui après avoir bu trois bols de *Martini* avec la galette, s'est senti fatigué : trois personnes ensemble insistant pour qu'au moins il accepte une consultation d'orthopédie, il flanche, et aussitôt rendez-vous est pris à Bichat, par chance, pour quelques jours après. J'écris une longue lettre pour le chirurgien, qui me téléphone au cours de la consultation pour confirmer la nécessité d'hospitaliser et d'opérer le patient, et rapidement car il soupçonne une infection. Le malade refuse avec véhémence ; j'essaie de le convaincre par téléphone, donc, au cours de sa consultation, dans

le bureau du chirurgien, j'en étais bouleversée d'émotion. Peine perdue. Monsieur rentre à la maison et continue à souffrir en se bourrant d'antalgiques. Hier, l'infirmier m'appelle sur mon portable vers 11 heures, je ne prends les messages qu'à 12h30, car avant je ne pouvais être dérangée. Monsieur acceptait l'hospitalisation. Je trouve l'infirmier encore chez le patient, ainsi que l'aide-ménagère ; après deux ou trois faux aiguillages, je joins la surveillante du service qui ne veut pas me dire si elle a des lits, et dit qu'elle ne peut pas prendre la décision d'hospitalisation sans l'avis du chirurgien ; je suppose que c'est le mode de fonctionnement de ce service. Pas de problème, puisque je réussis assez vite à joindre le chirurgien qui, à ma grande stupéfaction, me demande d'adresser le patient aux urgences. Je conteste l'intérêt de ce passage par les urgences, un peu déçue. Le chirurgien, par ailleurs très gentil, reste ferme, me dit qu'il va prévenir l'interne et qu'il n'y aura pas de problème ; je suis un peu dubitative, connaissant les difficultés de transmission à Bichat. Mais que faire, sinon signer à contre-cœur la lettre pour les urgences, pour ce patient dont nous savons tous qu'il peut changer d'avis, à son propre péril, à tout moment ? Le chirurgien est compréhensif, je devrais insister mais j'ai déjà dépassé l'heure de mon prochain rendez-vous, l'infirmier est là depuis deux heures et l'aide-ménagère a une autre mamie sur le feu...

Donc, certes j'ai l'impression qu'un mouvement vers une logique de soins plus souple, plus efficace dans la communication entre hospitaliers et entre hôpital et ville, se dessine, mais il ne faut pas laisser passer ce moment et il nous faut beaucoup de vigilance et d'énergie à chaque instant pour qu'il puisse se développer...

Québec :

médecin généraliste et hôpital

Le médecin généraliste québécois a toujours joué un rôle important à l'hôpital, qui reste, pour le système de santé, le pôle de référence autour duquel s'articulent les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les cabinets médicaux du voisinage.

La présence des médecins de famille est plus importante dans les hôpitaux à caractère communautaire et dans les hôpitaux périphériques. Il faut comprendre que cette notion de périphérie est très large chez nous, elle exclut deux localités : Montréal et Québec. Dans ces villes de plus grande importance, les hôpitaux communautaires n'existent plus. L'avis de nomination, qui permet au médecin généraliste de travailler dans les centres hospitaliers, précise le ou les secteurs d'activités où le médecin peut exercer et les responsabilités inhérentes à cet engagement. Plusieurs champs d'activité sont disponibles : l'urgence, les soins aux patients admis, l'obstétrique, la gériatrie, les soins palliatifs, la psychiatrie, etc. L'ouverture faite aux médecins de famille est très large, exception faite des centres hospitaliers universitaires où notre rôle est plus limité. Dans les régions à faible densité de population, les généralistes assurent la responsabilité des patients admis dans les unités de soins intensifs.

L'interface entre les médecins de famille et les

médecins spécialistes à l'intérieur des centres hospitaliers est une des caractéristiques du système de santé québécois dont nous sommes très jaloux. Cette proximité améliore très certainement les relations entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes en permettant d'assumer plus efficacement nos responsabilités respectives.

Bien sûr, ici comme ailleurs, nous connaissons des difficultés de recrutement. Une bonne partie des médecins pratiquant en cabinet privé ont délaissé la pratique hospitalière pour se réfugier dans leur cabinet. On opte pour une pratique moins exigeante et plus lucrative. Nous tentons présentement de développer une structure régionale, le Département régional de médecine générale (DRMG) afin de mieux répartir les responsabilités qu'auront à jouer les médecins généralistes à l'intérieur de leur région. Pour ce faire, nous allons établir des activités à caractère prioritaire : les activités médicales que les médecins généralistes doivent assumer à l'hôpital, ou encore le maintien à domicile, comportant une garde, pour les patients présentant des pertes d'autonomie sévères. Ce volet du maintien à domicile sera assumé par les CLSC du territoire québécois qui en assurent déjà la gestion avec leurs équipes médicales.

La réalité du travail hospitalier et le rôle même de l'hôpital vont changer considérablement

André Munger
Médecin généraliste



dans les années à venir. De plus en plus, nous voyons s'instaurer des centres ambulatoires. L'intervention à domicile devient de plus en plus sophistiquée et nous pensons être en mesure de réduire encore le temps de séjour à l'hôpital, d'éviter certaines hospitalisations. Toutefois, il faut nous assurer que le relais entre l'hôpital et la communauté soit adéquat.

La rémunération : un problème à résoudre. Comparée à celle perçue en cabinet privé, la rémunération des médecins engagés dans la pratique hospitalière est désavantageuse. La rémunération de cette activité prioritaire, impliquant une responsabilité et des exigences plus importantes, devrait être réévaluée. Actuellement, cet aspect fait l'objet de négociations. Quelques projets-pilotes (comme la mise en place d'une rémunération forfaitaire) existent déjà dans les hôpitaux périphériques. Ces expériences devraient permettre, en se généralisant, de favoriser l'implication des médecins généralistes dans la pratique hospitalière.

Comment s'organise la pratique hospitalière pour le généraliste ? Plusieurs formules existent, mais une tendance se développe. À l'origine, chaque médecin pouvait hospitaliser ses propres patients. Le médecin se retrouvait toujours avec quelques patients hospitalisés, il faisait sa tournée matinale et poursuivait ses activités au cabinet et/ou au CLSC le reste de la journée. Cette organisation est dépassée et ne correspond plus aux besoins de la population et des médecins. De plus en plus, les médecins

s'organisent en groupes, qui, à tour de rôle, assurent le service à l'hôpital.

À Sherbrooke, où je travaille, nous n'assurons évidemment pas la responsabilité des patients aux soins intensifs puisqu'il s'agit d'un milieu tertiaire. Par contre, nous nous occupons d'une certaine partie des patients hospitalisés, indépendamment de leur diagnostic. Souvent, un suivi conjoint est assuré par un médecin spécialiste. Nous obtenons leur collaboration facilement, mais c'est le médecin généraliste qui est responsable du suivi et du traitement du patient.

Nous croyons à la polyvalence du médecin et nous voulons que les médecins restent impliqués dans les établissements du réseau de la santé. L'hôpital représente un attrait important, compte tenu de sa vocation. Le médecin de famille québécois peut et doit continuer à jouer un rôle en 2^e ligne. Toutefois, nous ne souhaitons pas que cette activité de 2^e ligne soit exclusive car le rôle principal du médecin de famille est d'intervenir en 1^{re} ligne, en cabinet médical ou en CLSC. Les activités de 2^e ligne qu'il accomplit sont souhaitables, mais nous ne favoriserons pas son exclusivité. Nous préférons que chaque groupe médical en CLSC ou en cabinet médical impliquent certains de leurs membres à l'hôpital, dans les CHSLD, dans les équipes de maintien à domicile. Nous pensons que cette grande mixité des modes de pratique permet une meilleure cohésion dans le système de santé et assure une meilleure collaboration entre toutes les équipes médicales du territoire.

Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)

Intérêt, espoirs. Il s'agit, en fait, d'une planification – qui ne dit pas son nom – de l'offre de soins au niveau des établissements publics et privés de santé. Les origines de ce processus remontent à la loi hospitalière de 1970 qui aboutissait à l'élaboration d'une carte sanitaire. La loi du 31 juillet 1990 a ajouté à cet exercice, purement quantitatif, une dimension évolutive, avec quatre objectifs stratégiques :

- adapter l'offre de soins aux besoins des populations en améliorant la qualité des soins ;
- accroître l'autonomie des établissements (responsabilisation des acteurs du système hospitalier) ;
- améliorer la concertation au sein des établissements ;
- rétablir un juste équilibre entre service public et secteur privé à but lucratif.

Les ordonnances d'avril 1996 n'ont pas modifié ces dispositions. Ce sont maintenant les directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), et leur commission exécutive qui approuvent la carte sanitaire et le SROS au lieu du préfet de région.

La carte sanitaire détermine les limites des régions et secteurs sanitaires, y compris celles des secteurs psychiatriques, ainsi que la nature et l'importance des installations nécessaires pour répondre aux besoins de soins de santé de la population. Comme les SROS, elle est révisable

au moins tous les cinq ans. Celui-ci a pour objectif d'assurer une répartition équilibrée de l'offre de soins : égalité des conditions d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ; maintien des établissements de proximité.

Il convient d'insister sur le fait que le SROS s'inscrit, maintenant, dans une démarche globale de santé publique. Nous en sommes à la seconde génération de SROS (1999-2003) et ceux-ci doivent désormais prendre en compte les priorités issues des conférences régionales et nationales de santé.

Les SROS (le Schéma peut être national ou inter-régional pour certaines activités ou certains équipements) fixent la répartition géographique des installations, équipements et activités de soins qu'ils couvrent, pour répondre au mieux aux besoins de la population tels que définis par la carte sanitaire.

Ces mêmes Schémas doivent promouvoir la coordination des soins en suscitant, si nécessaire, les complémentarités entre les différentes composantes de l'offre (médecine hospitalière, médecine ambulatoire, prise en charge médico-sociale), voire des regroupements, c'est-à-dire une recomposition de l'offre qui peut aller jusqu'à la fermeture ou à la fusion de certains établissements.

Des directives ont été données pour que les SROS

Henri Dubois

*Médecin Inspecteur
de Santé Publique,
DUASS de Saône-et-Loire.*



de seconde génération soient plus incitatifs que contraignants, ce qui implique des concertations systématiques entre les parties. Concertations qui incluent, bien entendu, l'avis des élus¹.

La mise en œuvre des SROS dépend, bien entendu, des ressources disponibles. La contrainte majeure est là, c'est l'enveloppe budgétaire allouée à chaque région. Pour le moment, celle-ci garde la marque des situations acquises, reproduisant en particulier, d'année en année, les inégalités interrégionales maintes fois soulignées. Des efforts ont été faits pour réorganiser l'allocation des ressources en attribuant à chaque région des taux, dits de reconduction de leur enveloppe, pouvant varier afin de corriger progressivement ces inégalités.

Ces tentatives ont été irrégulières, mais, en outre, elles sont beaucoup trop timides pour permettre un rattrapage sur une durée acceptable. Il faudrait au moins quinze ans, sinon plus, pour aboutir à une équité dans la répartition des moyens entre les régions.

Ces dotations qui abondent l'enveloppe globale des établissements se voient complétées par des

dotations d'origine nationale liées aux différentes priorités de l'année : ainsi des dotations pour l'accueil et le traitement des urgences par exemple.

Comment s'élabore un SROS ? Des groupes techniques² élaborent chaque grand chapitre du SROS : ils sont composés de professionnels de santé des secteurs public et privé. Il y a aussi des représentants du secteur ambulatoire, notamment des médecins généralistes, et des paramédicaux. Le SROS II, enfin, a incorporé des « représentants des usagers ». On est certainement très loin d'une participation satisfaisante, et encore plus éloignés d'une représentativité ou d'une pratique de type communautaire. C'est une question difficile qu'on ne sait pas encore très bien traiter dans notre pays. Il paraît cependant important de souligner le fait que cette ouverture se soit faite, en tout cas en Bourgogne, augmentée d'une consultation par sondage, commanditée par l'ARH à CSA après que des explications élémentaires eurent été diffusées par la presse. C'est un début.

Une autre composante tout à fait importante de ces Schémas est celle des *projets d'établissement* (PE) que ceux-ci doivent élaborer ou réviser à la même fréquence que les SROS. Il s'agit de la façon dont chaque établissement entend s'insérer dans le tissu de l'offre de soins de santé, avec quelles prestations, en réponse aux besoins de santé des populations desservies, et ce, au minimum pour la durée du schéma (ce qui n'exclut pas la nécessité d'une vision qui doit aller bien au delà, de dix à quinze ans).

L'ossature d'un PE est son *Projet médical d'établissement*. Chacun de ces projets doit être compatible avec les objectifs du SROS et tenir compte de l'offre issue des autres composantes du tissu précédemment évoqué. L'élaboration de ces projets est, elle aussi, extrêmement complexe et nécessite, outre un processus très poussé de communication interne, un dialogue entre les établissements, ainsi qu'avec ceux qui auront la charge et la responsabilité d'approuver ce projet.

Il n'est encore, le secteur ambulatoire, comme les usagers ou citoyens, peuvent prendre la parole. Le P.E. doit, en effet, être soumis aux instances délibératives, en particulier au conseil d'administration de l'établissement, qui est présidé par un élu,





et comprend, en son sein, des représentants des usagers. Je pense toutefois que cette possibilité de participer à l'élaboration du P.E. est assez formelle et plutôt tardive. L'élaboration du P.M.E. nécessiterait une association beaucoup plus précoce des représentants du secteur ambulatoire et des usagers. En particulier, dans la mesure où ce projet doit tenir compte de la globalité de l'offre de soins dans le bassin de vie et rechercher les complémentarités, il semble indispensable que soient privilégiées les organisations de type réseaux, et que soient consultés les confrères intervenant dans ces réseaux, ou rattachés à des filières de soins, ainsi que ceux qui ont des vacations hospitalières et les médecins habilités auprès de chaque hôpital local. Je peux témoigner que cela est possible et se pratique, même s'il y a des obstacles et des réticences importantes de part et d'autre.

Les dynamiques que j'ai appelées « adjacentes » sont celles de la CNS¹ et surtout des CRS², d'où sont issus un certain nombre de PRS³, et en 1998, il y eut aussi les états généraux de la santé.

Il n'est pas possible de traiter désormais de la planification en santé publique, donc des SROS comme nous venons de le faire, sans évoquer ces dynamiques complémentaires. Les CNS et CRS sont issues des réflexions du Haut comité à la santé publique et, depuis 1996, leur tenue est la règle chaque année. Leur objectif est double :

– d'une part, donner la priorité aux problèmes de santé et aux déterminants de celle-ci (tout ce qui est transversal, que ce soit la problématique de l'accès aux soins pour tous, l'alcool, etc.) en tenant compte des spécificités régionales ;

– d'autre part, faire appel à la base la plus large possible, au niveau des populations, pour valider ce choix de priorités. Ainsi les jurys des CRS regroupent-ils quatre collèges : les décideurs, dont les élus et un certain nombre de représentants des acteurs économiques ; les professionnels de santé, voire des secteurs sanitaires et sociaux ; les cadres des différents services de l'Etat, dont la Santé bien sûr. Enfin, le collège dit « des usagers » des services de santé.

Ces instances valident l'identification des pro-

blèmes fléchés comme prioritaires et émettent des recommandations à l'attention des différents décideurs et, en particulier, à l'attention du directeur de l'ARH.

Par rapport au SROS I, les priorités définies par la CRS ont effectivement été prises en compte de façon systématique à chaque étape de la préparation du SROS II. Ces priorités sont, à titre d'exemple pour la Bourgogne : la prévention puis la prise en charge du handicap et de la dépendance liée au vieillissement ; la prévention du suicide des jeunes, adolescents et jeunes adultes ; la précarité des conditions de vie.

Dans un prochain article, nous évoquerons de manière très concrète la façon dont ces priorités de santé publique vont effectivement s'articuler avec le Schéma, et avec les P.E., ainsi qu'un certain nombre de réserves que nous avons quant à la concrétisation de ces entreprises lourdes, très "chronophages"... et qui ne peuvent pas toujours se contenter de redéploiements de moyens.

...Intérêt, espoir ... et illusions ?

1. Des organes officiels régissent ces concertations, ce sont en particulier : les Conférences sanitaires de secteurs, et les CROSS, Comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale.

2. En Bourgogne, par exemple, nous avons de tels groupes pour l'organisation des urgences, de la prise en charge de l'alcoolisme, de la réanimation, de la cardiologie, l'organisation de la médecine polyvalente, le rôle des hôpitaux de proximité (hôpitaux locaux) et leur place dans l'élaboration du schéma, l'organisation de la cancérologie et celle des soins palliatifs, etc. Un groupe régional de naissance qui est, lui, permanent, a aussi participé très activement à l'élaboration du SROS. Je souligne le fait que le fonctionnement de ces groupes a permis de rassembler à chaque fois un panel extrêmement large, le peut en témoigner des professionnels concernés : médicaux, para-médicaux et administratifs, quand il en était besoin, des secteurs publics et privés, institutionnel comme ambulatoire.

3. Conférence nationale de santé.

4. Conférence régionale de santé.

5. Programmes régionaux de santé.

Formation des soignants : au péril du libéralisme

Jacques Richaud
Praticien hospitalier

L'hôpital public est soumis à des attaques multiples qui s'inscrivent dans une stratégie néo-libérale dont tous les objectifs ne sont pas avoués. L'enjeu est celui du devenir de la protection sociale, de l'organisation du système de soins, préparant aussi pour demain l'emprise du marché sur les filières de formation des soignants. Essayons de décrypter le mécanisme et le sens des étapes déjà franchies, de mesurer les menaces perceptibles pour demain.

Les étapes déjà franchies. L'appétit des secteurs de la banque et de l'assurance pour le marché de la protection sociale et celui de la maladie n'est plus un secret pour personne. La compromission acquise de forts courants politiques, mais aussi de syndicats médicaux, est devenue évidente depuis « Les Etats généraux de la médecine libérale », à Versailles, en avril 1998. A cette occasion, le SML et la CSMF ont formulé conjointement, en *alternative au système de santé actuel leur projet pour le système de santé de demain*. Celui-ci annonçait clairement *la fin du monopole de la Sécurité et le tournant libéral en partenariat avec AXA*. Ce même courant politique et syndical s'acharne, depuis, à s'opposer au développement du système conventionnel des généralistes, parfois avec la complicité de l'Ordre ; il s'oppose aussi à toute négociation nationale, cette fois en complicité avec le Medef, en espérant l'explosion de la Sécurité sociale.

Dans le même temps sont mis en place les pre-

miers « réseaux » en partenariat avec la banque-assurance, avec ou sans l'assentiment de la commission Soubie.

Face à ces ambitions, les résistances sont dispersées. L'inquiétude est évidente chez la majorité des médecins généralistes. La médecine publique salariée est captive de ses propres difficultés financières. Une partie du secteur mutualiste se voit menacée de disparition ou d'absorption par le secteur des assurances. L'Ordre est instrumentalisé par le courant le plus libéral de la profession tandis que l'Université reste muette. L'Etat social-libéral lui-même entretient bien des ambiguïtés sur sa détermination à préserver le secteur public et démontre, par son désengagement croissant, la faiblesse de ses convictions comme celle de ses moyens.

Les menaces pour demain. Dans cette situation plus favorable aux néo-libéraux qu'aux défenseurs d'un véritable « contrat social » bâti en deux siècles, il reste à abattre ou à acheter deux citadelles : l'Hôpital et l'Université !

L'Hôpital est le premier visé : déjà fragilisé par le désengagement financier de l'Etat, il se voit mis en cause pour ses performances comme pour son statut. Les derniers mois ont vu fleurir les articles tels que le « palmarès des hôpitaux » et le « palmarès des cliniques » (*Le Figaro* 18/09 et 25/09 1999) et « le sombre bilan de l'hôpital public » (*Le*

Figaro 8/10 1999). Le décryptage de ces attaques s'impose pour comprendre la stratégie et les véritables enjeux.

À propos du « palmarès » des hôpitaux et des cliniques, peu importe le « classement » résultant de telles enquêtes, l'essentiel est dans la nature des critères retenus comme « valorisants » pour l'obtention d'un « bon » placement. Quels sont ces critères ? Le « volume d'activité élevé » ; c'est-à-dire le « chiffre d'affaires » sur le marché de la maladie, la « notoriété », certes subjective mais traduisant aussi l'efficacité du « marketing » et de la fidélisation de la clientèle, la « durée brève de séjour » (c'est-à-dire un critère de « productivité » résultant de cadences forcées pour les personnels et de la baisse du « temps perdu » consacré au patient). Même le critère « mortalité comparative » est un biais qui semble ignorer que les malades les plus vieux, les plus coûteux et les plus graves sont habituellement davantage « dirigés » vers le secteur

public que privé. En revanche, l'évaluation de la qualité des soins et des résultats, hors mortalité, n'est jamais prise en compte, pas plus que l'évaluation de l'adéquation, d'une part entre les actes proposés et la pathologie présentée, et d'autre part entre l'offre et les besoins sanitaires locaux ou régionaux. Si l'objectif était d'informer les usagers dans une saine transparence, tous ces critères devraient être prédominants ; or, il n'en est rien.

En réalité, ces « palmarès » ont pour seule finalité de banaliser l'utilisation de critères inadéquats et de conditionner, les usagers comme les soignants, à l'acceptation d'une logique de marché, transposée dans un domaine où elle n'était guère de mise.

Le service public est ainsi décrit comme inefficace et trop coûteux afin de légitimer un « changement de cap », bien évidemment libéral, et la remise en cause du service public. Que les bases





de la démonstration soient truquées échappera sans doute au plus grand nombre et abusera même, n'en doutons pas, des professionnels de santé exerçant dans le secteur public. Ces derniers sont culpabilisés avant d'être neutralisés alors même que, depuis plus de dix ans, des efforts considérables sont menés pour corriger les défauts reconnus d'un système public qui subit la rigueur tout en tâchant de ne pas compromettre sa mission essentielle.

A propos du « sombre bilan de l'hôpital public » rédigé par un mystérieux « groupe hôpital » anonyme, puisant son argumentaire dans le discours ultra-libéral le plus virulent, on retiendra « qu'à l'hôpital, personne ne rend de comptes [...] le surcoût est dû à des activités non performantes [...] le statut de l'établissement public et plus encore de ses personnels [...] sont le facteur bloquant de toute évolution, etc. »

La question est posée : « Faut-il sauver l'hôpital public ? » et les réponses fournies : il faut modifier (abroger ?) le statut des établissements et celui des personnels, prendre en compte les lois de la concurrence « comme aux Télécoms » (sic !), initier une salutaire épuration contre « ceux qui usent et abusent du système » et obtenir un hôpital « fort [...] performant sur le plan économique ».

Pour les auteurs, à l'évidence, la maladie est un marché comme les autres. La mission de service public n'est évoquée que comme un mauvais alibi à une médiocre performance économique. L'attente des usagers, les conditions d'accès aux soins ne sont même pas évoquées. L'ennemi principal est désigné : c'est le statut des établissements et des personnels.

Palmarès, sombre bilan : pourquoi maintenant ? Ces documents paraissent alors même que l'Agence nationale d'évaluation (ANAES) se met en place et n'a encore rendu aucun rapport dans une mission englobant justement quelques critères d'évaluation, absents des enquêtes évoquées ci-dessus. Il s'agit en particulier du respect des bonnes pratiques, de la qualité des soins et de la sécurité, des résultats qui participent à valider la qualité.

Il ne s'agit pas ici de défendre une agence qui n'a pas encore fait la preuve de son efficacité, mais

d'observer que certains veulent conforter l'image du système qu'ils préconisent (libéral) avant même que celui-ci soit soumis à toute procédure d'évaluation. Attendons-nous à ce que les mêmes s'indignent, au nom des précédents « palmarès », si l'agence venait à déceler, dans leurs établissements, quelques défaillances que les critères purement économiques auraient masquées... Les mêmes, au passage et sans attendre, tentent de détruire la réputation d'un hôpital public qui, aux yeux des usagers, n'a pas autant démerité que le prétendent ses adversaires.

Après l'Hôpital, l'Université ? Anticipons sur les appétits prévisibles des néo-libéraux envers un secteur lui aussi potentiellement très lucratif : celui de la formation et du conditionnement à une nouvelle culture de l'ensemble des soignants.

L'hôpital public assure actuellement, aux côtés des facultés et écoles paramédicales dont il fournit l'essentiel de l'encadrement, la formation des soignants. Cette prérogative publique est garante de la non-discrimination sociale des étudiants. Elle est également garante de l'enseignement des meilleures pratiques dans l'intérêt premier des usagers et en dehors de toute préoccupation marchande. Pour que cette mission reste légitimement confiée aux hôpitaux publics, il est essentiel qu'aucune révision des missions des CHG et CHU ne dépasse les hôpitaux de cette capacité. L'arrêt de la prise en charge de certaines pathologies par les hôpitaux publics, au motif de rationalisation économique et au bénéfice du secteur libéral, aurait une double conséquence : obliger d'une part les usagers, même ceux qui ne le souhaitent pas, à recourir au secteur libéral pour des soins que les hôpitaux ne devraient plus assurer ; effacer, d'autre part, la légitimité des personnels universitaires et hospitaliers à enseigner la prise en charge de pathologies qu'ils seraient réputés ne plus rencontrer. Cette remise en cause des missions des hôpitaux ouvrirait évidemment la porte à une nouvelle étape de la dérégulation libérale : la fin de l'université publique et la création d'écoles privées de médecine sous contrat avec les cliniques privées.

Cette éventualité figure déjà dans les programmes de certains partis libéraux, elle obtiendrait sans doute le soutien de certains syndicats

médicaux hostiles à la fonction publique. Le retour à une sélection des étudiants sur un critère de solvabilité pour des études longues et coûteuses et l'entrée immédiate des étudiants dans des réseaux où serait enseignée la pratique d'une médecine d'abord marchande seraient deux conséquences prévisibles de cette évolution.

En conclusion, le projet libéral est un projet global auquel n'échappera aucun secteur d'activité si

ne s'organise pas une résistance active autour de l'intérêt bien compris des usagers comme des professionnels. L'enjeu est de protéger un « contrat social », composant essentiel de notre société. Il convient de dénoncer la duplicité des « faux défenseurs » de l'hôpital public qui, en souhaitant l'introduction d'une logique marchande ou la révision des missions des hôpitaux, préparent l'effondrement du service public qui joue un rôle dans l'équilibre social tout entier.



Anne-Marie Pabois, médecin généraliste et membre du comité de rédaction de *Pratiques*, a tenu à réagir sur un des points soulevés par l'auteur de ce texte : « Dans le paragraphe consacré à la formation des soignants, quand Jacques Ricbaud dit que "cette prérogative publique est garante de l'enseignement des meilleures pratiques", et que cette mission doit rester légitimement confiée aux hôpitaux publics, cela me choque. On dirait, à la lecture de cette phrase, que les meilleures pratiques des soignants ne peuvent s'acquérir qu'à l'hôpital, alors que justement, je trouve que cette formation initiale hospitalière est complètement en dehors de la réalité de la pratique quotidienne : à l'hôpital, on n'y apprend qu'à diagnostiquer des maladies, à voir des organes et à soigner. De plus, c'est un lieu où l'on respire un air de caste sectaire, où l'on apprend à respecter une hiérarchie (qui est le plus souvent fondée sur des privilèges népotiques). C'est un lieu où même le jeune étudiant en médecine vaut mieux que la jeune élève infirmière (il y a même des hôpitaux où un jeune étudiant vaut mieux qu'un médecin généraliste...), un lieu où l'on nie le corps, où l'on ne le respecte pas... Bref, je n'arriverais pas à croire que c'est dans les CHG et les CHU que s'apprennent les "meilleures pratiques". Ne confondons pas le contenant "l'enseignement doit être donné à l'hôpital public", et le contenu "une critique de l'enseignement lui-même". Pour qui est-il fait et comment ? »

Théâtre à hôpital :

une saison au fond du blanc

François Chaffin

Bligny, l'hôpital.

Il y a des chambres avec des portes, des portes qui s'ouvrent et se ferment, selon...

*François Chaffin
animé, avec
Valérie Dussanville,
le Théâtre du Menteur,
une compagnie profession-
nelle fondée en 1987 et
actuellement en résidence
à l'Espace Théâtre de
Langjumeau, dans le
département de l'Essonne.
La démarche artistique de
cette troupe est fondée sur
l'écriture contemporaine et
la nécessité de porter une
parole d'aujourd'hui en
convergence avec
l'expérimentation scénique
et l'énergie du travail
en équipe.*

Des vies d'Homme se tracent ici en blanc ou all-tées; porteuses du rêve comme on porte l'eau, l'eau et la lumière, et tout le moulin de nos espoirs.

Il y a des couloirs en kilomètres et toujours un peu d'agitation, des chariots de fioles, des chariots de linges, des blouses sur le personnel et des pyjamas, le tac-tac des cannes, un remuement des corps en transit, des sorties pour ne plus revenir, des portes par où entrer à nouveau.

Il y a des maux qui se perdent, des mots qui se lisent, qui tracent de chambre en chambre, rebondissent d'une oreille l'autre, s'affaiblissent, se reprennent, se perdent en trop de fatigue, s'y reprennent à deux voix, cherchent encore. Mots des livres, mots des sens, de l'écoute et du temps devenu parole, bavardage, rencontres.

Dans les chambres des malades, il y a un lit, une table, de quoi s'asseoir, un morceau de la famille en visite, l'heure des soins, des infirmières, un médecin, une télévision qui sert d'horloge, de la vie qui va, vient et revient, des moments chauds qui ne durent jamais assez, de l'ennui qui s'éternise un peu.

Dans les chambres des malades, il y a des moments hors du commun, des usages : il y a un

malade qui ouvre sa porte et vous donne un peu de lui, de son temps, de ses peines, de ses espoirs. Il est là, partage un bout de sa chambre avec vous, avec les mots des livres, avec ses mots à lui, avec les silences, les sourires, l'inattendu...

Dans un monde où le temps même n'a plus le temps, quel paradoxe que celui qui nous amène à nous retrouver, comédiens-lecteurs et malades, personnels de l'hôpital, et nous faire un peu de bien ensemble, tranquillement, et nous donner un peu l'oubli de nos peines... et laisser le monde poursuivre sa ronde.

Parce que ça tourne ! Mōsieur, Mōdame, ça tourne quand même et toujours, et la vie avec tout ça, qui va et vient, nous revient, plus ou moins tordue, belle ou douloureuse...

Voilà toute l'affaire : quelqu'un a mis la lumière, le jour a fait suite au jour et tout le monde s'est surpris à se regarder l'un l'autre, se donner des coups de mains et des pansements, et à se parler.

Et puisqu'on y était bien, des acteurs sont venus et ils parlent encore aujourd'hui, dans la lumière mécanique du petit théâtre de Fontenay :

L'artiste :

– Tu fais quoi en ce moment ?

Le menteur :



– J'anime une saison culturelle à l'hôpital de Bligny...

L'artiste :

– Pour des enfants ?

Le menteur :

– Non, pas du tout ; pour des gens comme toi et moi, qui ne vont pas bien, qui sont soignés et qui vont guérir, et rentrer chez eux... quelquefois...

L'artiste :

– Et toi, qu'est-ce que tu fais avec eux ?

Le menteur :

– Ben... ce que je sais faire : du théâtre...

L'artiste :

– Ah oui, et comment ça se passe ?

Le menteur :

– Il y a une salle, des velours, de la lumière et du noir, des tickets à l'entrée, des applaudissements à la sortie, du bon temps pour eux, du bon temps pour nous...

L'artiste :

– Et c'est bien payé ?

Le menteur :

– De quoi venir, de quoi manger.

L'artiste :

– C'est tout ?!

Le menteur :

– Non, c'est pas tout : ça nous colle des étoiles dans les yeux et du beau dans le cœur, ça donne un vrai sens à notre travail... Tu comprends ?

L'artiste :

– Quand est-ce que je peux venir ?

Le menteur :

– Viens boire un coup, tu vas voir, c'est un public formidable...

Ça je peux bien l'écrire : tous les artistes qui sont venus jouer à l'hôpital de Bligny en ont gardé un souvenir à part, dans ce creux intime où logent l'esprit et le cœur, la solidarité et l'amour des hommes... Merci à tous ceux qui font un bout de route avec nous et traversent les planches de la salle Fontenay.

Merci au public, malades et personnel de l'hôpital, qui font de ce voyage un partage, et le lieu des possibles...

Un menteur, n'importe lequel...

PETIT TOPO EN FORME DE COMPAGNIE

Depuis 1996, le Théâtre du Menteur propose une action culturelle à l'hôpital de Bligny en direction des malades et de leurs familles, du personnel hospitalier et d'un public de proximité, dans le cadre du programme « Santé-culture » du ministère de la Culture. Cette action reçoit le soutien de la DRAC Ile-de-France, de la Fondation Banque CIC pour le livre, de l'Association CMC de Bligny et d'autres partenaires (Conseil général de l'Escomue, Conseil régional d'Ile-de-France). Ce qui nous semble fondamental dans notre travail en direction des malades et du personnel de l'hôpital, c'est la notion de régularité. En présentant un programme « à l'année », nous créons des habitudes, des envies de se revoir, nous reconstituons un lien social fragilisé par la maladie, nous donnons aux spectateurs la possibilité d'un choix : venir ou pas.

La diversité de nos propositions artistiques (théâtre, conte, lecture, musique, édition, arts plastiques...) a très largement influé sur la fidélisation à ces échanges culturels, moments suspendus entre les soins et la solitude ordinaire du malade, instants où il sait qu'il peut s'affranchir de son contexte de dépendance, de soumission au corps médical, instants renouvelés, où l'on revient...

La réhabilitation du grand théâtre de Bligny (300 places), actuellement en recherche de financements, nous permettrait de développer notre projet culturel et de créer véritablement la première structure théâtrale permanente en milieu hospitalier, associant des artistes (théâtre, musique, danse, cinéma et arts plastiques) au projet de fonctionnement du lieu, ouverte sur les publics des environs, établissant en cela des passages entre l'hôpital et la vie alentour...

Théâtre du Menteur, La Manufacture

Direction : Valérie Dassonville - François Chaffin

Tél. : 01 69 09 99 99 fax : 01 69 09 45 85

e-mail : menteur@wanadoo.fr

Siège social : Espace TDL, Salle Barbara, 20 avenue du Général de Gaulle, 91160 Longjumeau

Courrier : BP. 231, 91162 Longjumeau Cedex

Notes de lecture

À propos de *Le Voyage à la Haye*, Jean-Luc Lagarce, ed. Les Solitaires intempestifs, 1997.

C'est un récit douloureux, un voyage d'adieu d'un homme malade, un saltimbanque qui va de ville en ville au gré des représentations théâtrales. Jean-Luc Lagarce relate dans la première partie sa vie « d'homme du voyage », son compagnonnage obligé avec les comédiens, les petits gestes délicats, les mesquineries de l'un ou l'autre. Mais c'est aussi son chemin (de croix) vers l'hôpital où l'attend l'équipe médicale. Là, il décrit avec sensibilité et dérision son combat perdu d'avance avec le pouvoir médical et les

décisions thérapeutiques prises pour lui. C'est l'acceptation de sa condition d'homme malade, de sa dépendance vis-à-vis des soignants. Le texte est court. La souffrance du narrateur y est exprimée avec beaucoup de pudeur. Jean-Luc Lagarce, qui est décédé en 1995, est un capitaine Fracasse digne, courageux et modeste face à la douleur et à la maladie.

Dominique Tavé
Médecin généraliste

À propos de *La démarche gestionnaire à l'hôpital (tome 1) : Recherches sur la gestion interne*, Jean-Claude Moisdon et Dominique Tonneau, ed. Seli Arslan, Paris, 1999. Le tome 2, *Le PMSI - La régulation du système hospitalier*, paraîtra en avril 2000.

Depuis une trentaine d'années, l'équipe de chercheurs en gestion du CCS (Centre de gestion scientifique, École des Mines de Paris) intervient dans l'hôpital public pour y effectuer des « recherches-interventions » afin d'accompagner et/ou évaluer la mise en place d'« outils de gestion ». Ils sont donc les témoins privilégiés des diverses tentatives d'intégration de la gestion à l'activité de soins ; si celles-ci ont montré leurs potentialités, elles ont en général abouti à des résultats peu satisfaisants, voire contraires aux objectifs affichés.

Le statut de chercheur des auteurs de *La Démarche gestionnaire à l'hôpital* leur confère une place unique comme observateurs extérieurs d'une organisation hétérogène et complexe – où cohabitent plusieurs centaines de métiers

(exemple de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris) qui possèdent chacun leurs propres logiques professionnelles, savoirs et savoir-faire.

L'ouvrage comprend deux tomes. Le premier (1999), consacré aux *Recherches sur la gestion interne*, traite des problèmes rencontrés dans la gestion des services d'imagerie, des laboratoires, des urgences ainsi que dans l'organisation et les conditions de travail dans les services cliniques.

Prenons l'exemple des services de radiodiagnostic de l'AP-HP. Les auteurs ont été sollicités par cette dernière pour étudier la répartition de crédits d'équipement entre les différents services d'une quarantaine d'établissements. Cette étude, débutant par un problème a priori bien cerné

d'investissements et nécessitant des outils d'aide à la décision, aura duré sept ans.

En effet, les auteurs parvinrent vite au constat que le matériel en place pouvait facilement répondre à la demande si les problèmes organisationnels étaient résolus, et qu'il n'y avait donc pas vraiment un état de crise. Or, les radiologues, satisfaits au départ d'accueillir les chercheurs, continuaient à mettre en avant la pénurie d'équipement en dépit des problèmes réels rencontrés : organisation interne, relation avec les autres services de l'hôpital, manque de personnel (« il s'agissait en effet d'un domaine qui leur échappait »). Confrontés à des calculs peu concluants sur la pénurie supposée de matériel, les radiologues réagirent vivement. Pour éviter la confrontation, le directeur général demanda au CGS de se pencher sur le problème du personnel.

Ainsi, dans un grand CHU, ils découvrirent qu'un service de radiologie neuf et très bien équipé avait la réputation de goulot d'étranglement pour les services cliniques, comme dans un hôpital ancien. La raison en était un conflit entre les deux équipes principales de manipulatrices qui s'accusaient mutuellement d'être de mauvaise volonté et de reporter sur l'autre équipe les tâches les plus ingrates : malades « inintéressants », nettoyage et rangement du poste. La surveillante essayait bien d'apaiser les tensions en tenant compte des difficultés de chacun, mais tout ce qu'elle entreprenait envers une équipe lui était reproché par l'autre. Le chef de service, quant à lui, pensait que les problèmes pouvaient être résolus par l'attribution de personnel supplémentaire. L'analyse des chercheurs démontra qu'un schéma d'organisation hérité du passé était appliqué à des conditions nouvelles. Après avoir recueilli les opinions de l'ensemble des acteurs, ils proposèrent diverses possibilités d'organisation qui furent débattues lors d'assemblées générales permettant ainsi d'affiner les calculs. « À force d'itérations laborieuses et de calculs repris sans cesse, on convergea peu à peu vers une solution de type mixte. » Les solutions furent appliquées plusieurs années, puis remises en question. Les conflits réapparurent petit à petit, et on en revint progressivement à l'ancienne organisation.

Outre les caractéristiques mêmes de l'activité hospitalière en termes de complexité, de variabilité et d'incertitude, ce sont principalement les logiques professionnelles en présence qui font obstacle à l'élaboration de critères de gestion pertinents, car elles sont assez puissantes pour s'opposer à des prescriptions qu'elles jugent « illégitimes ». D'un autre côté, par cette analyse du rôle et du fonctionnement des instruments de gestion à l'AP-HP, on voit se dessiner un paysage inattendu, celui d'un équilibre, certes fragile, mais incontestable, entre l'univers administratif et l'univers médical. Ce sont les imperfections qui, créant du flou là où la netteté entraînerait le conflit et le scandale, permettent aux acteurs et aux normes de cohabiter sans trop de mal. Peut-il en être autrement ? Les chefs de service des hôpitaux ne se sentent que partiellement jugés par les paramètres économiques. Pour eux, le champ de jugement émanant de leurs pairs (qui est essentiellement fondé sur la notion de qualité) est au moins aussi déterminant. Le choc entre deux systèmes est inévitable.

Dans le cas du radiodiagnostic, l'équilibre était favorisé par le caractère des tâches en cause, alors que le chirurgien, l'homme de l'art, a tendance à faire valoir, face aux normes économiques, son tour de main incomparable, que le clinicien parle d'intuition du diagnostic ou de nouvelles méthodes d'investigation médicale.

Les auteurs n'ont jamais procédé à des analyses des subjectivités en présence, ni traité des problèmes de pouvoir : ils ont toujours analysé un « objet technique ». C'est donc d'autant plus intéressant de lire dans leur conclusion que les transformations à attendre du rapprochement des outils de gestion et des caractéristiques de l'activité hospitalière ne sauraient se passer de la « nécessaire autonomisation partielle des équipes à la base, et leur participation à des processus d'apprentissage susceptibles de les aider à définir elles-mêmes le cadre organisationnel de leur activité ».

Seli Arslan

Editions Seli Arslan

14, rue du Repos - 75020 Paris

Tél. : 01 43 70 18 71 / Fax : 01 43 70 25 35

seli.arslan@wanadoo.fr



Plan de sauvetage de l'hôpital : l'indécrottable médiocrité de la décision politique

Patrice Muller Au moment de conclure ce dossier sur la crise de l'hôpital public, nous prenons connaissance, le 1^{er} mars 2000, d'un énième plan de sauvetage consistant à injecter 10,1 milliards de francs supplémentaires dans les budgets de l'hôpital public et à créer 12 000 emplois nouveaux dans ce secteur.

Médecin généraliste

Dont acte, face aux mouvements sociaux qui montaient en puissance dans l'institution hospitalière, le gouvernement a pris conscience de l'asphyxie financière dont souffrait l'hôpital public depuis quelques années. Il décide, dans un climat d'euphorie économique et de proximité d'élections municipales, de remplir de carburant la machine hospitalière pour la remettre en marche. La ministre attend de ce plan qu'il permette de « régler les problèmes immédiats » et d'« engager des actions structurelles » en réaffirmant les objectifs du gouvernement : adapter l'offre de soins aux besoins de la population, promouvoir la qualité et la sécurité des soins, réduire des inégalités dans l'accès aux soins.

Malgré l'importance de la manne financière, ce plan de sauvetage par son style, son manque d'envie et les méthodes inadéquates qu'il utilise, est voué - d'expérience - à un échec programmé.

Au mieux, dans trois ans, tout restera à faire

pour sortir l'hôpital public d'ornières structurelles totalement négligées par ce plan, alors que parfaitement identifiées depuis de nombreuses années. Au pire, durant ce laps de temps, le secteur médical à but lucratif aura acquis une position dominante sur le marché de l'hospitalisation, voire sur l'ensemble du système de soins, et s'essuiera les pieds sur un hôpital public devenu moribond malgré les moyens supplémentaires mis à disposition.

Peut-on vouloir réformer l'hôpital, si on ne réforme pas en même temps l'ensemble de notre système de soins ? Ce plan manque cruellement d'ampleur et de souffle politique. Des dimensions lui font défaut qui le condamnent d'emblée :

- pas de visibilité à plus de trois ans, ce qui est le court terme dans le domaine de la santé ;
- pas de dynamiques cohérentes et lisibles avec d'autres réformes tout aussi indispensables touchant aux autres étages du système de soin avec lesquels l'hôpital public est en interrelation étroite : la médecine ambulatoire, l'hospitalisation privée à but lucratif ;
- et surtout, aucune réforme de fond concernant les outils de la gestion et de la régulation de l'ensemble du système de soins qui, restant en l'état, veut que l'argent déployé aille inélucta-



blement vers les plus gros et les plus forts, chacun, au nom de corporatismes étroits bien compris, tirant la couverture à soi.

A quand la réforme indispensable de l'assurance maladie permettant qu'elle soit autre chose qu'une vache à lait au fonctionnement technocratique pour faire tout et n'importe quoi en matière de santé ?

A quand une budgétisation de l'ensemble des dépenses de soins, déclinée au plan loco-régional avec une gestion associant de façon étroite les représentants des usagers, des professionnels du soin et des administrations tutélaires, ce qui pose subsidiairement la question non résolue aujourd'hui : quelle représentativité des uns et des autres ?

A quand la remise de l'hospitalisation privée dans les rails du service public, elle, qui, grâce aux concentrations de capital actuelles, aux pratiques systématisées de dépassements des tarifs de la Sécurité sociale, a le vent en poupe, sachant parfaitement s'attirer les patients lucratifs (les personnes solvables ayant une bonne couverture complémentaire) et les bonnes pathologies (celles qui, en multipliant les actes techniques diagnostics et thérapeutiques, rapportent gros), laissant « le reste » au bon soin du service public ?

A quand le courage politique pour tordre le cou aux logiques marchandes qui pervertissent les logiques de soins dont l'hôpital sortira toujours perdant ?

Des remèdes indispensables aux maux internes à l'hôpital public. Pour mieux gérer au plan économique, on a déjà renforcé de façon importante les moyens en personnes et en outils de surveillance de l'administration hospitalière avec l'informatique et la statistique, dont on escompte plus d'efficacité et une meilleure utilisation de l'argent dépensé. Parallèlement, les mesures de sécurité sanitaire ont été notablement développées suite aux affaires du sang contaminé par le VIH de sorte que, au quotidien du soin, des contraintes de type évaluation économique-sécuritaire ont considérablement alourdi la charge de travail des

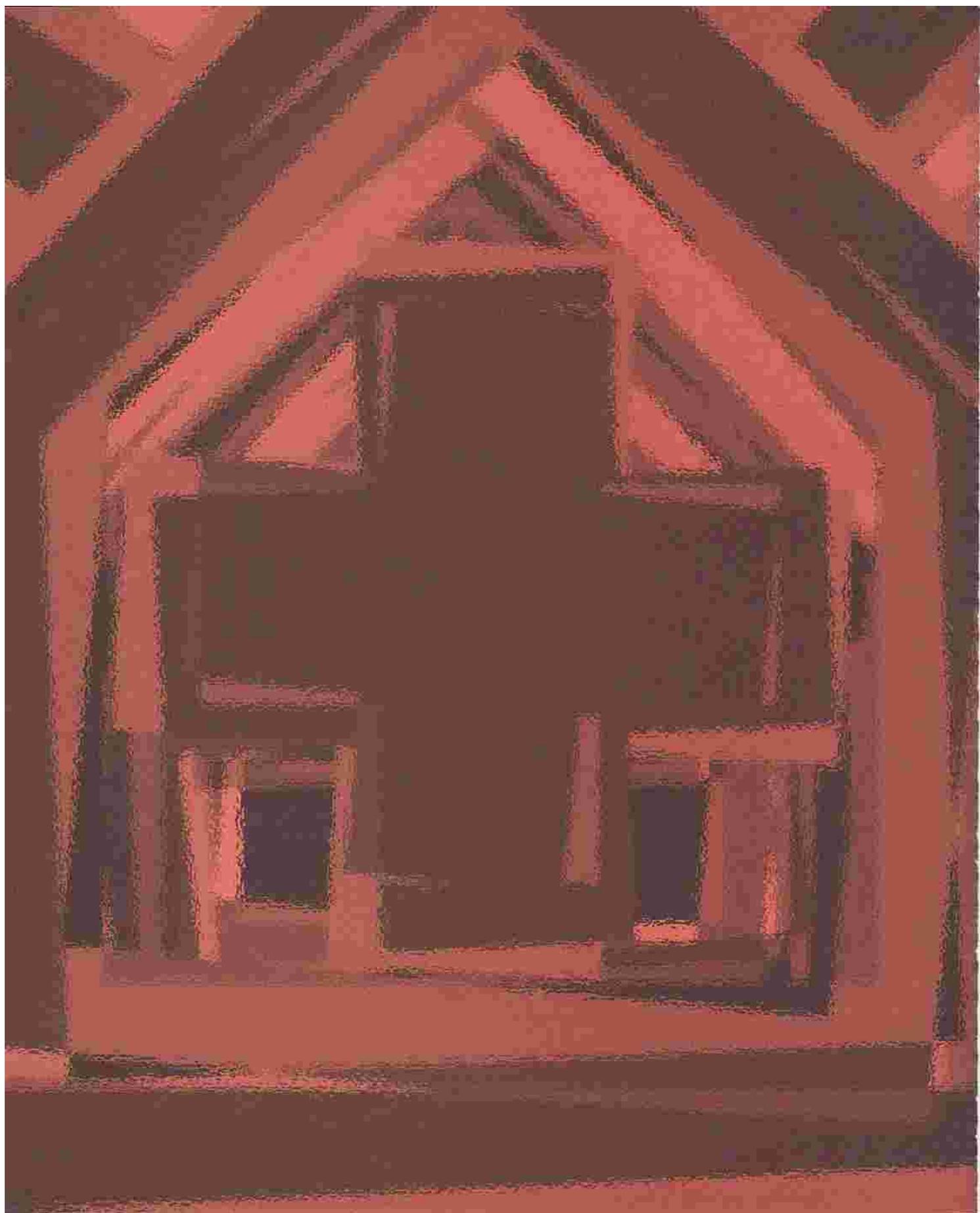
soignants qui se trouvent acculés à consacrer moins de temps au soin des personnes ! Ces procédures bureaucratiques venant par le haut font des ravages en termes de motivation professionnelle. Elles sont à remplacer par des procédures démocratiques où, dans la proximité des soins donnés, le *mieux soigner* se jouerait par le biais de stimulations personnalisées et qui feraient que « étant sous le regard de mes patients, de mes collègues, j'ai envie, je me sens obligé de faire mieux au sein de mon hôpital dont j'éprouve une satisfaction à ce qu'il fonctionne bien globalement ». C'est ici la question de la redéfinition des pouvoirs et des statuts professionnels des uns et des autres dont il est question.

A quand la fin du fonctionnement féodal de l'hôpital ? Au nœud de tous ces archaïsmes, se trouve l'hôpital hospitalo-universitaire, matrice où se forment les méthodes et ambiances de travail de la très grande majorité des soignants, lieux de formation où se sont constituées également les rancœurs accumulées pour des ambitions de carrière non abouties. Le médecin chef de service, au statut inamovible, n'ayant pas de comptes à rendre sur son travail personnel, fait la pluie et le beau temps dans son service. Si le travail des personnes de son équipe est bon, son service fonctionne correctement ; s'il est mauvais, c'est la catastrophe et il ne peut pas être remis en question.

Au moment où va être inauguré l'Hôpital Européen Georges Pompidou, fleuron de l'AP-HP, qui se veut le phare hospitalier du 3^e millénaire, et, qui, pour 2% de nouveauté en matière de soin, incorpore dans ses locaux high-tech 98 % de conservatisme et de mandarinat délétoires.

A quand la suppression de l'AP-HP, « ce pouvoir dans le pouvoir », pour remettre les hôpitaux qu'elle a en charge dans le droit commun de l'administration hospitalière en termes de planification et de régulation ?

Quand donc un pouvoir politique aura-t-il le courage de s'attaquer à toutes ces questions, cruciales pour l'avenir de notre hôpital public ?



CRISE

Ategiamento passionale supplica amorosa..

Hôpital de la Salpêtrière, Fonds Bibliothèque Charcot,
Paris, 1876.



Les médecins exerçant à la Salpêtrière à la fin des années 1870 ont suffisamment relaté leur surprise, presque leur effroi, face aux corps tordus, aux sudations, aux bouches baveuses de l'hystérie pour que nous puissions affirmer que quelque chose a bien eu lieu dans l'espace de l'hôpital. Pourtant, il est remarquable de constater que les photographies de femmes en crise publiées dans les trois tomes de *l'Iconographie de la Salpêtrière* de 1876 à 1879 n'ont pas d'équivalent dans la *Nouvelle iconographie* publiée à partir de 1888. Les corps souffrants et agités des années 1870 laissent place à des schémas et des photographies de « symptômes hystériques » : un œil fermé, un pied tordu... La disparition même de toute mention de la maladie à partir de la mort de Charcot, en 1893, montre que ni la biologie, ni le passé intime des hystériques ne peuvent constituer les causes uniques du déclenchement des crises.

En ces années 1880, Jean-Martin Charcot transforme profondément l'espace de la Salpêtrière. Le ministère Gambetta a fait voter un budget pour l'installation d'une chaire de clinique des maladies du système nerveux. Mais, alors même qu'un atelier photographique digne de ce nom est enfin installé avec un professionnel à sa tête, alors même que les nouveaux procédés chimiques au gélatino-bromure permettent enfin la saisie du mouvement, la crise d'hystérie ne donne plus lieu à la publication de photographies. Certes, les histoires de corps tordus et de femmes aux yeux exorbités ont déjà franchi les murs de l'hôpital, alimenté les fantasmes des écrivains ; mais, *en les murs*, l'édition de photographies de femmes échevelées s'est bel et bien éteinte. Elle n'aura duré – de 1876 à 1879 – que trois ou quatre années.

La lecture attentive des textes abondants qui accompagnent les images permet de comprendre le rôle des dispositifs de prise de vue dans la création de leur propre référent : la crise hystérique. Les appareils sont lourds, sur pieds ; la technique du collodion humide oblige à préparer les plaques juste avant la prise de vue. Un atelier transportable participe donc à l'encombrement. La prise de vue se déroule dans les salles communes, face aux autres patientes et surtout en présence des médecins et des médecins photographes. Il apparaît que bien souvent, le photographe a eu le temps de s'installer avant le déclenchement de la crise. Les femmes d'origine modeste, cloîtrées entre les murs de l'hôpital, n'avaient rien d'autre à offrir à ces médecins installés au sommet de la hiérarchie sociale que leur propre corps et la crise qu'ils attendaient. Rien d'étonnant dès lors à ce qu'elle se déroulât de manière plus caractéristique

Monique Sicard

Monique Sicard est chercheur au CNRS, cinéaste et enseignante à l'université de Lyon II en histoire et esthétique de la photographie.

Le corps produit par ses images même

dans le service de Jean-Martin Charcot que dans les services voisins.

Le choix du cas de Th. L. – qui présente des « attaques d'une régularité parfaite » – en ouverture de l'Iconographie photographique de la Salpêtrière prouve que la démonstration prend le



Hystérie. Bourneville et Régnaud, Iconographie de la Salpêtrière, Fonds Bibliothèque Charcot, Paris, 1875/1879.

pas sur le témoignage. Bien plus que l'hystérie, ce sont les femmes elles-mêmes qui intéressaient les médecins : leurs portraits, soigneusement encadrés, publiés en exergue des images de crise, en font foi. Les développements de la médecine clinique avaient alors conféré récemment au corps des femmes le statut d'objet du savoir. Le regard médical radicalement neutre qui émerge alors en fait des modèles mécaniques fonctionnant avec une étonnante régularité.

Paradoxalement, Charcot qui ne cesse d'inciter les internes à recueillir les informations dans les salles de l'hôpital en les illustrant de photographies, n'utilise pas lui-même la photographie pour illustrer l'édition de ses propres leçons. Il leur préfère les tracés, les diagrammes, les schémas, dont la connotation scientifique et la valeur démonstrative apparaissent clairement. Il est clair que les photographies le gênent : elles ne montrent rien, ne démontrent rien. Pas plus que les autopsies post-mortem de l'anatomo-clinique, elles n'apporteront de solution à la crise d'hystérie. Car elles n'en sont pas l'empreinte, la conséquence, mais le facteur déclenchant.

En 1876-1878, les institutions de la République sont enfin en place. L'enseignement obligatoire va bientôt concerner les jeunes filles. Pourtant, les femmes devront encore attendre de très longues années avant de bénéficier du suffrage dit « universel ». Inférieures en droit aux hommes mais reconnues comme individus à part entière, tiraillées par l'ambiguïté des regards portés sur elles, elles sont enjeux d'une dialectique de l'exclusion et de l'inclusion.

Les murs de l'hôpital ne sont pas étanches : en leur sein même, les femmes sont simultanément objets de compassion de la part des médecins et objets de terribles expériences.

Dans les années 1880, le regard change. La nouveauté de l'espace institutionnel, l'arrivée d'un photographe non médecin, l'utilisation d'appareils photographiques à plusieurs objectifs, la rationalisation de la production éditoriale, conduisent à déceler les symptômes hystériques tant chez les hommes que chez les femmes. Les schémas, les diagrammes sont préférés aux photographies des corps agités sur

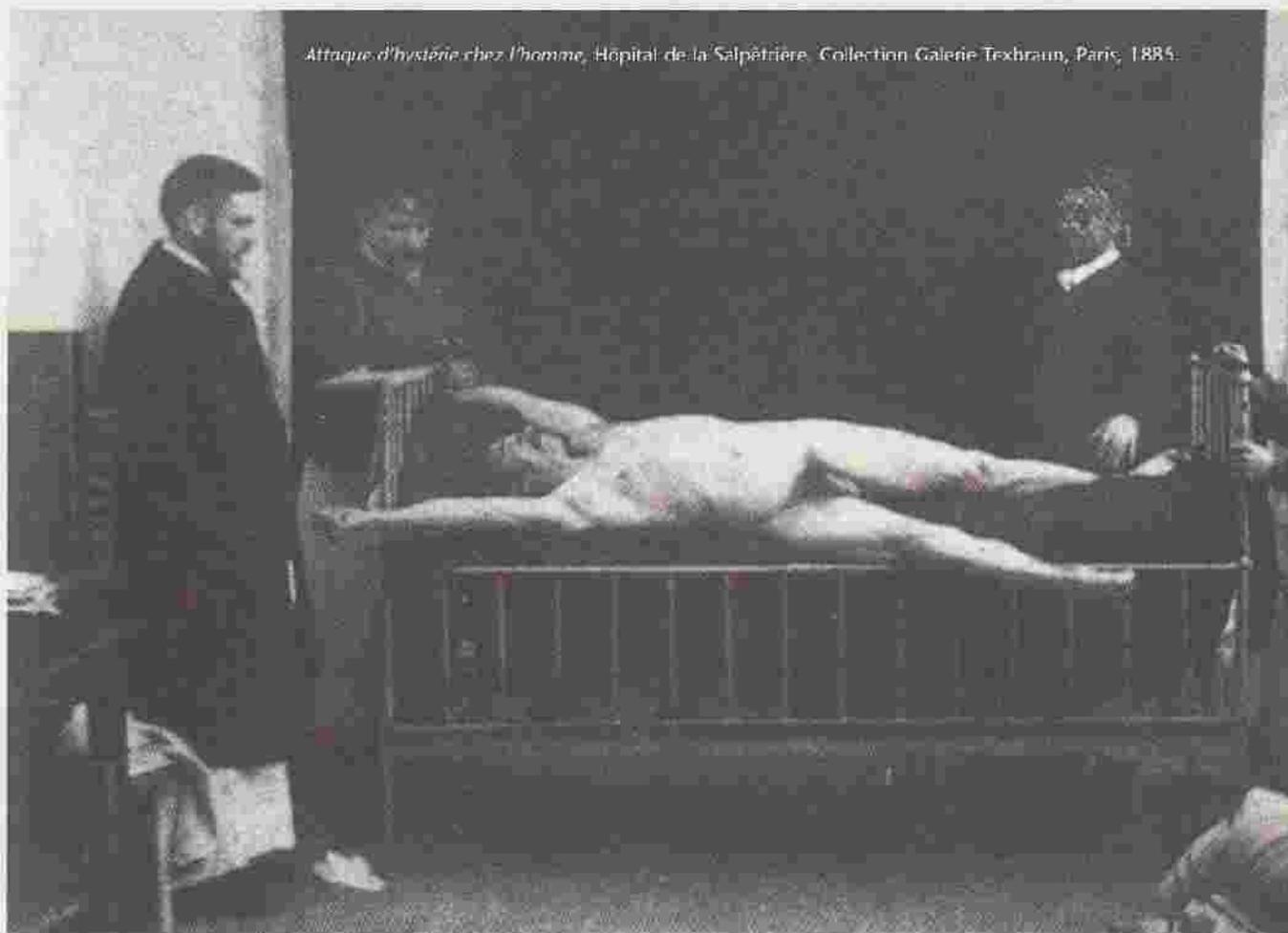
leur lit d'hôpital. Les possibilités offertes d'un regard neuf porté sur les corps provoquent en retour des réponses inédites.

La photographie que nous percevons classiquement comme un témoin absolu ne nous donne pas des nouvelles d'un réel préexistant : elle produit ce réel. Elles nous en apprend plus sur sa propre production que sur sa nature ; sur l'espace urbain et technique du dernier tiers du XIX^e siècle que sur l'hystérie elle-même. Si des crises ont bien eu lieu, leur côté spectaculaire en a été amplement exagéré. Si ces images nous touchent, nous bouleversent, c'est aussi que nous confondons les décadres, les flous nés du médium avec l'agitation d'un corps souffrant.

Rien de pire, rien de mieux, finalement, que ce que nous recevons d'une simple visite dans nos services psychiatriques contemporains. Presque la banalité d'un quotidien.

À partir de 1893, l'hystérie tout entière – discours et images – disparaît de l'hôpital. A Vienne, avec Freud, elle prend des formes radicalement nouvelles. Désormais, c'est à travers le filtre de la psychanalyse que seront réinterprétées les crises de la Salpêtrière.

Ces dernières ne furent pourtant que le résultat de la production technique et culturelle de leur propre objet par des observateurs dûment nantis d'une autorité culturelle et sociale.



Attaque d'hystérie chez l'homme, Hôpital de la Salpêtrière. Collection Galerie Texbraun, Paris, 1885.

Noëlle Lasne

Noëlle Lasne
est médecin généraliste
et responsable des
programmes en France de
Médecins sans frontières

Cmu :

Carnet de route

Lundi. Nous sommes en réunion téléphonique pour faire le point sur les premiers jours de mise en application de la nouvelle loi sur la Couverture maladie universelle (CMU). Un système de fiches simplifiées a été mis en place par les équipes MSF afin d'avoir une photographie sommaire, mais rapide, des premiers retours de l'application de la loi pour nos patients. Aujourd'hui, à Lille, cinq demandeurs d'asile ont obtenu la totalité de leur accès aux soins en quarante-cinq minutes en se présentant au guichet de la Caisse primaire d'assurance maladie. J'écoute la nouvelle avec une sorte

d'émerveillement. Avec qui allons-nous pouvoir partager ce petit miracle d'un genre nouveau ? En dehors du monde restreint des associations de droit des étrangers et de quelques organisations médicales, qui sait encore ce qu'est un demandeur d'asile ? Il

s'en est fallu de peu pour qu'ils soient oubliés du texte de loi CMU, tant leurs droits sont peu connus sur le territoire et peu nombreuses les administrations qui ont affaire à eux. Parlons de « SDF », de « Sans-papiers », de « Rmistes », d'accord, mais des demandeurs d'asile, vous êtes sûrs que ça existe ?

Quand j'ai commencé à consulter à MSF, en 1990, nous recevions 45 % de demandeurs d'asile politique. J'étais médecin généraliste, je n'y connaissais rien. On m'avait fait un schéma avec des flèches pour que je m'y retrouve dans leur trajectoire. À l'époque, ils attendaient pendant des années une réponse à leur demande d'asile ; lorsqu'elle arrivait, ils avaient tant bien que mal trouvé du travail et un logement, ils s'étaient mariés et leurs enfants allaient à l'école. À ce moment précis, ils recevaient par courrier une invitation à quitter le territoire français.

En 1991, le droit au travail des demandeurs d'asile a été supprimé par Michel Rocard dans l'indifférence quasi générale. Depuis, leur trajectoire confine à l'absurde puisqu'ils doivent s'inscrire à l'Anpe, alors qu'ils n'ont plus droit au travail. Je me souviens de Madame E, veuve d'un militaire zairois assassiné, qui élevait ses trois enfants en faisant des ménages. Cinq ans après son arrivée en France, elle a reçu une réponse à sa demande d'asile : tout bien considéré, c'était non. Mais elle a pu bénéficier d'une de ces régu-

larisations collectives exceptionnelles et exceptionnellement arbitraires dont nos gouvernements raffolent. Avec notre soutien, puisqu'il lui manquait... une fiche de paie !

Je l'ai soignée pendant deux ans, car elle faisait partie de ccs assurés sociaux fantômes fabriqués par le système. Lorsqu'elle a eu sa carte de séjour, le droit au travail, et la Sécurité sociale, son état s'est aggravé, et elle est morte peu de temps après.

Je me souviens de M. R, demandeur d'asile, que j'ai fait opérer du cœur avec un bon d'aide médicale, un seul bon arraché à un gulchet, pour la prise en charge d'une opération qui l'a mis entre la vie et la mort. Je n'avais pas la moindre idée de ce que j'allais faire après. C'était un homme politique important dans son pays, le Pakistan. Il avait été torturé et nous pensions qu'il obtiendrait très vite le statut de réfugié, ce qui fut le cas effectivement. L'accès aux soins n'a pas suivi, car on lui demandait un extrait de naissance (quand vous fuyez votre pays, prenez toujours un extrait de naissance). Nous avons donc utilisé le système D pour le faire entrer de force à l'hôpital. Le jour où nous avons enfin obtenu l'ouverture de ses droits et trouvé un médecin généraliste pour le suivre après son opération, il nous déclara qu'il avait peur de rester seul chez lui (ce qui peut arriver après une intervention cardiaque...) et s'installa à Paris, chez un ami qui acceptait de l'héberger. Mais à Paris, c'est-à-dire trois stations de métro plus loin, son aide médicale n'était plus utilisable, et ce sont finalement les médecins de MSF qui ont assuré son suivi cardiologique.

Quant je pense à ces patients, je me rappelle leurs dossiers qui s'étiraient en plusieurs volumes, comme des romans fleuves. Les romans fleuves, c'est fini.

Les cinq demandeurs d'asile de Lille, leur dossier fait une demi-page. Ils sont venus nous voir une fois, deux fois, trois fois peut-être ; nous connaissons leur nom, leur date de naissance, leur pays d'origine, mais presque rien de leur histoire. Les voilà assurés sociaux avec un accès aux soins médicaux gratuits en un clin d'œil, sans que nous les ayons accompagnés dans leurs démarches, sans que nous ayons téléphoné vingt fois pour obtenir que leur dossier soit examiné. Le reste de leur vie n'a pas changé, ils auront du mal à communiquer en français dans un pays qui n'a toujours pas reconnu l'utilité de l'interprétariat dans les services publics ; ils n'ont pas de travail, leur demande d'asile sera probablement rejetée, rien n'indique que leur vie sera plus facile, mais peut-être seront-ils soignés lorsqu'ils en auront besoin.

Je me souviens de celui qui avait une pathologie osseuse très rare, une pathologie infectieuse due à un champignon très curieux qui intéressait la faculté. D'un seul coup, tous les obstacles sont tombés, il a obtenu une consultation spécialisée à l'hôpital public, on a trouvé un interprète pour communiquer avec lui, on a même mobilisé quelqu'un pour l'accompagner à l'institut Pasteur où il a été reçu par des sommités médicales, on lui a donné ses médicaments gratuitement, tout ça dans la plus pure tradition de l'étranger : bête curieuse et cobaye tout à la fois. Finalement, le traitement n'a pas marché, il fallait l'amputer du pied ; alors là, ils l'ont renvoyé à MSF pour que nous lui annoncions la nouvelle, parce qu'ils ne savaient pas comment le lui dire, et que, de toutes façons, à y regarder de près, il n'était pas assuré social...

Mardi. À Marseille, une jeune femme française qui vient de faire une demande de Rmi s'est présentée au centre de Sécurité sociale pour se faire

ouvrir des droits. Huit jours après, elle a tous ses justificatifs. Depuis des années, pour toutes les administrations, un demandeur de Rmi est d'abord un suspect. On attend donc, pour lui ouvrir des droits, la décision préfectorale qui, en lui octroyant le Rmi, fera de lui un « vrai pauvre ». Cette décision prend des semaines pendant lesquelles, dans l'attente, on n'ouvre pas de droit à la Sécurité sociale. Simone Veil avait essayé de s'attaquer à cette question en obligeant les caisses à affilier immédiatement les personnes dans cette situation, mais cette disposition n'a jamais fonctionné. Cette façon de faire dépendre l'accès aux soins d'une personne de son statut à venir, comme si l'accès aux soins se méritait au terme d'un parcours socialement correct, m'est toujours apparue comme la plus grande des violences. La loi Cmu ne permet plus ce type d'exclusion propre – et légale – du dispositif de soins : l'immédiateté du droit y est affirmée sans ambiguïté. Avec cette jeune femme, ce sont les 30 % de bénéficiaires potentiels du Rmi qui passaient encore six à huit mois dans nos salles d'attente qui disparaissent.

Mercrèdi. Appel de journalistes à MSF : ils veulent savoir où sont les failles de la Cmu et si nous avons identifié les populations qui n'en bénéficieront pas, ceux qui sont « au-dessus du barème » ... Ils ne demandent pas de nouvelles des bénéficiaires : les plus pauvres, ceux qui étaient parqués dans nos dispensaires, n'existaient pas lorsqu'ils étaient exclus. Inclus, ils n'existent pas davantage. Ils ont rejoint la grande famille des assurés sociaux anonymes. Il y a à peine un mois, plusieurs dizaines de milliers d'entre eux devaient payer la totalité de leurs soins en vivant avec 2400 F par mois. J'aimerais parler d'eux, de ce que ça change à leur vie, à leur souffrance, et même à leur mort. En 1994, l'une de mes patientes a fait toute sa chimio-

thérapie avec des bons d'aide médicale distribués un par un par le bureau d'aide sociale. Elle allait les chercher aux heures ouvrables entre deux vomissements. Jamais on ne lui a donné un bon d'avance. Et on lui disait à chaque fois : « N'exagérez pas quand même ! »

Mais aujourd'hui, les médias ont décidé de braquer leurs projecteurs sur ceux qui sont « au-dessus du barème ». J'ai du mal à faire comprendre qu'ils ne sont pas dans nos salles d'attente et que je ne peux témoigner que de ce que je vois.

Nous sommes finalement un petit nombre de médecins à avoir été témoins de ce qu'une société riche peut faire subir à ceux qu'elle considère comme des indésirables, et c'est de cela dont j'ai envie de parler. J'ajoute que l'application de la loi réclame une vigilance qui dépasse les quinze premiers jours.

Et ceux qui vivent avec 3600 F par mois et qui n'ont pas droit à la Cmu, comment font-ils, me demande la journaliste, lorsqu'ils ont besoin de lunettes ? Ils font comme avant, je lui réponds, ils sont en difficulté. Ce qui a changé, c'est que vous vous intéressez à leur sort.

Jeudi. Lecture toujours déprimante de la presse médicale qui titre : « Le tiers impayé ». Quand on sait que la totalité des syndicats médicaux (exception faite du SMG) s'est déclarée opposée à la loi Cmu, qui met 10 % de la population en situation de dispense d'avance de frais, on peut s'attendre au pire. Mais le dispositif permettant le paiement rapide des professionnels de santé n'est pas en état de marche. En tout cas, pas partout. C'est la grosse bavure politique de la mise en place de la loi. Nous nous époumonons sur cette question, sans grand résultat pour l'instant. Partout, des patients sont refusés par les pharmaciens, les

laboratoires ou les radiologues qui ne savent pas comment utiliser les justificatifs qu'ils présentent. Les plus démunis sont enfin assurés sociaux avec une carte à jour, mais manque le code barres...

Certains praticiens de médecine générale, qui avaient 80 % de leur clientèle « en aide médicale », connaissent les pires difficultés financières. Ce ne sont pas ceux-là qui ont été interviewés dans l'article... En réunion d'équipe, nous décidons de saisir à nouveau les pouvoirs publics sur cette question.

Vendredi. Toute une famille de personnes sans titre de séjour est admise à l'aide médicale en quelques jours. Ce sont des Algériens qui cherchent refuge en France mais auxquels on refuse un statut. Ils reçoivent leur notification par courrier sans avoir à se déplacer, après avoir fourni une déclaration sur l'honneur de leurs ressources. Pour les équipes MSF, la situation est presque irréaliste. N'importe quel intervenant social travaillant dans une association sait que l'ouverture de droits aux soins à des personnes dites « sans-papiers » était jusque là synonyme d'un parcours interminable et semé d'embûches...

Le même jour, une jeune fille de vingt-trois ans,

française, qui venait depuis deux ans consulter à MSF demande et obtient la CMU : elle s'était toujours refusée à demander l'aide médicale parce qu'elle craignait la mise en œuvre, auprès de sa famille, de « l'obligation alimentaire », qui aurait pu permettre à l'administration de réclamer les sommes dépensées à ses parents. Nous sortons du 19^e siècle.

Samedi. Je vais passer une radio près de chez moi. Avec ma carte d'assurée sociale, je suis reçue comme un chien, le radiologue me fait mal dès qu'il me touche et agrmente son examen de commentaires violents : « Mais tournez-vous, vous êtes sourde ou quoi ? » en me plaquant l'épaule douloureuse contre l'appareil. Il ne répond à aucune de mes questions. Les soignants dont on peut attendre à la fois pertinence, douceur et attention, sont en petit nombre. Le système de soins n'a pas changé avec la Cmu. Il est violent, inégal, aveugle et presque sourd, d'une inhumanité persistante. Les six millions de personnes concernées par la Couverture maladie universelle y seront reçues, houspillées, traitées et maltraitées, accueillies et malmenées. En entrant dans le système de soin de droit commun, ce qu'elles viennent de retrouver, ce n'est pas le paradis. C'est une alternative.

Notre « Appel contre la dictature du néo-libéralisme dans le domaine de la santé » a recueilli de très nombreuses signatures de médecins et soignants mais aussi de personnes diverses et surtout de structures syndicales et professionnelles.

Se pose maintenant la question du devenir de ce collectif de signataires. Il ne s'agit pas pour le SMG de s'accaparer le débat, mais il nous a semblé que nous étions, dans le milieu médical en tout cas, le seul groupe

constitué porteur d'un désir d'alternative à la marchandisation de la santé – débat que nous avons d'abord pensé pouvoir animer dans notre revue. Mais face au succès de nos initiatives, nous réfléchissons aujourd'hui à une manière d'élargir le cercle de la réflexion, à travers un

Les Amis de la revue *Pratiques*

collectif, Les amis de la revue Pratiques : Le 11 mars, une première réunion dans ce cadre a eu lieu, rue Cabanis, où nous avons débattu de quatre thèmes : l'avenir de la couverture maladie et de l'hôpital public, l'industrie du médicament et l'espace du soin. La prochaine étape sera le congrès du SMG, à Strasbourg, le week end du 11 novembre, sur le thème « La santé n'est pas à vendre ». Pour toute précision, appelez le 01 46 57 85 85 (SMG/revue Pratiques).

L'intrusion des assureurs privés dans le domaine complémentaire à l'occasion de la mise en place de la CMU conforte nos initiatives et nous pousse à aller plus loin.

C'est dans ce sens que nous avons signé l'appel ci-contre, initié par les Mutuelles de France, que nous vous invitons à votre tour à soutenir.

Santé : en finir avec la discrimination

La Couverture maladie universelle (CMU) représente un progrès social incontestable. Et pour la première fois, le principe d'interdire toute sélection et toute surtarification, en fonction de l'état de santé, de l'âge et du handicap, est inscrit dans la loi. Ce que la CMU a fait obtenir à 10% de la population doit être applicable à tous.

Aujourd'hui, la France a l'opportunité d'étendre cette avancée éthique et sociale, car après les Etats généraux de la Santé, qui ont confirmé une volonté de respecter les personnes et de garantir leur participation aux ébaux qui les concernent, un projet de loi ait de

« modernisation du système de santé » sera discuté au Parlement, au printemps prochain.

Il faut saisir cette opportunité pour inscrire dans cette loi ce nouveau principe : bannir toute sélection et toute surtarification en fonction de l'état de santé, de l'âge et du handicap et l'appliquer à l'ensemble des organismes intervenant dans la couverture maladie. La santé n'est pas une marchandise.

Les soussignés demandent également aux pouvoirs publics, à la faveur de la présidence française de l'Union européenne au second semestre 2000, de promouvoir la mise en œuvre d'une directive européenne incluant ce principe sur le plan communautaire, et de contribuer ainsi à la construction de l'Europe sociale.

Les organisations suivantes vous invitent à signer cet appel.

ACT UP-APEIS (Association pour l'emploi, l'information et la solidarité des chômeurs et des précaires) - **Fédération des Mutuelles de France - Femmes Solidaires - FNATH** (Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés) - **Médecins du Monde - SMG** (Syndicat de la médecine générale) - **SNMG** (Syndicat national des médecins de groupe) - **SOS-Racisme**.

Telle est la question qu'il s'agit maintenant d'éclaircir. Les médecins du SMG pensent que la politique de soins doit être au service de la personne malade et de la population, et non au service de l'économie. Elle a par contre un coût, et sa gestion doit être débattue démocratiquement. La répartition des moyens doit émaner d'une politique de service public incitative.

Il nous paraît indispensable aujourd'hui de lutter contre le morcellement de cette santé. Nous avons besoin de soignants : médecins, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens..., nous avons besoin de médicaments indispensables, nous avons besoin de techniciens, d'éducateurs, d'enseignants... Bref, nous

Christian Bonnaud

Président du SMG
et médecin généraliste.

La santé, avec qui et au service de qui ?

avons besoin que la santé soit intégrée dans la vie de la Cité, car elle dépend d'abord des conditions de vie. La santé se joue aussi en amont de la médecine.

Nous assistons actuellement à des redéfinitions des structures médicalisées sur le territoire national par les pouvoirs publics, où se jouent des luttes d'influence entre les pouvoirs locaux et où apparaît, parfois de manière criante, l'opposition entre les demandes de techniques toujours plus sophistiquées, et le besoin de rapports humains (petites maternités appelées à disparaître). En effet, aujourd'hui, plus que jamais, nous soignons les gens autant en leur parlant, qu'avec des scanners, ce qui n'empêche pas qu'il faille des scanners. Par contre, dans ces débats d'aménagement du territoire en établissements de soins, les besoins en médecine ambulatoire ne sont pas pris en compte, comme si les médecins ou soignants, en général libéraux, pouvaient décider des besoins en soignants... En raison de cette absence de gestion concertée du territoire, commencent à apparaître des zones de pénurie (départs en retraite de soignants qui ne seront pas remplacés...), le plus souvent, dans les zones rurales.

Par ailleurs, ces restructurations semblent souvent faire la part belle aux structures privées pour ce qui est des actes techniques, laissant à l'hôpital public les soins pour les personnes âgées ou la psychiatrie, moins rentables économiquement.

D'où un hôpital public en souffrance : certains hôpitaux disposent de gros moyens tandis que d'autres ne peuvent assurer le minimum. Le bateau « hôpital » dérive dangereusement. Et je parle ici de l'Hexagone, les besoins de la planète sont tout autres et il nous faudra en tenir compte.

L'étonnant dans ce pays, c'est l'absence de lieux de parole entre professionnels du soin et usagers. À la Sécu, les commissions paritaires sont corporatistes. Les unions de médecins ne regroupent que des médecins libéraux. Chacun est donc « propriétaire » d'un bout de la santé des gens. Est-il pour autant utopique d'imaginer la mise en place de chambres de Santé régionales (comme les chambres de Commerce ou d'Agriculture) lesquelles pourraient être un véritable lieu de débat entre professionnels du soin et usagers de la santé, avec des représentants élus (contrairement aux ARH qui ne sont composées que de technocrates), et où siègeraient l'ensemble des professionnels et des représentants d'usagers ?

En ce qui concerne le remboursement ou déremboursement du médicament, nous assistons à des vagues hésitations terribles, où l'intérêt des industriels du médicament prime souvent sur celui des usagers. Et avec l'affaire de la sur-cotisation AXA pour les handicapés, nous voyons à quelles dérives scandaleuses peut aboutir un système de financement privé de la protection sociale. C. B.

Depuis les ordonnances Juppé sur la santé de 1996 jusqu'au « plan stratégique » de la CNAM de juillet 99, la volonté de faire des économies dans le domaine médical se double désormais d'un discours sur la nécessaire amélioration de la qualité des soins. Pour juger de la cohérence ou des contradictions des mesures proposées, cette notion de qualité des soins, type même de fausse évidence de la modernité, doit être analysée sur le fond. Mais, face à l'obsession des coupes budgétaires, le corporatisme affiché par le corps médical (qui masque en fait de profondes et multiples contradictions) et l'importance des enjeux sociaux (plus d'un million d'emplois directement concernés) et économiques (le poids des industries bio-médicales) ont contribué à occulter ce débat.

Réfléchissons à ce que recouvrent ces réformes concernant la médecine ambulatoire, représentée essentiellement en France par la médecine libérale.

Comment prévoit-on (plan stratégique) d'« impliquer les professionnels et les assurés dans la démarche qualité » ? En les soumettant à une surveillance permanente et à de multiples contrôles. L'instauration de la télétransmission (ordonnances Juppé) par les praticiens doit permettre cette surveillance « totale » en direct. Les praticiens devront en effet transmettre, par réseau informatique, aux caisses de Sécurité sociale, non seulement l'équivalent des actuelles feuilles de soins, mais aussi le codage des actes réalisés (type de consultation, bilan, vaccination, examen gynécologique, etc.), les pathologies rencontrées et les prescriptions ; le tout de façon nominative afin de « responsabiliser » le praticien et le patient. Une partie de ces renseignements devront être portées sur le carnet de santé (et demain sur le volet médical de la carte Vitale 2) qui devient absolument obligatoire à toute consultation, le médecin devant l'exiger et le remplir pour que le patient soit normalement remboursé (plan stratégique). Le secret médical est désormais une notion désuète dont il faut s'affranchir pour laisser librement circuler l'information entre les différents acteurs du système. Les médecins, dont la pratique sortira des moyennes ou des recommandations établies, seront instantanément débusqués et éventuellement mis à l'amende (ce que n'a pas retenu le Projet de loi de Financement de la Sécurité sociale), tout comme les mauvais patients qui pourront être

Paul Jacquin

Médecin pédiatre

Quelles réformes pour la médecine ambulatoire ?

convoqués pour un « bilan de consommation de soins » et moins bien remboursés.

Sur la forme, on peut déjà se permettre de douter de l'efficacité de ce gigantesque et coûteux contrôle qui repose sur les fantasmes de toute-puissance, de transparence et d'immédiateté réunies, où la technique rendrait intelligent ce qui ne l'est pas aujourd'hui (qu'on en juge, par exemple, sur la qualité et la pertinence des contrôles médicaux faits actuellement...). Mais sur le fond de ces mesures, qui peut accepter une telle suspicion et une telle ingérence dans sa vie privée et dans son travail ? Nos stratégies ne semblent pas mesurer qu'une conception aussi policière ne peut qu'entraîner un refus massif de collaborer à un tel système, tant du côté des assurés sociaux que de celui des praticiens. Ceux-ci n'auraient plus que le choix de se soumettre, en reniant le principe fondamental de la déontologie qui veut que l'on soigne de la même manière toutes les personnes, quelles que soient leurs conditions, ou de tricher pour continuer à prendre en charge tous les patients, les « bons » comme les « mauvais », les encartés comme les réfractaires... Quant aux consommateurs excessifs, nouveaux exclus, faudra-t-il envisager de leur créer une filière de soins spécialisée ?

Autre proposition dont la présentation au premier abord masque des conséquences non-dites inquiétantes : le contrôle des connaissances des praticiens. Personne ne peut être opposé à cette idée, même si l'on peut remarquer, là encore, un doute particulier sur l'incompétence menaçante de l'ensemble de la profession médicale. Mais de quelles connaissances s'agit-il ? De connaissances scientifiques, celles-là même qui, chèrement acquises à la faculté, sont sans rapport avec leur pratique réelle et les conduit encore et toujours à une médecine d'organes construite autour de diagnostics, d'exams complémentaires et de traitements ? Des der-

nières nouveautés thérapeutiques et techniques, domaine entièrement sous la coupe de l'industrie bio-médicale et de ses puissants agents de marketing, où la rapidité des mises à jour est inversement proportionnelle au temps nécessaire pour juger de l'intérêt réel de telle ou telle innovation ?

Plus grave encore, les conséquences envisagées (plan stratégique) de ce bilan septennal étant, en cas d'échec, le déconventionnement du médecin, espère-t-on du même coup réguler la démographie médicale, taux problème à l'heure d'une pénurie imminente ? Ce déconventionnement par la Sécurité sociale est-il l'un des prémisses de l'éclatement du monopole, avec la mise en concurrence de différents systèmes de prise en charge choisissant chacun leurs praticiens agréés, selon le « modèle » américain des HMO (*Health management organizations*) ?

Les exemples de dysfonctionnements réels ne doivent pas être pris pour la règle générale. Ces mesures annoncées s'appuient sur une suspicion généralisée envers les professionnels et les usagers, dont on s'étonne ensuite des « résistances » au progrès. Convaincus que le système de soins actuel n'est pas le meilleur, et que toutes les libertés de cette médecine « libérale » mais socialisée – qualité essentielle – ne sont pas intangibles, nous voulons recentrer le débat sur la réalité de la médecine ambulatoire, en d'autres termes, sur ce que patients et médecins font ensemble, en consultation, et du pourquoi de leur relation.

Les gens vont chez le médecin avec des demandes diverses, pas nécessairement des maladies. La démarche médicale est d'abord une rencontre entre deux personnes autour des questions de la santé, qui sont à la fois l'objet et la médiation, le cadre facilitateur de cette rencontre. Le langage peut être celui du corps, des

plaintes et des symptômes, ou se situer dans d'autres domaines, social ou psycho-affectif. Il n'est pas inutile de rappeler que la première tâche du médecin et la plus difficile est d'abord l'écoute : comprendre le langage du patient, ce qui est explicite et ce qui ne l'est pas, reconnaître un symptôme passé sous silence, savoir attendre et savoir quand il ne faut pas attendre. La qualité de cette rencontre nécessite d'abord une confiance réciproque et suppose un respect absolu du secret médical. Cette confiance ne se décrète ni ne s'établit automatiquement ; elle peut rester partielle, le patient ne livrant pas tout de lui-même, de sa vie ou de ses antécédents, elle peut être entière, « corps et âme ». Il n'est pas certain que cette dernière situation soit l'idéal à atteindre pour que le médecin se trouve dans les meilleures conditions pour bien travailler, et il est important de savoir que le patient peut garder sa part d'ombre, quelles qu'en soient les conséquences médicales. Le secret médical, c'est aussi le droit pour le patient de choisir ce qu'il doit dire et à qui le dire : il ne doit pas être dépossédé de cette liberté sous prétexte d'efficacité. Dans ce champ relationnel, les qualités professionnelles sont très diversement appréciées d'un patient à l'autre : qualité d'écoute, chaleur pour les uns ou distance pour les autres, respect de l'intimité mais aussi capacité à aborder les problèmes les plus personnels...

La compétence du médecin ne peut, par conséquent, en aucun cas se réduire à des connaissances strictement médicales. Celles-ci doivent par contre impérativement garantir une sécurité suffisante (et non absolue, faut-il le rappeler) au patient. Elles doivent être à la hauteur des responsabilités qui sont celles du médecin, lui assurant les moyens intellectuels et techniques adaptés à son type d'exercice (ce qu'on demande à un médecin généraliste n'est pas exigible d'un chirurgien du foie, et vice-versa, tandis

que deux généralistes peuvent avoir des besoins très différents selon leur clientèle). Elles nécessitent bien évidemment des réactualisations périodiques, dictées par les limites rencontrées par le praticien dans les différents domaines exposés par les patients, c'est-à-dire médical, psychologique et social. Ces limites sont essentielles à reconnaître, elles permettent au praticien d'identifier les situations dépassant ses compétences. Ce « métier » s'acquiert par la formation initiale (un peu), par l'expérience professionnelle (beaucoup) et par la formation continue (théoriquement). Le travail régulier en groupe de pairs et l'échange avec d'autres professionnels de spécialités ou de métiers différents en sont les outils indispensables. L'indépendance absolue par rapport aux lois du marché et aux pressions commerciales des industries pharmaceutiques devrait en être la règle, ce qui est exactement le contraire de la formation médicale continue d'aujourd'hui.

On constate, d'autre part, que la volonté de rationaliser le système médical conduit à ne raisonner qu'en termes de maladies, de diagnostics et de traitements, avec leurs coûts et leur efficacité, critères théoriquement comparables et comparables. C'est cette vision réductrice qui fonde l'idée bien illusoire d'un codage intégral et fiable des actes médicaux. Malheureusement, cette erreur est répandue également parmi les médecins et les usagers, constituant le moteur d'une partie du gâchis de la consommation médicale actuelle. Les médecins sont très insuffisamment formés à l'écoute et à la prise en charge de patient(es) qui viennent, parfois trop souvent, avec une souffrance ou des plaintes authentiques mais ne s'inscrivant pas dans un schéma bio-médical. À ceci, s'ajoutent la tendance consumériste et le besoin moderne d'immédiateté avec, pour conséquence, une réponse inadaptée que l'on peut qualifier de pseudo-médicalisée : le

médecin et/ou le patient préfèrent en rester à un domaine connu, rationnel et consommable de prescriptions de bilans et de traitements inutiles. Dans cette configuration, la demande réelle n'étant pas satisfaite, ni même correctement formulée, le risque est volontiers la répétition des actes médicaux. La CNAM, en voulant à tout prix rationaliser les soins, et en souhaitant faire de chacun « un acheteur avisé » de « produits de soins », accentue cette tendance à l'appauvrissement de la relation de soins aux conséquences inflationnistes. A l'opposé, il y aurait ici un gros travail de formation et d'éducation à faire, en direction des professionnels et des usagers, pour expliciter le rôle considérable que joue – ou devrait jouer – la médecine ambulatoire en matière de prévention et d'accompagnement, sa fonction d'étayage social et psychologique, pour laquelle il n'existe pas de « mots clés ». On se rapproche pourtant ici de la définition générale de la santé qui prend en compte l'ensemble des critères sociaux et de qualité de la vie humaine. Cependant, à moins de vouloir exclure rapidement une partie de la population du recours aux soins, il y aura toujours à prendre en charge la souffrance de ceux qui ne peuvent s'exprimer et être aidés qu'au travers de cette consommation médicale « irrationnelle ».

Quant aux réformes déjà mises en œuvre, la question est encore celle de leur finalité, qui apparaît trop souvent purement comptable. Par exemple, à propos du contenu strictement « technique » de la consultation, les examens complémentaires et traitements nécessaires, il n'est pas choquant et même parfois utile que des normes soient établies, à condition que ce soit sur des critères choisis en toute indépendance. La liberté de prescription peut être encadrée par les RMO (Références médicales opposables) à la condition supplémentaire de pouvoir y déroger pour les nombreuses exceptions rencontrées en pratique. De même, la qualité du

traitement ne pâtira pas du droit de substitution par le pharmacien du même médicament par une présentation moins coûteuse. D'autre part, les notions de « médecin référent » et l'emploi du carnet de santé ne sont pas en soi facteurs de progrès ou de régression. Mais si, sans suspicion ni coercition, on considérait que les usagers et les professionnels peuvent se les approprier pour les rendre vivants et en voir les bénéfices, on serait probablement plus engagé dans une réelle démarche de qualité de la médecine ambulatoire. Dans le même souci de progrès et d'expérimentation, la remise en cause du paiement à l'acte pourrait être envisagée. Il est étonnant que les conséquences inflationnistes de ce système soient passées sous silence, et les vertus qu'on lui prête, la « responsabilisation du patient », ne résistent pas beaucoup à l'analyse. Cela ne correspond certainement pas, ni à tous les patients, ni à toutes les formes de médecine ambulatoire, et les multiples systèmes de tiers payant ou de gratuité ne montrent pas une tendance évidente à la surconsommation médicale. Par contre, les tâches de coordination nécessaires entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge médico-psychosociale du patient ne sont pas aujourd'hui considérées comme faisant partie du travail normal des praticiens, et donc, pas rémunérées.

Derrière l'idée moderne et consensuelle d'une indispensable amélioration du système de santé se cachent de multiples intérêts contradictoires. Un travail de décryptage et de clarification des discours s'impose pour pouvoir défendre ensuite nos choix pour le type de médecine que nous voulons, en sachant qu'il ne s'agit là que d'un élément dans l'ensemble beaucoup plus vaste de ce qui devrait être un réel système de santé au service de l'ensemble de la population.

L'article de Catherine Simon, « Les sans-vaccins du Mali » (*Le Monde* 2/02/2000), est très intéressant. L'auteur fait un sans-faute, et pourtant !

Elle fait un sans-faute dans la mesure où elle expose et fait très bien sentir que la santé dépend de nombreux facteurs : certaines coutumes et croyances sont un frein et même un obstacle majeur à la solution de certains problèmes de santé ; la scolarisation et l'éducation sont certainement indispensables pour des progrès réels et durables. Elle cite et souligne le propos d'un médecin : « Le plus gros obstacle, c'est le niveau d'éducation. Si l'on veut que la santé progresse, il faut faire des écoles. Tout le reste suivra. » Elle évoque aussi le poids de la dette et le fait que les rares médecins maliens préfèrent s'installer en ville plutôt que d'aller vivre dans la brousse. Elle nous rappelle que c'est pour fuir la misère que des Maliens, souvent originaires de la région de Kayes, s'étaient retrouvés parmi les sans-papiers réfugiés dans l'église Saint-Bernard à Paris. Bref, un article excellent qu'il faut lire, et dont ces quelques lignes ne peuvent pas rendre toute la richesse.

Malheureusement, cet article insiste trop sur les campagnes de vaccination et ne suggère pas assez d'autres pistes. Il est évident que le programme élargi de vaccination, et notamment les vaccinations anti-rougeoleuses et anti-coquelucheuses, pourraient éviter des milliers de morts, mais elles ne peuvent pas résoudre tous les problèmes. Un sujet dénutri n'ayant pas accès à l'eau potable ne mourra peut-être pas des maladies contre lesquelles il a été vacciné, mais il mourra de diarrhée ou de pneumonie.

Je cite ces deux maladies parmi d'autres pour signaler deux autres articles. Plusieurs auteurs réunis au sein du Zinc Investigators Collaborative Group ont publié dans *Journal of Pediatrics* de décembre 1999 un article : « Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries » démontrant que l'apport de zinc diminue de 25 % la prévalence de la diarrhée et de 41 % l'incidence de la pneumonie. On sait que ces deux maladies sont à l'origine de très nombreux décès dans les pays pauvres. Cet article est accompagné dans ce même journal d'un éditorial qui souligne l'importance de ce travail et qui note que le zinc pourrait avoir aussi un rôle protecteur contre le paludisme.

Mulholland et coll, quant à eux, dans leur article « Standardized diagnosis of pneumonia *Pediat Infect Dis* » (janvier 1992) ont décrit comment une méthode simple, la mesure de la fréquence respiratoire, a permis à des équipes de travailleurs de la santé sans formation importante de diminuer de 35 à 50 % la mortalité par pneumonie. Le diagnostic reposait sur la constatation d'une fréquence respiratoire supérieure à 60 avant 2 mois, supérieure à 50 de 2 à 11 mois et supérieure à 40 de 1 à 5 ans. Et ce diagnostic entraînait la prise pendant 5 jours d'Amoxicilline ou de cotrimoxazole.

En commençant son article, Catherine Simon se moque un peu d'un vieillard, Mamadou Niantao, qui pense que « pour être en bonne santé, l'essentiel ce n'est pas la piqûre, c'est le poisson ». Je crois qu'il faut en finir avec les oppositions simplistes. On peut vacciner sans pour autant se désintéresser de la nutrition. Il y a énormément de choses à faire dans le domaine de la santé et pas seulement reconnaître et traiter les pneumonies ou compléter l'alimentation en zinc.

À quand une vraie Organisation mondiale de la santé ?

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Les sans-vaccins du Mali

Laurent Dianoux

Biologiste, président de
l'Association Génétique
et Liberté*

OGM, objets globalement mal mesurés, recherchent légitimité

Les techniques du génie génétique, qui sont à l'origine de l'essor de la transgénèse, ou transfert de gène, datent de moins de vingt-cinq ans et ont modifié notre façon d'apprendre le monde vivant. Ces découvertes ont remis en cause les postulats de la génétique et révélé que les mécanismes du vivant sont d'une complexité inouïe, bien au-delà de ce qu'on pouvait imaginer. L'application rapide de ces techniques, à l'origine de l'essor du secteur biotechnologique, a engendré ce constat général : nous manquons

d'outils méthodologiques et conceptuels pour mettre en œuvre une réelle évaluation des risques écologiques, sanitaires, socio-économiques et éthiques de ces applications. De sorte que les instances de conseil, comme de décision, sont bien en peine de répondre aux questions posées sur la base d'arguments et d'expérimentations scientifiques.

Le premier tabac résistant à un antibiotique date de 1983, et c'est en 1994 que le premier fruit génétiquement modifié, la tomate Flavr Savr à maturation retardée, est commercialisé¹. L'industrie des OGM² était lancée et très vite des différences d'appréciation sont apparues : d'un côté du monde, les États-Unis en particulier, les OGM ne posaient pas de problème particulier et devaient avoir le même régime que tous les autres produits agricoles ; d'un autre côté, en Europe notamment, ils faisaient émerger des interrogations qui ne trouvaient que peu de réponses satisfaisantes ; cette approche insiste sur l'existence d'un risque nouveau, particulier aux OGM.

Dans ce contexte biotechnologique où les enjeux socio-économiques³ deviennent centraux, la difficulté va tenir à la mise en œuvre de principes, règles, mesures, permettant l'évaluation et la prévention des risques, qui soient compatibles avec les normes, directives et recommandations internationales⁴. D'où les grands rendez-vous internationaux. Pour n'en rester qu'aux derniers, la réunion de Marrakech a posé les règles applicables à la

* GÉNÉTIQUE ET LIBERTÉ

45, rue d'Ulm

75015 Paris

Tél.: 01 53 72 40 96

Fax: 01 53 72 40 90

E-mail: genelib@claranet.fr[http:](http://www.claranet.fr/genelib)[//www.claranet.fr/genelib](http://www.claranet.fr/genelib)

mise en œuvre des réglementations nationales concernant l'innocuité des produits alimentaires, la protection de la santé des animaux et la préservation des végétaux⁵; la conférence de Carthagène qui concluait trois ans de négociations, n'a pas pu aboutir à l'adoption d'un « protocole mondial sur la prévention des risques biotechnologiques »⁶; la réunion de Montréal qui faisait suite à la précédente voulait aboutir à un protocole sur la biodiversité avant même l'ouverture des négociations de la conférence de Seattle de l'OMC⁷. Après l'échec de ces trois dernières réunions et conférences, les délégués de cent quarante pays se sont réunis à nouveau à Montréal, à la fin du mois de janvier 2000 pour négocier la rédaction de ce protocole sur la bio-sécurité, qui a été adopté. Le principe de précaution devient un outil de décision politique, le principe de l'éliquetage est accepté (même si les modalités d'application vont poser d'énormes problèmes), la biodiversité doit être préservée (les pays du Sud peuvent refuser l'importation d'OGM). Là, comme ailleurs, reste ouverte la question de l'application effective de ces règlements et protocoles internationaux qui n'ont pas de valeur contraignante pour les Etats, à l'inverse des Conventions et Traités.

Le principe de précaution. Conçue dans les années quatre-vingt en même temps que le principe de développement durable, la précaution est née de la remise en question des certitudes scientifiques face à la crise environnementale au cours des années 1970⁸. La précaution est entrée sous la forme d'un principe dont la portée n'est ni universelle ni obligatoire. Il appartient en effet au « droit mou » et son champ se limitait principalement à l'environnement mais il commence à trouver de nouveaux champs d'application. Dans un rapport récent

sur le sujet⁹, les auteurs considèrent que « les OGM constituent un des exemples les plus purs d'application du principe de précaution puisque ont été mis en place, en France et en Europe, des mesures de protection et des réglementations en l'absence de toute preuve de risque effectif ». Le principe de précaution ne doit pas être interprété comme « une recommandation systématique d'abstention », mais comme « une incitation à l'action », et il doit conduire à une gestion active du risque plutôt qu'à « une démission devant le risque ».

En France, le juge est tenu par l'article 4 du Code civil de statuer « malgré le silence ou l'obscurité de la loi ». Il doit adapter la règle à l'exigence sociale.

Une controverse scientifique qui ne fait que commencer. Les risques supposés de l'utilisation des OGM concernent surtout la diffusion des transgènes dans d'autres plantes ou organismes. La diffusion de gènes de résistance aux antibiotiques augmenterait la capacité des organismes infectieux à survivre aux antibiotiques. Elle pourrait appauvrir la biodiversité globale et les écosystèmes, dans la mesure où, en renforçant la résistance aux pesticides, elle serait à même de favoriser l'expansion d'autres plantes que celles qu'on cultive. Le problème, c'est d'évaluer les conséquences de cette diffusion sur la santé et l'environnement. Cette évaluation dépend des tests auxquels ces OGM sont soumis : ceux-ci sont considérés comme valides pour la première génération datant d'une dizaine d'années car il n'y a pas eu d'effets indésirables observés. Or les revues scientifiques publient maintenant régulièrement des articles qui viennent troubler cette assurance.

Le cas du maïs transgénique et du papillon

L'effort de recherche : une donnée trop négligée. Pour refuser une innovation technologique, il faut prouver qu'elle est dangereuse. Encore faut-il que les recherches soient suffisantes pour ne pas renverser la charge de la preuve. Les études d'impact sur la santé ou l'environnement sont les plus ardues qui soient, les études des effets cumulés de différents OGM dans le temps demandent des années sans qu'on soit encore capable de faire des prédictions à l'échelle régionale ou en fonction de pratiques culturales. La biovigilance atteint ses limites quand il ne s'agit plus seulement de traçabilité mais de recréer en champ, avant mise sur le marché, toutes les situations possibles. Cela reste impossible. Pour l'heure la nécessité de financer des recherches spécifiques s'est concrétisée dans le cadre national comme au niveau européen, par des appels d'offres très larges pour des études y compris très en amont.

Donaux plexippus, papillon migrateur de l'Ouest américain plus connu du grand public sous le nom de monarque, sont un exemple au cœur d'une controverse scientifique récente sur l'innocuité des OGM. La revue *Nature*¹⁰ a publié au mois de mai une étude qui soulignait les effets néfastes du maïs Bt pour les papillons. Une seconde étude parue dans la revue *Science*¹¹ mettait en évidence l'incapacité de ce maïs transgénique, pourtant conçu pour lutter contre certaines pyrales, à résister aux agressions de ces insectes ravageurs. Le ministre français de l'Agriculture, Jean Glavany, a alors demandé un avis à la Commission du génie biomoléculaire (CGB)¹². Elle a estimé que rien ne permet de remettre en cause les évaluations favorables émises pour les quatre demandes de mises sur le marché de lignées de maïs résistantes aux insectes mais qu'il convient cependant de poursuivre et de renforcer les mesures de biovigilance au nom du « principe de pré-

caution ». Et le 25 juin, le Conseil Environnement de la Commission Européenne a pris à la majorité une orientation en faveur d'un moratoire sur toute nouvelle autorisation de mise sur le marché d'OGM.

Plus récemment, la revue *Nature* a publié un article¹³ montrant que la toxine insecticide du maïs transgénique Bt se retrouvait dans les exsudats des racines. Cette constatation ne permet pas de conclure sur les conséquences de cette présence de toxine dans la rhizosphère mais on sait que ses récepteurs étant présents chez beaucoup d'insectes cibles ou non cibles, ces derniers comme les organismes des niveaux trophiques plus élevés pourraient y être soumis.

Le ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie a lancé (21/7/99) un appel à propositions¹⁴ sur les « Impacts des organismes génétiquement modifiés » visant à renforcer les études sur l'identification, l'évaluation et la gestion des risques éventuels induits par les OGM. Cet appel à propositions est particulièrement axé sur les plantes transgéniques utilisées en agriculture et leurs impacts éventuels sur la santé humaine et animale d'une part, sur l'environnement d'autre part (dont les agrosystèmes).

De la même façon, la Commission de Bruxelles vient de confier (08/9/99) au Centre commun de recherche qu'est l'Institut de prospective technologique de Séville, le soin de lancer un appel d'offres à marché d'études sur l'« Impact des OGM sur la santé des personnes et la cartographie des risques ».¹⁵

C'est dire que le problème est repris à la base puisqu'il s'agit de réfléchir sur les fondements de l'évaluation et la fiabilité de la méthode

d'évaluation. Preuve en est que dans ce domaine, la construction des outils est en cours et que l'information validée par des données reconnues n'est détenue par personne.

Conclusion. La présentation rassurante des OGM qui désirent faire croire qu'il n'y avait en la matière aucun problème, n'a plus sa place. Les faits, l'information documentée, viennent éclairer différemment des situations fabriquées à partir d'interprétations et de conclusions non étayées. Les avis contradictoires s'expriment, les scientifiques sont obligés de sortir de leur laboratoire et interviennent dans leur champ de compétences, les experts viennent à comprendre qu'ils sont dévoilés¹.

Le génie génétique et la transgénèse, en particulier, pourraient fort bien, dans le cadre d'une utilisation rigoureuse, apporter des réponses à des questions touchant la santé, l'alimentation ou l'environnement. Ces avantages supposés peuvent être évalués. Mais la dissémination précipitée de constructions génétiques à peine sorties du domaine de la recherche, peut les rendre pour longtemps l'objet de tous les préjugés et les renvoyer au rythme lent de l'expérimentation au long cours. Les demandes de moratoires fleurissent, y compris chez les scientifiques², qui réclament un arrêt immédiat pendant cinq ans des relarguages dans l'environnement des plantes et

produits alimentaires transgéniques. L'acceptabilité sociale des produits OGM est au centre des préoccupations des commerçants du secteur biotechnologique qui croient pouvoir manipuler les discours et les faits. Ils croient l'obtenir par de simples campagnes d'information envers un public « ignorant, pétri de préjugés irrationnels et d'arguments pseudo-scientifiques ». Mais le citoyen s'exprime, demande l'application prudente mais ferme du principe encore mou de précaution, attend d'en connaître la définition et la portée. Le principe de précaution au carrefour de la science, de la politique et du droit, principe de politique publique destiné à guider le décideur et à discipliner l'innovation, répond à une priorité de notre temps : la sécurité.

Le citoyen exige la transparence (des procédures, l'information du public, l'accès aux données), et l'étiquetage (la traçabilité des gènes, le droit de savoir ce qu'on consomme) et impose un débat sur l'expertise (son rôle, le statut de l'expert, les conflits d'intérêts), et la responsabilité (pénale, à but répressif ; civile, sur le risque a posteriori, l'évaluation des dommages ; administrative, sur l'illégalité de décision, la carence des services de contrôle ; disciplinaire, à fins déontologiques). Ces exigences envers les OGM demandent du temps pour y répondre et la fabrication d'outils de mesure et d'évaluation. Retour à la recherche de base.

1. Pour 1998, il y avait 20,5 millions d'hectares cultivés en OGM, aux États-Unis, 4,3 en Argentine, 2,8 au Canada et moins de 0,1 en Europe. Par type de culture : soja (14,5), maïs (3,3), coton (2,5), colza (2,4). Source ISAA.

2. Un OGM est un animal ou un végétal uni ou pluricellulaire dont le matériel génétique a été modifié artificiellement, par le transfert et l'insertion de un ou plusieurs gènes venant d'autres organismes vivants par la technique dite de génie génétique (c'est-à-dire autrement que par multiplication ou

recombinaison naturelle) pour lui conférer une (ou des) caractéristique (s) nouvelle (s) ou lui faire produire quelque chose de nouveau. La transgénèse qui est le processus qui rend possible cette transformation, permet de transférer des gènes d'une espèce à une autre, d'une bactérie à une plante ou d'un humain à un animal. Les possibilités d'application sont très importantes. Les domaines concernés sont la médecine et l'agriculture. Les premiers produits commercialisés contiennent des gènes de résistance à des herbicides ou à des

insecticides. Pour vérifier la présence du gène BtCR2 dans la plante, on introduit aussi ces gènes « marqueurs », qui sont souvent des gènes résistants à certains antibiotiques. Les avantages prétendus avancés par les industries productrices de plantes OGM, consistent en l'accroissement important de la productivité agricole, comme réponse aux besoins alimentaires croissants de la population mondiale, et à l'amélioration de la lutte contre la pollution en réduisant la quantité de pesticides utilisés en agriculture.

3. La recherche et l'innovation sont devenues un secteur économique à part entière: un véritable marché mondial soumis à une concurrence de plus en plus rude qui impose des comportements nouveaux, au moins en Europe: la course aux brevets et la course au dépôt de brevet. La question de la propriété intellectuelle et des brevets est au cœur de tout ce qui est fait dans le domaine des biotechnologies. Comme dans d'autres domaines, certaines petites entreprises du secteur ont bien grandi et les fusions sont devenues la règle au point que dans le secteur des semences, une dizaine d'entreprises contrôlent la quasi-intégralité des intrants du monde.

4. Dans le domaine, la référence est le Codex Alimentarius créé en 1962 par la FAO et l'OMS, comprenant 237 normes alimentaires et 41 codes de pratiques et technologiques et dont le rôle est de protéger la santé des consommateurs et d'assurer la loyauté des pratiques suivies dans le commerce des produits alimentaires.

5. Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS) du 15/4/1994. Il prévoit l'harmonisation des mesures prises par les pays signataires et la compatibilité avec les normes internationales.

6. Conférence mondiale sur la biosécurité en février 1999, organisée par la Convention des Nations Unies sur la biodiversité, dont l'objectif était de limiter les risques des transferts d'OGM. Les pays du groupe de Miami (États-Unis, Canada, Australie, Argentine, Chili, Uruguay) sont à l'origine de l'échec des négociations en refusant toute contrainte sur le commerce international des produits transgéniques.

7. Réunion tenue à l'initiative du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) comme repense de la conférence de Carthagène, elle n'a pu que porter sur le calendrier des discussions devant le refus des États-Unis de tout moratoire sur les OGM.

8. Les États modernes ont mis en place une organisation de la prévention, avec la maîtrise de risques bien identifiés, pouvant faire l'objet d'une connaissance rationnelle et d'une couverture par les assurances. De nouvelles formes de risques amènent à réfléchir à leur gestion, leur évaluation. De plus, la

sécurité est désormais perçue comme un droit.

9. Rapport au Premier ministre sur le principe de précaution, élaboré conformément à la lettre de mission qui leur avait été adressée le 29 mars 1999, présenté le 29/11/99. Voir <http://www.premier-ministre.gouv.fr/PMS/RAPPORTS.HTM#T>.

Leur rapport continue à clarifier le contenu et la mise en œuvre du principe de précaution dans les questions d'analyse et de gestion des risques sanitaires et environnementaux, et à préciser sa portée dans le droit. Au terme de leur rapport, G. Vinay et Ph. Kourilsky formulent une série de recommandations portant sur la définition du principe de précaution, sur l'organisation de l'expertise scientifique et des dispositifs de sécurité sanitaire, ainsi que sur la recherche, l'enseignement et l'information du public, en appelant à développer une culture du risque. Ils envisagent enfin les évolutions qui pourraient être apportées au niveau du droit national et international. Le principe de précaution ne vise pas toute situation de risque, mais celles qui sont marquées par deux caractéristiques principales: l'éventualité de dommages graves et irréversibles. La gravité des dommages désigne leur ampleur et leur nature. La notion d'irréversibilité doit s'entendre au regard d'un objectif de développement durable qui vise à satisfaire les besoins de développement des générations futures (art. 1, loi 95-101, du 2 février 1995), un contexte d'incertitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment.

10. Losey J., E. Rayor L., S. Carter M., L. « Transgenic Pollen Harms Monarch Larvae », *Nature* vol 399, p. 214, 1999.

11. Huang F., Baschman J. E., Blodgett R., A. M. Gaughey, W. H. « Inheritance of resistance to *Bacillus Thuringiensis* Toxin (Dipel ES) in the European Corn Borer ». *Science* vol 284, p. 965-7, 1999.

12. Selon elle-ci, il semblerait que les traits génétiquement modifiés, grâce à l'expression dans la plupart des organes de la plante d'une toxine de *Bacillus thuringiensis*, sont à la fois plus efficaces dans leur résistance contre les pyrales et possèdent une plus grande précision d'action au rapport à des insecticides chimiques à large spectre. Leur toxicité potentielle varie selon les espèces de lépidoptères considérées. Le monarque et le petit monarque, une espèce protégée, se rencontrent occasionnellement, en Europe, dans la zone méditerranéenne. Aucune de ces deux espèces ne fréquentant les zones de maïsiculture, on peut considérer que la lutte contre la pyrale par l'intermédiaire du maïs Bt, ne menace pas les écosystèmes essentiels au maintien des populations de papillons. De plus, le risque de toxicité par ingestion de pollen de maïs génétiquement modifié par des espèces d'insectes présentes à proximité immédiate des champs de maïs est négligeable, compte tenu des caractéristiques des

grains de pollen de maïs (notamment une volatilité très limitée). Avis de la CGR en France plénière du 22/6/1999.

13. « Insecticidal toxin in root exudates from Bt corn », D. Szekely, S. Flores, C. Stotzky, *Nature*, vol 402, p 480, 1999.

14. Il a pour objectif de contribuer à l'élaboration d'un cahier des charges – OGM de nouvelle génération – définissant les caractéristiques nécessaires de constructions génétiques « acceptables » en termes de sécurité ; ainsi qu'à la définition d'un « mode de conduite » adapté, précaire des règles d'emploi contrôlées et fondées sur des données scientifiques solides.

En ce qui concerne les impacts, il s'agit de cerner non seulement les effets directs liés à un OGM particulier, mais aussi les effets indirects liés aux modifications des pratiques agricoles ou agroalimentaires ou aux changements de l'organisation des filières liés à l'introduction d'un ou plusieurs OGM dans les systèmes de culture. Les études pourront porter sur l'impact lui-même (évaluation du risque) ou sur des analyses coût / bénéfice, en référence à des situations antérieures. 15. OCE, 3174 du 8/9/99 (Journal Officiel des Communautés Européennes). « L'étude vise à collecter et analyser des informations sur les risques liés à la mise en vente et à la consommation d'OGM et de produits dérivés, à court et à long termes. Les fondements scientifiques de l'évaluation et la fiabilité

de la méthode d'évaluation feront l'objet d'une attention particulière. L'étude doit analyser la méthode d'évaluation des risques existants et se concentrer sur les initiatives européennes et américaines. L'étude doit fournir des renseignements sur les risques qui font l'objet des investigations et passer en revue les actions de recherche susceptibles de contribuer à identifier les risques potentiels. L'étude doit également proposer des stratégies spécifiques pour résoudre les éventuels problèmes à long terme associés à la mise en vente et à la consommation d'OGM. L'étude est divisée en deux parties: 1) Impact sur l'environnement; 2) impact sur la santé des personnes.

16. Richard Lewontin, dans « The dream of the universal genome », *New York Review of Books*, 28/5/92, p31, dit: « Je ne connais aucun biologiste moléculaire qui n'ait des intérêts financiers dans les biotechnologies ».

17. La dernière en date, World Scientists' Statement se trouve à l'adresse de l'Institute of Science in Society, Biology Department, Open University, www.iss-circos.co.uk. Il demande en plus l'interdiction des brevets sur les organismes vivants, les lignées cellulaires et les gènes, et propose une enquête sur l'avenir de la sécurité alimentaire et l'avenir de l'agriculture prenant en compte les données scientifiques et les implications socio-économiques et éthiques.

Olivier Boltard

Médecin psychiatre

Médecine des années 2000

Un collègue psychiatre et néanmoins crédible m'a rapporté cette histoire authentique : il reçoit récemment un malade désespéré, à la suite d'une première consultation auprès d'un confrère branché.

À ce dernier, le patient avait exposé ses soucis, ce qu'il appelait sa « dépression ». Le psychiatre rétorqua par une batterie de questions et enregistra consciencieusement les réponses sur son ordinateur. Après synthèse, un message apparut sur l'écran aussitôt révélé : « Désolé, Monsieur, mais d'après vos

réponses traitées par l'informatique, vous n'êtes pas déprimé. Il n'y a lieu ni d'entreprendre un traitement, ni de se revoir. »

C'était en 1999. En 2000, et suivantes, les consultants n'auront plus besoin de psychiatre, l'ordinateur

étant capable de poser les questions idoines. La mésaventure ici décrite ne sera pas la règle car les dépressions véritables, les angoisses établies et les délires authentifiés auront droit à l'ordonnance sortie de l'imprimante sans pollution humaine.

Pour la médecine dite somatique, il suffira d'améliorer légèrement le système. Après avoir répondu à un questionnaire, le malade entrera dans un simili-placard où des examens complémentaires, les moins invasifs possible, seront pratiqués. Après analyse des données, l'imprimante recrachera une prescription. Pour certaine école, il faudra indiquer en sus le diagnostic (position majoritaire chez les Anglo-saxons), pour d'autres, il sera utile, voire nécessaire, de le cacher (Cf. *Bulletin de l'Ordre national des médecins*, mai 2005).

La durée de vie ne sera jamais indiquée car des patients non-compliants pourraient tout fausser en se suicidant avant la date de leur mort programmée...

Nous vivons une époque moderne. Nous entrons dans une période formidable.

La mondialisation du marché pharmaceutique est en cours depuis que les médicaments sont devenus des produits industriels, c'est-à-dire essentiellement depuis la Seconde Guerre mondiale. Cette mondialisation des médicaments a été parallèle à celle de la médecine et de la pharmacie : le *Lancet*, Medline, le concept d'*evidence based medicine*, le consentement éclairé avant essai clinique, Retrovir®, Viagra®, etc., sont quelques exemples de produits ou de concepts « mondialisés ».

Cette mondialisation de la connaissance, des pratiques et des produits, a ses avantages et ses inconvénients. L'industrie pharmaceutique, « multinationale », entend bien orienter la mondialisation à son profit. L'année 1999, marquée notamment par la réunion de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) à Seattle, aura sans doute exprimé un tournant de la mondialisation avec l'irruption sur la scène mondiale des associations et des patients.

L'industrie pharmaceutique : acteur ou auteur de la mondialisation ? La stratégie des plus grandes industries pharmaceutiques est mondiale : le marché qu'elles convoitent est mondial, leurs stratégies de fusion aussi et les groupes qui se constituent aujourd'hui sont difficilement identifiables à un seul pays. Cette multinationalité des groupes pharmaceutiques les fait échapper de plus en plus à des logiques nationales. Pour des industries qui raisonnent à l'échelle mondiale, le pouvoir des États devient rapidement indésirable. Elles cherchent donc à lever les barrières qui s'opposeraient à leur développement mondial et trouvent dans certains gouvernements de précieux alliés libéraux. États-Unis d'Amérique, Union Européenne et Japon sont en guerre économique, notamment dans le domaine du médicament. Le plus libéral semble devoir gagner sur le plan industriel, comme le montre l'exemple des États-Unis. Les prix des médicaments sont libres dans ce pays ; les nouveaux médicaments y sont donc chers, ce qui permet aux industriels de dégager plus de bénéfices et d'attirer ainsi plus d'actionnaires, de pouvoir investir plus d'argent en publicité, en recherche ou en lobby auprès de la classe politique.

Pierre Chirac

Consultant MSF,
Campagne d'accès
aux médicaments essentiels.

Mondialisation et médicaments : du droit des brevets au droit des malades

Sur ces plans, les industriels des autres pays sont en désavantage compétitif, et plaident, souvent avec succès, l'imitation du « modèle américain ».

Les industriels n'en restent pas là ; ils estiment que répéter des essais ou des études dans un pays pour y obtenir une autorisation de mise sur le marché est une forme de protectionnisme. Ces industriels veulent bien le faire quand ils y ont un intérêt commercial (s'allier à des leaders d'opinion locaux, grâce à des essais cliniques par exemple), mais ils ne veulent pas y être obligés, notamment dans des pays qui ne représentent pas d'enjeu commercial très important à leurs yeux. Le processus ICH (*International conference on harmonisation*, qui réunit industriels et administrations publiques du groupe USA-UE-Japon) a ainsi pour objectif de généraliser la reconnaissance mutuelle des autorisations de mise sur le marché. Si cette conférence a aussi pour but de rationaliser la recherche, en ne dupliquant pas

d'inutiles preuves, par exemple, elle devrait surtout représenter d'importantes économies pour les industriels.

La mondialisation du prix des médicaments tue. La mondialisation décrite précédemment est surtout animée par le groupe USA-UE-Japon. Elle entend ouvrir aux industriels de ces pays le libre accès à tous les autres marchés nationaux. L'industrie pharmaceutique occidentale a un avantage considérable sur les autres pays en matière de recherche et développement (moyens et savoir-faire). Cet avantage, elle entend le conserver encore longtemps et le protéger le plus efficacement possible. L'industrie pharmaceutique a été ainsi particulièrement active pour que les droits de propriété industrielle soient inclus dans le dernier cycle de négociations du GATT (*l'Uruguay round*). Ce cycle s'est achevé avec la signature des accords de Marrakech en 1994, portant création de l'OMC. Ces accords compren-

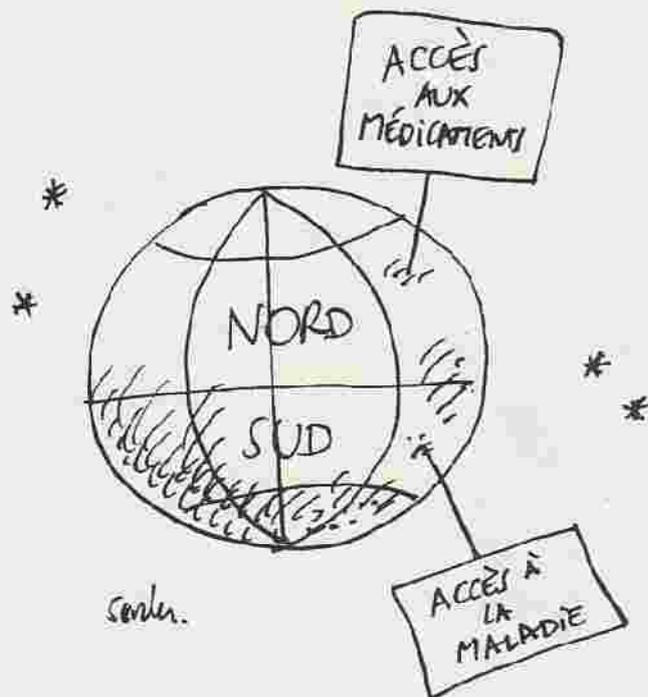


nent une partie dénommée « aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce » (ADPIC, TRIPS en anglais). L'accord ADPIC prévoit notamment que les pays membres de l'OMC reconnaissent les brevets dans tous les domaines industriels, pour une durée minimale de vingt ans. Les pays signataires des accords de l'Organisation mondiale du commerce qui ne reconnaissent pas complètement les brevets dans le domaine pharmaceutique sont donc tenus, à terme, de le faire. Cette obligation concerne notamment des pays qui ont fortement contesté cette disposition des accords de l'OMC, tels que l'Argentine, l'Égypte ou l'Inde par exemple.

Dans certains pays en voie d'industrialisation, les brevets sur les procédés de fabrication pharmaceutique étaient parfois reconnus, mais pas sur les médicaments eux-mêmes. Ces pays permettaient donc à des industriels locaux de mettre au point légalement de nouveaux modes de fabrication de

médicaments encore sous brevet, par « ingénierie inverse » (utilisation d'un procédé nouveau pour produire un médicament dont la formule chimique est connue). En pratique, ces copies de médicaments permettaient aux populations locales d'avoir accès à des médicaments récents à un prix plus abordable que celui du médicament princeps.

En conséquence des accords ADPIC, cette source de médicaments récents à prix abordables va se tarir pour les pays en développement. Cela est d'autant plus préoccupant que les industriels occidentaux n'adaptent pas leurs prix au pouvoir d'achat des différents pays. Ils proposent aujourd'hui de plus en plus un prix mondial, cette attitude étant caricaturale dans le domaine du SIDA. Interpellés à ce sujet, les industriels répondent notamment que les pouvoirs publics doivent se mobiliser ; pas pour exercer un contrôle sur les prix des médicaments bien sûr, mais pour régler la facture.



Et lorsque, par exemple, le gouvernement d'Afrique du Sud entend utiliser deux marges de manœuvre autorisées par les accords ADPIC (notamment les licences obligatoires et les importations parallèles), les industriels américains font exercer de très fortes pressions contre ce pays par le vice-président du gouvernement en personne.

Les actions menées par Act Up notamment ont conduit à ce que le gouvernement américain fasse une première fois marche arrière, en septembre 1999 et reconnaisse la légitimité des intentions sud-africaines. Les associations saluèrent cette évolution, mais réclamèrent que les États-Unis aillent plus loin, en généralisant leur position à tous les pays. À Seattle, le président Clinton a franchi ce pas.

Une coalition d'associations mondialisée fait reculer les États-Unis. Internet, outil mondialisé et mondialisant, a grandement facilité les échanges d'informations entre associations critiquant les accords de l'OMC dans le domaine du médicament. En quelques mois au cours de 1999, les contacts entre associations de malades

au Sud, associations de consommateurs au Nord, associations d'activistes santé et associations médicales de terrain se sont noués. Ce qui se passait dans le secret des relations inter-étatiques entre les États-Unis et l'Afrique du Sud ou la Thaïlande a surgi peu à peu, jusqu'à paraître dans les plus grandes revues médicales mondiales et les grands quotidiens américains. En pratique, les pressions exercées par Act Up, CPT (une association de consommateurs américaine spécialisée dans la propriété industrielle), HAI (un réseau mondial d'activistes santé), avec l'appui déterminant de MSF, ont conduit Bill Clinton à réviser drastiquement sa politique. Lors de son discours à Seattle, Bill Clinton a reconnu la légitimité des efforts des pays en développement pour minimiser les conséquences négatives des accords ADPIC. Il a déclaré que le représentant américain du commerce extérieur devrait désormais solliciter l'avis du ministère de la Santé lorsqu'il s'agissait d'évaluer si la politique pharmaceutique d'un État était contraire aux intérêts américains.

Compte tenu du fait que les États-Unis étaient à la pointe du combat pour réclamer un respect encore plus strict des brevets pharmaceutiques, le revirement américain pourrait avoir une portée considérable, s'il est traduit rapidement dans les faits. Cette position américaine devrait également encourager un assouplissement au sein de l'Union Européenne, laquelle a manqué jusqu'à présent sur ce dossier de montrer un minimum de solidarité avec les pays en développement.

Au total, quelques associations représentatives de la diversité mondiale ont mis un grain de sable dans la mondialisation injuste du commerce pharmaceutique mondial. Au profit d'une idée simple : nous sommes des êtres humains, pas des consommateurs de médicaments.



À propos de l'ouvrage de *Véronique Vasseur, Médecin- Chef à la prison de la Santé, ed. Le Cherche-midi, Paris, 2000.*

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue

Peut-être n'aurait-elle pas dû l'écrire... peut-être aurait-elle dû le dire autrement... Elle n'a pas respecté l'obligation de réserve... Elle a omis de parler des progrès réalisés depuis quelque temps...

Bref, elle n'aurait pas dû ouvrir sa gueule. Et tous les responsables pénitentiaires qui ont couvert la situation depuis des années, tous les hommes de justice qui ont fermé les yeux sur l'injustice, tous ces hommes politiques qui n'en avaient que faire – jusqu'au jour

où ils ont constaté qu'ils risquaient d'y séjourner – tous ces administratifs qui ignoraient pour n'y être jamais allés... bref, tous ces gens bien ont critiqué l'audace du docteur Vasseur parce qu'elle a dit haut et fort ce que tout le monde savait et ce que quelques-uns avaient commencé à dénoncer. Ce que ces fonctionnaires de la République n'ont pas supporté, c'est que cette femme craque devant tant d'ignominies pendant qu'ils cachaient leur lâcheté derrière l'« obligation de réserve », cette vaste hypocrisie !

Le véritable tournant vint initialement de la volonté de deux ministres de la Santé – Bernard Kouchner et Simone Veil – qui lancèrent et mirent en place, il y a cinq ans, la réforme historique de la nouvelle organisation sanitaire dans les prisons. Ils n'avaient pas prévu qu'au delà de l'amélioration des soins, ils permettraient l'entrée d'un regard extérieur dans ce monde clos, souvent hors droit. Qu'importe, c'est grâce à tous ceux qui se sont infiltrés dans cette faille que fut découverte la situation dramatique des prisonniers. Grâce à ceux et celles qui ne se sont pas contentés de soigner les plaies, mais ont remis les administratifs de la justice, de la santé, de l'organisation pénitentiaire face à leurs responsabilités. Ils en ont parfois payé le prix, victimes d'attaques individuelles et de tracts syndicaux calomnieux. C'est enfin grâce à des associations comme le GÉNÉPI*, formée d'étudiants, qui, depuis des années, non seulement assure des cours, mais a représenté le premier regard extérieur ; ou encore l'Observatoire interna-

Chapeau, Docteur Vasseur !

* GÉNÉPI
14, rue Ferrus
75014 Paris
Tél.: 01 45 88 37 00
E-mail : genepl@mygale.org

tional des prisons (OIP) qui, depuis 1996, recueille des informations sur le non-respect des droits de l'homme dans nos cellules républicaines et les transmettent à la presse.

La démarche du docteur Vasseur va au delà du coup de gueule. Elle pose le problème permanent des frontières de la médecine, que beaucoup voudraient limiter au simple traitement des pathologies. Contentez-vous de réparer les erreurs de la nature, et surtout, ne vous mêlez pas des conséquences de nos petites erreurs sociales. Il faudrait donc traiter, réparer, réparer encore et réparer toujours. Et en silence, je vous prie ! Réparer les ignominies des prisons sans les dénoncer, réparer les conséquences terribles du chômage sans contester la machine à broyer,

remettre en forme les épuisés du travail et des transports en commun sans poser la question des mutations abusives et brutales, soulager les victimes du harcèlement hiérarchique sans dénoncer la hiérarchie, traiter les escarres des personnes âgées sans remettre en question les conditions de vie proposées à nos aînés. Bref, il faudrait que le médecin soigne tous ces oublis ou ces erreurs et garde le silence, moyennant quoi on l'autorisera à toucher son petit profit.

Alors, Docteur Vasseur, merci de nous rappeler que nous ne sommes pas des serviteurs de ce système, que notre éthique n'est pas seulement de soulager la souffrance, mais aussi de dénoncer les sources de souffrance et ceux qui la fabriquent. Cela s'appelle la vraie médecine préventive.

Mercredi 23 février 2000

Marc Zafran / Martin Winckler

Madame la Ministre,
Monsieur le Président et cher confrère,

Médecin généraliste
et écrivain.

Je sors d'une réunion départementale, réunissant toutes les structures concernées par la grande campagne sur la contraception lancée en début d'année par le ministère. Il y avait là des membres actifs du MFPE, la responsable de la PMI, une représentante de l'Éducation Nationale, etc.

L'objet de la réunion était de proposer des actions locales, entrant dans le cadre de la campagne. Après un tour de table au cours duquel chaque intervenant a fait l'état des lieux dans son domaine d'intervention, je me suis étonné de ce que les seuls professionnels qui n'aient pas été associés à la campagne soient... les médecins libéraux.

L'une des personnes présentes m'a alors expliqué que le ministère avait

bien contacté le Conseil de l'Ordre. Celui-ci aurait répondu que les médecins savaient parfaitement prescrire la contraception et qu'il n'était pas nécessaire de les informer. Autrement dit, toutes les plaquettes, toutes les feuilles d'information, ainsi que les numéros de téléphone permettant aux femmes concernées de connaître les coordonnées du centre de planification le plus proche n'ont pas été envoyés aux médecins.

Cet état de fait – qui dissocie totalement les premiers prescripteurs de soins d'une campagne nationale de santé publique – est significatif du caractère irrationnel de la politique de santé en France.

Depuis que je travaille dans le secteur de la planification, il ne s'est pas passé de mois sans que j'aie reçu des femmes contraintes à recourir à l'IVG pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- absence de contraception chez une mineure vivant dans un lieu isolé par refus du médecin de la prescrire ;
- absence de contraception après un accouchement parce que ni les obstétriciens, ni le médecin généraliste n'avaient jugé utile d'en parler à la sortie de la maternité (à leurs yeux, les accouchées n'ont pas de rapports sexuels) ;
- échec de contraception par défaut d'information sur les modalités de la prise et les précautions à prendre (risque d'oubli, que faire en cas de vomissements, en cas de diarrhée importante, etc...)

Lettre ouverte

à Martine Aubry, ministre, et à Bernard Glorion, président de l'Ordre des médecins

*Martin Winckler publie ce mois d'avril, à Indigène éditions, **En soignant, en écrivant**, un recueil de textes sur vingt ans, dont beaucoup d'insites - regroupés selon un ordre chronologique. Ils permettent de recomposer son parcours d'« homme-médecine », depuis le lycée accompagnant son père - « un modèle de soignant » - dans ses visites à domicile, en passant par l'étudiant - déjà engagé contre l'université médicale française - et jusqu'à l'écrivain d'aujourd'hui pour qui écriture et soin sont désormais indissociables. Notre collaborateur rappelle combien Pratiques (ancienne et nouvelle formales) a compté, et compte, pour lui : « Pour un garçon qui vivait depuis longtemps et vivait dans l'enfer des relations depuis plus longtemps encore, Pratiques avait une valeur aussi importante qu'un journal personnel. Son existence même signifiait que le lieu où on faisait mine de ne s'apprendre à soigner, un lieu sourd à toute parole sensible, pouvait être mis en question par écrit, individuellement et collectivement. » Ed. Indigène, 212 p., 98 F.*

- ignorance par le médecin des modalités de contraception du lendemain : médicaments (Norlevo®) ou pose d'un Dispositif Intra-utérin (DIU) ou stérilet ;
- refus de poser des DIU (parce que le médecin « n'y croit pas » ou « n'a pas confiance ») - refus de poser un DIU à une nullipare (parce que le médecin pense que « ça donne des infections ») ;
- conseil du médecin d'arrêter la pilule « un mois par an pour s'assurer que tout va bien » ;
- retrait d'un stérilet au bout de quatre ans et rendez-vous pour la pose d'un autre stérilet... deux mois plus tard (alors que les deux gestes peuvent et doivent avoir lieu le même jour)
- prescription de contraceptifs oraux inadaptés (pilules trop faiblement dosées à des femmes jeunes, par exemple) ;
- prescription de faux contraceptifs (Diane 35) sous l'influence de la désinformation des laboratoires ;
- défaut d'information de la part des médecins sur les idées reçues du public concernant l'allaitement (qui ne protège pas contre la grossesse) ou la prise d'anti-inflammatoires (qui n'empêche pas la port d'un stérilet) ;
- défaut ou refus de prescription d'une contraception à une femme de plus de 45 ans en laissant entendre qu'elle « va bientôt être ménopausée » (ce qui est impossible à prédire !!!)
- défaut de prescription à une femme ayant fait plusieurs fausses couches spontanées, en laissant entendre que « de toutes façons, elle n'aura jamais d'enfants » ;
- défaut d'information de la part des médecins sur tout ce qui concerne la sexualité. Oui, je sais les enseignants, en principe, parlent de sexualité en classe. Mais ils sont souvent les plus mal placés pour délivrer ces notions, qui touchent à l'intime ; seuls les médecins sont suffisamment près de la population pour le faire. Ils ne le font pas. Mais faut-il s'en étonner ?

Oui, de nombreux médecins français sont responsables de la sous-utilisation du DIU, de la mauvaise utilisation des contraceptifs oraux, de la non-utilisation d'une contraception fiable, de la persistance des préjugés les plus absurdes qui courent sur les diverses méthodes existantes. Ils en sont responsables parce que beaucoup de médecins n'agissent pas comme des professionnels, de manière concertée, organisée, collective,

en partenariat avec les pouvoirs publics, mais comme de petits nantis qui ne se préoccupent que d'une chose : leurs revenus.

Et malgré le nombre important de grossesses non désirées imputables aux carences ou à l'incurie des médecins, le Conseil de l'Ordre pense encore, aujourd'hui, qu'il n'est pas nécessaire de mêler les praticiens concernés à une campagne nationale ? Quant au ministère, il ne juge pas utile de passer outre et de mettre les médecins devant leurs responsabilités ?

Ce n'est pas seulement scandaleux, c'est *criminel*.

Je rêve d'un monde où ne deviendront médecins que les individus qui voient dans cette fonction une responsabilité à l'égard de la collectivité.

Dans ce monde utopique, les internes des maternités n'oublieront pas qu'une accouchée est toujours une femme de désir, c'est-à-dire une femme fécondable ; les gynécologues enseigneront à leurs confrères généralistes la pose des stérilets ; les auteurs d'articles ne se laisseront pas influencer par la désinformation des laboratoires ; les généralistes prescriront avec neutralité l'ensemble des moyens de contraception sans se laisser influencer par leurs préjugés, sans colporter idées reçues ou imbécillités plus grosses qu'eux.

En attendant que ce monde existe (et c'est pas demain la veille !), il est du devoir moral du gouvernement, du Conseil de l'Ordre et des syndicats médicaux français de lancer une grande campagne d'information sur la contraception auprès du corps médical lui-même, afin de convaincre, sinon de contraindre, chaque praticien à mettre à jour des connaissances souvent datées dans un domaine pourtant crucial pour la population.

L'objectif ? Tout simplement de réduire le nombre des 220 000 IVG qu'on pratique encore chaque année en France. Cet objectif, qui sera sûrement approuvé par l'ensemble de la profession, ne peut être atteint *qu'avec son aide* car seuls les médecins peuvent donner accès aux méthodes les plus fiables.

Alors, madame la Ministre, monsieur le Président de l'Ordre, au boulot !

Nous avons lu pour vous

Daniel Mermet, *Là-bas, si j'y suis*, ed. La Découverte, Paris, 1999.

Le livre est un recueil de dix années d'émissions « Là-bas, si j'y suis » sur France-Inter.

Le récit commence avec les Tziganes et se termine à Grozny, en passant par de nombreux coins de la planète. Il s'agit de témoignages auprès de gens anonymes, vivant des moments difficiles de leur vie, en lien avec les difficultés du moment ou avec la guerre.

Mermet les laisse parler, partage un moment de leur vie, en fait des acteurs du monde. Le livre est rempli d'émotion, d'attention aux autres, en particulier, ces petites gens qui n'auront jamais droit aux médias.

Il nous permet aussi de retrouver cet ancien nazi vivant tranquillement en Bavière et qui va pouvoir être jugé. Il s'agit aussi d'un livre de combat, anti-FN et anti-totalitaire. On y retrouve, en fil rouge, le 17 octobre 1961, car Daniel Mermet fut ce jour-là le témoin direct (il avait 17 ans) des exactions de la police française contre les Algériens manifestant pacifiquement dans Paris. Cette tache dans notre histoire, qui mériterait au moins des excuses de l'État français, y est relatée de façon très émouvante.

Bref, lisez ce livre car il s'agit d'un témoignage supplémentaire de la nécessité de rester éveillé et combatif.

Christian Bonnaud

Jean-Claude Izzo, *Le soleil des mourants*,
ed. Flammarion, Paris, 1999.

L'auteur, Jean-Claude IZZO vient de mourir à 54 ans des suites d'un cancer bronchique. Il s'agit de son dernier livre.

L'histoire débute à Paris, où Rico, SDF, assiste à la mort de froid de Tibi, son copain SDF. Il décide alors de quitter Paris, pour aller à Marseille, plus au chaud, car il se sait malade, il tousse, il a mal et il boit pour soulager sa douleur. Nous suivons alors l'itinéraire de Rico de Paris à Marseille où il va aller mourir du « crabe » qui lui ronge les poumons.

Nous remonterons bien sûr l'histoire personnelle de Rico et nous découvrirons comment un cadre peut devenir SDF. Nous vivrons aussi les rencontres, parmi lesquelles un autre clochard, plutôt magouilleur et salaud, comme il en existe partout, et aussi une jeune Bosniaque, qui fait des « passes » pour payer les « passeurs de frontières », car il existe toujours des profiteurs de toutes les misères.

Avec Rico, nous sommes SDF, nous comprenons à travers son humanité, le refus de soins qu'il maintient malgré le mal et noie dans l'alcool. Mais ce refus nous interpelle, car il est sûrement pour Rico, la seule façon de vivre.

Le livre est bien écrit, comme les autres romans de Jean-Claude Izzo que je vous recommande aussi.

A lire aujourd'hui, parce que l'optimisme de rigueur, en raison de la reprise économique, cache encore beaucoup de misère.

Christian Bonnaud

Les histoires de la médecine en restent souvent à l'énumération des avancées techniques, auxquelles elles opposent les erreurs, l'ignorance, l'obscurantisme, la naïveté des siècles passés. De là, les auteurs de ces histoires, généralement médecins eux-mêmes, en arrivent facilement à la constatation un peu navrée du décalage considérable entre les fantastiques progrès techniques d'aujourd'hui et les vieilles pratiques irrationnelles des siècles passés. D'ailleurs, ces progrès techniques auraient au fond largement généré les questions éthiques. Le corollaire du positivisme en histoire de la médecine est souvent l'appropriation par les médecins de l'éthique médicale. À l'aube de la retraite, (« je n'avais pas le temps avant ») des médecins renommés retrouvent l'ancienneté de leur Art, se découvrent une conscience humaniste, s'improvisent historiens, socio-historiens, éthiciens.

En réalité, des succès effectifs de la médecine leur reste l'idée bien ancrée de l'inexistence, ou du moins de la non-consistance, d'une médecine sans médiation biologique et instrumentale forte, c'est-à-dire d'une médecine qui ne serait pas une biomédecine. De là aussi découle donc *a fortiori* la conviction de la superfluité de l'histoire d'une telle médecine, de son caractère anecdotique, voire de son inutilité, notamment pour la réflexion éthique.

Considérons le cas de l'histoire du diagnostic anténatal. Cette histoire passe sinon pour une histoire immédiate, du moins pour une histoire du présent. Elle est incontestablement fascinante pour qui la science reste un sujet d'étonnement. En voici un bref résumé « technique » :

Avant l'ère de la « médecine scientifique », il n'existe aucun moyen fiable de diagnostic des anomalies fœtales. Tout juste tente-t-on de diagnostiquer le sexe du fœtus. À partir du XX^e siècle, l'histoire scientifique du diagnostic anténatal du sexe parvient à rejoindre celle de la biologie moderne, même si on continue très-tardivement à proposer des méthodes cliniques. Ces premières méthodes biologiques consisteront à mettre à profit le statut immunologique ou hormonal de la femme enceinte pour le corrélérer avec le sexe

Jean-Claude Dupont

Maire de conférences à l'Université de Picardie, Amiens. Il est philosophe et historien des sciences.

Les trois mille ans du diagnostic anténatal

du fœtus. En fait, on assistera entre 1900 et 1950, à une vraie concurrence entre endocrinologues, immunologistes et cytologistes et radiologues, revendiquant pour leur discipline le diagnostic le plus fiable. Cette période précédant l'avènement de la biologie moléculaire voit l'affrontement d'un certain nombre de disciplines biologiques rivales, dont les débats autour du diagnostic prénatal du sexe sont la traduction profonde. La radiologie sera rapidement disqualifiée à cause de sa dangerosité. L'endocrinologie naissante propose l'épinéphrine urinaire, substance à la mode, comme marqueur du fœtus mâle (1912) et puis la détection d'une hypothétique hormone fœtale mâle spécifique dans le sang de la femme enceinte (1920). Dans les années trente et quarante, on étudie l'utilisation d'animaux comme marqueur de sexe et le dosage des androgènes fœtaux sur l'urine de femme enceinte. Les années cinquante voient la mise au point de tests salivaires. Les seuls résultats hormonaux fiables arriveront trop tard et concerneront la testotéronémie, et surtout la testostérone et la FSH du liquide amniotique. L'immunologie, quant à elle, imagine des anticorps maternels dirigés contre les tissus testiculaires de l'embryon mâle, mis en évidence par injection intradermique d'extraits testiculaires. Très ultérieurement à la théorie chromosomique du sexe, la cytologie, par l'identification directe ou indirecte des chromosomes sexuels s'imposera définitivement. Il se révélera possible de travailler sur les lymphocytes fœtaux circulants ou les cellules choriales desquamées, mais grâce à l'amniocentèse, le liquide amniotique représentera le matériel biologique de choix. Sur les cellules amniotiques, on recherchera l'ancien corpuscule de Barr (1950), le corpuscule Y fluorescent (1972) ou la combinaison des deux. Eventuellement, sont possibles le caryotype (1966) sur cultures de cellules amniotiques, la

recherche des cellules cyanophiles. Enfin, l'imagerie revient à l'honneur avec l'échographie. L'histoire scientifique du diagnostic anténatal du sexe s'achève alors ou plutôt rejoint une autre histoire qui commence à peine, celle du diagnostic des anomalies fœtales. En une quinzaine d'années seulement, le fœtus rendu accessible in utero devient sujet médical. À partir des années soixante-dix, apparaissent en effet successivement : amniocentèses précoces et premiers diagnostics d'anomalies chromosomiques (1972), premiers diagnostics de maladies métaboliques (1973), premières échographies (1974), premières fœtoscopies (1976), premiers examens sur sang fœtal et premières embryoscopies (1978), premiers diagnostics sur villosités choriales (1983). Parallèlement, l'analyse des cellules fœtales, d'abord cytogénétique, devient biochimique, puis dans les années 80-90, devient celle de l'ADN grâce à l'emploi des techniques issues de la biologie moléculaire.

Dès leur apparition, l'échographie et les caryotypes fœtaux ont rapidement créé de nouveaux problèmes éthiques. Parce qu'il peut aussi mener à l'interruption de grossesse, le diagnostic anténatal n'a, de fait, comme pour la médecine d'avant les années soixante, plus un rôle exclusivement thérapeutique (dès les années trente, le diagnostic de l'incompatibilité rhésus pouvait mener à l'exsanguino-transfusion). Ce rôle thérapeutique se renforcera peu à peu en une médecine et une chirurgie fœtales.

À la lumière des développements de la biologie moderne, on a donc pris l'habitude de distinguer clairement d'un point de vue historique le diagnostic anténatal du sexe et le diagnostic anténatal des anomalies fœtales. Le premier daterait du début du siècle et s'achèverait avec l'examen cytogénétique et l'échographie, le

second relèverait d'une histoire plus récente de l'obstétrique, qui se poursuit encore. Par ailleurs la biologie rendrait seul possible l'âge de l'éthique médicale, une éthique induite par les progrès techniques, et donc relevant du spécialiste compétent dans ce domaine, le médecin. Que faut-il en penser ?

Les pratiques médicales de diagnostic anténatal du sexe n'ont pas un siècle mais au moins trois mille ans. Dès la plus Haute Antiquité coexistent les pratiques divinatoires, cliniques et « biologiques » du diagnostic anténatal du sexe. La plus ancienne tradition écrite est celle du papyrus de Berlin (1200 avant J.-C), qui contient un test de diagnostic anténatal : « Orge et blé amidonnier, que la femme humectera au moyen de son urine, chaque jour, ainsi que des dattes et du sable, mis dans deux sacs séparés. Si, ensemble, ils se développent, elle accouchera de façon normale. Si seul l'orge se développe, cela signifie un enfant mâle. Si

seul le blé se développe, cela signifie une fille. S'ils ne se développent pas, elle n'accouchera pas de façon normale. » Même si les Egyptiens attachaient également une valeur prédictive à la clinique, la médecine pharaonique est un mélange d'empirisme et de pratiques divinatoires, liée à une symbolique et une mythologie spécifiques.

La médecine grecque évoque aussi de pareilles recettes, utilisant notamment le lait maternel, mais dans sa rationalité évoque de façon très cohérente de nombreux signes : le teint de la mère, son appétit, son humeur, l'aspect du visage, des seins (couleur du mamelon, aspect de l'aréole), l'aspect du lait, l'activité du fœtus. Sans entrer davantage dans le détail, on y retrouve des dichotomies symboliques et très anciennes : droite-gauche, chaud-froid, sec-humide, ainsi que l'influence des conceptions hippocratiques et aristotélienne de la génération et du déterminisme du sexe.



Ces idées seront reprises à l'âge classique et la médecine populaire va y ajouter ses innombrables recettes qui font les délices de ceux qui fustigent l'obscurantisme des siècles passés. Le problème est que ces recettes sont préconisées même par les plus grands. Il faut citer par exemple Amboise Paré, le maître de la chirurgie en parlant des femmes enceintes d'un enfant de sexe mâle : « *Toutes ses parties droites sont plus habiles à tous les mouvements ; le premier pas qu'elle fait étant debout, est du pied droit ; et étant assise, quand elle veut se lever, elle met plutôt la main droite sur le genou droit pour s'y appuyer. L'œil droit est plus mobile, le sein droit grossit plus tôt, et le mouvement de l'enfant est plus du côté droit - pour une fille, ce sera le contraire.* »

Si les pratiques de diagnostic anténatal sont très anciennes, la distinction stricte entre diagnostic anténatal du sexe du fœtus et de ses anomalies éventuelles est en revanche très récente et nous ferait oublier que le fœtus de sexe féminin a été depuis longtemps considéré sinon comme une quasi-anomalie (point n'est besoin d'être un spécialiste pour savoir le lire chez Aristote), tout au moins comme un objet très peu désirable. Toutes les pratiques de diagnostic anténatal pouvaient donc mener à l'avortement dont l'Antiquité médicale nous lègue également de nombreux procédés accompagnés de réflexions concernant leur utilisation. Ainsi la conception ne commençant pour Hippocrate et Aristote qu'avec la coagulation des deux semences, ou même qu'avec l'animation du fœtus, il n'y a pas de contradiction d'un point de vue éthique entre le précepte hippocratique « je ne prescrirai pas d'abortifs » et la prescription de pratiques abortives avant cette période, et ce d'autant plus si elles restent mécaniques comme le recommande Hippocrate, donc ne nuisent pas. Malgré toute la compassion des textes hippo-

cratiques pour les infirmes, la médecine grecque n'adoucirait pas les pratiques eugéniques des cités, et Soranos d'Éphèse définit la puériculture comme l'art de choisir « *quels sont les nouveau-nés qui méritent qu'on les élève* ». Une question éminemment éthique surgit alors : quels sont ces nouveau-nés qui méritent qu'on les élève ?

On sait bien qu'au delà des aspects philosophiques et en dépit des réflexions augustinienne sur la personne, la faveur du sexe mâle sera universellement répandue, pour des raisons culturelles, économiques et stratégiques, jusque y compris le vingtième siècle. Jusque-là, bien évidemment on ne dispose d'aucun moyen fiable de diagnostic. Mais à défaut de pouvoir prédire, on cultive l'art de faire des garçons. Michel Procope-Couteau (1684-1753) préconise l'ablation du testicule ou de l'ovaire correspondant au sexe dont on ne voudrait pas, et Jacques André Millot (1738-1811) explique comment modifier l'angle du « canon de la vie » pour diriger la semence sur le bon ovaire. Les déchirements de la conscience morale occidentale ne concerneront jamais sa composante misogyne.

L'histoire du diagnostic anténatal est inséparable de celle des pratiques ancestrales, populaires et savantes, destinées à avoir un bel enfant du sexe désiré, des représentations liées à la procréation. Plus généralement, oublier l'histoire de la médecine serait la réduire au récit d'une accumulation de techniques. Si l'on s'attache à restituer la vérité de chaque période, il faut en évoquer les tâtonnements, en montrer les articulations, les ruptures historiques, éviter l'illusion rétrospective qui en ferait une simple marche vers la médecine d'aujourd'hui.

Mais au delà, un oubli de l'histoire de la médecine serait préjudiciable à la réflexion éthique, et

par-là, semble-t-il, à certains aspects de la pratique médicale contemporaine. La médecine a toujours été une démarche éthique. Si les techniques modernes de diagnostic anténatal ont créé des situations éthiques inédites, les pratiques anciennes, toutes aléatoires qu'elles étaient, avaient déjà soulevé des problèmes éthiques fondamentaux auxquels les médecins avaient donné leur réponse, aussi éloignée soit-elle de notre sensibilité. Ces réponses peuvent encore nous éclairer. Sont abordés dès l'Antiquité et au Moyen Âge le statut de l'embryon, le com-

mencement de la vie, le droit de vivre, discrimination, eugénisme, sexisme. Si le poids de la biologie et les situations éthiques sont évidemment bien différents selon les époques, la question éthique touchant l'embryon n'est pas nouvelle ; elle semble aussi ancienne que la médecine elle-même. Une histoire compréhensive doit donc contribuer à introduire des matériaux pertinents pour la réflexion éthique et à l'enrichir. L'histoire de la médecine, en réalisant l'archéologie de situations oubliées, pourrait ainsi nourrir bien davantage le débat éthique.

Bibliographie

- La citation du papyrus de Berlin est tirée de Thierry Bardinnet, *Les papyrus médicaux de l'Égypte pharaonique*, éd. Fayard, Paris, 1995.

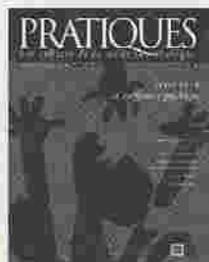
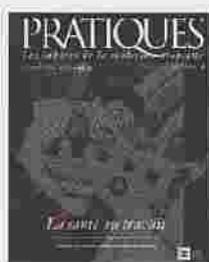
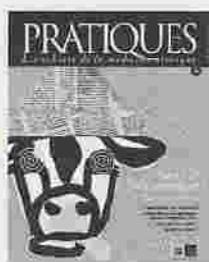
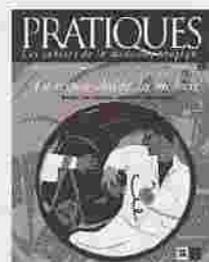
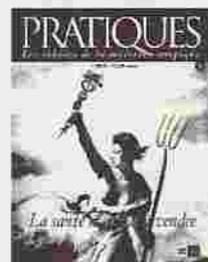
- Celle d'Ambroise Paré est tirée de son traité *De la Génération de l'Homme*, dans *Œuvres de Ambroise Paré*, Union Latine d'Éditions, Paris, 1976.

- Les références sur l'histoire de la procréation sont très nombreuses : citons Pierre Darmon, *Le mythe de la pro-*

création, de l'âge baroque, éd. du Seuil, Paris, 1981 ; Jacques Gonzales, *Histoire naturelle et artificielle de la procréation*, éd. Bérès, Paris, 1996 ; Claude Humeau, *Procréer, histoire et représentation*, éd. Odile Jacob, Paris, 1998.

- Pour les problèmes éthiques, voir Jacques Milliez, *L'euthanasie du fœtus, Médecine ou eugénisme?* éd. Odile Jacob, Paris, 1999.

- 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

prochain numéro :

- n°10 : Folie et psychiatrie

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°8 : La santé n'est pas à vendre

- n°9 : L'hôpital en crise

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 et librairies, diffusion Harmonia Mundi. Nous remercions particulièrement pour leur soutien actif les librairies suivantes : Les Volcans - Clermont-Ferrand ; La Machine à Lire - Bordeaux ; Kléber - Strasbourg ; Sauramps - Montpellier ; Le Roi Lire - Sceaux ; 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
(étudiant, remplaçant, installé de moins
de trois ans et demandeur d'emploi) | 200 FF |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement couplé médecin/salle
d'attente un an (envoi d'affichettes
de promotion compris) | 500 FF |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité
(80 FF + 10 FF de frais d'envoi) :
- nombre d'exemplaires :
- intitulé du numéro : | 90
FF/numéro |

nom _____

prénom _____

adresse _____

téléphone _____

profession _____

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

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES n° 9

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, Marie-Odile Herter
Responsable de diffusion : Dominique Tavé
Comité de rédaction : Chislaine Audran ;
Geneviève Barbier ; Christian Bonnaud ;
Jean-Luc Boussard ; Daniel Coutant ;
Martine Devries ; Monique Fontaine ;
Hélène Girard-Stern ; Catherine Jung ;
Elisabeth Maurel-Arrighi ; Anne-Marie Paboïs ;
Elisabeth Pénide ; Anne Perraut-Soliveres ;
Bernard Senet.

Correspondants : Olivier Boltard ; Geneviève Busson ;
Marie-Hélène Favarger ; Bernard Joly ; Elisabeth
Lapeyrade ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ;
Ginette Marchive ; 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.

Les titres, sous-titres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction.

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 premier trimestre 2000
commission paritaire n° 67150A5
ISSN 1161-3726
ISBN 2-911939-24-7

Publié avec le concours du
Centre National du Livre

BULLETIN D'ABONNEMENT

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique