

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*

13

**DOSSIER**

*La médecine et l'argent*

# S O M M A I R E

<b>Editorial</b>	<b>3</b>	
<b>Dossier</b>		
<b>L'argent...et la médecine ? Et le soin ?...</b>	<b>5</b>	
<b>L'ÉCONOMIE : LE MICRO ET LE MACRO</b>		
<b>Visages : Porte-monnaies</b>	<b>6</b>	<i>D. Tavé ; C. Bonnaud</i>
<b>Maîtrise des dépenses</b>	<b>7</b>	<i>Pierre Volovitch</i>
<b>La gestion du système de soins</b>	<b>12</b>	<i>Jean de Kervasdoué</i>
<b>Le coût de la maîtrise</b>	<b>14</b>	<i>Anne Perraut-Soliveres</i>
<b>Sans trop savoir</b>	<b>17</b>	<i>Damien Sauvezie</i>
<b>Recette pour la création d'un (petit) îlot d'utopie heureuse...</b>	<b>18</b>	<i>Patrice Muller</i>
<b>Conflits d'intérêt</b>	<b>19</b>	<i>Martine Devries</i>
<b>Les carabins de Limoges</b>	<b>21</b>	<i>Hugues Moussy</i>
<b>Le paiement à l'acte... source de questionnement</b>	<b>22</b>	<i>Daniel Coutant</i>
<b>Médecine libérale, médecine salariée</b>	<b>24</b>	<i>Monique Fontaine</i>
<b>Comptes d'apothicaire</b>	<b>25</b>	<i>Philippe Michard</i>
<b>Mondialisation et santé : attention danger !</b>	<b>27</b>	<i>Geneviève Barbier</i>
<b>Secteur privé à l'hôpital</b>	<b>28</b>	<i>Denis Labayle</i>
<b>Le quadrilatère</b>	<b>29</b>	<i>Françoise Lagabrielle</i>
<b>L'ARGENT : ANTHROPOLOGIE ET SYMBOLISME</b>		
<b>Un jardin d'histoires</b>	<b>31</b>	<i>A.-M. Pabois ; M. Fontaine ; E. Malaterre ; F. de Wildeman ; D. Tavé F. Lagabrielle ; M. Segot</i>
<b>Le libéralisme en médecine vu sous l'angle « maussien »</b>	<b>35</b>	<i>Michel Bass</i>
<b>L'argent : un tabou fondateur</b>	<b>43</b>	<i>Hugues Moussy</i>
<b>L'argent magique</b>	<b>46</b>	<i>Michèle Ducornet</i>
<b>Donner et recevoir</b>	<b>49</b>	<i>Elisabeth Mauret-Arrighi</i>
<b>Jacques Godbout : Le don, la dette et l'identité</b>	<b>52</b>	<i>Martine Devries</i>
<b>Rubriques</b>		
<b>Images du corps : Corps biologiques, corps politiques</b>	<b>54</b>	<i>Monique Sicard</i>
<b>Chronique du savoir-faire médical : Des nouvelles d'ailleurs</b>	<b>57</b>	<i>Noëlle Lavne</i>
<b>L'actualité politico-syndicale : La Sécu</b>	<b>60</b>	<i>Christian Bonnaud</i>
<b>Cuando se hace la ley...</b>	<b>62</b>	<i>Elisabeth Pénide</i>
<b>Réflexions sur le chichon</b>	<b>65</b>	<i>Bertrand Riff</i>
<b>Laissez notre peuple vivre</b>	<b>66</b>	<i>Des universitaires de Bir-Zeit</i>
<b>Collectif Alerte Santé : Pédophilie et sexualité des enfants</b>	<b>68</b>	<i>Collectif Droits des femmes</i>
<b>Nos lectures commentées :</b>	<b>69</b>	<i>J.-P. Lellouche et E. Malaterre</i>
<b>Y a-t-il un mode de garde idéal des enfants ?</b>		
<b>Coup de gueule : Lettre de Saïgon</b>	<b>71</b>	<i>Denis Labayle</i>
<b>Chronique du GEL : La recherche, l'innovation, le marché</b>	<b>73</b>	<i>Laurent Dianoux</i>
<b>Raconte-voilà : Non dits</b>	<b>78</b>	<i>Marc Zaffran/Martin Winckler</i>
<b>Nous avons lu pour vous : La dette, Récits de marais rwandais,</b>	<b>80</b>	<i>C. Bonnaud ; D. Tavé ; P. Regard</i>
<b>Les inégalités sociales de santé</b>		
<b>Ailleurs, autres regards : La monnaie des « sauvages »</b>	<b>83</b>	<i>Philippe Raspabé</i>
<b>Courrier des lecteurs</b>	<b>86</b>	<i>Augustin Marsal ; André Monjardet</i>
<b>Histoire de la médecine :</b>	<b>87</b>	<i>Bernard Joly</i>
<b>Pourquoi s'intéresser à l'histoire de la médecine</b>		
<b>Médecines chinoises : Une exposition à voir et à lire</b>	<b>91</b>	<i>Patrice Muller</i>
<b>Liste des librairies où trouver <i>Pratiques</i></b>	<b>92</b>	

# E D I T O

## Entre folies et fièvres

Après la vache folle, la fièvre aphteuse. Les agriculteurs que je soigne sont malades de la voie sans issue imposée aux éleveurs : euthanasier des bêtes saines, éliminer des hommes (plan sanitaire ou mise en œuvre du *Rapport Lugano*<sup>1</sup> ?) . « Si chacun se comporte normalement, nous passerons cette période sans problème<sup>2</sup> », « l'actuel foyer britannique constitue une véritable surprise<sup>3</sup> », « certains marchés à l'exportation ne peuvent s'ouvrir que [...] si la vaccination est abandonnée<sup>4</sup> » !

Eh bien moi, médecin généraliste, vivant de et avec les agriculteurs, je dis non, c'est intolérable !

Responsables, les éleveurs ? Jour après jour, j'écoute leurs angoisses sur l'avenir, j'entends ces hommes et ces femmes déprimés, cassés dans leur fierté, leur foi dans ce métier. Amoureux du travail bien fait, ils " soignent " leurs bêtes à la belle robe blonde ou grenat. Demain ? Elles seront inutiles ou payées à un prix dérisoire. Et, le pire, c'est qu'ils sont devenus des empoisonneurs.

Non : pas tous responsables, pas tous coupables.

Transparence et traçabilité ? D'accord : remontons la filière ! Responsable, la déréglementation généralisée ? Politique sanitaire absente (primes aux élevages-usines polluants, transports d'animaux à travers l'Europe sans quarantaine, vétérinaires-contrôleurs en nombre insuffisant, farines prionées, pouvoir supranational des agrotechnopharmacoindustries imposant à toute la planète semences, pesticides, brevétisation du vivant).

Responsable, la consommation ? Qui se soucie de payer la qualité au juste prix ? Les consommateurs, les grandes surfaces ? Parlons-en : les prix les plus bas et des traites à quarante jours !

Responsable, la politique agricole commune ? Qui décide, pour qui, pour quoi ? Agriculture intensive génératrice de surproduction et de pollution, d'élevages démesurés où la maîtrise d'une épizootie est impossible, de primes à la quantité aux dépens de la qualité. Accords commerciaux, laissant aux Etats-Unis le monopole du soja alors que l'Europe peut s'auto-suffire en protéines végétales... In fine omniprésente, l'Organisation mondiale du commerce et son économie de marché dominante derrière laquelle se profilent l'argent, le profit, la transformation de l'animal et de l'homme en objets de consommation, la prééminence des intérêts particuliers sur l'intérêt collectif, la destruction des valeurs de solidarité...

Alors, tous responsables, médecins, agriculteurs, citoyens, retroussons nos manches et au travail ! Quelle nouvelle mission confierons-nous aux agriculteurs ? Quelles justes garanties leur assurer ? Comment, dans une pratique démocratique renouvelée, construire un monde solidaire ?

Nous ne sommes pas des veaux, nous ne sommes pas à vendre !

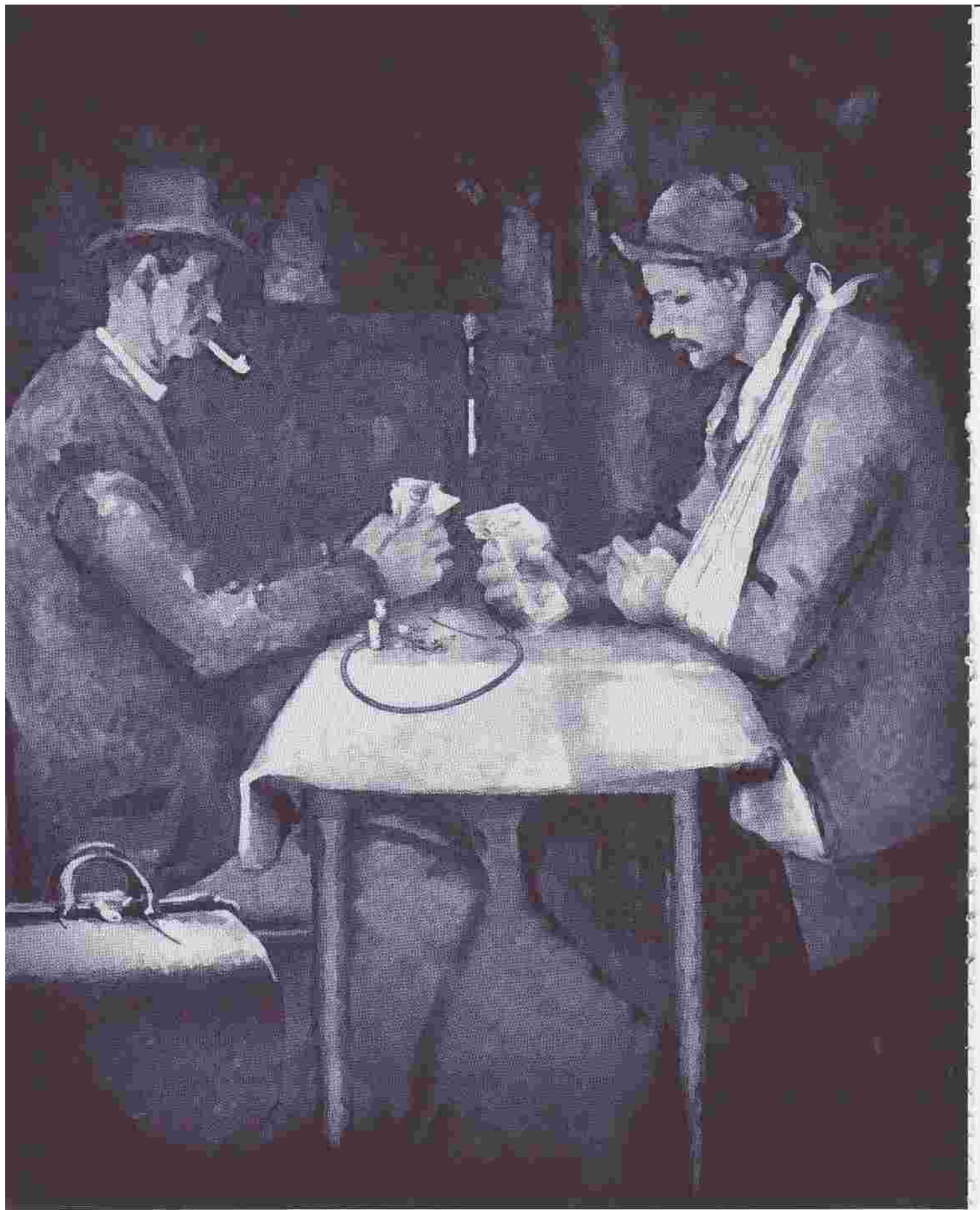
Anne-Marie Pabols  
Médecin généraliste en milieu rural

1. *Le Rapport Lugano* de S. George, éd. Fayard, coll. Science-fiction politique, 2001.

2. Déclaration du ministre de l'Agriculture de Grande-Bretagne, février 2001.

3. Pr. Savy de l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments).

4. Dr. Vallat de l'OIE (Office international des épizooties).



# D O S S I E R

## L'argent... et la médecine ? Et le soin ? ...

**P**our nous, les différentes manières dont l'argent irrigue la médecine façonnent nos pratiques professionnelles : que ce soient le recrutement et la sélection des étudiants en médecine, le paiement à l'acte et le salariat, la visibilité ou non de l'argent, les conditions d'existence d'un cabinet médical, l'idée qu'ont les patients des revenus de leur médecin, les sollicitations des laboratoires et maintenant des entreprises d'informatique, les inégalités de revenu entre les différents modes d'exercice de la même profession.

L'argent qui est consacré aux soins est très important, on en parle beaucoup, mais les flux sont incontrôlés, les conflits d'intérêts entre soignants et soignés cachés, et, une fois de plus, la réflexion politique est absente.

Ce numéro veut pointer les réalités macro et micro économiques, mais aussi les représentations symboliques. Comme toujours, les paradoxes nous intéressent : entre gabegie et restriction, entre un silence pudique et l'omniprésence des réalités économiques, il y a antagonisme entre le regard des gestionnaires et l'existence d'une vraie générosité dans le monde du soin. Nous voulons aussi découvrir ce que cette emprise de l'économique induit, sur les plans symbolique et anthropologique, dans le domaine du soin. Ce qui mobilise soignants et aussi soignés peut certes être lié à des notions de pouvoir, de savoir reconnu, de prestige, où l'argent entre en jeu. Mais l'essentiel du soin et de la guérison se joue ailleurs, dans le registre du don, où ce qui est donné et reçu est d'abord une reconnaissance de la spécificité de chacun, et de l'altérité.

Martine Devries et Patrice Muller

# Visages : porte-monnaies

## Petits cadeaux entre amis

Dominique Tavé - *Médecin généraliste.*

S'il existe une tradition chez les médecins, c'est bien de recevoir de petits cadeaux de la part des laboratoires pharmaceutiques. Et cela, dès que l'étudiant commence ses stages hospitaliers. Qui n'a pas vu dans le cabinet de son médecin des stylos, des post-it, des pots à crayons, en passant par la boîte de mouchoirs en papier et même des souris d'ordinateur portant soit le logo d'une firme pharmaceutique soit le nom d'un médicament ? Mais il s'agit là de la partie émergée de l'iceberg car la « générosité » des labos reste sous-marine et nécessite la complicité active des médecins du fait de la loi anti-cadeaux. Par exemple, en contrepartie d'une enquête bidon<sup>1</sup> sur un médicament de confort, le soignant peut se voir offrir de l'argent sonnant et trébuchant ou un week-end à Barcelone ou une cure de thalasso... accompagné par la femme (l'homme) de sa vie. Ou encore, il peut très régulièrement déjeuner dans un bon restaurant aux frais d'un laboratoire grâce aux bonnes relations qu'il entretient avec le visiteur médical. La sacro-sainte liberté de prescription tant revendiquée au nom de l'exercice libéral est un peu mise à mal par ces gentillesse...

Il faut compter aussi avec les soirées de formation médicale sponsorisées par l'industrie pharmaceutique. Il ne viendrait pas à l'esprit des participants de payer leur repas ! C'est une institution : la firme offre les réjouissances. Ces réunions renforcent souvent l'esprit de corporatisme, permettent à certains de se laisser aller à parler de choses triviales, telles que les impôts, les « bonnes femmes » (encore que la féminisation du métier les modère) et, bien sûr, favorisent la mémorisation des produits présentés par les délégués médicaux du laboratoire qui régale...

Ces cadeaux sont dans la grande majorité des cas bien

acceptés et justifiés par les médecins. En effet, ceux-ci pensent que l'industrie pharmaceutique dépend de leurs prescriptions mais ne se rendent pas compte ou ne veulent pas admettre que leurs prescriptions sont conditionnées par le marketing et les...cadeaux.

1. Bidon, car le médicament est déjà sorti, a déjà été étudié, et l'enquête ne sert qu'à forcer la prescription du médecin, en échange d'un cadeau.

## Secteur 1, secteur 2

Christian Bonnaud - *Médecin généraliste.*

Antoine a soixante-dix ans, il a consulté l'urologue à la clinique proche en vue de faire enlever ses calculs urinaires qui ont entraîné une crise douloureuse, récemment. J'ai reçu le courrier, qui indique qu'il vaut mieux opérer.

Je leur indique le résultat du courrier et d'emblée, son épouse me dit qu'ils n'iront pas. Face à mon étonnement, elle m'explique que payer 520 F une consultation alors que le spécialiste n'a fait que regarder les radios, sans examiner son mari, cela fait cher, mais qu'en plus apprendre qu'il faudra régler un forfait de salle d'opération de 1 500 F, c'est scandaleux. Ils m'apprennent également qu'un de leurs amis a consulté le même médecin et n'aurait payé que (!) 400 F, pour un acte du même type.

Je connaissais le secteur 2<sup>2</sup>, mais j'avais informé mon patient trop légèrement parce que ces médecins sont nos correspondants attirés et les seuls sur la ville en question.

Antoine a pu aller se faire opérer dans une clinique en secteur 1, dans une ville plus éloignée.

1. Une consultation spécialisée est remboursée 150 F (cotation C5) ou 230 F (cotation C2) lorsqu'il existe une lettre du médecin traitant).

2. Les médecins ayant choisi le secteur 2 ont le droit de dépasser le montant des honoraires fixés par la Sécurité sociale "avec tact et mesure".

# Maîtrise des dépenses : la question des revenus oubliée

Dans le débat autour de la « maîtrise des dépenses » de santé (voir encadré) certains mettent en avant les « besoins » de santé de la population, d'autres insistent sur la « qualité » des soins. On s'interroge alors sur la « performance » du système de santé et sur le lien, existant ou non, entre les « résultats » obtenus et les dépenses engagées. La question du « gaspillage » a été également introduite dans ce débat. Bref, partant de la « maîtrise des dépenses », on parle de beaucoup de choses.

**De beaucoup, mais pas de toutes, car curieusement la question des revenus des professionnels du soin est presque totalement absente du débat.** Curieusement car les dépenses de soins sont très majoritairement la source directe des revenus des professionnels du secteur. Toute politique de « maîtrise de dépenses » agit donc sur la masse globale des revenus des professionnels du soin ET sur la répartition de cette masse entre sous-systèmes (ville, hôpital), entre professions (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens) et sur la répartition à l'intérieur même des professions (généralistes/spécialistes, jeunes/vieux, par zone géographique...). La situation actuelle voit en fait cohabiter une absence de discours explicite sur le niveau souhaitable des revenus des professionnels et une multitude d'actions concrètes, mais non cohérentes, sur ces revenus. Situation ambiguë dans laquelle les revenus, absents du débat sur le coût de la santé, réapparaissent comme moyen d'agir sur les pratiques des professionnels. Les coûts liés aux soins sont des coûts socialisés. Les financeurs de ces coûts, qu'il s'agisse d'organismes publics ou d'assureurs privés veulent, et voudront les « maîtriser ». On peut trouver de nombreuses raisons au blocage qui empêche d'aborder cette question par les

revenus. N'empêche, l'incapacité à poser la question sous l'angle des revenus ne conduit-elle pas directement à la remise en cause de la liberté d'agir des professionnels ?

**Les dépenses de santé sont les revenus des professionnels du soin.** Si l'on veut réduire les professionnels de santé aux seuls médecins, et la médecine à la seule médecine de ville, on pourra objecter que les honoraires des médecins libéraux pèsent moins de 15 % des dépenses de santé, telles qu'elles sont mesurées dans les Comptes de la santé<sup>2</sup>. Mais, dans ce cas, on oublierait d'une part qu'en médecine de ville, aux côtés des médecins libéraux, interviennent des infirmiers et infirmières, des kinésithérapeutes, des employés de laboratoires d'analyse, des pharmaciens (la rémunération des distributeurs de médicaments représente plus d'un tiers du prix total des médicaments)... On oublierait d'autre part que plus des deux tiers des dépenses hospitalières sont constitués de salaires versés au personnel hospitalier. Les dépenses de santé ne sont pas limitées aux revenus des seuls médecins libéraux et la question posée est bien celle de la rémunération non d'une profession mais de l'ensemble des professionnels du soin. Les dépenses de santé deviennent des revenus de professionnels à travers la répartition de cette dépense entre l'ensemble des professionnels. Le nombre de professionnels du secteur a fortement augmenté au cours des dernières années. Hormis la mise en place d'un très frustré « numerus clausus »<sup>3</sup>, cette progression du nombre de professionnels et leur répartition n'a fait l'objet d'aucune action publique. Aujourd'hui, le nombre de professionnels, leur répartition géographique (très inégale comme chacun sait), la place respective des différentes qualifications (spécialiste/ généraliste, médecine

Pierre Volovitch

Chercheur en économie à l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES)  
16, bd. du Mont d'Est  
93142 Noisy-le-Grand  
Cedex  
pierre.volovitch@ires-fr.org



ambulatoire/hôpital, place des paramédicaux...) est dans les faits, le résultat des habitudes, des localisations du système de formation... ou du hasard. Sauf à imaginer que les professionnels acceptent que leur revenu soit brusquement modifié, le nombre et la répartition des professionnels sont donc certainement des données qui pèsent de façon durable sur les dépenses de santé.

Le discours sur les « gaspillages » est un bon exemple des discours sur la maîtrise qui néglige totalement la question des revenus. L'idée est simple. Certaines dépenses de santé sont inutiles voire dangereuses, il s'agit de gaspillages. Pour maîtriser les dépenses, il suffit donc de supprimer les gaspillages. Au-delà de l'idée sans doute exacte qu'il existe aujourd'hui des soins inutiles (voire dangereux), ce que ne dit pas le discours c'est l'impact de la fin des gaspillages sur les revenus des professionnels. Doit-on réduire les revenus de tous les professionnels proportionnellement aux gaspillages évités ? Et pourquoi l'accepteraient-ils ? Doit-on alors sortir du système les professionnels que la fin du gaspillage rend inutiles ? Étant

donné la dépense que représente la formation d'un professionnel, ne s'agirait-il pas alors d'une autre forme de gaspillage ?

**Agir sur la dépense de santé, c'est agir sur les revenus des professionnels du soin.** Cela est vrai des actuelles politiques de maîtrise, mais c'était déjà vrai avant. La mise en place d'un budget global pour l'hôpital public, la création du secteur 2, les premières politiques d'enveloppes (cliniques privées, laboratoires, infirmières), les politiques d'incitation au retrait d'activité etc., toutes ces mesures se répercutaient déjà sur les revenus des professionnels, modifiaient la répartition du revenu global entre telle ou telle catégorie de professionnels. Dans une époque de croissance de la dépense, ces ajustements étaient supportés. Depuis 1995, la définition d'enveloppes par sous-systèmes (hôpital, ville, sanitaire et social), puis la répartition par profession et enfin la déclinaison par région dans le cadre d'enveloppes fermées affichent plus explicitement le lien entre maîtrise des dépenses et évolution des revenus. L'ambiguïté, c'est que ces mesures sont mises en place sans que soit tenu de discours cohérent sur





l'évolution souhaitée des revenus<sup>4</sup>. Personne n'en parle, mais tout le monde y pense et les non-dits sur les revenus finissent par empoisonner et dénaturer des mesures qui pourraient être positives.

**Ainsi le médecin référent.** L'idée est intéressante ; permettre une meilleure coordination des soins. Mais l'environnement dans lequel elle est mise en place (plan Juppé, positionnement du syndicat MG-France), rend crédible le discours qui présente le dispositif comme un moyen, pour les généralistes, de s'attribuer, aux dépens des spécialistes, une part plus importante d'un gâteau limité. Certes, le médecin référent remet en cause les rapports entre généralistes et spécialistes sur d'autres plans que sur celui du seul revenu et, en dehors même de cette question, les obstacles qu'il faudra vaincre pour le mettre en place sont nombreux. Il n'empêche que si le débat sur le médecin référent pouvait se dérouler sans être pollué par ce type d'enjeux, il serait plus clair.

**Utiliser les revenus pour agir sur les pratiques ?** Car dans le même temps où rien de clair n'est dit sur l'avenir des revenus des professionnels, le discours des économistes de la santé, abreuvés au *managed care* américain, qui voudraient faire de la rémunération le moyen, ou au moins un moyen, d'agir sur les pratiques des professionnels, se répand. L'idée n'est pas totalement fautive, elle est grandement réductrice, et surtout c'est son usage même qui doit être discuté. L'idée n'est pas totalement fautive car le mode comme le niveau de rémunération agissent évidemment sur la pratique des professionnels. Ainsi l'existence pour le professionnel d'un « revenu cible », qu'il tentera d'atteindre en augmentant son nombre d'actes quand le prix unitaire de l'acte diminue, a fait l'objet de nombreuses études. L'idée est cependant grandement réductrice, car le mode de rémunération n'est ni le déterminant unique du comportement des professionnels qui agissent aussi en fonction de leur formation, de leur déontologie, des rapports qu'ils ont avec leurs pairs, leurs patients..., ni un déterminant isolé car chaque mode de rémunération est inscrit dans une organisation des soins qui ne peut être réduite à la seule dimension financière. Enfin, c'est une idée qui, même si elle est « efficace », mérite d'être discutée. Veut-on agir sur les pratiques des professionnels en leur demandant d'être avant

tout sensibles à des signaux économiques ? La collectivité définit-elle réellement un bon médecin par sa capacité à avoir un « comportement rationnel » d'agent économique dont l'objectif unique est de maximiser son revenu ?

**Il est nécessaire de poser la question des pratiques, de la qualité.** Poser la question de la capacité individuelle et collective des professionnels à comprendre la nature de besoins des patients et à y répondre. Il faut poser la question de l'organisation du système de soins, et donc des réseaux, de l'activité solitaire ou coopérative des professionnels. En même temps, il ne faut pas rêver d'une frontière étanche entre la question des revenus et celle des pratiques. Ainsi, la question toujours non réglée de la rémunération de l'acte intellectuel<sup>5</sup>. Ainsi, la mise en place de financements adéquats au fonctionnement de réseaux comportera inévitablement une dimension qui touche aux revenus. Mais il faudrait, autant que faire ce peut, poser la question des pratiques en tant que telle, pour elles-mêmes. Les changements de pratiques seront de toute façon douloureux (c'est dur de changer !), il n'est pas nécessaire d'y ajouter d'autres obstacles. Les aspects revenus des changements, qui doivent figurer au débat, ne peuvent être premiers dans un discours sur les pratiques. C'est en particulier pourquoi le couplage d'un discours sur la modification des pratiques avec des objectifs de « maîtrise » est, me semble-t-il, une très mauvaise façon de faire.

**Peut-on poser explicitement la question de la rémunération ?** Parce qu'il faudrait séparer le plus possible la question de la rémunération de celle des pratiques, il faudrait pouvoir poser la question des rémunérations en tant que telle. C'est là que la question devient difficile. La répartition des revenus entre professionnels s'enracine dans des habitudes culturelles, des façons pour chaque groupe professionnel de se penser et de penser ses rapports aux autres. Le monde médical apparaît, de ce point de vue, spécialement complexe. Le médecin de ville, formé dans un monde où la hiérarchie de type bureaucratique est forte (l'hôpital), va exercer en libéral dans un monde qui prétend faire du client/patient, par le jeu de la concurrence, l'arbitre d'une hiérarchie de marché. Il aura cependant, s'il en a les moyens et





parce qu'il devine les risques qu'il y aurait à se lancer sur un pur marché où n'existerait que la comparaison des « mérites », pris la précaution d'acheter une clientèle... Plus que dans aucune autre profession, les sources de revenus des professionnels de santé sont diverses. Avec la même formation, pour apporter le même type de soins, le professionnel peut choisir entre le statut de libéral ou le statut de salarié, et, dans les faits, plusieurs statuts de salariés (hôpital public, privé, autres structures). Il peut même, à chaque moment de sa carrière – et il ne s'en prive pas ! – combiner de façon variée ces différents statuts. Libéral le matin, salarié l'après midi. Il est libre, et peu porté à une réflexion collective\*. Poser explicitement la question de la rémunération au niveau global (combien pour l'ensemble des professionnels de santé ?), comme au niveau de la répartition (combien pour tel professionnel, à tel endroit ?), c'est évidemment proposer un défi culturel totalement inédit au monde des profes-

sionnels de la santé. On peut donc, par réalisme, y renoncer.

**La liberté professionnelle a-t-elle un prix ?** La dépense de soins est une dépense formidablement concentrée sur un tout petit nombre d'individus. Pour une année donnée, moins de 5 % des bénéficiaires concentrent la moitié des dépenses. Personne ne proposera donc une prise en charge individuelle de la dépense de santé<sup>7</sup>. La dépense de santé est une dépense « socialisée ». Cette socialisation peut être réalisée par des systèmes publics (système national de santé ou assurance sociale), ou par des assureurs privés. Les financeurs publics ou privés de cette dépense « socialisée » voudront maîtriser la dépense. Il n'est pas sûr que les seconds – les assureurs privés – soient plus favorables aux professionnels du soin que les premiers (les financeurs publics). L'exemple des HMO américains permet de vérifier que les formes de régulation marchandes peuvent parfaitement



utiliser, pour contrôler l'activité des professionnels, tous les outils de la contrainte bureaucratique. S'ils ne peuvent le faire sous la forme d'une maîtrise des revenus, ils seront tentés de le faire en encadrant les pratiques des professionnels. Les discours justificatifs, à savoir que la médecine est devenue une science beaucoup trop complexe pour que chaque médecin puisse la maîtriser et qu'il est donc nécessaire de « protocoliser » la médecine, sont déjà prêts et parfaitement rodés. Si cette hypothèse est exacte, la capacité à poser la question des revenus serait alors, a contrario d'une évolution vers un contrôle des pratiques, la condition, le « prix à payer » par les professionnels pour le maintien d'une autonomie professionnelle forte ?

1. On parle de beaucoup de choses et on en parle de façon fort vague. Car comment définir, et mesurer, les besoins ? Qu'est-ce qu'un soin de qualité ? Qu'est-ce qu'un résultat dans le domaine du soins ?

2. Ce que l'on appelle aujourd'hui France « dépenses de santé » n'intègre aucune des dépenses relatives à la qualité de l'alimentation, du logement, de l'hygiène, de l'amélioration des conditions de travail... Il ne s'agit donc pas de chiffrer ce que sont, ou devraient être, des dépenses de santé mais de chiffrer essentiellement les dépenses de soins.

3. Frustré, car s'il régule les flux globaux, il est sans effet sur la répartition par zone géographique...

4. Il faudrait un développement particulier sur l'utilisation récente de la variation de lettres clefs. Il s'agit d'une action directe sur le revenu des professionnels concernés. Qui, dans l'absolu, et compte tenu des niveaux moyens de revenus des catégories concernées, peut se justifier, mais dont la mise en place elle-même néglige totalement les conditions économiques réelles (importance de l'équipement, et donc problèmes d'amortissement) de l'activité de ces professionnels.

5. L'immobilisme en matière de codification des actes témoigne de l'incapacité collective à poser un peu explicitement la question du lien entre revenus et pratiques.

6. La capacité à conduire collectivement une réflexion sur les questions de revenus n'est évidemment pas la même dans chacune des catégories professionnelles.

7. Sauf pour un « petit » risque... qui resterait à définir.

8. La disparition des obstacles financiers à l'accès aux soins est une condition nécessaire mais évidemment non suffisante à l'égalité d'accès aux soins (Cf. pays scandinaves où l'accès est depuis longtemps gratuit sans être égal pour tous, obstacles sociaux, culturels...). L'égalité d'accès aux soins n'étant pas la garantie de l'égalité d'accès à la santé (Cf. INSERM les inégalités sociales de santé).

9. Mais qui aujourd'hui, soyons clairs, n'existent pas. C'est bien une partie du problème.

## **Pourquoi la maîtrise des dépenses de soins est-elle nécessaire ?**

*Si l'on veut lutter contre les inégalités d'accès aux soins<sup>1</sup>, il faut que les dépenses de soins soient prises en charge collectivement. Cette dépense doit être socialisée. Les assurances commerciales privées sont des formes de socialisation qui ne réduisent les inégalités qu'entre ceux qui ont pu payer l'assurance... Il faut donc que la dépense soit financée sur la base d'une contribution publique obligatoire (cotisation, CSG, impôt). Dès lors qu'une dépense est financée collectivement, on ne voit pas pourquoi cette dépense (son niveau global, sa répartition) ne serait pas débattue collectivement, prévue (dans ces grandes masses) à l'avance, donc « maîtrisée ».*

*Le niveau auquel il faut maîtriser ces dépenses est un choix politique. Vouloir fixer le niveau des dépenses de santé en fonction d'une fraction du PIB (ou de tout autre valeur économique), n'a évidemment aucun sens. Ou plus exactement, cela n'a de sens que par rapport à des objectifs de politique économique – déficit des finances publiques, stabilisation voire baisse des prélèvements obligatoires – qui, sont en eux-mêmes discutables (faut-il vraiment diminuer les prélèvements obligatoires ?), font passer au second rang des objectifs (qui pourraient exister) en matière de soins.*

*La référence aux « besoins » de la population doit être maniée avec précaution. Le « besoin » de soins dépend d'une situation sanitaire, en partie mesurable, mais aussi de la façon dont elle est ressentie par les populations. Cette perception est évidemment différente suivant les groupes sociaux, les professionnels du soin étant eux-mêmes acteurs de cette perception.*

*Le niveau du budget collectif affecté aux soins devrait donc être le résultat d'une délibération collective, qui ne porterait pas, comme aujourd'hui sur des seuls critères économiques, mais intégrerait des objectifs de santé publique.*

**Jean de Kervasdoué, directeur des hôpitaux au ministère de la Santé de 1981 à 1986, est, depuis 1997, professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM). Il est, entre autres, le père des PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) et l'auteur de nombreux ouvrages<sup>1</sup>.**

# La gestion du système de soins

Entretien avec  
Jean de Kervasdoué

*Jean de Kervasdoué est titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM).*

**Pratiques.** Nous sommes dans un système de gestion très cloisonné, la médecine ambulatoire d'un côté, la médecine hospitalière de l'autre, la santé publique ailleurs, sans articulation cohérente entre ces différentes composantes qui forment l'ensemble du système de soins.

**Jean de Kervasdoué.** Vous soulignez à juste titre un cloisonnement qui s'est plutôt accru... Ce phénomène me frappe depuis longtemps : quand j'étais directeur des hôpitaux en 1985, j'estime avoir fait une réforme sinon importante, du moins probante, qui démontre bien le bénéfice de tout décloisonnement. Pierre Bérégovoy avait quitté les affaires sociales pour aller aux finances, pour des raisons tenant aux dettes entre l'Etat et l'assurance maladie, il acceptât de fusionner les budgets des secteurs psychiatriques - payés alors par les départements - et des hôpitaux psychiatriques - payés par l'assurance maladie. Contrairement aux hypothèses émises alors par certains, ce sont bien les hôpitaux qui se sont vidés. Pour prendre un exemple, en 1985, à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, il y avait environ 1300 malades, aujourd'hui, il sont à peine plus de 600, alors que le nombre de patients suivis par les médecins et les infirmières de l'hôpital a augmenté.

**Vous faites un lien très direct entre le changement dans la gestion budgétaire et l'évolution des soins...**

Lorsque le paiement à l'acte pour un généraliste de secteur 1<sup>2</sup>, est de 115 francs, le seul moyen qu'a ce médecin d'augmenter son revenu est d'augmenter son nombre d'actes, et il le fait. C'est un comportement rationnel. Comme le temps est compté, dans tous les sens du terme, il prescrit examens et médicaments pour suppléer à un examen par essence rapide.

Ce ne sont pas les gens ou les mentalités qu'on peut changer, ce sont les règles du système. Il faut introduire une nouvelle rationalité. Il ne sert à rien de plaider la qualité quand le système de rémunération, pour le moins, ne la favorise pas.

Si l'on souhaite un transfert des dépenses hospitalières vers la médecine de ville, les choses ne peuvent s'améliorer qu'à partir du moment où on fusionne des enveloppes budgétaires et qu'on cesse de découper la médecine et le malade en tranches de saucisson, comme c'est le cas aujourd'hui : découpages entre hospitalisation publique et privée, court séjour, moyen séjour, généralistes, spécialistes, biologistes, kinésithérapeutes, infirmières libérales, transports sanitaires, etc.

Quand on observe ce qui se passe à l'étranger et que l'on souhaite une prise en charge plus globale, on découvre qu'il n'existe que deux types de solutions : soit un système de soins régionalisé avec fusion des budgets sous contrôle direct de l'Etat (ou des régions), ou bien des réseaux de soin qui deviennent l'unité du système de soins, les caisses d'assurance maladie contractant avec les réseaux de soin, et ces réseaux contractant à leur tour avec les médecins, les hôpitaux.

**Quand vous faites référence aux réseaux de soin, de quels réseaux parlez-vous ?**

Je parle des réseaux qui se réfèrent au code de la sécurité sociale et non pas au code de la santé publique, les réseaux au sens de l'ex-commission Soubie<sup>3</sup>. Il s'agit dans ce cas d'imaginer des contrats qui lient les patients, les professionnels et institutions de santé et les financeurs et qui organisent une meilleure prise en charge des malades, une meilleure continuité des soins. Les enjeux

CNAM :  
292, rue Saint-Martin  
75141 Paris Cedex 03  
Tél. : 01 40 27 28 49  
Fax : 01 40 27 23 49



financiers deviennent très vite importants : l'assurance maladie, par personne et par an, représente une somme d'environ 13000 francs. Un réseau qui aurait 100 000 personnes représenterait donc un milliard trois cent millions de francs de dépenses de soins à gérer ! Monter ces réseaux - type HMO américain - coûte cher, seul AXA avait suffisamment d'argent pour investir les 15 ou 20 millions de francs nécessaires pour commencer à construire un système d'information adapté, à rémunérer un comité scientifique..

#### Que pensez-vous justement de l'articulation entre institutions publiques et entreprises privées de soins?

Je vous renvoie sur cette question complexe à l'article que j'ai écrit dans *Notre Etat, le livre vérité de la fonction publique*<sup>1</sup>. Je suis contre tout système de concurrence par les financements pour des raisons qui tiennent aux particularités du « marché de la santé ». Quoi qu'en ait dit certains économistes libéraux, ce n'est pas un marché comme les autres. En outre les expériences étrangères confortent notre point de vue : quand vous comparez ce qui s'est passé aux Etats-Unis et au Canada - pays qui a quitté le système américain il y a 20 ans pour bâtir un système étatique à financement unique - clairement la situation est aujourd'hui, que les critères soient économiques ou sanitaires, à l'avantage du Canada et au désavantage des Etats-Unis. Au Canada, tout le monde est assuré, cela coûte moins cher, les indicateurs de santé sont meilleurs...

Si je suis contre la concurrence par le financement, en revanche, je suis pour la concurrence entre les producteurs de soin, ce qui conduit à débattre des modalités de définition du panier de soins<sup>2</sup>.

De ce point de vue, on peut dire que le système français a des atouts et des limites. Les atouts essentiels sont la très grande liberté de tous ses acteurs, médecins, patients... Les limites sont pour les médecins de secteur 1, grands perdants du système, un niveau de rémunération bas, voire très bas, et pour les patients il n'y a pas de certitude que leur trajet médical, leur prise en charge par différentes institutions soit toujours adaptée, autrement dit que les soins qu'ils reçoivent dans leur globalité soient les meilleurs possibles !

Je pense que les choses vont changer maintenant pour quelques raisons assez évidentes. La première est liée à l'évolution des savoirs. Paraissent aujourd'hui dans les revues à comité de lecture sérieuses 25000 nouveaux articles médicaux par mois. La déontologie médicale fait l'hypothèse que les médecins les ont tous lus, ce qui est bien entendu une absurdité. Il n'est plus possible que l'on revienne au généraliste omniscient tel qu'il existait autrefois,

puisque aucun être humain ne peut lire 25000 articles quelles que soient les possibilités d'Internet... Se pose donc la question de la prise en charge du malade, de son orientation, qu'il ne faut pas laisser au hasard ou au « collège invisible » comme la sociologie nomme le réseau particulier, le réseau informel, qui existe autour de chaque médecin. Rien ne dit que ce réseau informel est nécessairement le meilleur.

La deuxième raison est l'évolution conjointe des savoirs et...des tribunaux. Pour les maladies rares, se créent des centres Internet dans le monde entier et des échanges entre familles de malades. Ceci commence à poser quelques sérieux problèmes, puisque les familles peuvent disposer d'informations plus nombreuses, plus récentes, que la plupart des médecins.

Nos concitoyens souhaitent des professionnels de santé responsables et une transparence qui n'existait pas auparavant ; cela va forcément provoquer des changements.

La société française devrait discuter simultanément de cinq thèmes avec ses médecins : le niveau de leur rémunération, leur mode de rémunération (salaire, acte, capitation ou forfait), la formation initiale et continue, le contrôle des pratiques cliniques et la notion de responsabilité médicale. Tout débat, limité à un seul de ces thèmes, a peu de conséquences du fait des forces de rappel des autres. Par exemple : améliorer la formation des généralistes, sans véritablement toucher à leur rémunération toujours inférieure à celle des spécialistes n'aura que peu d'effet car les étudiants chercheront, pour des raisons économiques simples, à devenir spécialistes. Souhaitons bonne chance aux « Sages » actuels missionnés par le Gouvernement et force de proposition et d'anticipation à la profession !

Propos recueillis par Geneviève Busson,  
le 17 mars 2001.

1. Pour ses publications récentes, voir : *Notre Etat*, livre édité par Roger Fauroux et Marc Spitz - Robert Laffont - Paris 2001; *Le Carnet de santé de la France*, rapport publié sous l'égide la Mutualité Française, éditions Syros La Découverte, Paris, 2000 ; *La qualité des soins en France*, Les Éditions ouvrières, Paris, 2000.

2. Les médecins du secteur 1 de la convention s'engagent à appliquer les tarifs des honoraires définis contractuellement entre les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie.

3. Du nom du président de la commission qui avait en charge d'accréditer les candidatures de réseaux de filières de soins.

4. Éditions Robert Laffont, janvier 2001, 179 F.

5. Paniers de biens et de services médicaux remboursés dans des proportions variables par l'assurance maladie assurés sociaux.

# Le coût de la maîtrise

Anne Perraut-Soliveres

*Cadre infirmière et membre de l'École dispersée de santé européenne (EDSE).*

La dégradation comptable de cette fin de siècle ne nous a pas tous emportés. Les soignants n'ont jamais appris à se défendre, coupables d'entrée de ne jamais être « assez » : patients, tolérants, communicants, écoutants, accompagnants. Ainsi, lorsqu'on les a taxés de gaspillage, le lit était tout fait pour que l'on ajoute, à nos insuffisances, celle du savoir compter, gérer, économiser. Pourtant, sans que les chiffres ne s'intéressent à nous démontrer cela (il est quasiment impossible de comparer la globalité des budgets d'aujourd'hui avec ceux d'hier tant les logiques comptables ont modifié la donne), j'aimerais établir quelques comparaisons hautement subjectives – mais ô combien significatives ! – tirées de ma déjà trop longue expérience.

Quand on nous dit que le coût de la santé a considérablement augmenté, on nous parle quasi exclusivement du coût de la maladie, tant la santé préoccupe peu nos gouvernants bien trop occupés à garantir les ressources des multinationales qui les gouvernent. On en parle d'ailleurs sans jamais faire référence aux profonds changements intervenus, tant dans nos comportements que dans nos exigences, face à une offre de soins qui ne cesse d'évoluer en fonction, justement, des exigences de ces consommateurs qu'on a fait de nous. Ainsi, lorsque j'ai commencé à exercer mon métier d'infirmière (en 1967), nous n'étions plus tout à fait au moyen âge et pourtant, les conditions de

soin me paraissent d'une autre époque à l'aune de nos pratiques d'aujourd'hui. Je travaillais alors à l'Assistance publique qui était déjà la structure la plus richement dotée et diversifiée dans le paysage hospitalier. Nous ne disposions pourtant que de quelques seringues en verre pour de multiples injections intramusculaires aux différents malades (les soignants les plus consciencieux effectuaient un petit rinçage au sérum physiologique entre deux...), qui resservaient autant qu'il était possible en fonction des produits plus ou moins compatibles et collants (je me souviens, entre autres, que nous finissions par les produits huileux afin d'éviter les précipitations). Les aiguilles individuelles (tout de même !) étaient lavées, séchées, aiguisées sur une pierre, équipées de mandrins, en même temps que les seringues et autre nombreux matériel, ce qui occasionnait de longues vaisseilles (et séchages !) avant les préparations, dans des tubes pour la stérilisation. Les compresses et autres pansements étaient fabriqués par nos soins à partir de grands rouleaux de tulle que nous découpons et plions aux mesures adéquates avant de remplir les tambours qui permettaient de les stériliser. Même chose pour le coton que nous découpons en petites boules à partir de rouleaux. Aujourd'hui, nous jetons tout puisque rien ne doit être réutilisé, dans la crainte d'une contamination par des éléments qui échappent à nos savoirs, non seulement les sondes, cathéters et autres matériels invasifs,

EDSE :  
94, rue de Charenton  
75012 Paris  
Tél. : 01 43 07 54 74  
Fax : 01 44 73 04 90



mais également les ciseaux, pinces et outils qui sont devenus jetables et vont remplir les poubelles des déchets potentiellement ou réellement contaminés, dont l'élimination et le traitement coûtent considérablement plus cher : 280 F la tonne de déchets ordinaires contre 2 800 F la tonne des mêmes potentiellement contaminés. Les compresses et autres pansements sont désormais présentés par paquets stériles. On imagine aisément l'inflation quand on sait que les soignants sont tenus pour responsables des infections nosocomiales et que le principe de précaution les incite à en faire plutôt trop que pas assez. Il ne s'agit évidemment pas de nier les facilités que peuvent apporter ces nouvelles pratiques, mais de souligner la différence de coût considérable que représentent ces changements et surtout la part des fantasmes qui les accompagne. Ainsi l'éradication des germes n'est toujours pas d'actualité et ce ne sont pas les mains des infirmières qui me contrediront. Lorsque le Comité de lutte contre les infections nosocomiales souligne que ce sont les mains qui continuent à poser problème et à transporter les germes, il n'a aucun mal à convaincre les foules. Pourtant, les allergies aux produits détergents qui n'en finissent pas de se modifier, l'usure de la peau des mains des infirmières et aides-soignantes, les allergies provoquées par les gants (latex, talc ou autres), sans compter les lavabos à pédale qui se multiplient devant chaque chambre auraient dû depuis longtemps faire fuir les affections nosocomiales. À moins que l'on ait négligé le fait, aveuglé par un hygiénisme un peu simpliste, qu'à trop densifier la charge de travail par la diminution de la durée de séjour et la fermeture accélérée des hôpitaux, on multiplie les risques puisque aussi bien les patients qui restent sont les plus délicats, voire les plus potentiellement infectants, et que ce ne sont pas les lavabos entravant la course des soignants d'un acte à l'autre qui y changeront quelque chose. Nul n'ayant compté à ce jour le lavage des mains comme corollaire à chaque soin, il ne figure pas dans les coûts puisque le temps (dont on nous a pourtant enseigné que c'était de l'argent) n'est pas compté dans les actes. On évitera de parler du temps de penser...

À mes débuts, je travaillais dans un service de réanimation chirurgicale cœur/poumons des

plus réputés. J'ai pourtant dû me battre avec la surveillante pour obtenir des sérums-tests, déjà d'actualité, afin de vérifier les flacons de sang et leur compatibilité avec le malade. Quand on sait l'hystérie sécuritaire qui entoure aujourd'hui la transfusion, on n'a pas de mal à comprendre que rien ne sera désormais trop cher pour assurer la sécurité du... prescripteur, car jamais le patient n'aura été davantage négligé au travers des différents filtres prévus à son intention mais dont le retournement, à l'usage des décideurs, est alarmant. Les patients, sauf en réanimation, étaient soignés dans d'immenses salles où une cinquantaine de personnes du même sexe cohabitaient sans aucune intimité ni pour les soins ni pour les interrogatoires ni pour les visites. Aujourd'hui, personne ne pourrait accepter cela : nos modes de vie se sont individualisés, nos exigences de confort ont considérablement augmenté. Qui a une idée de la différence de coût induite par l'adaptation de l'hôpital à ces exigences ? Les démarches entreprises par les autorités en vue de l'accréditation ont fait subir un saut « qualitatif » dans le sens de l'amélioration de l'habitat, de la sécurité, de l'hygiène, dont nombre d'établissements ne se relèveront pas. Exemple de prix de revient d'une chambre d'hospitalisation en médecine : 280 000 F dont le quart représente le coût des normes de sécurité. On peut sans doute parfois s'en féliciter, mais jusqu'où serons-nous d'accord pour payer plus cher des services qui dans le même temps se déshumanisent et se raréfient ?

Enfin, le contrôle... car l'ère du soupçon dans nos sociétés « avancées » tient lieu d'état d'âme. Ainsi, c'est la communauté soignante tout entière qui supporte les effets délétères induits par la gabegie de quelques-uns, voire le laisser-aller ou l'incompétence de certaines administrations dont les disparités de gestion peuvent être considérables, sans compter les vitrines politiques dont on sait qu'elles n'ont pas de prix mais... un sacré coût (je veux parler des investissements-phares dans des appareils prestigieux, destinés à séduire les électeurs et qui court-circuitent sans bruit les instances décisionnaires). Dans le même temps, des mesures drastiques contrecarrent le fonctionnement des hôpitaux publics qui ne savent pas bien compter, faisant la fortune des structures privées mul-



tionales se développant à mesure que se déglissent les services publics. Chercher l'erreur... Corollaire du contrôle : le coût de l'informatique, qui le permet, est inestimable tant elle s'insinue désormais dans toutes les strates du travail. Pourtant, combien de logiciels achetés, incompatibles entre eux, inutilisés malgré les injonctions car inutilisables, inadaptés, obsolètes avant même d'être installés ? Le budget de la santé a fait les frais des essais et de beaucoup d'erreurs d'informaticiens incapables de saisir les subtilités des problématiques soignantes, ajoutant des contraintes de contrôle aux autres contraintes déjà énormes. Les difficultés d'adaptation à cet outil, certes fort utile mais parfois extrêmement rigide, ont contraint les pratiques soignantes jusqu'à les étouffer. Là où l'on nous promettait nombre d'améliorations, nous n'avons constaté que dévoiement, rigidification, appauvrissement et insatisfaction. C'est payer bien cher les quelques avantages que procure

l'outil, sans compter l'aspect chronophage dont tous les médecins se plaignent au moment où le temps médical est de moins en moins important (en quantité) !

Un dernier petit tour du côté des choix d'une médecine du prestige face aux besoins « triviaux ». Qui participe aux décisions de dépenser l'argent dans des recherches, certes toujours plus excitantes, sur les maladies orphelines, le sida, la maladie d'Alzheimer, les transplantations, les thérapies géniques sans oublier le prion (et je n'ai pas la place de les citer toutes !) plutôt que développer des structures d'accueil pour les personnes âgées que l'on aide pourtant à rester vivantes plus longtemps ? Quand fera-t-on le choix de repenser la prévention, l'éducation sanitaire, la formation des populations soignantes et/ou accompagnantes ? Qui effectue les choix et pour l'avantage de qui ? Voilà une dernière question bien intéressante qu'il nous faudrait poser avant de l'oublier.





# Sans trop savoir

À l'aube de ma vie professionnelle, rien n'est su. J'ai vingt-neuf ans et ne suis pas encore installé à mon compte. J'ai pu prendre mon temps car je n'ai pas eu de problèmes d'argent grâce à la pension alimentaire de mon père. Aujourd'hui se pose la question, non plus de savoir ce que je dois faire, mais de le faire tout simplement : il n'est plus temps de réfléchir et angoisser sur le risque à concilier santé et économie. Je suis dentiste, c'est une profession libérale où le paiement se fait à l'acte. Il est possible de majorer les tarifs des prothèses et couronnes dentaires en fonction de la région ou de la ville, de la clientèle préférée, de la densité de dentistes alentour, de sa propre compétence. Et puis, le matériel nécessaire au fonctionnement du cabinet est un investissement lourd. La qualité des produits à usage dentaire se paie cher. Il paraît que les charges d'un cabinet s'élèvent en moyenne à 55 % du chiffre d'affaire. L'argent est une donnée quotidienne de l'exercice : on achète, on amortit, on rembourse. Les recettes, les dépenses, passez-moi le plan comptable ! Par ailleurs, le soin est un service qui rime avec disponibilité. Il est nécessaire d'être généreux, l'autre est considéré comme soi-même. C'est incontournable pour entrer en relation. De cela

dépend toute la confiance des patients et la qualité des soins que je prodiguerai. Rencontrer l'autre est important, mais son préalable incontournable serait à mon sens que tout soignant commence par se considérer lui-même et surtout ne cesse jamais de le faire, l'exercice des soins reflétant tellement la personnalité de ses acteurs. La liberté tarifaire qui permet de multiplier les actes en raccourcissant le temps opératoire et/ou en rallongeant la journée de travail sont des risques non négligeables qui posent la question du besoin. Quel est mon besoin ? C'est ce qui est nécessaire à ma survie, mais mon besoin dépend tellement de mon affect : j'en veux ! Si mon ego va mal, que se passe-t-il ? Si je ne vauds rien, combien vais-je prendre ? À l'inverse, fixer le prix des couronnes en fonction de mes compétences, c'est bien, mais comment peut-on décider de ses propres compétences ? Comment discerner l'envie du besoin ? Et l'avidité ne risque-t-elle pas de se substituer à la notion de besoin ? L'équilibre entre mon désir et les besoins du patient est à placer sous haute surveillance.

La réponse étant contenue dans la question, peut-être que je peux maintenant aller travailler...

Damien Sauvezie

*Chirurgien dentiste.*

# Recette pour la création d'un (petit) îlot d'utopie heureuse dans l'océan du commerce de la médecine libérale

Patrice Muller **Préparation**

Médecin généraliste.

Des années d'études médicales débutées avec mai 1968.

Une solide amitié entre deux copains de faculté, fondée sur une vision politique commune et critique d'une société inégalitaire.

La découverte, au fil des études médicales, au contact de quelques médecins généralistes qui allaient fonder, en 1975, le Syndicat de la médecine générale, que la dimension de la médecine la plus passionnante était une médecine de la personne considérée dans son parcours individuel et social.

La volonté de revaloriser la médecine générale, à l'opposé du modèle de la médecine garagiste hospitalière, cantonnée dans un rôle de réparatrice d'organes.

Analyser finement les contraintes économiques pour l'installation d'un cabinet de médecine générale.

Tenir compte du facteur – déterminant pour le succès ou l'échec financier de l'implantation du cabinet médical – du mode de rémunération du paiement à l'acte du médecin généraliste, la source des revenus.

Résoudre au mieux la quadrature du cercle : pour faire rentrer de l'argent, il faut faire des « actes » médicaux curatifs, alors que cette tendance à vouloir multiplier les actes est strictement antagoniste avec une certaine qualité des soins ; du temps pour chaque consultation, mais également du temps pour se former et informer les patients et puis plus largement, du temps pour vivre et faire des choses en dehors du cabinet médical.

**Ingrédients pour un fonctionnement durable et intéressant du cabinet médical**

Un « train de vie » du cabinet médical le plus bas possible, de sorte que les frais obligatoires, représentant à chaque fois un certain nombre d'actes médicaux à faire avant de toucher le moindre centime pour se payer un sandwich, soient les plus réduits possible ; s'installer sans emprunt bancaire, trouver un local professionnel peu cher, commencer avec un mobilier sobre (je recommande en particulier le plateau d'aggloméré avec deux tréteaux, qui constitue un excellent bureau de médecin).

Ne pas faire le choix de multiplier les actes médicaux au maximum des possibilités du système dans le but de gagner suffisamment d'argent pour se réaliser en temps qu'individu en dehors de la médecine par les plaisirs (réels) que permettent l'argent.

Mais plutôt, faire le choix d'une médecine plus lente, moins lucrative, dans laquelle le médecin reçoit en retour les satisfactions d'un métier beaucoup plus riche. Le plus de plaisir qu'il s'octroie en travaillant ainsi venant compenser largement le manque à gagner par rapport à certains confrères. Sortir des logiques perverses du paiement à l'acte. Le fait de s'installer en groupe permet, quand il y a une bonne entente dans l'équipe, de se solidariser en se « salariant ». Mise dans un pot commun de tous les honoraires de la pratique libérale de chacun, auxquels viennent se rajouter d'autres rémunérations comme des vacations de médecine hospitalière, scolaire ou de santé

publique. Se partager ce qui reste dans le pot, une fois les frais de fonctionnement payés, sous forme de rémunérations mensuelles globales ne tenant plus compte du nombre d'actes effectués par chacun mais simplement au prorata du temps de travail (plein temps, mi-temps, etc.) de chacun des membres de l'équipe.

**Cuisson : lente et longue, non terminée à ce jour**  
Au début, des phases très délicates au plan économique – nous avons envisagé de fermer boutique au bout de deux ans d'installation. L'équipe s'est agrandie, est passée de deux à quatre médecins et, au bout de plus de vingt-cinq ans d'exer-

cice, nous sommes « salariés » sur la base de 24 000 F par mois au prix de trop longues journées de travail (paiement à l'acte oblige), pour un travail qui continue à nous passionner, bien que nous continuions à nous sentir très étreints dans nos conditions d'exercice libéral...

Et vivement un jour le paiement global de notre travail, loin de nos petits commerces boutiquiers !

P.S. Pour les lecteurs qui voudraient en savoir plus sur cette recette, je me tiens à leur disposition pour de plus amples renseignements. Écrire à la rédaction qui transmettra. P.M.



## Conflits d'intérêt

Contrairement à ce qui est parfois affirmé lors des « manifs » de médecins, l'intérêt de ces derniers n'est pas toujours superposable à celui de leurs patients... Ne serait-ce que par le biais du paiement à l'acte : plus le patient consulte, plus il sert l'intérêt, financier, de son médecin... C'est facile à comprendre. Mouliner les actes, multiplier les reports, permet au médecin, parce que le paiement est « à l'acte », de remplir le tiroir-caisse. Est-ce utile au patient ? Parfois, mais pas toujours. Il y a aussi d'autres manières de s'y prendre : Madame Isabelle M. a quatre-vingt-neuf ans, oui, quatre-vingt-neuf ans. Habituellement elle vit en foyer logement, son autonomie est « limite » et, brutalement, elle doit être opérée d'une obstruction aiguë d'une artère de la jambe. Les suites sont simples, la vie est belle – pas tant que ça ! – parce que le chirurgien, ayant remarqué une volumineuse éventration, l'a inscrite au tableau opératoire de vendredi, pour lui mettre une plaque. C'est complètement déraisonnable. Madame M., ça ne lui plaît pas beaucoup, mais elle est docile, sa fille aussi, et il faudra toute la fermeté du médecin généraliste, soutenu par le gastro-entérologue qui connaît la patiente, pour lui éviter l'intervention.

Les conflits d'intérêts, ce sont aussi ces très vieilles personnes, ayant des pathologies multiples, à peu

près équilibrées, et à qui le médecin ophtalmologue propose de bonne foi une intervention pour cataracte sous anesthésie générale. C'est sûr, leur vue va s'améliorer, mais les risques d'aggravation de l'état général, voire la dégradation, sont courants, qu'ils soient liés à l'anesthésie, à l'hospitalisation, ou à l'immobilisation relative qui est nécessaire dans les suites immédiates. L'ophtalmologue est de bonne foi, mais la plupart du temps, il ne verra pas les complications de cet ordre qui sont progressives et s'étalent sur des semaines : c'est le généraliste qui en est le témoin, l'ophtalmologue constatera seulement l'absence de son patient. Quant à savoir si sa vie s'est améliorée, je ne suis pas sûre que ce soit sa préoccupation. Et je sais que l'intervention pour cataracte est un acte financièrement intéressant pour le médecin ophtalmologue, mais aussi pour la clinique dans laquelle l'acte a lieu, et aussi pour le fabricant d'implant cristallin.

Les études américaines, compulsées par Mark Rodwin<sup>1</sup>, soulignent ceci : les prescripteurs qui ont un intérêt direct dans un laboratoire d'analyses prescrivent davantage d'exams que ceux qui n'en ont pas. Mais, bien sûr, c'est en Amérique ! Il propose d'informer le patient de cette constatation, car la question n'est pas QUI doit pratiquer l'acte, (la radio, l'intervention, la

Martine Devries

Médecin généraliste.

consultation, l'analyse biologique), mais si il faut le faire.

Tout le monde le sait maintenant : les médecins sont surveillés par les Caisses primaires d'assurance maladie au moyen d'indicateurs statistiques qui concernent leurs prescriptions de médicaments, de soins effectués par d'autres professionnels, et aussi leurs prescriptions d'arrêt de travail. Et lorsque leur « profil » statistique s'écarte trop de la moyenne des confrères, ils peuvent être sanctionnés, financièrement. C'est peut-être ce qui peut expliquer la réticence des obstétriciens de ma ville à mettre des femmes enceintes en arrêt de travail : lorsque leur patiente a besoin d'un arrêt, parce qu'elle est fatiguée ou parce qu'elle a une sciatique ou des contractions trop

tôt, du moment que la poursuite du travail ne va pas immédiatement déclencher une catastrophe, ils refusent l'arrêt de travail : « Demandez à votre médecin traitant ! » Cela pour préserver leur beau profil... statistique.

Alors, que faire pour éviter ou limiter ces conflits d'intérêts ? Les dévoiler, les dénoncer, en prendre conscience, au cas par cas, pour chacun. Et au plan collectif, l'information aussi est nécessaire, et cela est encore un choix politique.

T. Rodwin, M. A., *New England Journal of Medicine*, « Physicians' conflicts of interest », 321 : 1405-1408, novembre 16, 1989.



# Les carabins de Limoges

Voici un petit exercice, sans grande valeur représentative d'ensemble, mais illustratif de la sur-représentation des catégories sociales aisées parmi les étudiants en médecine.

L'université de Limoges est une université pluridisciplinaire de taille moyenne (treize mille huit cents étudiants au 15 janvier 2000), qui comprend une petite faculté de médecine (mille quatre cent trente-sept étudiants dans les trois cycles). Les données sociologiques disponibles sur les étudiants révèlent une différence sensible entre le profil des étudiants en médecine et celui des autres étudiants de l'université. Trois rubriques permettent d'en rendre compte :

1. La catégorie socio-professionnelle du père ou de la mère. Pour 52 %, les étudiants en médecine ont des parents qui appartiennent à la catégorie des professions libérales et des cadres supérieurs. Sur l'ensemble de l'université, seulement 30 % des étudiants sont dans ce cas. La différence est donc significative, surtout si on associe à cette sur-représentation la sous-représentation (corollaire) des catégories les moins aisées : 2,5 % des carabins sont fils ou filles d'agriculteurs (5,1 % pour l'ensemble des étudiants) ; 7,1 % d'ouvriers (contre 13,7 %) et 7 % d'employés (contre 13 %).

2. La part des boursiers de l'enseignement supérieur. À l'université de Limoges, 25,5 % des étudiants sont boursiers (la moyenne nationale est de 18,7 %). Les étudiants en médecine sont moitié moins dans ce cas (11,6 %), alors qu'aucune autre des neuf composantes de l'université ne compte moins de 20 %

de boursiers. Le démarquage sociologique des étudiants en médecine est donc ici très net.

3. Le logement. Les formes du logement étudiant sont multiples : résidence universitaire, CROUS-HLM, chambre ou appartement en ville, domicile parental. La répartition, là encore, n'est pas neutre. En résidence universitaire, on compte 8,8 % de l'ensemble des étudiants et 2,4 % des étudiants en médecine. Le tableau est encore plus contrasté pour les CROUS-HLM : peu de place, il est vrai, d'une manière générale, puisque seulement 1,4 % des étudiants y ont accès. On n'y rencontre presque aucun étudiant en médecine : 0,1 % de l'effectif de la faculté, autrement dit un étudiant ! Le logement en ville, le plus coûteux pour les familles, concerne 47 % de l'ensemble des étudiants et 60 % des carabins. Quant au domicile parental, 38 % des étudiants y résident encore, mais un peu moins du quart des étudiants en médecine.

Derrière ces chiffres un peu abrupts (et qu'il conviendrait sans doute d'affiner et de discuter) se cache une véritable disparité sociale. Les étudiants en médecine, à Limoges mais ailleurs aussi, appartiennent globalement à des catégories sociales plus aisées que les autres étudiants. Chose sue et connue. Les facultés de médecine n'échappent pas à la règle des formations élitistes, celle des Grandes Écoles dont le concours est le symbole même, qui sont des lieux de formation ET de reproduction sociale. Le rapport ambigu et complexe de la médecine à l'argent est peut-être aussi à rechercher là, dans l'origine sociale des futurs praticiens.

Hugues MOUSSY

*Historien.*

# Le paiement à l'acte... source de questionnement

**Daniel Coutant** 1927. Le congrès de l'Union de syndicats médicaux de France (ancêtre de la CSMF) vote une charte médicale qui définit les quatre principes de la médecine libérale : libre choix du médecin par le malade ; liberté de prescription par le médecin ; secret professionnel ; entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires, et paiement direct des honoraires par le malade au médecin.

*Médecin généraliste.*

Ces principes repris dans le code de déontologie médicale<sup>9</sup> ont ainsi défini le cadre d'exercice de la médecine libérale<sup>11</sup>.

Si l'on peut se réjouir que les trois premiers restent en vigueur, des non initiés pourraient s'imaginer que le quatrième est caduc depuis longtemps. Il n'en est rien, ni dans les principes, ni dans la réalité !

Il a fallu attendre De Gaulle et l'obligation d'une Convention nationale en 1971, pour imposer aux médecins conventionnés des tarifs opposables, mettant fin à l'entente directe. Mais aujourd'hui encore, l'article 53<sup>12</sup> du dernier Code de déontologie de 1995, suscite, de la part du Conseil de l'ordre des médecins, ce genre de commentaire : « Le médecin n'est pas toujours libre de fixer le montant de ses honoraires »... Formulation par la négative servant sûrement à cautionner les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins secteur 2 et les dépassements pour exigence, dont l'existence a été vivement rappelée par le syndicat M-G. France, l'an dernier<sup>13</sup>. Quant au paiement direct des hono-

raires par le malade, il reste une pratique largement dominante et toujours brandie comme la garantie de l'exercice libéral<sup>14</sup> de la médecine. Cette affirmation n'est pas sans fondement puisque l'article 55<sup>15</sup> permet à l'Ordre de rappeler que « le principe fondamental du paiement à l'acte est ainsi réaffirmé (art. 162.2 du code de la Sécurité sociale) ».

Que se passe-t-il si l'on est payé autrement?

Militant au S.M.G. pour le paiement à la fonction, il se trouve que j'ai eu l'occasion, au cours de mon exercice libéral, de déroger à deux reprises à la règle dominante du paiement à l'acte par le patient. La première fois, ce fut de 1983 à 1986 dans le cadre de l'expérience des U.S.B.<sup>16</sup> La seconde fois, de 1998 à fin 2000<sup>10</sup>, en optant pour le système « médecin référent ».

Cette médecine, qualifiée par certains d'antilibérale<sup>17</sup>, m'a permis de continuer à soigner au moins aussi bien qu'avant. Mes clients ne m'ont pas fui quand je ne leur ai plus demandé de me payer en fin de consultation, et j'ai poursuivi ma progression de clientèle !

Mais au-delà de ce constat « basique », sortir du paiement à l'acte suppose, à mon sens, une volonté de mettre en œuvre une autre pratique<sup>18</sup>, que celle, qu'on le veuille ou non, de la course à l'acte, même si tous les médecins n'ont pas l'ambition de courir vite. Supprimer le paiement à

l'acte, c'est disposer d'un outil pour réaliser un objectif, ce n'est pas une fin en soi<sup>19</sup>.

La relation duelle médecin-malade s'est-elle trouvée altérée par l'absence de participation financière directe de la part du patient ? J'avoue que trouvant là la possibilité de mieux mettre en œuvre la pratique médicale que je revendiquais, ce fut une question que je ne me suis pas posée. Ma clientèle, toutes catégories sociales confondues, m'est restée fidèle quand je suis devenu salarié, fidélité testée encore par la suite à deux reprises avec un retour au paiement direct à l'acte après la fermeture du centre de santé, et un nouveau *come back* au tiers-payant avec l'adhésion à l'option médecin référent<sup>20</sup>. Un patient conserve son médecin parce qu'il est satisfait de la relation. Si le médecin revendique des moyens nouveaux pour conforter sa pratique, l'usager y trouve un intérêt supplémentaire (agrémenté, dans mon cas, de la facilité offerte par la non avance d'argent)<sup>21</sup>. Ces moyens retirés, il reste la pratique, gage de fidélité.

**Le tiers-payant, côté médecin...** Outre la satisfaction d'œuvrer pour l'accessibilité aux soins pour tous, être débarrassé de la conclusion monétaire de tout acte, m'apparaît d'un intérêt manifeste. L'exercice est plus confortable (il n'y a plus la gêne à devoir conseiller à quelqu'un de reconsulter, à court terme, pour étayer une hypothèse diagnostique ; des prescriptions discutables, telles qu'une antibiothérapie de précaution, peuvent être différées, la gestion comptable du petit commerce est simplifiée...). Paradoxalement, cesser d'être un encaisseur m'a apporté plus de rigueur par rapport à l'argent : n'étant pas directement le bénéficiaire, je n'avais plus à devoir, justifier « dans ma tête » des honoraires qualifiés, à tort, d'actes gratuits (par exemple, la consultation rapide, mais qui rend service, et qu'on n'ose pas faire payer).

La troisième dimension à prendre en compte après le client et le médecin est l'organisme payeur. Toute nouvelle forme de paiement entraîne un nouveau type de relation avec les caisses de Sécurité sociale. Dans cette relation contractuelle, deux aspects sont à dissocier :

- l'aspect technique pour la gestion du tiers-payant avec tous les aléas liés aux changements à mettre en place tant au niveau technologique qu'humain.
- l'aspect politique en ce qui concerne les objectifs à atteindre et le contenu du contrat.

À mon avis, le seul questionnement se situe à ce niveau, dans ce système d'économie de la santé si particulier. Le consommateur n'a pas le choix du produit qu'il va consommer, le prescripteur n'a pas le souci du prix du produit qu'il prescrit et le payeur n'a pas (ou peu encore) les moyens d'influer sur la consommation engendrée ! Le problème n'est pas de savoir si le malade tient au paiement à l'acte ni si le médecin, à ne plus faire payer, y perd son âme. Les enjeux sont ailleurs : un fonctionnement figé est-il compatible avec le maintien d'un système de protection sociale fondé sur la solidarité ?

**Aujourd'hui, la question de la solidarité dans le domaine de la santé a-t-elle encore un sens ?** Le citoyen victime de l'exclusion a bien d'autres préoccupations que sa santé ; celui qui peut se soigner n'aspire souvent qu'à bénéficier d'une médecine de plus en plus sophistiquée ; les médecins pensent d'abord à défendre leur statut – quand ce n'est pas leurs privilèges – et les responsables politiques sont obnubilés par la maîtrise des dépenses !

Ce qui a un sens, dans certains milieux, c'est la recherche du profit sur la santé ! Au-delà des réponses cohérentes apportées dans le domaine de la prise en charge complémentaire (le ticket modérateur), il y a la mise en place par les assurances privées de conventions avec les médecins pour le paiement d'actes non remboursés ; il y a eu aussi des idées de Sécurité sociale privée. Plus subtile dans l'immédiat et plus pernicieuse, est l'offre des banques d'équiper les médecins de lecteurs de carte Vitale et de carte bancaire. Là encore, ce n'est qu'un outil, mais la finalité en est évidente. La banque se constitue un réseau de méde-





cins captifs (le médecin ne va traiter qu'avec une seule banque, sinon il lui faudrait autant de lecteurs que de banques). Le paiement différé des actes au médecin n'est rien d'autre qu'un tiers payant<sup>17</sup>, procédure qui permet à la banque de connaître le profil de consommation de tous les clients du médecin et de disposer ainsi de données précieuses pour la promotion ultérieure de produits « complémentaire santé » et de prévoyance.

L'expérimentation des U.S.B. avait un sens<sup>18</sup> mais

le lobby médical, avec ses relais politiques et syndicaux, ne l'a pas supporté !

L'option « médecin référent » était au service d'un objectif (l'ébauche de la filière de soins), mais je crains qu'elle ne soit dans les faits qu'un outil de maîtrise !

Mon investissement à fond dans la pratique du tiers-payant avait un sens, mais les pratiques esseulées prennent des allures de résistance passive<sup>19</sup>... quand il faudrait, au contraire, pouvoir être offensif !

## Médecine libérale, médecine salariée

Monique Fontaine

Médecin généraliste.

Il était une fois, quand j'étais généraliste, libérale, payée à l'acte et que je tirais le diable par la queue, je n'aurais pas avoué pour un empire mes revenus, dont j'étais honteuse et qui auraient pu me faire passer pour un « mauvais médecin ».

Quand j'ai décidé de changer en faveur d'une médecine préventive, salariée, pour la fonction

publique, j'étais assez motivée pour ce poste pour accepter d'être embauchée au 1<sup>er</sup> échelon pour un salaire de misère sans même le discuter. J'en ai parlé partout, la hauteur de ma rémunération n'ayant évidemment aucun rapport avec ma valeur et, au moment de ma titularisation, je me suis battue sans états d'âme pour que toute l'ancienneté à laquelle j'avais droit soit reprise.

1. La Confédération des syndicats médicaux français a été le seul syndicat de médecins jusque dans les années soixante-dix.
2. Journal officiel du 28 juin 1947.
3. Médecine libérale, que la plupart d'entre nous pratique plus par obligation que par choix, étant donné que l'innovation en matière de mode de distribution des soins est quasiment impossible en France. Voir *Pratiques* n°8 : « La protection sociale: une histoire toujours combattue. »
4. « Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. »
5. M-C. France avait lancé un mot d'ordre d'application du D.E. pour les visites à domicile.
6. Même si, dans les sondages, les médecins y semblent moins attachés, il n'y a pas de mobilisation significative pour défendre d'autres modes de paiement.
7. « Le forfait pour l'efficacité d'un traitement et la demande d'une provision, son interdits en toute circonstance. »
8. Référence au titre de *Pratiques* (ancienne formule, n°39, avril-mai 1980).
9. Unités sanitaires de base, voir l'ouvrage, *Hier une médecine pour demain: le Centre de santé de Saint Nazaire*, par D. Coutant et J. Lacaze, éditions Syros Alternative.

10. Date de cessation de mon activité libérale.
11. Le libéralisme en médecine consistant à interdire toute autre forme d'exercice !
12. Développer une pratique plus globale, non exclusivement consacrée au soin, mais permettant plus d'écoute, de la prévention, d'autres activités (évaluation, concertation, formation...).
13. Mais ce peut être l'élément clef d'une stratégie, au point de paraître, faute de réflexion critique, comme l'objectif à atteindre.
14. Proposée systématiquement et avec succès à toute la clientèle, ce qui s'est traduit par la souscription de huit cents contrats environ.
15. Avec, très souvent, convergence d'idées sur le sens de la démarche : ne pas faire de distinction entre ceux qui pourraient payer et ceux qui ne le pourraient pas : éviter, après versement des cotisations sociales, une deuxième avance d'argent.
16. Peut-être qu'il y perd le pouvoir de choisir ou non de faire la charité à travers les actes gratuits soumis à son bon vouloir.
17. Terme banni de beaucoup de libéraux qui associent le tiers payant à dépendance à la Sécurité sociale.
18. Conforté par une loi de janvier 1983, toujours en vigueur.
19. Seulement moins de 8 % des médecins généralistes ont choisi d'être médecins référents. Au début de la mise en place du système, ils étaient 14 %.



**Non sans fondement, les médecins cherchent à imaginer comment avoir des revenus adaptés à leur fonction. Avec le paiement à l'acte, il s'agit d'établir les modalités pour avoir des actes mieux rémunérés, mais dans le cadre actuel, on en vient toujours à l'idée d'augmenter le prix de l'acte. Pourtant des limites s'imposent aussitôt pour préserver l'accès aux soins à tous : ne pas faire de dépassements aux frais des assurés donc condamnation du secteur 2 (c'est notre proposition depuis toujours), ni faire la charité en soignant gratis ceux qui ne sont pas solvables.**

# Comptes d'apothicaire (ou pour un secteur 2 universel)

J'ai toujours détesté compter (« Quand on aime, on ne compte pas »), mais mon ordinateur dispose d'une calculatrice accessible d'où je tire cette information : au tarif de 115 F la consultation, un médecin travaillant trente-cinq heures et prenant trente minutes par malade aura un chiffre d'affaires mensuel de 32 200 F. Au tarif de 150 F, ce chiffre sera de 42 000 F. Répugnant à ces comptes, j'y ai été obligé par l'exercice libéral qui m'a permis d'éprouver la différence entre le *chiffre d'affaires* et le *bénéfice* ; le second étant, dans mon expérience, inférieur à 50 % du premier, soit pour les chiffres qui nous intéressent 16 100 F à 115 F, 21 000 F à 150 F la consultation.

Et pourquoi pas ?

Mais à l'instar des enseignants, pour qui une heure de cours correspond légitimement à plusieurs heures de travail, j'ai compris que notre travail ne s'interrompt pas en raccompagnant le malade. Il y a la logistique, l'approvisionnement, attendre la poste, recevoir les laboratoires, le temps des comptes... Il faut aussi, pourquoi pas, présenter un dossier, visiter un malade à l'hôpital, recevoir des familles, lire et même réfléchir un peu, disons (fourchette basse) 30 % du temps. Deux solutions peuvent y répondre : soit augmenter le temps de travail à quarante-cinq heures hebdomadaires, soit diminuer d'autant le bénéfice à 11 000 F (à 115 F la consultation) ou 16 000 F (à 150 F la consultation).

Et pourquoi pas ?

Enfin, compte tenu que l'on avance en âge et que

les enfants grandissent, il est d'usage de penser que les revenus ont besoin d'augmenter au fil de ce temps pour pallier l'excès des dépenses et donner à une vie professionnelle une couleur d'ascension gratifiante. 11 000 F à vingt-cinq ans deviendrait miraculeusement 20 000 à 40 et 30 000 en fin de carrière, par exemple. Mais non, les comptes sont ce qu'ils sont, 11 000 et 16 000 n'ont aucune raison de bouger pour trente-cinq heures de travail...

Alors, pourquoi trente-cinq heures et pourquoi trente minutes par malade... ?

Il suffit de dire soixante heures et quinze minutes par malade... et on obtient la progression attendue de nos revenus...

Et pourquoi 150 F alors qu'une exploration fonctionnelle est cotée 227 ou 340, 20 F... ?

Il suffit de faire souffler un malade dans une machine pour augmenter nos revenus : augmenter le nombre des actes pour les médecins généralistes et la proportion des « K » pour les spécialistes, est une solution toute trouvée pour augmenter leurs revenus au-dessus de 11 000 F ou 16 000 F pour 35 heures de travail.

Une autre solution est de dire que la consultation « vaut » plus que 115 F (généraliste) ou 150 F (spécialiste), la différence même entre ces deux tarifs est évidemment injustifiable sauf si elle correspondait à une quantité (de temps ?) spécifiquement accordée pour l'un ou l'autre à la consultation. Elle pose plus généralement le problème des diffé-

Philippe Michard

Pneumologue.



rences entre les consultations, non pas selon les médecins, mais selon les malades et leurs maladies : annonce du diagnostic de cancer ; dépression associée, etc. Je n'entends pas par là qu'elle soit négociable à 120 F ou 155 F par exemple, mais à la valeur que j'entends lui donner selon l'attention que je lui porte. Disons 300 F ou 400 F.

Et pourquoi pas ?

Je me sens tout de suite personnellement mieux à 400 F. Plus attentif, plus disponible, heureux en somme, de travailler, pas triste, pas obligé de brandir trop souvent les tétiches médicamenteuses et les machines à sous, pas coupable, mieux habillé, reposé (j'ai pu faire du ski). Autrement dit, les revenus d'un médecin de ville (généraliste ou spécialiste) peuvent approcher ceux d'un praticien hospitalier sans augmentation du nombre d'actes ni des « K », si et seulement si, la consultation médicale est reconnue à sa juste valeur. Cette valeur est à n'en pas douter infiniment variable et peut être infinie. La consultation, en quelque sorte, ça n'a pas de prix, c'est un art, « quand on aime, on ne compte pas ». Mais pour moi, ce sera 400 F. Voilà.

Qui va payer ? Les pauvres ? Le coup de la santé ?

400 F, c'est mon prix.

Qui va payer ?

Ceux qui veulent, ceux qui peuvent. Pour les autres, c'est gratuit (par Hippocrate). Ceux qui veulent, veulent bien, ils ont raison d'ailleurs, parfois gênés, de donner 115 F (150 F pour moi).

Ceux qui peuvent n'ont qu'à payer. Pas d'étal d'âme. Qu'ils vendent leurs téléphones portables, qu'ils réfléchissent au prix d'une paire de chaussures, d'une prise électrique, qu'ils comparent, qu'ils se

débrouillent, qu'ils n'aillent pas au ski cette année (ça m'est arrivé, pourquoi pas eux ?). Et s'ils ne veulent pas, ils peuvent aller voir ailleurs (nous sommes nombreux) et je ne reprocherai à personne de faire du *dumping* s'il est moins cher, voire, ça me fera peut-être réfléchir et comprendre que je suis surévalué.

Ceux qui ne peuvent pas, pas assez, pas autant, nous les soignerons tout de même dans notre sagesse magnanime et cela même de deux façons.

D'abord gratuitement, quoi qu'il arrive. C'est une obligation morale et vraisemblablement légale (je n'en sais rien).

Ensuite, grâce au système de la Sécurité sociale qui est un édifice merveilleux qu'on dit fragile et auquel nous tenons tous. Ce système nous dit : je peux payer 115 F ou 150 F la consultation. Libre à lui. C'est une contrainte légitime. Le budget n'est pas extensible. Il y a des priorités. Ceux qui le dirigent ont mille fois raison de vouloir équilibrer leurs comptes. Ils ne peuvent pas donner plus. Préfèrent dépenser ailleurs ou autrement. C'est leur responsabilité. Cela n'a rien à voir avec notre propre évaluation de la valeur de la consultation. Suspicion de cancer, VIH, insuffisance respiratoire grave ; bilan de cancer, l'organiser, écrire, téléphoner ici ou là, répondre, écouter, entendre... 300 F, 400 F. Se déplacer à domicile ? + 100 à 200 F selon le déplacement (et pas 30 ou 35 F). Si les « pouvoirs » publics pensent, non pas qu'ils ne peuvent rembourser que 115 F ou 150 F et 30 F pour le déplacement, mais que la consultation « vaut » ce prix-là, sauf à se laisser accepter que la consultation « vaut » ce prix-là. Pour ma part, 300 F aujourd'hui. Et demain ? Certainement un peu plus.

Mieux vaut adapter le prix que l'on croit juste à l'acte que de risquer voir l'acte se dévaloriser au prix et réclamer piteusement un peu plus qu'un billet de 100 francs en se disant que cela vaut deux fois plus : 300 ou 400 F... 32 000 F de bénéfiques ! 32 000 F !!! Pour 35 heures ! C'est trop. C'est beaucoup trop. Stop. Pas trop d'argent. Pureté. Morale. Militances...

Infini par rapport à ceux qui n'ont rien ; bien au-dessus du RMI ; modeste par rapport aux pertes du Crédit Lyonnais ou aux salaires d'X, Y, Z ; ceux qui voudront demander plus, et qui ne voudra pas, pourra toujours augmenter ses actes gratuits et se payer au prix d'une vraie générosité. 35 000 F pour trente-cinq heures : le temps d'aller se former, visiter les malades hospitalisés, assister aux interventions chirurgicales... « comme avant », et même le cinéma, le ski, le casino, que sais-je ? La lecture de *Pratiques*. Si tout le monde est déprimé, qu'au moins les médecins ne soient pas à plaindre !



# Mondialisation et santé : attention danger !

Pour l'OMC (Organisation mondiale du commerce), la santé EST une marchandise.

Et les négociations vont bon train pour libéraliser le secteur de la santé, comme les autres services (l'éducation, la culture, les transports, l'eau potable...) lors des négociations qui ont lieu actuellement au titre de l'Accord général pour le commerce des services (AGCS).

Les trois ingrédients redoutables qui habitent l'AGCS, ce sont les marchands (entendez : les plus gros), les juristes, et les mouchards.

Qui fait quoi ?

Les juristes proposent des textes qui vont permettre aux marchands de prendre place sur des secteurs intégrés aux missions de l'Etat, (dont la santé, donc) et qui sont, pour cette raison, protégés.

Là, les marchands arrivent : ils ont maintenant le droit pour eux. On va faire du soin rentable, restructurer, sous-traiter, faire du *reengineering*, comme les Américains (qui, faut-il le rappeler, ont le système de santé le plus inégalitaire et le plus cher du monde...).

Un des objectifs de l'AGCS, par exemple, est de faire baisser le coût des personnels de santé par l'immigration et de déréguler la qualification des personnels de santé. Vous ne rêvez pas !

Et que font les mouchards ? Ils dénoncent (au Conseil du commerce et des services) tous ceux qui feraient obstacle à ce raz-de-marée libéral.

C'est prévu dans les textes, au chapitre « Obligation et disciplines générales ». Il va y avoir des procès internationaux à la pelle...

Ne vous y trompez pas, dans ce domaine-là, il y a un cumul des mandats : ceux qui décident, commercialisent et portent plainte pour entrave à la libre concurrence, sont les mêmes. Voyez le procès qui a lieu en Afrique du Sud : les laboratoires pharmaceutiques portent plainte pour atteinte aux brevets sur les médicaments anti-SIDA. Le saviez-vous ? L'industrie pharmaceutique a tout misé sur G.W. Bush en consacrant vingt millions de dollars à la campagne des Républicains. Alors, ne nous faisons pas de souci : ils ont aujourd'hui une influence politique impressionnante, avec des Républicains reconnaissants, à la Maison blanche, au Sénat, et à la chambre des représentants. Ça aide.

L'association ATTAC fait un travail remarquable pour dénoncer le danger des AGCS.

Geneviève Barbier

Médecin généraliste.

ATTAC :

9 bis, rue de Valence  
75005 Paris

Tél. : 01 43 36 30 45

Attac.org

Correspondant pour AGCS  
et santé :

alain.lecourteux@wanadoo.fr



# Secteur privé à l'hôpital

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue.

Depuis son institution en 1958, le secteur privé à l'hôpital a fait l'objet de nombreux rapports, soit de l'inspection générale des affaires sanitaires et sociales, soit de la Caisse nationale d'assurance-maladie, soit des médias, dénonçant tous les détournements de clientèle, les honoraires excessifs, les revirements insuffisants à l'hôpital. Et chacun de se dédouaner en laissant sous-entendre que cette profession incontrôlable est décidément trop mercantile. La pseudo-tentative de suppression de ce secteur privé par la gauche, en 1982, fut à la hauteur de cette hypocrisie, car la promesse électorale de Mitterrand tomba aux oubliettes comme tant d'autres.

En réalité, cette situation inique est le résultat d'une trouble complicité entre ces médecins et leurs accusateurs. Tout d'abord, il est de bon ton de vilipender le chirurgien qui vous demande des honoraires contraires à l'éthique et de continuer à alimenter sa caisse sous prétexte qu'il est le seul compétent sur la place publique. Assez de supercheries. Ensuite, si les directions des hôpitaux aiment à montrer du doigt les excès de ce corps médical marginal, elles profitent largement du système en ne faisant pas appliquer la loi. En effet, les textes réglementant l'exercice libéral des hospitaliers sont précis mais, curieusement, jamais appliqués. Pourquoi ?

Les directions hospitalières sont les seules à connaître les revenus qu'apporte le secteur libéral à chaque médecin. Il faut savoir que, pour tous les autres, les bénéfices engrangés restent « top secret »,

le rapport financier n'est connu que par les membres de la commission libérale où ne siègent que des médecins exerçant une activité privée hospitalière, un représentant du Conseil de l'Ordre et... un représentant de la direction. Mais tous les autres, l'ensemble des médecins, tous les membres de la commission médicale de l'établissement restent dans la totale ignorance. Ils n'ont pas droit de regard sur le rapport établi par la direction de l'hôpital. Top secret. C'est la loi. Ainsi les directions hospitalières connaissent-elles parfaitement le nom de ceux qui n'appliquent pas la loi. Pourquoi cette complicité du silence ? Parce que le reversement des médecins exerçant une activité libérale représente un gâteau financier *hors budget*, dont l'administration peut disposer à sa guise sans contrôle des tutelles. Comment refuser une telle manne ? Aussi préfère-t-on fermer les yeux, tenir les coupables à sa disposition, encaisser les bénéfices et finalement recycler cet argent d'origine discutable...

Décidément, il n'est pas clair ce secteur privé où l'on se partage un gâteau entre juges et coupables. Heureusement, il y a 80 % des médecins hospitaliers qui refusent d'en manger. Il ne faudrait pas l'oublier. Pour la première fois, en mai 2000, Martine Aubry a reconnu l'incroyable injustice qui leur était faite, ces médecins continuant à travailler deux demi-journées supplémentaires pour le secteur public pendant que leurs collègues exerçaient leur activité privée. Comme quoi, tout n'est qu'affaire de politique. Et quand on veut...

# Le quadrilatère

Le Temps, l'Espace (lieu), les Diplômes, l'Argent sont les quatre points d'un quadrilatère dans lequel s'est inscrite, puis enserrée, ma vie professionnelle, un vrai jeu des quatre coins. Pour avoir été une élève « en avance », puis « en retard », « rapide », puis « lente » avec le discrédit que cela comporte, j'ai commencé « ma » médecine pendant la guerre, en ayant bien intégré que « c'étaient des études que l'on finissait toujours en y mettant le temps ». C'est ce qui m'est arrivé ! À ceci près qu'ayant interrompu lesdites études pendant six ans, je me suis retrouvée boursière avec l'obligation de réussir mes examens chaque année, sinon plus de bourse ! L'argent pointait son nez. En sus, un règlement intervint, peu après, n'autorisant qu'un redoublement.

L'hôpital me passionnait, j'y passais beaucoup de temps faisant « fonction » d'externe, établissant spontanément de longues observations fouillées comportant un examen clinique complet de rigueur, et toute une « enquête » sur les antécédents parfois lointains, l'environnement, le mode de vie, la survenue de la maladie, l'interprétation qu'en avait le patient. Les Patrons aimaient bien, ces patients-là étaient « faciles », cela m'encourageait d'autant que je ne savais pas faire autrement. Ça prenait du temps.

Un jour, j'appris que pour passer nos cliniques nous ne disposerions que d'un quart d'heure

pour l'observation, et d'une demi-heure pour la rédaction, afin de travailler comme les médecins généralistes, la Sécurité sociale ayant tarifé la consultation sur la base d'un quart d'heure. Je fus littéralement prise de panique. La Technique surgissait avec un développement de la Science important et, en bonne littéraire, comme presque tous mes camarades de l'époque de la guerre, j'étais dans un « Art » médical. L'hôpital était un refuge, mais j'étais incapable de passer un concours : contraction du savoir dans un temps contracté. Par ailleurs, m'installer généraliste était inenvisageable : telle que j'étais, je n'arriverais pas à gagner ma vie ! J'en arrivais à la conclusion : « Le temps, c'est de l'argent ! » Je me marie avec un universitaire, change de faculté, de ce fait passe mes cliniques sur « dossier », entrecoupées des naissances des enfants. Nouvelle décision : pour s'installer en tant que spécialiste, il faudra soit passer l'internat, soit préparer un CES. Je passe ma thèse sur un sujet obstétrical et obtiens des vacances hospitalières en Maternité CHU, avec un titre complètement farfelu, « médecin-psychologue » pour « étudier » ce qui se passait pendant la grossesse et entre le nouveau-né et ses parents. Je savais par expérience personnelle et enquêtes qu'il y avait à ce point d'origine des événements affectifs, imaginaires, événementiels déterminants.

Je me retrouve à l'hôpital, attachée de consul-

Françoise Lagabrielle

*Médecin psychiatre.*



tation, trois puis cinq vacations de quatre heures par semaine, à rencontrer, entre autres, des femmes atteintes de vomissements gravidiques graves. J'ai copieusement pataugé, interrogé les psychiatres que cela n'intéressait pas et qui m'ont renvoyée à mon « être féminin ». Dans ma très inconfortable perplexité, j'ai consulté un psychanalyste et entamé une analyse « personnelle ». C'est long et c'est cher de réputation ! À l'époque, je gagnais 500 F par mois à l'hôpital. La consultation psychiatrique était de 45 F. Pour ne pas grever le budget familial, tout mon salaire était englouti. L'analyste, homme d'un âge certain, décida qu'il me ferait des feuilles de remboursement. Mon analyse dura trois ans, à séances de trois quarts d'heure, deux par semaine et de longues vacances universitaires, sans contre partie ! La séance psychanalytique d'un quart d'heure/vingt minutes avait bien fait son apparition, hautement rentable, mais cet analyste la refusait. Lui comme moi avions besoin de temps, de respiration. La société me payait partiellement mon traitement, et je le lui rendais par l'amélioration considérable de mon approche thérapeutique. D'ailleurs, disait cet homme, « vous ne conduirez jamais quelqu'un plus loin que là où vous en êtes. » Je m'étais donné une obligation éthique de progresser. Dans mon statut hospitalier un peu misérable et folklorique, mais confortable, en ce sens que mon travail thérapeutique et l'argent n'avaient aucun lien (le traitement/salaire arrivait impersonnellement en fin de mois sur mon CCP), mon analyse terminée et tous les enfants scolarisés, je me posais la question d'un cursus universitaire adéquat : le CES de neuro-psychiatrie ne me tentait pas du tout, trop de neurologie, très peu de psychiatrie.

Mai 1968 arrive ! Je m'engouffre dans la scission, m'inscris au CES psychiatrie tout neuf, obtiens mon diplôme en quatre ans et m'installe psychiatre en libéral, d'abord dans une clinique, puis en louant un bureau à une consœur, dans une petite « chartreuse » au fond d'un jardin un peu sauvage, plein de charme. Peu d'années après, survient la fin des CES, l'obligation de passer l'internat pour les spécialistes, même les psychiatres, le *numerus clausus* j'étais passée au travers ! Je gagnais ma vie,

psychiatre de base, conventionnée, séances de trois quarts d'heure et feuilles de remboursement S.S ( normal I), je prescrivais peu (pas bon pour les laboratoires ! Ne suis-je pas le meilleur médicament ?), mais je demande des congés longs, qui, dûment expliqués aux médecins-conseils, n'ont jamais été refusés. Accepter de recevoir des « honoraires » en main propre, chèque/argent liquide en fin de séance a nécessité un apprentissage intérieur pour déconnecter ce qu'il y avait de relationnel, d'intime, de l'argent, sa connotation « profit » et en arriver à une notion d'échange. Ma pratique était non instrumentalisée et pour moi, toujours un « art », même si la psychanalyse et d'autres approches (haptonomie par exemple) se disent « scientifiques ». Le « soin », « prendre soin de » touche à une humanité profonde qui ne s'évalue pas à l'aune de l'argent, c'est d'un autre domaine. J'offrais donc un temps et un lieu, et je faisais intervenir le social par le biais de la feuille S.S estimant que la société n'était pas sans responsabilité dans les troubles qui s'exprimaient chez des gens qui, en majorité, payaient des cotisations ! Si une autre compréhension de la Santé publique pouvait émerger, accompagnée d'une « mutation » politico-économico-écologique !

Mais je rêve ! Paradoxalement et malgré une pratique « économe », mon « chiffre d'affaires » a dépassé le traitement universitaire de mon mari ; il avait des diplômes bien plus « valeureux » que les miens. La disparité était choquante. J'étais libre de pratiquer à ma façon : j'ai donc aménagé mon agenda, pris de larges vacances universitaires, négocié avec les patients les plus fragiles, trouvé des liens ténus pendant ces longues absences : je suis devenue une spécialiste de la carte postale dûment choisie pour qu'elle exprime du sens. J'ai arrêté mon activité fort tard, pour avoir une retraite correcte. J'avais mis longtemps à m'installer en libéral, et tout mon travail hospitalier avait été effectué sans statut de cadre. « Balayeuse » était la position que je me donnais et que j'aimais bien, elle correspondait à mon approche thérapeutique, alors que le terme de « technicienne de surface » qui lui a succédé me paraît détestable, quoique à l'image de notre monde !

# Un jardin d'histoires

**Petites histoires de dons en forme de plantes, ou comment la Sécu paye les consultations et comment le malade donne en plus... « Tenez, ce romarin semé par mes soins, ma chère doctoresse... »**

## Je suis riche

Anne-Marie Paboïs - *Médecin généraliste.*

Je suis riche : j'ai un « jardin d'histoires »... Dès que je le peux, je parcours mon jardin avec délices, admirant les fleurs de Mme G., scrutant l'arbuste de M. L., humant l'oranger du Mexique (la marcotte des époux B. a bien pris)... Et coule en moi le souvenir paisible de tous ces visages encore en vie ou déjà morts, encore souffrants ou bien guéris, de toutes ces histoires dévoilées durant toutes ces années...

J'aime mon jardin, il me parle... du sac débordant de plantes encore enracinées dans leur terre d'origine : « Docteur, on est trop vieux maintenant, on met tout le jardin en herbe, alors, on a pensé à vous... »

« Docteur, c'est comme ça qu'il faut la traiter, votre plante, sinon... »

Ce jardin donné, c'est une mémoire vivante.

## Tactique

Anne-Marie Paboïs

Quand la relation avec un patient se dégrade, quand il devient uniquement un consommateur,

alors je sors mon arme : « Monsieur (madame), je ne peux plus continuer à vous suivre. Vous devez aller voir un autre médecin, je ne peux pas travailler correctement sans un minimum de confiance et de communication entre nous. Vous pouvez partir... et, non, non, je refuse que vous me régliez la consultation... » Et je ferme la porte ( quel coup ! ) sur ce client ulcéré de me devoir de l'argent... L'argent, c'est mon arme !

## Le signal du départ

Monique Fontaine - *Médecin généraliste.*

Tous les mois, je fais une visite chez Marcelle, quatre-vingt-cinq ans – bon pied, bon œil et caractère bien trempé – pour renouveler ses médicaments. Je pense qu'elle aime bien nos conversations et nos échanges habituels du tac au tac, elle pousse sa tabatière à priser afin de me faire de la place pour rédiger l'ordonnance. Elle fait toujours durer la visite et il est bien difficile de donner le signal du départ : « C'est 115 F », « Eh bien, c'est pas donné ! »

Cela a duré bien des années, chaque mois et je ne répliquais jamais rien sur le coût de la visite. Et puis un jour, au cours de la conversation, elle me dit que sa télévision avait été en panne et qu'elle avait appelé le réparateur. Alors, je n'ai pas pu résister :



- C'est 115 F.
- Eh, bien c'est pas donné !
- Vous avez dû en avoir pour bien plus cher avec le dépanneur !
- Oui, mais après, ma télé marchait... »

C'est vingt-cinq ans après, en écrivant ce petit témoignage, que je me rends compte, enfin, que Marcelle se plaignait du prix de la visite parce que c'était le signal du départ.

## J'ai vu votre voiture, alors, je suis monté...

Evelyne Malatterre - *Médecin généraliste.*

13h 30. Voilà une heure que ma consultation est terminée. On sonne. Robert entre : « J'ai vu votre voiture, alors je suis monté... Pouvez-vous me recevoir ? » Nous nous connaissons depuis longtemps, Robert est séropositif, alcoolique et il galère. Il vit avec le RMI. Il a l'air fatigué, il me parle de ses vertiges, me dit qu'il n'a pas bu et m'explique aussitôt que depuis deux jours, il n'a pas d'argent et ne va pas à la cantine du centre de formation, alors... il vient voir si je ne pourrais pas lui prescrire du Rénutryl\*.

Je refuse en lui expliquant que ce n'est pas du domaine médical, mais qu'un repas à la cantine me paraît être le meilleur remède à sa détresse du moment. J'extirpe 50 F de mon porte-monnaie, lui tends le billet en lui disant au revoir et bon appétit ! Et nous n'en avons jamais reparlé.

\*Complexe nutritionnel remboursé

## Une soignante comme les autres...

Evelyne de Wildeman - *Infirmière.*

Il y a quelques années, j'ai soigné une petite fille de quatre ans, elle avait été opérée d'une tumeur de la queue de cheval<sup>1</sup>, on savait que cela finirait mal... Je faisais ce qu'il y avait à faire, piqûres, prélèvements, « avec des aiguilles petites comme ça » et il y avait des actes qu'on ne fait pas habituellement à domicile, notamment des transfusions, à la demande de son père qui était médecin, et avec l'accord du spécialiste qui la suivait. Ces jours-là, je me libérais des autres patients en

les confiant à ma collègue, et donc, je surveillais les transfusions et je souriais avec elle devant son dessin animé préféré. Bien entendu, les prescriptions étaient faites tout à fait correctement. Ça a duré pas mal de temps... et puis ça s'est terminé. Lorsqu'il s'est agi d'envoyer les feuilles de soins à la caisse de Sécu, je n'ai pas pu, j'en étais incapable, et je les ai toutes déchirées. Comptabiliser ce que j'avais vécu en AM<sup>2</sup> me semblait par trop réducteur. Je suis une soignante libérale comme beaucoup d'autres.

1. Tumeur du bas de la colonne vertébrale

2. Cotation des actes infirmiers remboursés par la Sécu

## Le bon voisinage

Dominique Tavé - *Médecin généraliste.*

Je suis opposée au paiement à l'acte, inflationniste par nature, correspondant peu à la valeur de notre travail et freinant énormément toute évolution pertinente de notre exercice. Mais il y a parfois des circonstances qui lui rendent toute sa valeur symbolique. Par exemple, quand en catastrophe un jour, ma voisine m'a demandé de venir chez elle un samedi après-midi suite à un accident de circulation. Une fois l'examen médical et les certificats faits, il nous a paru évident à toutes les deux que je sois payée de ce travail ponctuel. J'ai « tarifé » une consultation (et non comme j'en aurais eu le droit, une visite de dimanche) car l'important, pour elle comme pour moi, ce n'était pas la somme mais le fait de payer pour qu'elle ne soit en rien redevable vis-à-vis de moi et pour signifier que le soin s'arrêtait là. Nous étions « quittes ». Ainsi notre relation reste celle d'un bon voisinage sans ambiguïté, sans rapport de force.

## Les légumes

Françoise Lagabrielle - *Médecin psychiatre.*

Elisabeth est venue me voir dans le courant de l'année 1996, avec un questionnement, assez post soixante-huitard, sur le fonctionnement et le devenir de la société, la place que pouvait y avoir l'individu et le sens de sa vie. Elle s'était mise en disponibilité de l'enseignement et cultivait le jardin entourant la maison que lui avait léguée son grand-père, à près de vingt-cinq kilomètres de Bordeaux.



C'était une superbe jeune fille de vingt-six ans, au regard clair, mais d'un silence prodigieux après l'énoncé des raisons de sa venue. De séance en séance, j'essayais de tendre mes petites antennes pour tenter de capter un signe de rencontre possible, sinon de partage, puisqu'elle venait régulièrement. Je remplissais des feuilles de Sécurité sociale à la fin de chaque visite, elle me donnait un chèque et de séance en séance, j'avais l'impression que rien ne se passait, que cet argent reçu avait quelque chose d'inapproprié, presque scandaleux. Je sentais monter une tension, non pas agressive à mon égard, mais bien plus existentielle... j'attendais.

Une fin de séance de printemps, avec un gros soupir, je prenais la feuille de Sécu pour la remplir, lorsque tout à coup, j'entendis dans mon dos le son de sa voix : « Ça ne vous gêne pas, ce système ? »

— Que proposez-vous ?

— De vous payer avec ce que je produis dans mon jardin.

— Pourquoi pas ? »

J'avais vraiment l'impression d'être testée et que le moment était à saisir de toute urgence :

— Vous accepteriez, sans demander d'argent, sans feuille de Sécurité sociale, comme un contrat entre nous ?

— Tope-là ! Vous m'offrez le fruit de votre travail, je vous offre un lieu d'authenticité, cela me paraît équitable ! Vous me nourrissez et je nourris vos réflexions. »

Et je la vis venir en sabots jusqu'à la fin de l'année scolaire, au rythme de la pousse de ses salades, de ses radis, avec un ravissant panier d'osier plein de légumes, fruits, œufs frais, dont le prix dépassait largement celui d'une consultation psychiatrique de l'époque. Quel travail elle fit jusqu'aux vacances ! Et je ne dis pas tout ce qu'elle m'apporta et m'apprit, pour ma plus grande jubilation intérieure.





## Les spaghettis

Michèle Segot - *Infirmière.*

Il y a quelques années, un soir, en prenant mon service (je suis infirmière de nuit) en réa. med., (nous sommes 3 infirmières diplômées d'État pour une unité de douze lits), l'infirmière de jour me fait les transmissions et me dit que nous avons un jeune Italien très, très mal. Je démarre mon tour, j'arrive devant sa chambre, je frappe, j'attends, j'entre.

Il est allongé, jeune homme de trente ans, maigre, pâle, immense dans ce lit, de chaque côté se tiennent deux jeunes femmes, jolies, fatiguées, tristes et souriantes : son épouse, sa sœur. Je parle, nous avons du mal à nous comprendre, tous trois sont italiens et ne parlent pas du tout le français. Quant à moi, je ne connais que quelques mots, surtout des gros mots que maman employait...

Je lui demande s'il mange, non, je lui demande si quelque chose lui ferait plaisir, ou envie... non, même des spaghettis ? à la bolognaise avec du parmesan et du chianti ? Là il sourit, fatigué. Ça marche, pour demain soir, c'est OK.

La nuit se passe, sans trop d'encombres. Le lendemain soir j'arrive avec mes gamelles, cocottes et provisions. Je cours le saluer et leur promets un petit repas d'ici une petite heure. Je me mets en cuisine après avoir vu les autres patients. La réa. sent bon l'ail, la tomate, les épices, le soleil. Tout

est prêt, je prends un chariot, pose une nappe (alèse), installe les pâtes dans un saladier, le parmesan, le vin, les assiettes, couverts et verres. Le service est avancé ! Je leur souhaite bon appétit. Une heure après, la sœur me ramène le chariot, le saladier est vide, ils ont tout mangé. Bravo ! Ils sont heureux, contents et moi aussi. Le lendemain, il est mort...

Aujourd'hui, je pense à lui avec une certaine sérénité et tranquillité, nous n'avons pu l'aider dans l'évolution de sa maladie, mais nous lui avons donné la main, un petit bout de chemin et nous lui avons fait plaisir un tout petit moment avec son épouse et sa sœur. Nous étions là, près d'eux, avec le peu de choses que nous avions à leur offrir, du charabia, des pâtes et notre présence.

Donner, c'est peut-être se rassurer, exister à travers l'autre. Chercher à trouver chez lui ce qui est susceptible d'allumer une étincelle dans un regard terne, c'est faire sourire une bouche triste. C'est aussi déranger, apostropher pour déclencher une réaction, qui peut, elle aussi, entraîner une participation, la vie, l'échange... Pour donner, il faudrait abolir tous les différents filtres (religieux, économiques, etc.) et que seul le don soit... gratuit, désintéressé. Est-ce possible ? Sûrement, mais très difficile. Dans notre profession, nous pouvons approcher cette limite, car il y a des moments où nous vivons dans une telle urgence, une telle intimité que tout est permis, même si cela est grave et souvent douloureux.

## Le libéralisme en médecine vu sous l'angle « maussien »

# Réflexions

Le rapport à l'argent a constitué originellement dans mon parcours une sorte d'obstacle : l'argent empêchait « la » relation avec le patient, bloquait toute tentative d'établir d'autres rapports avec la dimension de la prévention. C'est à cause de la relation à l'argent, symbolisé par le paiement à l'acte, que la médecine était ce qu'elle était : une entreprise au service d'elle-même et non au service de la santé. L'organisation du système de soin était ainsi stigmatisée par des slogans du genre « à bas la médecine du capital », une médecine liée à l'argent et inféodée aux puissances de l'argent.

Mais cela ne se résumait pas malheureusement à la médecine libérale. Les services publics de soins ne faisaient pas mieux : l'hôpital se concentrait sur ses appétits de technologie et de publicisation d'actes d'exception, actes manifestement davantage au service des fabricants de médicaments et d'autres technologies bio-médicales que de la santé du plus grand nombre.

Du côté des services publics non hospitaliers de soins ou de prévention, la santé de la population n'était pas forcément plus prise en compte. Ainsi en était-il des centres de santé municipaux où les médecins, pourtant rétribués à la fonction, ne faisaient ni mieux ni pire que n'importe quel médecin libéral. Une médecine à l'acte,

copiée sur le modèle technique – hospitalier. Assurer à tous l'accès aux soins de qualité (c'est-à-dire copiés sur le « must » de l'hôpital) sous-entendant : c'est par ces soins donnés généreusement à tous que la santé s'améliore (on a les preuves de l'amélioration) et s'améliorera de plus en plus.

En PMI, à quelques exceptions (une certaine volonté de santé publique en Seine-Saint-Denis par exemple), ce n'est pas mieux. On dispense des soins de prévention (vaccinations, dépistage, surveillance) à la population qui fréquente le centre, ou à une population captive (les enfants à l'école maternelle). Ainsi, j'ai pu observer dans un département d'Ile-de-France que la PMI voyait en consultation environ 11 % des enfants d'une classe d'âge, et encore surtout dans la première année de vie de l'enfant. Quid des 89 % restant ?

Ne parlons pas de la santé scolaire ou de la santé au travail. Pour ne pas s'énerver !

**Alors, quel constat ?** Nous sommes devant une médecine qui fonctionne généralement de manière libérale. Elle a une clientèle, pas d'obligation de résultat, une liberté de prescription.

Les différences, liées au mode de financement et de rémunération, n'ont que des conséquences minimales sur le sens et la finalité des pratiques. C'est juste plus confortable d'être

**Michel Bass**  
Médecin de santé publique  
et sociologue.

*Michel Bass est responsable d'une association de conseil et d'évaluation en santé communautaire, l'AFRESC. Il est l'auteur de Promouvoir la santé, éd. de L'Harmattan, Paris, 1995.*

**Action formation recherche en santé communautaire (AFRESC) :**  
23, rue Philippe de Girard  
75010 Paris  
Tél. : 01 42 09 48 10  
afresc@noos.fr

**MAUSS :**  
3, avenue du Maine  
75015 Paris  
Tél. : 01 42 84 17 03  
Fax : 01 42 84 24 17  
e-mail : mauss1981@aol.com



médecin de centre de santé que médecin libéral ou plus valorisant socialement d'être médecin hospitalier. Pas besoin de courir après les actes pour avoir un salaire décent. Le centre de santé est payé à l'acte, et comme le médecin est salarié, que l'infrastructure est souvent lourde (en personnel, en plateau technique), le centre est le plus souvent lourdement déficitaire. Du point de vue économique, les patients, les citoyens paient deux fois : une fois par l'acte (remboursé par la Sécurité sociale) et une deuxième fois par les impôts locaux. Cette dépense de santé se dit « socialisée » car, d'une part, on la pense comme une vraie redistribution (soins destinés prioritairement aux plus démunis) et on imagine que ces soins garantissent à cette population une réduction effective des inégalités devant la maladie et la mort. On se trompe, évidemment, car les inégalités ne proviennent que peu des inégalités de « droit de tirage » sur la Sécurité sociale, ou de l'accès à des soins de qualité.

Face à ce constat, certains experts (les spécialistes de santé publique) tentent de rationaliser les pratiques. En clair, il s'agit de s'intéresser aux conséquences des pratiques en termes de santé de la population. Bien sûr, on s'y intéressera d'autant plus que le système libéral, ou « liberal-like » est plus inflationniste. Entre des slogans faciles et à l'emporte-pièce (développer la prévention car il vaut mieux prévenir que guérir) et des analyses économiques et épidémiologiques, on va s'apercevoir de la très faible efficacité du système de soins sur la santé de la population en termes d'espérance de vie, de réduction de la mortalité, de réduction des inégalités devant la maladie et la mort. Le haut comité de la Santé publique évalue cette efficacité dans une fourchette de 10 à 20 % : 10 à 20 % de la réduction de la mortalité générale seraient imputables au système de soin. Vu ce que cela coûte (850 milliards de francs en France), c'est insupportable. Il convient donc d'administrer l'offre de soins afin d'en réduire le



coût, à défaut d'en améliorer l'efficacité. On travaille sur l'efficace.

Quelle que soit l'approche, libérale ou administrée, le constat est le suivant : le même modèle est à l'œuvre et repose sur l'idée du développement de la bio-médecine comme moteur de la santé. Quelques tentatives, en particulier dans les réseaux alternatifs, essaient de penser la santé comme la résultante de facteurs multiples et non d'un simple dérèglement de la machine humaine dont nous serions les mécaniciens. Autrement dit, que la santé et la maladie seraient des affaires politiques au sens plein du mot, nécessitant d'y réfléchir dans des procédures de débat collectif, de confrontation de modèles et de conceptions, bref, qu'il ne faut laisser le débat de la santé publique ni aux seuls experts, implantés dans le marché des soins, ni à la seule administration, reposant sur une logique économique utilitaire.

La santé serait une affaire politique, exigeant une démocratie participative, dans laquelle les logiques, tant utilitaires que de marché, devraient être dépassées, rééquilibrées. Les personnes ne seraient plus alors ni clients, ni usagers, ni patients, ni bénéficiaires, mais acteurs participants. Des personnes qui ont leur mot à dire, en somme. Mais plus encore : la santé n'étant pas qu'une affaire individuelle, mais relevant de facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels, les pratiques de santé ne pourraient plus restreindre leurs modes d'action à la relation individuelle, à cette « privatisation de la négociation sociale ». Développer des pratiques de santé impose des modalités d'action permettant l'exercice de la citoyenneté. C'est-à-dire de la réciprocité.

Soit. Mais dit comme cela, cette proposition relève plus de l'idéologie que d'un discours théorique construit. Pouvons-nous fonder, en théorie, l'idée d'une démocratie participative dans le domaine de la santé ? Nous pensons que l'approche anti-utilitaire basée sur la théorie de l'anthropologue Marcel Mauss peut nous y aider.

L'analyse du fonctionnement du système de santé repose sur une **dichotomie** :

- d'un côté la liberté, le caractère libéral (respectant le caractère intime et unique du rapport à la vie et à la mort). La pratique libérale passe par un contrat passé individuellement entre le patient-client et son médecin. Contrat à la fois moral et juridique (signature d'une feuille de soins) ;
- de l'autre l'administration, l'encadrement, la gestion, appelant à l'efficacité, l'examen des conséquences « objectives » de la production du système dans son ensemble.

Vieux combat entre la médecine et la santé publique ! J'appellerais cette dichotomie « l'axe État-marché ».

**Du côté droit de l'axe : le marché libéral.** C'est par des contrats librement passés entre « égaux » que les rapports sont censés être régulés. Pour les tenants de cette régulation, le contrat passé avec le patient, un peu léonin, certes, et sans obligation de résultat, est parfaitement suffisant. L'individu est un être rationnel et calculateur et fera les meilleurs choix possibles en fonction de son calcul : il est libre d'accepter ou de refuser l'offre, laquelle devra s'adapter à la demande. Le contrat libre entre individus égaux tient de ce que les économistes appellent la « loi de l'offre et la demande ». Cette fiction du marché pur existe en médecine. Personne n'aurait de compte à rendre à personne, sinon entre quatre yeux. Le positif de cette utopie : la liberté, la souplesse, l'adaptabilité. Le négatif : les inégalités, la gabegie. L'ennui : les gens n'ont rien à dire de collectif, la dimension socio-politique de la santé est niée, ils s'en remettent à l'état pour réguler le système.

**De l'autre côté, le non moins mythe de « l'étatisation » de la médecine et de la santé publique.** En fait, même la solvabilité des patients est assurée par la loi, par l'État (la Sécurité sociale, *stricto sensu*, est bien un appendice de l'état). Les règles sont édictées par l'État, bien plus que par le législateur (le





peuple...). On a plus de circulaires que de lois. Même le code de déontologie est une loi (ou a valeur de...). Le pôle étatique garantit le contrat et organise les recours éventuels (avec réticence quand même, cf. l'amiante, le sang contaminé etc.). Là aussi, les indemnités sont largement technocratiques (règles administratives et non pas lois débattues par les politiques et la population). La santé publique permettrait d'observer la santé et de conseiller les pratiques, d'édifier l'appareil réglementaire.

Cet axe État-marché se tient : l'État régule et administre une pratique libérale, commerciale, contractuelle. Le client est seul avec son contrat et les recours éventuels. Le colloque singulier en est l'expression la plus manifeste. Il est théorisé comme nécessaire à la pratique médicale et assorti de tout une rhétorique sur le secret médical : savoirs et pouvoir sont les deux faces du même objet, disait Foucault.

C'est par un subtil équilibre entre la pratique libérale et la régulation que le système de santé va donner sa pleine mesure.

La bio-médecine doit être développée, l'offre n'est pas critiquable en soi. La meilleure productivité doit être atteinte, tout en sachant que « le système » fonctionne mieux si on laisse les gens libres de passer les contrats qu'ils veulent.

**Le libéralisme revendiqué par les médecins, de manière similaire à l'économie libérale, a besoin d'un État fort, de règles bien fixées, pour satisfaire sa propre logique interne.** Cette logique interne n'a rien à voir avec la santé, qui ressort d'une logique, d'une finalité externe. Autrement dit, la finalité du libéralisme, espèce d'équilibre entre juridisme et marchandisation des rapports humains, c'est son propre développement. La satisfaction de ses intérêts propres. La finalité de la médecine libérale, ce n'est pas la santé de la population, mais son propre développement, sa position dans la société. La santé de la population n'est pas ignorée : elle est instrumentalisée en moyen. On a besoin de produire de la santé pour développer le système de soin. La régulation par

l'État permet de rappeler la finalité de la santé. Mais pour l'État aussi, la santé n'est pas une finalité, mais un moyen de pression sur la médecine libérale pour réguler les dépenses. La dimension de la socialité est la grande absente des pratiques de soins, mêmes sociales. Le champ politique de la santé est marginalisé et instrumentalisé. Le débat se réduit à savoir s'il faut un peu plus de libéralisme ou un peu plus d'État (quel est le juste milieu ?). Pour réguler un système qui n'est interrogeable nulle part dans ses fondements.

**Le politique n'est admis qu'à la condition de permettre le développement du champ de la production, c'est-à-dire produire les règles nécessaires au fonctionnement du marché.** Ce champ du politique, c'est celui qui permettrait de réintroduire une finalité externe aux pratiques de soins, à savoir la santé (concept un peu difficile), le bien-être (*idem*), le bonheur (*idem*). Difficiles, mais permettant peut-être le débat.

Bien sûr, cet axe État-marché est un peu caricatural : n'importe quel médecin interrogé pourrait répondre que, dans sa pratique, existent quantité d'autres choses :

- un contrat moral fort passé avec le patient. Le médecin lui « doit » les meilleurs soins. Le patient choisit son médecin, dont la clientèle apprécie autre chose que l'efficacité pure (la disponibilité, l'accueil, la confiance, etc.) ;
- une valorisation sociale très importante : le médecin (tout comme l'infirmière) est très reconnu socialement ;
- de nombreux et fréquents cadeaux reçus de la part des patients, pour qui les honoraires versés sont insuffisants à exprimer la reconnaissance que l'on a pour son médecin.

Autrement dit, une « bonne » pratique médicale ne se situe pas strictement dans le champ libéral (le contrat moral est plus fort que le contrat juridique), ni dans le champ de la santé publique (ce qui se passe entre un médecin et un malade, et plus encore entre un médecin et

sa clientèle, voire un médecin et la population résidant dans le territoire géographique de son exercice ne vise pas expressément à évaluer la bonne qualité des soins).

**Une bonne pratique médicale exige de rééquilibrer ce bipôle État-marché.** C'est comme si en dehors des règles (la socialisation de l'exercice professionnel) et de la relation thérapeutique (la relation médiatisée par les honoraires), c'est-à-dire tout ce qui tend à réguler l'échange de type économique, marchand ou non marchand, mais en tout cas monétarisé, subsistait quelque chose d'ancien, d'un peu archaïque. Le médecin ressent assez fortement une espèce de dette morale à l'égard de son patient (lui ai-je assez donné ? Ai-je été à la hauteur ?) qui dépasse de loin le « en a-t-il eu pour son argent ? ». L'art médical ne se réduit pas à sa valeur marchande, ni à son « utilité » sociale (l'efficacité). Réciproquement, le patient qui fait des cadeaux le fait car il ressent de son côté une dette vis-à-vis de son médecin (il m'a tant

donné, j'ai tant reçu, et en particulier la vie, ou à tout le moins la possibilité grâce à lui de vivre plus longtemps que si je m'étais débrouillé seul), les honoraires versés étant très insuffisants à éteindre cette dette. Et ce n'est pas une question de prix : la dette est d'abord morale, symbolique, et elle n'a pas de prix.

**Le lien, fort, qui existe entre patient et médecin, se situe en dehors de cet axe État-marché.** Il repose sur la dette morale ressentie réciproquement par chacun. Éteindre la dette n'a pas de sens, puisque cela reviendrait à interrompre le lien.

Sur quoi cela repose-t-il ? Sur la triple obligation du don mise en évidence par Marcel Mauss dans son célèbre *Essai sur le don* : donner, recevoir, rendre. La socialité, le fait d'être liés les uns aux autres, donc de vivre en société, existe parce que les hommes échangent des symboles, et que, comme le dit Alain Caillé<sup>2</sup>, il y a équivalence entre symbole et don. On échange du





symbole, parce qu'on donne. Ce qu'on donne ne se résume pas au bien matériel et à son éventuelle valeur marchande : pour établir un lien, il faut donner et donner, c'est échanger du symbole. Il « faut » : pour permettre le lien, il y a obligation. Ainsi, si je donne, je deviens « votre obligé ». Mais cette obligation n'est en rien juridique : aucune loi n'oblige à donner, si ce n'est la nécessité d'être et de vivre en société. Paradoxe apparent : je suis obligé et libre en même temps de donner. Mais si je donne, alors un autre reçoit. Il est obligé de recevoir, obligé dans la mesure où il accepte la relation. La liberté est celle de refuser la relation. Dès l'instant où le don est reçu (la relation acceptée), le receveur est en dette et ressent l'obligation de rendre. C'est cette obligation morale de rendre, parfois de manière agonistique, qui assure, par la circulation de la dette, la pérennité du lien. Rajoutons quelques mots sur cette circulation de la dette : contrairement aux dettes monétaires, et dans l'exacte mesure où il s'agit d'abord de symbole (le bouquet de fleurs que l'on offre vaut largement plus que sa valeur marchande chez le fleuriste), il n'y a pas de rendu « donnant-donnant » : on rend plus, et on rend dans le « pot commun » des relations sociales dans lesquelles les échanges sont « enchâssés »<sup>1</sup>, à l'image des tontines des banlieues des grandes villes africaines. Le donneur attend un retour, mais indirectement. Ce n'est pas le patient qui va donner en retour à son médecin de la notoriété.

**Dans la relation, dans l'échange, je ne suis pas rien. J'ai à apporter, j'ai de la valeur.** Face au médecin, je ne suis pas seulement le demandeur ignorant et s'en remettant à la puissance du savoir médical. Je paye le médecin pour son expertise, mais ce qui se passe avec le médecin (*mon* médecin) n'est pas éteint par la rémunération et ne se résume pas à la capacité d'expertise du médecin (sans la nier pour autant, l'expertise étant l'un des symboles forts de la modernité). La dimension symbolique de l'échange dépasse, complète, donne tout son sens au soin, c'est-à-dire à l'échange symbo-

lique qui s'opère dans la relation de soin. Un soin purement technique (même psychologique) peut trouver une valeur marchande (on peut déterminer le prix de revient d'un scanner). La relation médecin-patient se passe largement ailleurs. Payer le médecin permet de m'en libérer partiellement, de ne pas être trop en situation de dépendance (et encore !). Mais chaque praticien sait bien que la confiance, la clientèle, sont hors marché. Même si je peux vendre ma clientèle comme une marchandise, elle n'est pas constituée comme un vulgaire stock.

Autrement dit, c'est la relation qui fait sens. La relation dépend de la capacité d'échange entre les personnes. Ces échanges sont régulés par le marché (honoraires), par les règles (la déontologie, la Sécu), mais par bien d'autres choses : la confiance, la croyance dans les bienfaits de la médecine, ou de n'importe quelle autre pratique. Comment se construit cette confiance ? Dans la réciprocité. C'est-à-dire un espace où je reçois (l'aide, les soins, la bienveillance, la chaleur humaine, le savoir, la vie), mais où je peux (dois) rendre. Rien de pire, de plus aliénant qu'un échange inégal : je reçois, mais je ne peux pas donner en échange. Au moins ma confiance... Les honoraires que je paye au médecin sont largement insuffisants, non pas quantitativement mais qualitativement : si le médecin me sauve la vie (c'est son boulot), ma dette est éternelle. Du côté de la loi, de la règle, la réciprocité est organisée en réversibilité : le médecin me soigne, je le paye en retour, c'est donnant-donnant. Mais ai-je assez donné en retour ? Rien ne m'oblige légalement à donner plus, mais je me sens quand même en dette. Comment éteindre ma dette ?

Dans le système actuel, il n'est pas facile de se positionner dans la réciprocité avec les médecins. Moi, patient, donne au médecin du renforcement narcissique (vous êtes le meilleur puisque je vous ai choisi), du symbolique (je lui reconnais sa position sociale, dans le savoir). Je continue à aller le voir, lui. Mais en tant que



client-patient, la relation n'est pas égale ; j'ai l'impression de recevoir trop, en tout cas plus que ce que je peux rendre. Je cherche souvent à donner encore plus. D'où les cadeaux. Symboliquement, ils rééquilibrent le cycle du don et de la dette, ils changent le rapport entre médecin et patient. Le médecin qui reçoit un cadeau, et qui l'accepte, a à son tour un sentiment de dette morale. Pour celui-là, il va falloir que moi, médecin, fasse très attention, plus que d'habitude. On voit bien comme le don lie, attache.

Revenons encore un instant sur la circulation de la « dette maussienne » : elle n'est pas dans la réversibilité, de personne à personne, disions-nous. Dans le système médical moderne, le lien attache directement médecin et patient. Mais l'insuffisance de la circulation de la dette, son caractère trop individualisé – même si on peut l'interpréter en tant que rituel, c'est-à-dire une pratique ayant du sens et de l'efficacité pour l'ensemble de la société – ne permet pour le moment pas au lien d'être plus productif socialement, politiquement, normativement. Le médecin donne toujours plus qu'il ne reçoit, dans sa pratique individuelle. Il garde la maîtrise et le pouvoir. Il n'y a pas d'espace de vraie réciprocité (sauf exceptions). Le médecin peut ainsi rester libéral, c'est-à-dire délié. La médecine peut garder son statut « d'extra territorialité ». Le médecin est à part, sa pratique secrète, régulée par ses pairs. La maladie « garde son statut de vérité non négociable ». La pratique du médecin, et plus généralement la médecine, peut ainsi développer un pouvoir très singulier. Le caractère libéral de la pratique et sa régulation sur le mode purement légal permettent ainsi une préservation de cet ordre médical. Pas de réciprocité, pas de dette, pas de lien, pas de devoir « social ». Seule obligation, des règles déontologiques. Mais sans cet espace de réciprocité, la négociation sociale sur les problèmes de santé, les maladies, leurs causes, les manières dont la société (c'est-à-dire les citoyens organisés dans le champ politique) deviennent impossibles.

L'idée de la participation ressort de ce constat : une organisation « libre et spontanée » des échanges individuels et collectifs permettant à chacun de donner plus qu'il ne reçoit, d'avoir une place, d'être reconnu, d'avoir sa voix au chapitre. Il me semble que l'idée de santé communautaire repose sur ce constat : qu'est-ce que chacun donne et reçoit pour la santé ? Promouvoir la santé, dit l'OMS, c'est d'abord développer la participation. Qu'est-ce que la participation ? C'est la possibilité pour chacun d'être dans la construction collective. C'est-à-dire de pouvoir donner. D'être reconnu comme personne à part entière, citoyenne de sa santé.

L'axe État-marché s'enrichit d'un troisième pôle, celui de la réciprocité, du don, de la circulation de la dette, de la participation sociale. Ce pôle que certains appellent la société civile. Ainsi triangulée, l'analyse du système de santé peut revenir sur la question de l'argent.

L'argent, dans la relation avec le patient, joue en même temps un rôle exagéré (on lui prête un pouvoir qu'il n'a pas) et un rôle insuffisant du point de vue du libéralisme économique (il n'éteint pas assez la dette, il ne libère pas vraiment le médecin de la dette symbolique). Augmenter même substantiellement la rémunération ne résoudra pas ce problème, car il se situe ailleurs. Réciproquement, supprimer le paiement à l'acte n'est pas suffisant en soi pour résoudre les problèmes posés par la pratique médicale. Le changement du mode de paiement des médecins, pour important qu'il soit concrètement pour l'organisation de la profession, ne suffit pas à rééquilibrer le système vers une pratique plus solidaire, diminuant cette tension artificielle entre médecine et santé publique, entre État et marché.

**Une pratique qui avancerait : découvrir des modes d'échange et de relation qui fassent une vraie part à la personne, dans un réseau de réciprocité.** Où le processus thérapeutique serait le résultat d'échanges réciproques. Où la





santé que les gens veulent soit construite tous ensemble, et où les médecins seraient insérés dans un réseau de solidarité locale, permettant la construction d'une parole collective, d'une politique. Où les problèmes, comme le dit Jacques Donzelot<sup>5</sup>, ne sont des problèmes qu'en tant qu'ils sont une succession d'événements individuels ayant des causes communes que les gens peuvent analyser eux-mêmes avec notre aide.

Le lien social par le don symbolique n'est pas qu'un archaïsme : il est bien vivant, obligatoire, en particulier dans la relation médecin-malade. Il peut nous permettre de se sortir de la dichotomie État-marché et de reconstruire des échanges non marchands, pour la santé, ce qui imposerait sans doute d'autres formes de régulation (rémunération des médecins, formes d'exercice, industrie de la santé) que la simple administration, au profit des médecins, du marché de la santé.

Ce quelque chose, on le trouve dans des expériences alternatives :

- les maisons médicales autogérées belges des années soixante-dix (ça continue) : certains disaient « cogestion ». J'en discutais récemment avec le fondateur de la maison médicale de

Tournai : il est violemment contre la cogestion, car il ne s'agissait pas de gérer ensemble l'insatisfaisant, mais bien d'inventer de nouvelles pratiques (utopiques...);

- les réseaux de soin, au moins certains, ceux qui laissent vraiment une place aux gens, et ne définissent pas de manière trop professionnelles ou technocratique la qualité des soins à la place des patients;

- les SEL (systèmes d'échanges locaux), où la réciprocité est organisée avec création de pseudo monnaie. Intéressant à explorer pour les médecins;

- les réseaux d'échange réciproque de savoirs. Il y en a qui travaillent sur la santé, comme à Bourges.

Mais tout cela est de l'utopie, ce qui me semble approprié pour votre publication.

1. Berche, T., « Projets et idéologie » in *Anthropologie et Santé publique au pays Dogon*, éd. Apad Karthala, Paris, 1999.

2. Callé, A., *Anthropologie du don*, éd. Desclée de Brouwer, Paris, 2000.

3. Cf. Latouche, S., *L'autre Afrique*, éd. Albin Michel, Paris, 1999.

4. Berche, A., *op. cit.*

5. Donzelot, J., *Community Policing à Chicago*, 2000.

# L'argent : un tabou fondateur

« Les riches ne sauraient acheter mon temps, il appartient aux gens de cette vallée. Je ne veux ni gloire ni fortune, je ne demande à mes malades ni louanges ni reconnaissance. L'argent que vous me remettrez ira chez les pharmaciens de Grenoble pour payer les médicaments indispensables aux pauvres du canton<sup>1</sup>. » Ainsi répond le docteur Benassis à Genestas, l'officier de la Grande Armée venu jusqu'à lui pour se faire soigner et qui lui demande comment il peut s'acquitter de ses soins. Nous sommes en 1833 et Balzac campe, dans *Le médecin de campagne*, une nouvelle figure héroïque promise à la plus grande fortune tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle. Savant, modeste, dévoué, Benassis porte en lui les qualités du médecin tel que le siècle dernier l'a rêvé et voulu, et plus que tout cette marque ultime de l'excellence professionnelle, le désintéressement. Mais Benassis est un personnage de fiction que Balzac convoque dans la *Comédie humaine* pour donner vie à un propos qui va bien au-delà de la seule pratique médicale. La réalité présente des traits bien différents.

Depuis son origine hippocratique, la profession médicale repose, en Occident, sur deux fondements : le savoir et l'échange marchand. Le savoir, traditionnellement enseigné par la Faculté, constitue le bien initial de l'échange, dont la valeur en argent est fixée selon un cer-

tain nombre de critères symboliques et subjectifs (l'université qui a délivré le diplôme, le rayonnement social du médecin, sa réputation professionnelle préalable à l'acte lui-même, la situation sociale et financière du patient, etc.). Ce double fondement est constitutif de la profession. Or, le caractère commercial de l'acte médical n'a eu de cesse d'être écarté de la construction identitaire de la communauté médicale, au point de devenir un tabou.

Situons-nous à un moment clé de cette construction, au tournant du XVIII<sup>e</sup> et du XIX<sup>e</sup> siècle. Entre 1750 et 1850, et sans doute sur une période encore plus réduite, l'image sociale du médecin a été entièrement modifiée. Des glissements se sont alors opérés, qui ont changé les attributs dont le médecin était affublé : au bavardage oiseux a succédé l'observation rigoureuse, à la pédanterie la modestie, au cloisonnement dans l'université l'ouverture sur le monde, à l'exégèse livresque la vérité du fait. Les principaux traits de ce nouveau visage ont été imaginés par Vicq d'Azyr dans les éloges qu'il a fait pour les mémoires de la Société royale de médecine<sup>2</sup>. Daniel Roche<sup>3</sup> en a étudié les motifs, en particulier ceux qui concernent le comportement individuel et social du médecin : « Les qualités dominantes sont celles d'un stoïcisme sage : uniformité, régularité des mœurs, rarement la

Hugues Moussy

Historien,



sévérité, équilibre des passions dominées, vertu des régimes sains et sans excès... La fortune ne peut que couronner un mérite éclatant... Une plus grande réussite matérielle ne fait qu'entériner un plus grand dévouement'. » On est bien loin, avec Vicq d'Azyr, de l'ironie de Molière ou des railleries exprimées dans les proverbes populaires (« Médecins et maréchaux font mourir hommes et chevaux », par exemple). Dans le dispositif de ces vertus auto-proclamées qui habitent le nouveau médecin, l'argent n'a pas sa place. La transaction marchande est ignorée, rejetée du côté de ceux qui vendent à un public crédule des compétences qu'ils n'ont pas, qui se jouent du devoir et de la morale pour faire du profit sur le dos des malades, tous ceux qu'alors on nomme les charlatans. Tout au long des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, le charlatan reste attaché à la définition qu'en a donné Furetière dans son *Dictionnaire universel* (publié à partir de 1690), à savoir un « faux médecin qui monte sur le théâtre en place publique pour vendre de la thériaque et autres drogues et qui amasse le petit peuple par des tours de passe-passe et des bouffonneries pour en avoir plus facilement le débit ». Si la dénonciation virulente et continue des charlatans recouvre des réalités bien différentes (de l'habile rebouteux au vendeur ambulant, du prêtre qui soulage de temps à autre ses ouailles par quelque remède à l'arracheur de dents), les deux éléments principaux de cette définition le caractérisent toujours : l'ignorance et l'âpreté au gain. Or le charlatan, comme figure antinomique peinte par la médecine officielle elle-même, nous en dit long sur les craintes et les insuffisances de cette médecine, sur ce que les médecins excluent et refoulent. Avec lui, c'est tout le désarroi de praticiens trop souvent englués dans leur impuissance diagnostique et thérapeutique qui ressort, comme ressort la mauvaise conscience d'une transaction marchande qui place le médecin au même rang que le boutiquier. Figure honnie, le charlatan incarne la face noire d'une médecine officielle qui refuse catégoriquement de reconnaître sa composante marchande. Avec lui se comprend toute la relation du médecin à l'argent, faite de nécessité et de refoulement.

Si ce refoulement reste encore à étudier, la nécessité est de l'ordre de l'évidence et se comprend aisément. Malgré une attention de plus en plus soutenue des pouvoirs publics à partir de la fin de l'Ancien Régime, la médecine est demeurée dans le domaine de l'exercice libéral. Le praticien est ainsi confronté à la nécessité de vivre du revenu de ses actes. Le patient est aussi un client, dont il convient de gagner la confiance et de s'attacher la fidélité. L'espace social de la morbidité, dans lequel se déploie le savoir du médecin, se confond dès lors avec un marché, que la communauté n'a de cesse de protéger et d'élargir. La lutte contre les charlatans participe de ce double mouvement. À mesure que grandit son influence, la médecine officielle tolère de moins en moins les concurrences multiples qu'elle doit affronter. Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, la répression de l'exercice illégal de la médecine accompagne et signale le lent triomphe de la médecine scientifique, qui est aussi celui d'une profession et d'un groupe social. Un tel triomphe est perceptible dans l'accroissement sensible du revenu médical sur cette période, qui trouve son origine dans de nombreux facteurs, parmi lesquels l'augmentation générale du niveau de vie, la technicisation renforcée de certains actes (obstétrique, orthopédie, anesthésie, etc.), l'industrialisation de la pharmacopée dans l'essor de la chimiothérapie, ou encore la pression sociale et idéologique d'élites urbaines acquises à la prévalence de la réussite matérielle. « Symptôme probant de cette évolution, écrit Jacques Léonard, la rubrique des cessions de clientèles, dont la valeur annoncée ne cesse de croître<sup>1</sup>. » Commerce et médecine font bon ménage. Les publicités de toutes sortes se multiplient, pour un praticien, pour un produit, pour un lieu de cure. Le thermalisme est à cet égard révélateur de l'imbrication étroite entre la médecine et l'argent. Depuis le début du XVIII<sup>e</sup> siècle, les eaux minérales sont placées sous le contrôle des autorités médicales, qui doivent s'assurer de leur qualité et qui en surveillent, le cas échéant, la commercialisation. Après 1850, la cure thermale, favorisée par le discours médical qui la pare de toutes les vertus thérapeu-

tiques, devient l'objet d'une véritable mode. La France passe, entre 1830 et 1900, de quarante mille à quatre cent mille curistes chaque année. À la frontière du tourisme et de la thérapie, le thermalisme rapporte gros à nombre de médecins qui, d'un bout à l'autre de la chaîne, alimentent ces flux. Guides, nationaux et internationaux, dictionnaires, publicités témoignent de cette pratique sociale très profitable.

Pourtant, malgré l'évolution significative du revenu médical en un siècle, malgré le développement considérable des pratiques commerciales, dont le thermalisme n'est qu'un exemple, le désintéressement reste, dans l'imaginaire collectif, la marque du médecin, la qualité inhérente à son savoir et à sa fonction. En 1893, Zola clôt les *Rougon-Macquart* par une œuvre dont le personnage principal est un médecin, *Le docteur Pascal*. Soixante ans après Benassis, Pascal vit lui aussi avec l'argent une relation fort distante : « Satisfait des cent et quelque mille francs qu'il avait gagnés et placés sagement, il ne s'était plus guère consacré qu'à ses études favorites, gardant simplement une clientèle d'amis, ne refusant pas d'aller au chevet d'un malade, sans jamais envoyer sa note. Quand on le payait, il jetait l'argent au fond d'un tiroir de son secrétaire, il regardait cela comme de l'argent de poche, pour ses expériences et ses caprices, en dehors de ses rentes dont le chiffre lui suffisait »

Certes, Pascal a bien gagné sa vie et bénéficié d'un confort tranquille. Mais, comme Benassis avant lui, il se conforme à l'image idéale qu'un siècle plus tôt Vicq d'Azyr avait inventé pour la profession : seul le savoir est digne d'éloge et d'intérêt, l'argent, lui, bien ou mal gagné, se cache dans les tiroirs. Avec Vicq d'Azyr, avec Benassis, avec Pascal, avec d'autres encore qui sont venus après, peut se lire l'histoire complexe que la médecine a tissée avec l'argent. Tabou fondateur, ce dernier constitue un problème dont la médecine moderne n'a peut-être pas encore pris toute la mesure.

1. Balzac, H. (de), *Le médecin de campagne*, Paris, 1974 (1<sup>re</sup> édition, 1833), p. 75.

2. Fondée en 1776, la Société royale de médecine est l'ancêtre de l'Académie de médecine. Elle a joué un rôle important dans la diffusion d'une sensibilité médicale attentive aux problèmes de santé publique. Félix Vicq d'Azyr (1748-1794), anatomiste réputé, en a été le secrétaire perpétuel de 1776 jusqu'à sa suppression en 1793.

3. Spécialiste de l'histoire de XVIII<sup>e</sup> siècle, Daniel Roche est professeur au Collège de France.

4. Roche, D., « Talents, raison et sacrifice : l'image du médecin des Lumières d'après les Éloges de la Société royale de médecine (1776-1789) » in *Annales E.S.C.*, sept-oct. 1977, p. 879.

5. Léonard, J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, 1981, p. 175.

6. Zola, F., *Le docteur Pascal*, Paris, 1984 (1<sup>re</sup> édition, 1893), p. 47.

# L'argent magique

## Maladie infantile de la psychanalyse

Michèle Ducornet « L'analyste ne conteste pas que l'argent doive avant tout, être considéré comme un moyen de vivre. En parlant volontairement de ses honoraires, en évaluant le prix du temps qu'il consacre à son malade, le praticien montre à ce dernier qu'il renonce à toute fausse honte. » Freud, in *La Technique Psychanalytique* (1918)

Psychanalyste, membre de la Fédération des ateliers de psychanalyse,

Il s'agit ici de psychanalyse, de ce que peuvent proposer des psychanalystes qui, après avoir obligatoirement poursuivi eux-mêmes une psychanalyse et travaillé avec d'autres psychanalystes, se réclament de la pratique psychanalytique. Pour Freud, qui n'en reniait pas les effets de mieux-être, la psychanalyse était la meilleure des psychothérapies.

Un malentendu existe avec la psychiatrie. Il ne suffit pas d'être psychiatre, « spécialiste de l'âme », même cultivé, pour que les entretiens s'apparentent à la psychanalyse. Ils restent du registre de la médecine, toujours meilleure lorsqu'elle établit un lien de parole. Ceci ne suffit pas pour qu'il s'agisse de psychanalyse. La psychanalyse n'a rien à voir avec la médecine, pas plus qu'avec l'université. Ce détour n'est pas sans relation avec la façon dont va se poser dans la réalité sociale la question du paiement des séances d'analyse.

La nécessité du paiement par l'analysant se déduit de cette évidence première que l'analyste doit avoir les moyens de vivre. La valeur psy-

chique que peut prendre l'argent dans la cure a fait couler beaucoup d'encre, le plus souvent dans le même sens, vers le haut. Pourtant, Freud insistait pour qu'avec l'accroissement du nombre des psychanalystes, la psychanalyse soit accessible aux moins fortunés, et il pratiquait lui-même régulièrement des analyses gratuites. Le paiement pour Freud est un élément qui contribue à la nécessité dans la cure « d'éviter que l'ensemble des relations échappe au monde réel ».

**Paiement et avatars de la relation transférentielle.** Pour démontrer la valeur psychique du paiement pour l'analysant, de nombreux arguments ont été avancés. Pour intéressants qu'ils soient, ce sont tous des avatars de la relation transférentielle et comme tels objets de l'analyse. Ce n'est pas le miracle du paiement qui évitera de combler le « manque » psychique dans la réalité, qui lèvera la résistance au changement, qui diminuera la puissance des forces de répétition. Ce n'est pas lui non plus qui permettra à l'analyste de ne pas apparaître trop bon et

Fédération des ateliers de psychanalyse :  
19, rue de l'Armorique  
75013 Paris  
Tél. : 01 43 35 03 25

autoriserà l'analysant à exprimer des désirs condamnables ou qui évitera au patient de prendre l'analyste comme modèle. Chacun de ces écueils, s'il trouve la confirmation de sa pertinence dans une cure, peut être entièrement infirmé par une autre. La vie intra-psychique n'est pas miraculeusement sensible à la résolution de ses difficultés par le paiement. On peut par d'autres voies tenter d'obtenir amour et réparation, et mettre à jour les répétitions diverses et les inhibitions à dire les désirs condamnables, etc. Cela s'appelle le transfert et il n'y a probablement aucun analyste qui puisse témoigner avoir aboli ces obstacles par la vertu de l'argent versé. Voilà bien la maladie infantile du psychanalyste : la pensée magique propre à l'enfance, et retrouvée dans les constructions psychiques conjuratoires. « Si je ne marche pas sur les joints des pierres du trottoir, l'interro ne tombera pas sur ce que je n'ai pas appris. » ; « Si l'argent est entre nous deux, je serai protégé de la répétition dans le transfert des mécanismes intra-psychiques. »

**L'argent, élément du monde réel parmi d'autres.** L'analyste doit avoir les moyens de vivre de son travail, l'analysant aussi. Si quelqu'un est dans une situation telle qu'il ne peut payer ses séances que fort peu ou pas du tout, c'est maintenir une relation au monde réel que lui proposer de payer ce qui lui est possible voire la gratuité, ou pour certains le remboursement de quelques unes ou de toutes les séances par la Sécurité sociale. La gêne à parler d'argent peut contribuer à ce que « l'ensemble des relations échappe au monde réel ». Cette gêne se manifeste autant dans le parti pris d'un tarif unique par les uns, que par la signature systématique de feuilles de soins par les analystes auxquels leur diplôme de psychiatre le permet. Pour autant cette dernière éventualité ne devrait pas permettre de faire l'économie de parler d'argent. Elle est à considérer, s'il s'agit de psychanalyse, comme une des facilitations de paiement qui tient à l'analyste, comme tient à l'analyste non psychiatre la possibilité de moduler d'autant mieux les paiements qu'il a

par ailleurs « les moyens de vivre » qui le lui permettent, sans que cela le mette, comme disait Freud « dans les conditions économiques d'un grave accident ». Pour un psychanalyste, la Sécurité sociale devrait être utilisée comme une caisse de solidarité dans laquelle on ne puise que si cela est nécessaire. Et cela peut être dit de cette façon au moment de l'établissement du mode de paiement. Les situations peuvent changer, la solidarité n'être plus d'actualité et le mode de paiement modifié. Cela n'a rien à voir avec la soi-disant nécessité psychique absolue qu'il y aurait à payer soi-même l'analyse. Est-il moins aliénant que les parents, un conjoint, soient les payeurs occultes ? Il s'agit d'une position éthique ou politique comme on voudra, tant à l'égard du fait qu'une certaine forme de justice sociale est injuste, que dans le souci, garant de la laïcité de l'analyse, de préserver la psychanalyse exercée par les non médecins.

**Heureusement, les psychanalystes ne sont pas tous médecins.** Il est indispensable, pour la richesse de l'avancée de la recherche, que la psychanalyse continue à être exercée par les analystes qui n'ont pas une formation médicale. Il ne s'agit pas d'une guerre entre originaires de tel ou tel champ de la connaissance, mais d'une nécessaire diversité pour éviter que les mécanismes de pensée soient soumis de fait à l'uniformisation d'une allégeance quelle qu'elle soit. Les psychanalystes ont dans leurs bagages divers champs du savoir et parmi eux, certains ont un diplôme médical. Le paiement d'une analyse aidé par la Sécurité sociale n'est pas antinomique de la laïcité, ni de la menée d'une psychanalyse comme on l'entend trop souvent. Mais pour qu'il en soit ainsi, l'analyste ne peut se comporter vis-à-vis de cette possibilité comme si elle représentait la seule forme de paiement pour tous. Il n'utiliserait que son statut social personnel, sa gêne à parler d'argent, et inscrirait l'ensemble et chacun de ses analysants non pas dans le réel de la solidarité des humains mais dans celui d'un dû de la société à son égard. « Je cotise, donc j'ai droit » peut être



entendu en terme de soins médicaux, mais la psychanalyse n'est pour aucun, soit-il le plus « psychiatrisé » par ailleurs, un soin médical.

Le paiement des séances aidé par la Sécurité sociale ne coûte rien à l'analysant (s'il bénéficie d'une mutuelle), par contre son analyste est payé et il le sait. Ce mode de paiement est une aide financière consentie aux deux. Au nom de la nécessité psychique, certains s'autorisent à doubler la mise, « mon tarif, 400 F mais vous serez remboursé de 225 F », sinon ce ne serait pas une psychanalyse ! C'est pour le soi-disant bien de l'analysant, mais ça ne fait pas de mal au porte-monnaie de l'analyste. Ils sont malgré tout plus vrais ceux qui annoncent : « Je ne travaille pas en dessous de x F », ils parlent de leur propre nécessité psychique !

**La séance : un temps loué.** Un autre avatar de la soi-disant nécessité psychique, c'est le paiement systématique des séances manquées. Il faudrait considérer que, du représentant de commerce au comédien en tournée en passant par celui qui enterre un proche, toutes les contraintes de l'existence sont des « résistances à l'analyse » et non des éléments du monde réel au même titre que l'argent. Tous avec des horaires fixes, et pas de vacances en dehors des

miennes, voilà souvent le « cadre » proposé à l'entreprise de désaliénation que représente la psychanalyse. Car bien sûr nous ne traitons que de l'intra-psychique, pas de la réalité, ce sont deux champs hétérogènes l'un à l'autre... sauf en ce qui concerne la réalité des besoins du psychanalyste. La séance est une sorte de « temps loué » disait Freud, comme tel il est payant. Ne pas l'utiliser peut évidemment représenter un recul devant ce qui s'y présente, une agressivité mise en acte au lieu d'être dite, alors ce temps-là représente quelque chose qui est lié à l'analyse, il est dû à l'analyste. Mais tout ne se vaut pas, le monde réel existe, ce qui le sépare du monde des fantasmes passe aussi par l'appréciation que l'analyste peut en faire avec l'analysant.

**Cela fait partie du travail de l'analyste d'éviter que « l'ensemble des relations entre lui et l'analysant échappe au monde réel », ce qui équivaldrait à une forme de délire à deux.** Si le paiement peut y participer et il n'y suffit évidemment pas, le paiement modique, comme la gratuité ou le paiement par une caisse de solidarité, représentent tout autant l'introduction nécessaire du monde réel. L'ensemble des relations risque justement d'échapper au monde réel si le mode de paiement lui-même y échappe.



# Donner et recevoir

Une réalité économique diversement vécue. Qu'est-ce qui fait courir les docteurs ? L'argent et la notoriété comme pourrait le faire croire la mine toujours bronzée et satisfaite de certains ? Ou l'allure triste et hautaine de ceux qui collectionnent les actes et les chèques allant avec ? C'est bien sûr plus subtil. Car il y a la réalité des charges économiques, les URSAFF, les retraites, les loyers, les frais de personnel. Généralistes en secteur conventionné 1, nous sommes tous surmenés à nous battre contre le sommeil et le mal de tête, pris dans la nécessité de faire tourner le cabinet, de soigner au mieux nos patients sans délaisser notre vie personnelle. Le paradoxe est là : plus on expédie les patients, plus on gagne vite sa journée. Plus on est consciencieux dans des tarifs accessibles, plus il faut d'heures de travail.

**La quête de la reconnaissance.** Mais quels que soient nos modes d'exercice, lents ou rapides, nos contraintes ou nos besoins financiers, nous sommes un certain nombre à nous doper à la salle d'attente ou au carnet de rendez-vous plein, à nous nourrir de la reconnaissance de nos patients. Reconnaissance. Le mot est dit, dans sa généreuse polysémie. À la fois, la gratitude, l'autorisation d'exister, la bienveillance du regard, la notion du connaître, celle du savoir intellectuel et de la connaissance charnelle de la littérature amoureuse ancienne, distance et inti-

mité, altérité et proximité. Avec ce préfixe « re » qui signe le plaisir du lien dans le temps, des retrouvailles, du retour en arrière, de l'attente du prochain rendez-vous. La reconnaissance est un besoin légitime chez tout être humain, et bien sûr chez les médecins. Mais chez eux, cela se joue de façon singulière du fait des enjeux de vie et de mort, et de la qualité singulière de l'intimité du soin où la reconnaissance est mutuelle ; c'est ce qui en redouble la valeur.

**Plaisirs et périls de l'aventure partagée.** À la question : « Qu'est-ce qui fait courir les docteurs ? », répond en écho une autre interrogation : « Qu'est-ce qui fait tenir les docteurs ? » « Comment ne pas rendre sa blouse ? Car on n'est pas obligé d'en crever » pour reprendre les mots de Martin Winckler / Marc Zaffran dans *La Maladie de Sachs*. Ce métier, pour peu qu'on le prenne au sérieux, est ardu, affecte durablement. L'argent ne suffit pas, sauf à ceux qui sont anesthésiés, blindés dans leur pouvoir et leur savoir. Or cela, nos pouvoirs publics et les instances syndicales traditionnelles ne le perçoivent pas ou n'en tiennent pas compte. On tient, je crois, par le plaisir de donner et de recevoir, par le plaisir d'inventer à deux, patient et médecin, ou même à plusieurs, avec les autres intervenants, familiaux, sociaux, hospita-

Elisabeth Maurel-Arrighi

Médecin généraliste



liers. L'attention portée par le médecin à son patient, l'écoute des symptômes, le contact du corps renvoient à des expériences fondamentales, du corps à corps du nouveau-né qui tète, du petit qui tient et lâche la main dans l'apprentissage de la marche, de la rencontre amoureuse. Forcément, cela crée des liens, des liens d'affection qui portent le patient, mais aussi le médecin qui s'en trouve enrichi.

Les médecins donnent, mais ils reçoivent aussi. Et cela a lieu situé au-delà des honoraires sonnants et trébuchants. Justement, les gens nous font l'honneur de leur confiance, l'honneur de nous confier quelque chose de leur histoire, de nous embarquer avec eux. Cela vaut tous les voyages aux Seychelles des congrès de ceux qui, précisément, choisissent de pas écouter pour faire tourner plus vite leur tiroir caisse.

Le problème est malgré tout à la fatigue de randonnée. Même pour les bonnes nouvelles, la grossesse tant attendue qui arrive, les bons résultats d'un scanner après des semaines d'inquiétude, cela nous remue. Le paysage est beau, mais nous avons alors les mollets fatigués. Et parfois, souvent, la randonnée nous conduit dans des endroits terribles, arides, les lieux actuels d'exclusion, de chômage, de maladie grave, et aussi dans les espaces imaginaires plus anciens de l'enfance de nos patients, ou de leurs ancêtres. Certains jours, la consultation se passe dans les tranchées de la guerre de 14, dans une prison de la guerre d'Algérie ou dans une ferme, entre marâtre et petite fille. Alors, après ces voyages-là, au cours desquels l'adulte en face de nous a pu se délivrer un peu de ses souvenirs, il faut décrotter, dépoussiérer ses propres bottes et sa chemise. Bien sûr, il y a le plaisir partagé où enfin quelqu'un a tendu la main à quelqu'un d'autre, mais au prix d'une réelle énergie, car il faut y être, vraiment.

Cela est vrai au niveau de l'imaginaire et du psychisme, mais aussi dans la « banale » enquête biomédicale. Il y a un vrai plaisir à chercher, à construire des hypothèses diagnostiques, à les explorer, les vérifier dans l'examen clinique. Mais parfois, l'effort pour poser les deux mains sur les accoudoirs du fauteuil pour se lever et

prendre un livre, pour tendre le bras vers le dictionnaire Vidal et y regarder les interactions médicamenteuses, pour décrocher le téléphone et accélérer un rendez-vous, ou joindre un collègue, attestent de la fatigue mêlée au plaisir du travail bien fait. La formation continue, aussi, apporte le plaisir d'enrichir ses connaissances, de partager son savoir-faire, mais c'est une activité supplémentaire aujourd'hui non rémunérée qui suppose des soirées au-dehors à se coucher tard. En comptant tout, consultation, courrier, coordination, comptabilité, réunions diverses, on se retrouve vite à des semaines de plus de soixante heures de travail.

Il n'y a pas de mystère. Le temps, c'est de l'argent. Le temps offert aux patients, c'est de l'argent en moins pour le professionnel. Et de la fatigue en plus.

**Les cadeaux qui attestent.** Dans l'espace mutuel où professionnel et patient s'offrent le don de la confiance, de l'intimité, il y a une asymétrie à double niveau. D'une part, le danger de la maladie est du côté du patient, mais l'agressivité en cas d'aggravation des choses peut être dirigée contre le médecin. La peur de l'erreur diagnostique, avec d'éventuelles suites judiciaires, est aggravée par les concepts modernes de « contrat », de « client », et de « normes de qualité des soins », qui mésestiment tout l'arrière plan relationnel du soin. Or, il y a toujours dans le don, en plus du plaisir de la générosité, une dimension de lutte et de rivalité, « où on fait alliance pour ne pas se faire la guerre » (cf. ouvrages de A. Caillé et J. Godbout). Ce poids de gravité est présent, quelle que soit la chaleur des relations et même d'autant plus. Nous n'aimons pas soigner nos proches.

D'autre part, le professionnel qui s'engage avec toutes ses ressources intellectuelles, affectives, imaginaires, reste en retrait. Cette asymétrie peut tourner en hémorragie si le médecin ne trouve pas le temps et l'espace de cicatrifier les cordons ombilicaux qui se tissent à chaque consultation.

Les patients le savent, ceux qui nous offrent des cadeaux attestant qu'ils savent qu'on a donné

plus que le minimum exigé dans le registre de la médecine biomédicale. Les cadeaux symbolisent quelque chose de notre lien : cadeaux faits de leurs mains, confitures, fleurs du jardin, dessin d'enfant ou peinture d'artiste, objet d'artisanat, ou encore cadeaux ayant à voir avec le plaisir de la fête qu'ils souhaitent me voir partager avec les miens, champagne ou porto selon leurs racines, chocolats, etc.

Au-delà du « rendu » des cadeaux, je crois que mes patients ne se sentent pas en dette, car ils savent plus ou moins intuitivement que, pour moi, la vie est d'abord faite de lien et de solidarité. Parfois même, je le formule explicitement avec eux : « J'ai eu beaucoup de rencontres qui m'ont aidée, je peux offrir cela à d'autres et eux aussi pourront l'offrir encore à d'autres. » Nous sommes alors dans la dette « positive », pour reprendre les mots de Jacques Godbout où chacun pense avoir reçu plus qu'il n'a donné.

**Une laïcité aux confins du sacré.** Mais les cadeaux ont peut-être à voir avec le sacré. Le médecin figure par sa fonction la précarité de la condition humaine, l'existence de la mort, les interrogations sur l'au-delà. Comme Alain Caillé, le directeur de la revue du Mauss (voir p. 35 dans ce numéro), qui pose bien dans son dernier ouvrage, *L'anthropologie du don*, la différence entre don et sacrifice, tout en soulignant les proximités, on peut mieux positionner le don, en médecine. Car quelqu'un, le malade, est menacé d'être « sacrifié », mais le médecin aussi qui peut, ou se tuer à la tâche, ou être condamné en cas de suites judiciaires lors d'une issue tragique. Les cadeaux offerts au médecin ont peut-être à voir avec les offrandes faites aux dieux d'autres civilisations et à la mémoire des morts, pour les honorer, s'assurer de leur protection, et les tenir à distance. Le médecin fait office d'interface avec la douloureuse question de la mort. Une patiente qui m'avait offert un bol de soupe à la fin de mes visites tardives pendant toutes les dernières semaines de son mari, continue à m'apporter de temps en temps un bocal de soupe : il symbolise, je crois, l'effort qu'elle fait pour continuer de cuisiner et de s'occuper d'el-

le malgré le chagrin du deuil, pour me remercier et prendre soin de moi, et pour rappeler le souvenir du défunt.

Il ne s'agit pas de prendre une assurance sur la vie ou l'au-delà, mais de symboliser la primauté du lien, de l'alliance comme gage de vie contre la guerre ou la mort. C'est autour de cette certitude que se joue le plaisir de donner et recevoir en médecine.

**L'espace et le temps du collectif.** Cela se joue dans la relation à deux, mais dans le collectif. Certains réseaux de soins travaillent vraiment ensemble, dans la transdisciplinarité, certains avec les associations de patients, autour du sida par exemple ou avec les habitants relais. Modestement, on peut aider à ce qu'une professeure de français de classe de 4<sup>e</sup> allie une lecture de texte de littérature amoureuse à la visite collective du planning familial du quartier, en lien avec l'infirmière scolaire et le professeur de biologie à propos de la pilule du lendemain. C'est ce qu'on appelle de la santé communautaire. Personne ne va nous payer pour cela, sauf notre bonheur commun à partager avec d'autres du beau et de l'utile.

Réfléchir à plusieurs, élaborer ensemble le métier, cela constitue un « salaire » réel. Ceux qui tiennent malgré le surmenage sont ceux qui s'ancrent dans ce collectif, qui prennent le temps du ressourcement. Le temps de l'analyse, politique et sociale, comme pour l'équipe de Pratiques, le temps d'un travail sur le relationnel et le psychique, et aussi du temps pour soi, de la créativité et de l'art, du chant, du théâtre, du dessin, de la rêverie et de la ballade... Or, tout cela est méprisé. Toutes les tentatives de se doter d'expériences collectives sont sabotées par les politiques et les instances syndicales classiques, sans parler de l'Ordre des médecins.

Comment, dans ce contexte, faire comprendre à nos gouvernants, à nos technocrates, à nos confrères qui parfois le pressentent mais l'oublie, aux étudiants, et surtout à la population qu'il faut se doter d'un système de soins et de rémunération, dans lequel toutes ces données seraient prises en compte ?





## Jacques Godbout, *Le don, la dette et l'identité* éd. La Découverte/MAUSS, Paris, novembre 2000.

Pourquoi, dans nos sociétés développées, le don a-t-il encore tant d'importance ? Malgré la place de l'échange marchand, malgré celle de l'administration, la circulation des biens passe encore beaucoup par l'acte de donner. Que l'on pense aux cadeaux, aux services (bricolage, garde d'enfants, aide dans les démarches administratives), à l'hospitalité (soirées, week-ends, vacances ou accueil lors des coups durs de la vie), c'est étrange que cela ait encore tant de place dans la vie quotidienne.

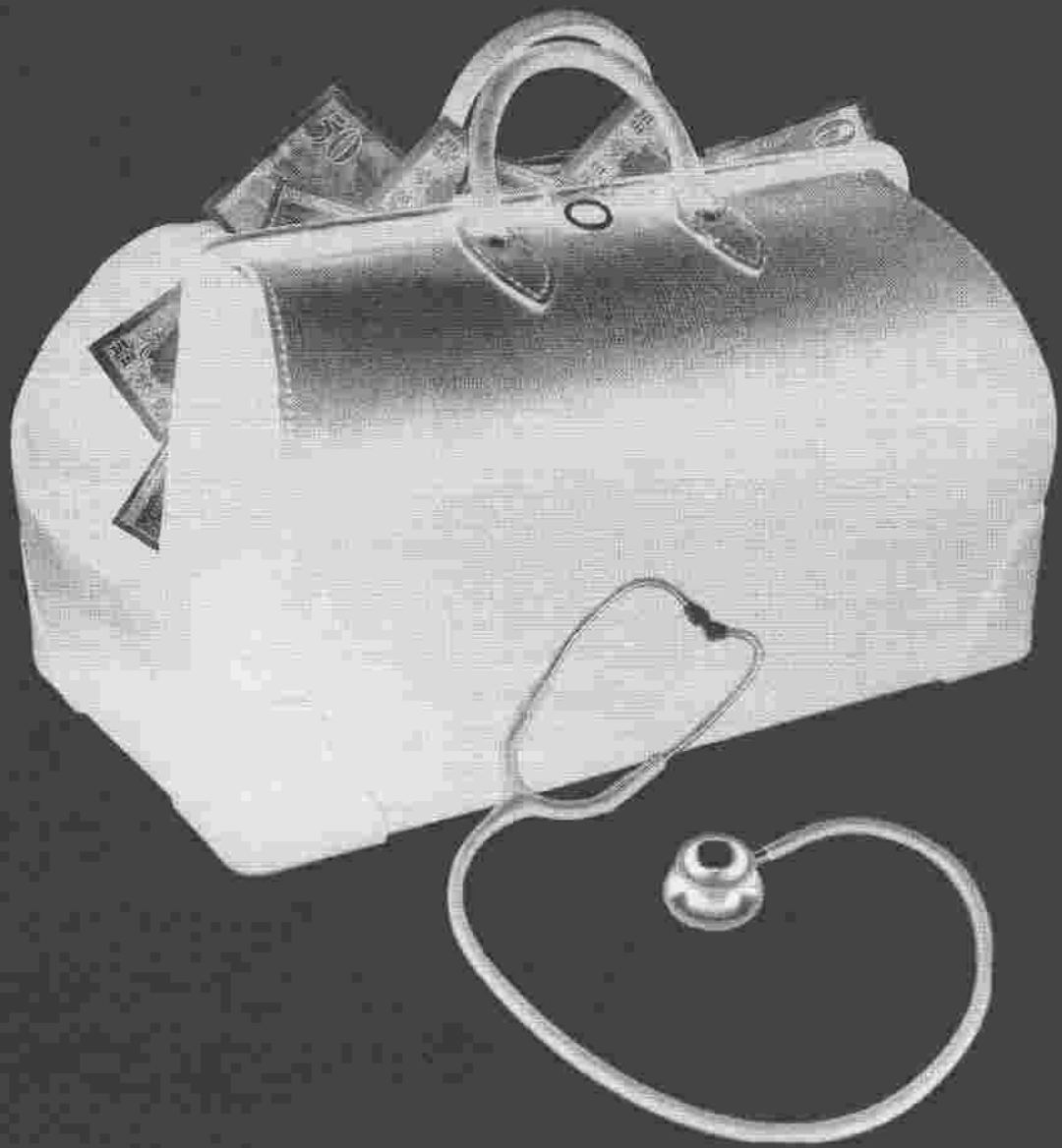
Dans les relations familiales et amicales, cela semble normal : ces dons, sous leurs différentes formes, sont à la fois attendus, reçus avec reconnaissance, signe que l'on fait partie de ce réseau, et, dans les systèmes harmonieux, ils engendrent ce que Godbout appelle « la dette mutuelle positive » : chacun pense avoir reçu beaucoup de l'autre, plus qu'il ne peut donner, et cela renforce le lien. Certes, le sentiment de devoir rendre n'est pas absent, mais il n'est pas au centre de l'échange, il n'engendre pas de dépendance et il n'est pas calculé en strict équivalent, il n'y a pas de règle contraignante pour rendre, ni dans le délai, ni dans la manière. L'obligation de rendre se transforme en désir de donner le plus possible. Et cette « dette mutuelle positive » est vécue comme bénéfique par le sujet, structurante.

Plus étonnante est l'importance et l'actualité du don à l'étranger, à celui à qui l'on n'est pas lié : qu'il y ait une rencontre – un mendiant, un inconnu qui a besoin d'un service, du bénévolat organisé au service de personnes en demande – ou que le don se fasse par des intermédiaires – don d'argent, don du sang, don d'organe. Ces dons à l'étranger sont sans espoir de retour du tout, alors qu'est-ce qui les motive ? Tout d'abord, il y a un rapport certain avec les liens « primaires » ; c'est souvent parce qu'un être cher a eu besoin de... qu'on donne dans ce domaine, ou bien parce qu'un autre s'investit dans cette association. C'est bien souvent aussi parce qu'on estime avoir reçu beaucoup soi-même, ou pas assez. Le don à l'étranger apparaît ainsi comme « un ré-enchantement » du monde, un monde où l'on a suffisamment confiance...

C'est un livre de sociologue, mais il n'est pas abstrait, théorique ou langue de bois. Pas du tout ! L'auteur travaille à partir d'entretiens de plusieurs personnes de quelques familles et aussi à partir d'une analyse des réseaux d'aide mis en place lors de « la tempête de verglas » au Québec, en 1999. C'est fin, nuancé, utilisant le paradoxe non pour provoquer ou attirer mais parce que les notions décrites sont complexes. C'est une invite à revoir et interpréter les dons reçus, acceptés, ou effectués et comment on se construit avec ça, parfois contre, ou malgré. Le choix d'une profession de soignant a fort à voir avec le don, et à cet égard, ce livre me semble bien éclairant.

En soulignant l'importance du don, Jacques Godbout met en cause le principe de « l'*homo economicus* », celui qui agit selon son intérêt, quelles que soient ses préférences, et introduit « l'*homo donator* ». Il préfère postuler que c'est « l'appât du don » plutôt que l'appât du gain qui est moteur de l'action humaine, et il arrive à montrer que ce n'est pas si farfelu. Vient ensuite la question inverse de la question habituelle : pourquoi ne donne-t-on pas ? Par peur « de se faire avoir », peur de perdre confiance en l'autre ; à cause aussi de la difficulté à recevoir, à accepter quelque chose d'essentiel de l'autre et ainsi risquer de perdre sa propre identité. Analyser à travers ce principe les réalités du don d'organe, ou dans un tout autre domaine, des dons aux pays en voie de développement, semble très fécond.

Martine Devries



Monique Sicard

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

# Corps biologiques, corps politiques

À l'heure où l'Assistance publique fête ses cent cinquante ans, où le nouvel hôpital européen Georges Pompidou ouvre ses portes, trois hôpitaux parisiens ferment les leurs : Broussais, Boucicaut, Laennec. En ces heures de grand déménagement, les ethnologues du musée des Arts et Traditions populaires ont recueilli les paroles des membres de leur personnel : la réalisation de trois ouvrages illustrés de photographies<sup>1</sup> a contribué à ériger en patrimoine cette mémoire vive de l'hôpital. Prendre ainsi la mesure d'une transmission des savoirs et des archives, conduit non seulement à éviter les disparitions (« Dites leur que nous avons existé ! ») mais aussi,

par le creusement de fondations mémorielles, à faire de l'hôpital un lieu de culture.

Les souvenirs de ceux qui quittent ces lieux sont sonores autant que visuels mais aucune parole n'est anodine et nous devons suspec-

ter, dans le récit de la joie d'une fenêtre ouverte sur les chants d'oiseaux, le pressentiment d'une perte à venir (« Après tout, l'air extérieur n'était pas plus vicié que celui de la salle d'opération ! »). Jusqu'en 1968, la cloche de Boucicaut annonçait la venue du grand professeur : « [...] à chaque fois qu'il passait, on sonnait la cloche pour dire qu'il arrivait. » La surveillante générale apportait alors la blouse du patron et l'habillait. Il y eut aussi des sonneries plus autoritaires, signalant « le passage des professeurs sous le porche d'entrée, la fin de leur visite des grandes salles communes ». De ces rituels évanouis, il reste à Boucicaut une petite sonnerie : celle qui, obstinément, signale chaque franchissement de la porte d'entrée du bloc d'obstétrique.

Du cliquetis des trousseaux ouvrant les quatre ou cinq mille serrures de Boucicaut (« Des clefs, des clefs ! ») au choc de celui qui fut jeté en travers d'une table de Laennec pour matérialiser une passation de pouvoir, le bruit de la transmission reste celui des clefs. Et déjà émergent pour nous les incertitudes d'un futur impensable : le nouvel hôpital hébergera-t-il les clés de Laennec, comme Laennec conservait celles de la Charité ? Et que seront les serrures du nouvel hôpital ?

Dans chacun des trois hôpitaux, les grands changements, les actes d'auto-

rité se manifestaient souvent par d'anodines matérialités. Le jour brutal où fut comblé (« congelé ») le bassin aux poissons rouges autour duquel on venait s'asseoir, celui où les étiquettes du déménagement fleurirent sur les meubles à transporter, on sut que des bouleversements s'annonçaient. Mais la simple évocation du déménagement eut d'importantes conséquences. La maternité de Boucicaud dont la fermeture était programmée vit naître plus rapidement que prévu certains « seconds enfants » qui profitaient ainsi d'infrastructures jugées conviviales et moins incertaines que celles du grand hôpital encore à venir.

L'histoire mémorielle des trois hôpitaux met en scène le jeu d'infinis cloisonnements-décloisonnements. L'organisation des bâtiments autour de petites cours autonomes ne constituait pas seulement un rempart contre les contaminations. Elle permettait les rencontres « hors de son propre territoire » et « par hasard » déjouait les conflits, apaisait les tensions. L'espace des salles communes se fragmentait quand les laboratoires s'ouvraient aux échanges. L'hôpital s'ouvrait sur le quartier (« [...] lorsqu'on avait besoin de sang en urgence à Boucicaud, n'allait-on pas solliciter les employés de l'Imprimerie Nationale toute proche ? » ou bien il se repliait sur lui-même (avec la fermeture du service d'urgence). Mais rien peut-être ne rend mieux compte du sentiment d'isolement que la parole désabusée d'un soignant de l'hôpital Broussais : « [...] c'est comme ça, l'aspect relationnel n'a pas suivi le même développement [...]. D'ailleurs, maintenant, il y a un service communication. »

La crainte de perdre une proximité, une échelle humaine, la convivialité du corps hospitalier, celle de la relation thérapeutique et finalement ses propres racines dans le transfert vers l'hôpi-



Les anciennes cuisines, hôpital Broussais, © Photothèque AP-HP.



Le bassin aux poissons, hôpital Boucicaud, © Collection privée.



Quand l'hôpital entre en scène : tournage d'un film publicitaire, hôpital Laennec, © Photo Allain Godon.

tal européen, est souvent vécue comme la conséquence de l'irruption des technologies et des thérapeutiques nouvelles au sein d'un bâtiment de dimensions imposantes. Le regret génère la nostalgie (de *nostos*, le voyage de retour) ; d'elle, naît la conscience d'une rupture entre hier et aujourd'hui. Mais finalement, ce qui se joue là, dans ces surgissements du passé, en filigrane et contre-empreinte, c'est une passionnante analyse du présent.

Le nouvel hôpital serait le symptôme d'un état post-industriel, marqué par une accélération généralisée et l'accroissement programmé des solitudes individuelles. Les « broussaisiens » affirment : entre eux, la distance s'est accrue sous l'emprise de technologies de plus en plus performantes. Tel Michel Fuyant, terrifié, les effets de l'électricité dans le roman de Jules Verne, *Paris au XX<sup>e</sup> siècle*, l'un des médecins de Boucicaut se prend à rêver : « [...] partir dans la brousse, sauver des vies, de nombreuses vies, sans crainte des procès en retour. Oublier les sonneries des alarmes et des appareils qui ne veulent plus démarrer... »

La modernité conduit ainsi à une réévaluation du passé. Le bricolage s'en trouve valorisé : profondément « vital », il permettait de faire face aux pénuries comme aux imprévus (« Je crois que Laennec, dans son côté bordélique, permet le bricolage, »). Ce qui semblait autrefois « scientifique » perd son caractère de scientificité (« À l'époque, nous pensions faire une médecine scientifique parce qu'il y avait des chiffres, pour une fois il y avait des chiffres, des dosages d'électrolytes, des dosages de gaz du sang. Et

je me rends compte que c'est complètement faux : nous étions des artistes, des apprentis sorciers gouvernés par l'instinct. »).

Jamais, sûrement, l'anticipation n'a été plus difficile. Comment imaginer l'hôpital « zéro morts », « zéro papiers » ? Les nouvelles thérapeutiques remettent en question l'héroïsme nécessaire des premiers temps, quand l'hôpital Laennec venait à bout de la tuberculose, que l'hôpital Broussais affrontait la chirurgie cardiovasculaire, que l'hôpital Boucicaut pratiquait les greffes de tissus ou qu'il voyait briller ses services d'ORL ou de cardiologie. Le déménagement est un déclencheur : globalement mais nettement s'affirme le sentiment d'une dépossession. Mais de quoi donc faudrait-il faire le deuil ?

Une chose est sûre, c'est que le changement de corps (technologique, politique, médical) bouleversera la relation à la maladie, à la douleur, à la mort. Peut-être alors remontera en surface, comme un exemple à méditer, le souvenir contrasté des religieuses de Boucicaut, aussi dévouées aux morts qu'aux malades, admirables, infiniment présentes, mais qui sans compassion laissaient souffrir les femmes de la salle des fausses couches, celles « qui l'avaient bien voulu ».

---

T. Pouchelle M.-C., L. Carpiot L., *Regards sur l'hôpital Boucicaut*.

Vega A., Pouchelle M.-C., *Regards sur l'hôpital Broussais*  
Plissavy M., Pouchelle M.-C., *Regards sur l'hôpital Laennec*.

Éditeur : Assistance Publique, Hôpitaux de Paris, Paris, 1999.



Depuis que la question de l'exclusion des soins a pignon sur rue, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années, les enquêteurs de toutes sortes se pressent au chevet de cette population : interrogées plusieurs fois par an à ce sujet, les organisations humanitaires répondent qu'il s'agit de gens jeunes et sans ressources, consultant à un stade avancé de la maladie faute d'accès à leurs propres droits, que les pathologies répertoriées sont d'une banalité absolue mais traduisent un retard de soins. Selon les années, la rigueur de l'hiver et les fantasmes sociaux en vigueur, on recense plus de femmes, plus de familles, plus d'étrangers venus de l'Est, plus de jeunes, plus de psychotiques. Au chevet de ces brebis galeuses de la protection sociale, défilent les experts : sociologues, journalistes, psychiatres. Ainsi s'écrivent de nou-

veaux catéchismes, qui serviront désormais de grille de lecture à ces souffrances : les personnes démunies n'ont pas le souci de leur santé. Ayant perdu le sentiment de leur corps, elles consultent tardivement, même lorsque leurs droits sont ouverts. Perturbées psychologiquement, elles n'ont pas la simplicité de demander de l'aide alors même qu'elles en ont besoin. Quelques mois avant la mise en place de la loi Couverture maladie universelle (CMU), le secrétaire d'État à la Santé, Bernard Kouchner, déclarait : « Ce n'est pas parce qu'ils auront une carte que les gens iront se faire soigner. »

Que se passerait-il si les plus pauvres désertaient brutalement les officines humanitaires prévues pour eux, les soins de « bas seuil » et autres braderies médicales, pour se présenter ailleurs ? Dans le système de soins par exemple ? C'est précisément de cet « ailleurs » dont nous parle le rapport de la Caisse nationale d'assurance maladie, rendu public le 3 avril 2001, qui fait le bilan de la mise en œuvre de la loi de couverture maladie universelle et raconte comment cinq millions de personnes en situation de pauvreté ont évolué depuis un an à l'intérieur du système de soins de droit commun.

Loin de l'analyse à bon marché des comportements, ce rapport prend acte des faits et c'est comme si, pour la première fois depuis longtemps, des nouvelles nous parvenaient de ces patients ayant poussé la porte des cabinets médicaux pour devenir enfin des consommateurs de soins. Dans leur sécheresse, les chiffres sont réconfor-

Noëlle Lasne

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

# Des nouvelles d'ailleurs

Médecins sans frontières  
8, rue Saint-Sabin  
75544 Paris cedex 11  
Tél. : 01 40 21 29 29  
Fax : 01 48 06 68 68  
site web : [www.paris.msf.org](http://www.paris.msf.org)  
e-mail : [office@paris.msf.org](mailto:office@paris.msf.org)

tants : suspectés de ne pas faire bon usage de leur protection sociale, les plus pauvres s'en sont servi : 81,7 % des patients inscrits à la CMU en 2000 ont consulté. Suspectés de ne se rendre que de mauvaise grâce chez le médecin, de développer vis-à-vis de leurs corps une indifférence coupable, les plus pauvres ont consulté. Où se sont-ils rendus ? Ils n'ont pas cherché à avoir accès à des spécialités prestigieuses, mais ont frappé à la porte du médecin généraliste. Suspectés de se livrer à une gabegie de soins dès lors qu'on leur propose des prestations gratuites, les plus pauvres ont persisté à consommer moins de soins médicaux que le reste de la population : « On constate que la dépense moyenne se monte à 4 565 francs par bénéficiaire de la CMU complémentaire (contre 5 016 francs pour les autres patients du régime général) et qu'une meilleure prise en charge des soins des cinq millions de personnes concernées n'a pas eu d'impact notable sur les dépenses remboursées par le régime général. »

Pourtant, à âge égal, les bénéficiaires de la CMU sont en moins bonne santé que le reste de la population : « Aux mêmes âges, 10 % des patients de la CMU sont atteints d'une affection longue durée, contre 6 % pour les autres patients du régime général ». C'est le cas de cette jeune femme venue consulter MSF à Lille il y a trois ans, qui souffrait d'un asthme banal, dont le soin était rendu impossible par la délivrance au compte gouttes de bons d'aide médicale gratuite. Elle souffre à présent d'une insuffisance respiratoire sévère, une de ces « affections longues durée » créée de toutes pièces par les carences du système de protection sociale. Ainsi pour ces personnes auxquelles a été imposé un retard aux soins en raison de procédures administratives inacceptables et qui ont, dans certains cas, assisté à l'aggravation de leur état, la

loi CMU a simplement rendu possible un recours aux soins médicaux dont elles avaient besoin. Alors même que leur santé est plus précaire que celle du reste de la population, les bénéficiaires de la CMU coûtent moins cher... « La dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU est inférieure de près de 10 % à celle des autres patients du régime général. »

Ce constat chiffré un peu sec nous paraît ouvrir une série de possibilités intéressantes pour l'avenir. Si la gratuité des soins ne déclenche pas de gabegie, qu'en est-il du tiers payant généralisé, qui pourrait être mis en place au-dessus du seuil de la CMU ? La logique qui consiste à demander à des personnes démunies d'avancer une somme qu'on leur rembourse ensuite, sous le prétexte que ce dispositif serait inflationniste, devrait prendre fin. Au-dessus de 3 600 francs par mois, on doit pouvoir avoir accès à un médecin généraliste en payant le ticket modérateur, comme c'est déjà le cas, en pharmacie par exemple. Ceci suppose évidemment que le système mis en place pour le paiement des professionnels de santé soit efficient : et là, le rapport de la CNAM est pratiquement muet. Une enquête réalisée par MSF en Île-de-France en janvier 2001 fait des constats alarmants : plus d'un pharmacien sur deux à Paris hésite à accepter un bénéficiaire de la CMU originaire d'un autre département. Les arguments invoqués sont les mêmes que ceux des médecins : délais de paiement interminables, difficulté à récupérer le ticket modérateur, décalage entre l'attestation papier présentée par le bénéficiaire et le dispositif informatique qui répond « inconnu » pendant plusieurs semaines. Pourtant, seul un dispositif ultra performant de paiement des professionnels de santé peut intégrer la pratique du tiers payant et la banaliser dans les cabinets de ville. Tant que le système sera défaillant,

même les professionnels les plus motivés seront récalcitrants. La seconde perspective concerne la loi CMU elle-même : les organismes complémentaires – mutuelles et assureurs – se sont engagés à garantir aux personnes sortant du dispositif CMU un an de prestations identiques à un tarif préférentiel fixé par arrêté, dès lors que ces personnes ont choisi une complémentaire (ceci concerne actuellement cinq cent mille personnes). Cet arrêté vient juste de paraître et prévoit une cotisation de 1 500 francs pour une personne seule. Ces personnes seront-elles dispensées de l'avance des frais ? Rien n'est moins sûr, alors que la loi le prévoit formellement. La direction de la Sécurité sociale ferait de cette disposition une lecture restrictive. Une disposition, qui représente, finalement, la première aide à la mutualisation mise en place en France.

Victime d'une campagne de communication intégrée à la loi contre les exclusions, la loi CMU n'est pas non plus parvenue jusqu'aux oreilles de ceux qui sont des travailleurs pauvres. Et aujourd'hui, ce sont les moins pauvres et les plus intégrés qui manquent au rendez-vous : salariés des contrats

emplois solidarité, employés sans qualification ou à temps partiel. Des personnes assurées sociales, qui appartiennent au monde du travail et qui ne savent pas qu'elles ont droit à une couverture complémentaire gratuite. Les pouvoirs publics auront-ils le courage de faire une campagne d'information vers le monde du travail et de l'entreprise ? Vers cette jeune fille, venue consulter à MSF il y a quelques semaines, en contrat « emploi solidarité » pour une municipalité, qui cotisait 170 F par mois pour une protection sociale de mauvaise qualité ? Vers les étudiants pauvres, qui continuent de subir l'assaut des assureurs de tout poil alors qu'un droit leur est ouvert ?

Cette campagne d'information tournée vers les moins précaires aurait aussi pour mérite de montrer la CMU comme un dispositif dans lequel on entre et dont on sort et dont chacun peut avoir besoin un jour. Et pour ceux qui sont aux limites de ce dispositif, la pratique du tiers payant généralisé, d'une part, et la mise en place d'une aide à la mutualisation, d'autre part, contribueraient à réduire les inégalités majeures et persistantes de l'ensemble du système de soins.

Christian Bonnaud

*Christian Bonnaud  
est président du Syndicat de  
la médecine générale (SMG).*

# La Sécu

**T**el sera le thème de notre Congrès de Rouen, en novembre prochain. Nous entendons en effet nous pencher au chevet de cette dame d'âge mur, mais bien malade (après tout, notre métier ne consiste-il pas à soigner les malades ?). Si le diagnostic est aisé, l'analyse des causes et des solutions envisageables paraît beaucoup plus compliqué. Essayons de faire une première analyse de la situation.

Il nous semble que le premier objectif de la Sécu était de soigner toutes les personnes sur la base de la solidarité, avec un contrôle démocratique exer-

cé par les citoyens grâce à des organisations syndicales siégeant au conseil d'administration (CA). Ce contrôle a aujourd'hui totalement échappé aux citoyens, puisque d'une part les ordonnances de 58 ont amené le CNPF à siéger dans une majorité d'al-

liance et que d'autre part, il n'y a pas eu d'élections depuis 1982. Le pouvoir des CA s'en trouve donc réduit. On peut ainsi se demander, entre le directeur et le CA, qui a réellement le pouvoir au niveau local. Quant à l'échelon national, la tutelle de l'État remet en cause souvent le paritarisme. Il paraîtrait donc indispensable d'une part de réorganiser des élections, d'autre part de redéfinir la représentativité réelle des syndicats ouvriers, du patronat, voire d'organisations de consommateurs dans le CA des caisses afin de redonner un sens à la notion de contrôle démocratique. L'élu devra avoir un statut lui permettant une réelle indépendance. Une autre piste de réflexion pourrait être la régionalisation de ce monstre, une définition, là aussi claire, des missions des URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie) qui existent depuis le plan Juppé, et du rôle de l'État.

Nous n'avons ici que l'ambition de proposer des pistes de réflexion, car il nous semble que de la part des politiques, comme de la part des syndicats, aucune proposition concrète ne voit le jour. Tout au contraire, apparaissent de façon lente, mais nette, des mesures de type technocratique, visant à un déremboursement de plus en plus important de soins. Il faut bien interpréter dans ce sens le vote, par l'Assemblée nationale, de l'inscription des

motifs médicaux sur les prescriptions d'arrêt de travail et de transports sanitaires, à destination du contrôle médical. De façon plus récente, un rapport préparatoire à la Conférence nationale de la santé, établi par le HCSP<sup>2</sup>, préconise que les remboursements des biens et services médicaux soient remboursés en fonction du service médical rendu. Il s'agit bien là de façon très claire de la redéfinition d'un panier de soins et de services essentiels. On entend y inclure des actes de prévention et de dépistage, dont la gestion serait coordonnée entre le régime obligatoire d'assurance maladie et les caisses complémentaires. À la clé, pour ces soins, une réduction du ticket modérateur. Il nous faudra bien débattre aussi de la place du régime complémentaire et de la place des mutuelles.

Face à l'augmentation de l'offre et de la demande de soins, vont apparaître des mesures de prise en charge sélective, de type de plus en plus bio-médical. Mais améliorer la protection sociale ce n'est pas réclamer toujours plus d'IRM, de scanners, de médicaments ! Et le reste, soit une grande partie des plaintes entendues et gérées tant bien que mal par les soignants, où vont-elles être entendues ? Dans la rue, violemment ? Dans le désespoir du quotidien et de la misère ? Que devient la solidarité ? Se pose-t-on la question des recettes, des apports d'argent dans le domaine de la santé ? Le financement par la CSG qui touche tous les revenus est un point essentiel, combattu par certains syndicats.

Les technocrates veulent que l'argent soit rentabilisé dans un système fonctionnel sur le plan économique. C'est ce processus que nous entendons refuser, en instaurant une démarche inverse, partant des besoins et des plaintes des citoyens, et affirmer que c'est à la solidarité nationale de

prendre en charge ces plaintes, car elles sont pour la plupart en rapport direct avec le « mauvais » fonctionnement de notre société. La CMU, formidable progrès, est une preuve de la capacité des Caisses à évoluer (accueil, souci du social...)

*Venez en discuter avec  
nous et tous  
les acteurs concernés  
(politiques, syndicalistes,  
gestionnaires, usagers et  
professionnels du soin...),  
à Rouen, les 1, 2 et 3  
novembre prochains !*

1. Sous réserve que les conditions du vote permettent le vote d'une majorité d'électeurs.

2. Haut comité de santé publique.

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste.

**D**ans les forêts de Pampelune, il y a bien longtemps, deux militants basques m'expliquaient qu'aucune loi n'existe sans que soit créé immédiatement le moyen de la contourner.

Depuis janvier 2001, nous avons obligation d'indiquer le motif de l'arrêt de travail de nos patients sur les nouveaux imprimés distribués à cet effet. En contrepartie, si ce motif paraît injustifié, ou s'il n'est pas inscrit, nos patients se verront supprimer le versement de leurs indemnités journalières...

Nous sommes dans une société où l'administration veut tout contrôler.

Lorsque je regarde mon « TSAP » (tableau statistique d'activité professionnelle), je me dis que mes patients et moi aurons bientôt des problèmes : nombre de journées d'indemnité maladie nettement au-dessus de la cohorte régionale... Bien sûr, j'aurai des arguments à défendre : deux lignes plus bas, 40 % d'ALD (affections longue durée), dont certains

# « Cuando se hace la ley, se hace la trampa<sup>1</sup> ! »

sujets travaillent encore et sont donc plus propices aux arrêts maladie. Mais aussi, les catégories professionnelles (ouvriers, bâtiment, travaux publics...) où les corps usés craquent à cinquante ans et sont plus difficiles à prolonger jusqu'à la retraite (pourquoi d'ailleurs n'ont-ils pas droit à la retraite à cinquante ans, tous ceux là ?)

Même si les parades aux motifs des arrêts seraient simples à trouver : au lieu d'asthénie ou de harcèlement moral, maladies non indemnisées par la Sécurité sociale, nous écrivons « lumbago » (plein l'dos...) et qui ira démontrer qu'il n'y a aucune contracture ? Et vite, nous trouverons mille autres maladies invérifiables...

Mais posons-nous la question : nous sommes des médecins libéraux, et même si nous le déplorons et faisons de la résistance, convenons-en, beaucoup de patients viennent au cabinet médical comme dans une épicerie : trois pommes (paquets de DOLIPRANE) et des qui ont du goût, pas les fausses, les « génériques » ; avec une petite douceur : trois jours d'arrêt maladie pour finir la tapisserie du voisin ou autre petit travail au noir...

Ce n'est pas en renforçant le contrôle que l'on rendra les gens plus respec-

teux de la profession, et moins exigeants : docteur, vous savez bien, je n'abuse pas et vous soignez ma mère, mes frères et mes sœurs... Si nous refusons, eh bien eh bien, il y a l'épicier d'en face : c'est la triste réalité du paiement à l'acte. Mais halte-là ! Ne posons pas de question troublante !

En Allemagne, beaucoup d'ouvriers frontaliers travaillent malgré de petits bobos car souvent les entreprises affectent des primes aux plus assidus : pourquoi ne pas adopter la politique de la carotte plutôt que celle du bâton ? Pourquoi ne pas donner des salaires dignes de ce nom, et non des CES (Contrat Emploi Solidarité) et autres qui encouragent d'aucuns à trouver un intérêt à leur travail sans se sentir grugés, floués, trompés sur toute la ligne ?

Depuis les trente-cinq heures, bien des personnes à petits salaires ont perdu le bénéfice des

heures supplémentaires, qui arrangeaient bien des fins de mois. Maintenant, nombreux ceux, parmi les ouvriers, qui sont obligés de faire un deuxième travail au noir pour s'en sortir tout simplement, ce qui augmente les risques, la fatigue, l'usure... et donc les raisons de bénéficier d'un « vrai » arrêt de travail.

Il y a évidemment tous ceux au corps meurtri qui travaillent vaille que vaille, tenus par l'espoir d'un CDI (contrat à durée indéterminée) ou de la nécessité (x bouches à nourrir quand les indemnités journalières vous laissent deux semaines, voire parfois trois mois, sans revenus...). Ceux-là n'ont pas droit d'être cités puisqu'ils n'en demandent jamais, d'arrêt de travail !

1. *La trampa*, en français, c'est « la triche ».



## *Communiqué de presse du SMG du 20 décembre 2000*

### *Arrêt de maladie pour motif médical*

*À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001, les médecins sont tenus d'inscrire, sur le premier volet de l'avis d'arrêt de travail qu'ils remplissent pour leurs patients malades justifiant d'un arrêt de maladie, « les éléments d'ordre médical » justifiant cet arrêt.*

*En cas de non remplissage de cette rubrique, les caisses d'assurance maladie se réservent le droit, d'une part de sanctionner le médecin, et d'autre part de ne pas verser aux patients les indemnités journalières. Les prenant ainsi en otage (en application de l'article 18 alinéa L. 162-4-1 de la loi sur le financement de la Sécurité sociale, votée le 3 décembre 1999).*

*Certes il est prévu de préserver le secret médical, mais celui-là ne pourra pas être respecté dans de nombreuses administrations publiques ou grandes entreprises, où c'est le service du personnel qui, par délégation, traite ces formulaires.*

*La finalité de cette obligation est de mieux maîtriser les dépenses en introduisant une autocensure chez les médecins d'abord, puis les malades ensuite, car la fatigue, le surmenage, le stress, le harcèlement moral sont-ils des motifs avouables d'arrêt de travail ?*

*Il est plus facile de culpabiliser ceux et celles qui subissent des rythmes de travail de plus en plus éprouvants que de s'attaquer aux conditions pathogènes de travail.*

*Le Syndicat de la médecine générale invite l'ensemble des organismes syndicaux médicaux et de salariés à s'opposer à cette mesure. Il appelle les médecins à inscrire sur les formulaires d'arrêt de travail la mention : « Arrêt de maladie pour motif médical ».*

*Commission exécutive du SMG*



**Les 22 et 23 juin 2001, à Lille, se tiendra un colloque international :  
Le Cannabis, approche culturelle et sociétale**

Bertrand Riff

Médecin généraliste.

#### Henry

Je l'accompagne depuis des années. Un paumé de la rue. Il goûte à tout. Aujourd'hui, il me raconte qu'il a une incitation aux soins pour l'alcool. Il se soigne aussi à l'alcool. Quand l'angoisse monte trop fort, qu'elle l'envahit, que cette sensation de mort s'impose, l'alcool lui apparaît comme le seul traitement possible ! Mais un des effets secondaires de ce « traitement », c'est la violence. Il devient parano. La dernière fois, il s'en est pris aux forces de l'ordre. Quand il prenait du cannabis, il ne buvait pas. Mais l'alcool est moins cher, et plus accessible.

#### Eric

Eric, un gamin de la DDASS : « Comment veux-tu que je sois heureux avec le passé que j'ai ! » Gros fumeur de cannabis, cinq sticks dans la journée, trois pour s'endormir. Mais voilà, il a décidé de vivre sans et ce n'est pas possible. Six mois plus tard, avec une consultation tous les quinze jours qu'il ne rate jamais (il est très ponctuel), avec chaque jour quarante milligrammes de Valium®, huit comprimés d'Euphytose, huit comprimés de Stresam, deux comprimés de Deroxat et trois bières, il y est arrivé. Une victoire dont il est fier. Et moi aussi.

#### Frédérique

Frédérique est sous Méthadone depuis trois ans. Elle me pose la question du cannabis. Tiens, je n'y avais pas pensé ! Dans ma tête, ce n'est pas un problème, pas comme l'alcool. Pour mes patients bénéficiant d'un traitement opiacé, tel la Méthadone, de temps en temps, je fais le point « alcool », mais jamais « chichon ». Elle, elle le prend comme apaisant et hypnotique. Après le boulot, rentrer à la maison, courir, faire le repas, la gamine, le mari, puis le soir éviter la question de la sexualité, ne plus penser, s'endormir. Bref, trois joints, un à 17 heures, un vers 20 heures et un vers 23 heures, et le tour est joué. A la réflexion, pour l'instant, elle préfère rester comme cela : elle a trop exagéré avec le Lexomil®, et l'Imovane®. C'est bien comme cela.

Mais ce qui l'ennuie, c'est de faire quelque chose d'interdit, en cachette de sa fille de dix ans, d'avoir un jour à en discuter avec elle, alors que dans sa tête, ce n'est pas clair.

# Réflexions sur le chichon<sup>1</sup>

*Souvent, lorsqu'on parle du cannabis, on n'aborde que la dépénalisation. En pratique clinique, il y a d'autres aspects à envisager : les effets secondaires bénéfiques sur le plan thérapeutique, la dangerosité du cannabis comparée à celle d'autres psychotropes, les aménagements thérapeutiques : que remplacer, par quoi, pourquoi ? Comment gérer les interdits légaux dans une famille ?*

Association Généraliste et Toxicomanie  
(G et T) Nord et Pas-de-Calais,  
Nouvelles Pratiques en Médecine Générale  
267, rue Soliéna  
59000 Lille (tél. : 03 20 52 35 25)

1. Plus communément appelé pétard, ou joint.

10 mars 2001

**N**ous, enseignants et collaborateurs de l'université de Bir-Zeit, appelons nos collègues et nos amis du monde entier à nous aider à diffuser notre message, simple mais urgent : laissez notre peuple vivre ! Nous délivrerons ce message au cours de marches pacifiques de protestation contre les soldats israéliens et les chars qui nous empêchent aujourd'hui de rejoindre notre université par la seule route praticable, récemment bloquée. Grande est aussi la souffrance des

Palestiniens habitant les villages des environs, qui sont coupés de leurs moyens d'existence, des soins de santé, des écoles, des marchés. Jusqu'à présent, seules les balles et les gaz lacrymogènes ont répondu aux protestations. Nous avons besoin de votre aide pour que notre message soit entendu du monde entier.

La vague de violence à

# Laissez notre peuple vivre !

## Appel urgent de l'université de Bir-Zeit

*Suite au voyage d'étude en Palestine organisé par notre revue, en mai 2000, nous continuons à donner des informations sur la situation palestinienne actuelle (sur le site : <http://www.solidarite-palestine.org/>, éditeur : Giorgio Basile, e-mail : <[giorgio.basile@skynet.be](mailto:giorgio.basile@skynet.be)>)*

l'encontre de la population palestinienne a atteint des proportions sans précédent. La politique de siège pratiquée par l'armée israélienne, mise en œuvre en barrant les routes et en creusant des tranchées autour des villes et des villages, ne cesse de s'intensifier, rendant impossible la satisfaction des besoins élémentaires de la population. Cette politique frappe maintenant l'université de Bir-Zeit, nous empêchant, de même que nos étudiants, de rejoindre le campus afin d'y poursuivre les cours, les travaux de laboratoire et la vie académique. Le 7 mars, avant l'aube, l'armée israélienne a détruit des tronçons de la seule route reliant l'université à Ramallah, creusant des tranchées et détruisant le revêtement d'asphalte sur environ quatre cents mètres. Ces dégâts occasionnés à la seule route reliant la ville de Ramallah au village de Bir-Zeit et à trente-trois autres villages, représentant une population d'environ soixante-cinq mille habitants, ont entraîné une désorganisation complète de la vie quotidienne. À ce jour, ni voitures, ni ambulances, ni vivres ne peuvent atteindre Bir-Zeit et les villages environnants. La plupart des zones habitées par les Palestiniens ont déjà été isolées hermétiquement, au mépris de toute considération pour la population civile, et en contravention des lois internationales, en particulier de la Quatrième Convention de Genève.

Ces mesures sont, au plein sens du terme, des crimes de guerre. Ces actions font clairement partie d'une stratégie à long terme d'Israël aussi bien dans la bande de Gaza qu'en Cisjordanie. Cette stratégie, adoptée par les gouvernements successifs, aussi bien Barak que Sharon, entend soumettre toute la population palestinienne, et lui faire accepter l'inacceptable.

Nous vous demandons d'AGIR MAINTENANT en répondant à l'appel des enseignants et collaborateurs de l'université de Bir-Zeit :

1. Exigez l'arrêt immédiat de la politique de blocus ;
2. Exigez que la population palestinienne fasse l'objet d'une protection internationale ;
3. Exigez qu'Israël se soumette aux lois internationales.

Écrivez à Elie Barnavi, ambassadeur d'Israël  
3, rue Rabelais 75008, Paris ;  
tél. : 01 40 76 55 00 fax : 01 40 76 55 55

Envoyez des messages de protestation au gou-

vernement israélien, aux adresses suivantes :

- Benjamin Benelizer, ministre israélien de la Défense ; fax : 00 972 2 566 48 38 ; e-mail : sar@mod.gov.il

- Shimon Peres, ministre israélien des Affaires étrangères ; fax : 00 972 2 530 35 06 ; e-mail : sar@mofa.gov.il

Demandez au président de la République, au ministère des Affaires étrangères ainsi qu'au secrétaire général de l'ONU d'intervenir auprès des institutions israéliennes :

- Jacques Chirac, président de la République, palais de l'Élysée, 55, rue du faubourg Saint-Honoré, 75008, Paris ;

<http://www.elysee.fr/crire/mail.htm>

- Hubert Védrine, ministre des Affaires étrangères, 37, Quai d'Orsay, 75351, Paris ; tél. : 01 43 17 53 53

- Kofi Annan, secrétaire général de l'ONU ;  
<http://www.un.org/french/docs/sgsm.htm>

Pour rester informé, visitez le site :  
<http://www.solidarite-palestine.org/>

Merci de faire circuler et de diffuser largement.

### *Soutien à la Confédération paysanne*

*Le Syndicat de la Médecine Générale et le Collectif Alerte Santé étaient à Millau et à Montpellier pour soutenir les membres de la Confédération paysanne en procès. Leurs actions concrètes pour susciter le débat autour de notre alimentation et de notre santé leur a valu un jugement, des peines de prison, des amendes et de lourds frais. Appel de la décision a été fait en cassation. Nous appelons à les soutenir financièrement en envoyant un chèque à La Confédération paysanne, 81 avenue de la République, 93170, Bagnolet.*

La récente mise en lumière des propos de Cohn-Bendit, tirés de son livre *Le Grand Bazar*<sup>1</sup>, relance le débat sur la sexualité des enfants et la « pédophilie ». Les années soixante-dix ont été celles de la « libération sexuelle », sujet éminemment explosif après des années de répression sexuelle et de silence hypocrite. Pour mémoire, l'autorisation de la pilule ne date que de 1967 et les décrets d'application ont été promulgués en... 1972.

Cependant, des féministes soulignaient déjà le fait que cette « libération sexuelle » était une réalité contradictoire et souvent la sortie du carcan ne profitait qu'aux hommes : « Tu es libérée, tu baisses ! » Beaucoup de bêtises

ont été dites à cette époque. Et les propos du Cohn-Bendit de l'époque relèvent de ces bêtises. On a même vu des intellectuels éminents soutenir, au nom de la « libération sexuelle » des enfants, des causes qui sont considérées aujourd'hui, à juste titre, comme totalement indéfendables. La réalité sordide des violences sexuelles, à l'encontre des femmes comme des enfants, était enco-

re maintenue sous sa chape de plomb et rappelons d'ailleurs que, quand les féministes ont engagé la lutte contre le viol, en même temps que celle pour l'avortement, elles ont eu à subir les critiques acerbes des plus fervents protagonistes de la « libération sexuelle ».

À l'heure actuelle, malgré de réelles difficultés rencontrées sur le terrain et même des dangers de retour en arrière comme le soulignent les associations féministes concernées, la réalité des violences sexuelles est mieux appréhendée et réprimée. Et ceci nous permet maintenant de clarifier les choses, de ne plus dire de bêtises et de mieux respecter la sexualité des enfants : celle-ci est bien réelle évidemment, il ne faut pas la nier, ceci nous ferait revenir des décennies en arrière. Mais elle ne doit pas être au service de la sexualité adulte, c'est une découverte de son corps et de celui des autres enfants. Les « tentatives de séduction » vis-à-vis de l'adulte doivent être fermement repoussées par celui-là, sinon on se retrouve dans un rapport de domination et de manipulation.

Ce sont les leçons que nous avons tirées, des années soixante-dix jusqu'à aujourd'hui, et nous ne les oublierons pas.

1. Cohn-Bendit, D., *Le Grand Bazar*, éd. Belfond, Paris, 1975. Le livre est aujourd'hui épuisé.

# Pédophilie et sexualité des enfants

*Le texte ci-contre est un communiqué de presse du 26 février 2001 du Collectif droits des femmes, repris en son nom par le Collectif Alerte Santé (CAS).*

CAS  
21 ter, rue Voltaire  
75011 Paris  
Tél. et fax : 03 43 56 36 48

**Évelyne Malaterre** : Il me semble qu'un enfant peut être heureux et se développer au mieux quelque soit le mode de garde. Il me semble indispensable de le dire. Il n'y a pas un mode de garde idéal pour tous et un mode de garde qui, lui, serait une catastrophe pour tous... Le choix doit dépendre de ce qui est possible concrètement et de ce qui correspond au mieux aux attentes et aux habitudes culturelles des deux parents.

Jean-Pierre Lellouche  
et  
Évelyne Malaterre

**Jean-Pierre Lellouche** : Tout à fait d'accord ! Quand on parle de la crèche collective, on dit très souvent qu'elle augmente la fréquence des rhinopharyngites, des otites, des infections en général. C'est probablement vrai mais c'est très secondaire. Ce qui compte d'abord c'est que les parents aient le sentiment de confier leur enfant à un substitut capable de le rassurer, de l'éveiller et de lui apporter tout ce dont il a besoin sur le plan émotionnel et affectif.

# Y a-t-il un mode de garde idéal des enfants ?

**É. M.** : On parlera des aspects émotionnels et affectifs, mais il serait bon d'évoquer d'abord les inconvénients et les avantages somatiques de la crèche collective. Tu as parlé des rhinopharyngites et des otites et on signale, a contrario, le fait que les infections répétées pourraient être un facteur de protection contre les maladies allergiques.

**J.-P. L.** : Il y a eu récemment un éditorial du *New England Journal of Medicine* (24 août 2000) évoquant cette protection et intitulé avec humour : « S'il vous plaît, veuillez éternuer sur mon enfant ! » Mais il ne serait pas sérieux de mettre un enfant en crèche simplement dans le but de diminuer le risque allergique. Le risque infectieux, lui, est réel mais sauf exceptions très particulières (immunodéficience, mucoviscidose...etc.), il ne doit pas déterminer le choix.

**É. M.** : Mais si un enfant en crèche fait otites ou bronchiolites répétées, ne doit on pas recommander un changement de mode de garde ?

**J.-P. L.** : Oui peut être, si c'est possible et si les parents le désirent. Mais il ne faut pas sous estimer le fait que ce que l'on appelle rhinites répétées et otites répétées est fortement lié à ce que les parents et le médecin ressentent. Il y a des enfants qui sont mis sous antibiotiques de façon extraordinairement répétée, ce qui témoigne plus de l'impatience de l'intolérance et de l'inquiétude des parents et du médecin que d'une réelle fragilité. Dans certaines régions, il y a dix ans, ces enfants avaient de très nombreuses paracentèses, six à dix par an, voire plus, et il n'est pas possible de dire que toutes étaient pleinement justifiées.

**É. M.** : Ce qui me préoccupe, c'est comment sont « récupérés » ces différents problèmes pathologiques pour culpabiliser les femmes qui font garder leur enfant... Le

*Évelyne Malaterre, médecin généraliste, et Jean Pierre Lellouche, médecin pédiatre, ont discuté ensemble de la question suivante : y a-t-il un mode de garde idéal ? Vaut-il mieux pour un enfant être gardé dans une crèche collective ou chez une nourrice ?*

Professeur Dutau de Toulouse a écrit le livre *La peste ou le choléra* et parle, en ces termes, des différents modes de garde incitant les femmes à rester à la maison bien sûr!

J.-P. L. : Non, il faut être sérieux! Il y a des gens qui ressentent les enfants (et les adultes aussi) comme très fragiles. Seuls des médecins compétents (et intrusifs) peuvent assurer la survie de ces êtres menacés. Cette idéologie fait la part belle à la médecine et aux médecins seuls capables d'assurer la survie de l'humanité. On conçoit que cette idéologie soit bien reçue et propagée par des médecins mais elle est très éloignée du réel.

É. M. : Essayons maintenant d'aborder les aspects relationnels et psychologiques. Il y a des mères qui ne supportent pas l'idée de mettre leur enfant dans une structure collective. Elles ont le sentiment que tous les enfants sont traités de la même façon, d'une façon qu'elles perçoivent comme

insuffisamment individualisée, un peu comme un internat ou une caserne, surtout quand l'enfant est petit. Au contraire, il y a des gens que la structure collective rassure. Certaines mères ont du mal à laisser leur enfant à une nourrice trop maternante, se sentant dépossédée de leur rôle de mère. Quand l'enfant est plus grand, la socialisation est un avantage, parfois avancé, dans le choix d'une crèche.

J.-P. L. : Il est bon de parler avec les parents de toutes ces craintes, toutes ces attentes, qui renvoient souvent à une problématique plus générale ou à des expériences douloureuses dans l'entourage ou la famille. Ce qui me semble essentiel c'est que les parents, une fois qu'ils ont choisi, soient accompagnés avec bienveillance par des professionnels qui ne profitent pas du premier incident de parcours pour « titiller » leur culpabilité.

É. M. : L'essentiel est que la nourrice ou la crèche aient une attitude respectueuse à l'égard des parents, et que les parents aient le sentiment qu'ils sont normalement appréciés et reconnus, en tout cas non dévalorisés. C'est souvent le cas. La difficulté est de passer le relais, de sentir son enfant en sécurité. Lors des premières rencontres, les regards inquiets, interrogateurs d'une mère, des parents peuvent être mal reçus par la nourrice ou la crèche, ce qui crée une réaction en retour qui envenime la situation. Parfois à l'inverse, des remarques de ces professionnels sur la « façon de faire » des parents peuvent irriter et mettre mal à l'aise les parents.

J.-P. L. : Tu as tout à fait raison de souligner l'importance des « réactions en retour ». Très souvent, c'est à partir d'un détail que le climat de confiance réciproque se détériore. Les parents se sentent insuffisamment reconnus, ils ont peur d'être mal jugés, ils deviennent critiques, exigeants, dépréciateurs, ce qui, en retour, alimente l'hostilité ou le manque de sympathie des professionnels. Les parents ont besoin, pour assurer un bon *holding* de leur enfant, c'est-à-dire pour exercer au mieux leur fonction contenante, d'être eux mêmes « contenus ». La crèche ou la nourrice sont l'un des éléments de ce *holding* parental. Une fois que le choix est fait, chacun de nous devrait essayer de faire en sorte que la relation entre les parents et les « gardiens » se déroule au mieux.



**T**out d'abord, j'ai cru à un canular. Une plaisanterie. Je n'avais pas, dans mes relations vietnamiennes, de connaissance assez haut placée pour m'inviter à venir travailler dans ce pays. J'ai imaginé ensuite qu'il s'agissait d'une nouvelle ONG, me proposant de collaborer avec les structures sanitaires vietnamiennes. Peut-être était-ce en raison de mon expérience malgache ?

Mais non, il n'en était rien. Il s'agissait de faire venir des endoscopistes dans la plus grande clinique privée du Sud-Est asiatique, pour un salaire de six mille dollars par périodes de quinze jours, hébergement et voyage pris en charge. J'étais, par ailleurs, incité à prendre une petite participation dans le financement de ce projet, réalisé avec l'aide de la Banque Mondiale. Le document de synthèse apportait des précisions. Il était

noté en préambule que « le gouvernement vietnamien, conscient des carences de son système de santé, encourageait fortement les investissements étrangers dans le secteur privé ». Et, au paragraphe « cible », l'objectif était net : « La clientèle solvable : prioritairement les classes aisées et moyennes de Saigon. » Autrement dit, toute la nomenklatura du Parti et les hommes d'affaires qui gravitent autour d'elle. Et avec les documents fournis, une photo de journal montrant les congratulations entre le Consul de France et le responsable du comité Populaire de Saigon, à l'occasion du lancement officiel de cet hôpital, appartenant à une société de Hong Kong (Chine Populaire), la FEM-HK Ltd. Pour ceux qui en douteraient, voici l'adresse : 12, Nam Ky Khoi Nghia Street, Hô Chi Minh-City.

Alors, involontairement, me revinrent en mémoire des images qui se bouscuaient dans ma tête sans ordre ni raison : le sourire de l'oncle Hô, les gamins brûlés par le napalm, les manifestations pour la paix au Vietnam, le Cambodge, Pol Pot, les boat people... Je me souvins de cette réunion publique où je m'étais insurgé contre la déportation, par le nouveau gouvernement communiste vietnamien, de tous les résistants de gauche, ceux du G.P.R.A., qui avaient pourtant payé cher leur résistance à l'occupation américaine. Rien ne justifiait leur arrestation par le nouveau régime. Je m'étais alors fait insulter pour oser soutenir ces déviationnistes qui n'avaient qu'un défaut : refuser « la vérité » dictée par Marx, Lénine, Mao et l'oncle Hô. Encore, cette autre réunion publique, en 1978, à l'hôpital Antoine Béchère, dans une salle pleine à craquer, où une mission composée de médecins communistes

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue.

## Lettre de Saigon (Hô Chi Minh-Ville)

étaient venus vanter, au retour du Vietnam, les mérites des « libérateurs vietnamiens », lesquels venaient d'envahir le Cambodge et de renverser Pol Pot, le tyran. J'avais eu la malheureuse idée de faire remarquer que le tyran en question se réclamait aussi du marxisme-léninisme et que cela devrait nous poser problème. Que n'avais-je pas dit ? En d'autres circonstances, je serais passé devant un tribunal populaire. Combien y sont passés, du reste, parce que, tout progressistes qu'ils étaient, ils ne supportaient pas le monde des apparatchiks ! Un monde toujours prêt à condamner comme les moines de l'Inquisition, toujours prêt à faire ensuite quelques entorses à leurs convictions (cette lettre de Saïgon n'en est qu'une preuve supplémentaire). Combien de progressistes se sont retrouvés dans leurs camps de rééducation parce qu'ils doutaient de ces détenteurs de la vérité ?

Et aujourd'hui, ces doctrinaires de la foi, nous présentent comme une évolution normale et fatale la nouvelle conception de leur médecine à deux vitesses, une vitesse rapide pour eux, les dirigeants communistes, et une vitesse lente

pour... le peuple. Je ne regrette rien de ma participation aux manifestations contre la guerre du Vietnam, il fallait faire cesser l'insupportable massacre organisé par d'autres croisés venus d'outre-Atlantique. Mais je ne regrette pas non plus d'avoir refusé de suivre aveuglément ces soi-disant révolutionnaires, ces sortes de moines dominicains qui entendaient nous faire accepter l'idée que l'Inquisition était un mal nécessaire. Je reste opposé à une médecine à deux vitesses, ici, comme au pays du camarade Ho. Et les explications des apparatchiks locaux n'arriveront pas à me convaincre. Désolé, je resterai pour eux « non récupérable ».

Un air me trotte toujours dans la tête. Celle d'une chanson qui, en son temps, valut à Georges Brassens bien des récriminations de la part de militants « purs et durs » : « Les Saint-Jean bouche d'or qui prêchent le martyr, le plus souvent d'ailleurs s'attardent ici bas. Mourir pour des idées, c'est le cas de le dire, c'est leur raison de vivre, ils ne s'en privent pas... J'en conclus qu'ils se disent en apartés : " Mourons pour des idées, d'accord mais de mort lente, d'accord mais de mort len-en-en-en-teeeee..." ».



Le récent procès montpelliérain de certains membres de la Confédération paysanne, entraînés en justice par le CIRAD à la suite de la destruction d'une de ses serres expérimentales d'OGM, a été l'occasion d'un débat sur la recherche. D'un côté, les défenseurs de leur outil de travail ont justifié leurs expériences visant à mettre au point des méthodes d'évaluation du risque de diffusion pollinique. De l'autre, les opposants au dévoiement de la science ont dénoncé son asservissement aux intérêts industriels et commerciaux. Les deux parties avaient convoqué comme témoins des scientifiques venus exprimer leur vision des choses autour de la liberté et de l'indépendance de la recherche pour les uns, pour les autres autour du questionnement sur le risque, le processus de décision, l'ignorance des fonde-

ments scientifiques, la nécessité d'un moratoire. Cette tribune sur l'intérêt des OGM (ils aident l'agriculture intensive consommatrice de pesticides, ils ne sont pas adaptés au tiers-monde, ils favorisent la main mise sur le vivant) et des tests réalisés en France (quatre mille cinq cents autorisations sur plus de trois cents sites qui n'ont pas apporté grand chose aux questions posées) a permis de populariser certains points de vue. Il s'agissait de juger des actes délictueux et non la science. Il existe peu d'activités que les lois ne régissent sauf, peut-être, l'activité scientifique, et l'arbitrage des conflits internes à la communauté scientifique n'est pas laissé aux tribunaux. La justice ne se mêle pas de superviser la science car la vérité n'est pas, dans nos sociétés libérales, un élément de l'ordre public. La science continue de se faire dans des lieux inaccessibles à la discussion publique, ce qui reste un des principaux obstacles à ce que certains appellent de leurs vœux, le contrôle démocratique de la science. Celle-ci évolue, les mutations du monde de la recherche s'opèrent sous nos yeux. De nouvelles formes organisationnelles et coopératives se mettent en place, reflet de l'importance de l'innovation dans l'évolution des liens entre l'industrie et la recherche.

**Quels en sont les objectifs ?** La science et la technologie jouent un rôle important dans la croissance économique. Le rôle croissant de l'innovation et du changement technologique sont liés au changement du processus d'innovation. Il se fonde sur l'organisation de réseau et la coopération y compris entre la science et l'industrie.

Laurent Dianoux

Biologiste, membre du GEL.

# La recherche, l'innovation, le marché

Génétique et Liberté  
45, rue d'Ulm  
75005 Paris  
tél : 01 43 72 40 96  
fax : 01 43 72 40 90  
e-mail :  
gel@genetique-et-liberte.asso.fr  
<http://www.genetique-et-liberte.asso.fr>

En biotechnologie, plus de 70% des citations de brevets américains viennent d'articles issus strictement des institutions scientifiques publiques. L'extension de la protection par brevet à la recherche publique (le *Bayh-Dole Act* de 1980) a eu aux États-Unis un impact significatif sur le taux de transfert technologique. Le financement fédéral a contribué à des ruptures scientifiques et technologiques à l'origine de la croissance économique. L'interaction entre les universités et l'industrie est fondamentale pour l'innovation. Les progrès techniques se sont accélérés dans les domaines comme la biotechnologie, la technologie de l'information et les nouveaux matériaux où l'innovation est ancrée dans la science. Sur le marché de la connaissance, les universités consolident leur position en montant des stratégies d'alliance avec les entreprises ; cette place dans les réseaux de l'innovation leur permet d'avoir des financements et d'assurer le devenir de leurs étudiants. Les entreprises ont ainsi accès à des personnels bien formés, aux réseaux scientifiques de pointe et détenteurs de la connaissance qui leur permettra de résoudre certains de leurs problèmes. Les formes de ces interactions sont très variables suivant les pays, les institutions, la réglementation et le statut des chercheurs. La mobilité des chercheurs est considérée comme un facteur crucial dans les liens entre science et industrie, le modèle restant les États-Unis où les scientifiques et ingénieurs changent de travail en moyenne tous les quatre ans. Comment l'accroître dans les pays encore rétifs ? En résolvant la transférabilité des retraites entre secteur public et privé, en modifiant la législation sur l'emploi public, la mobilité temporaire, et l'entrepreneuriat académique.

**Dans le secteur privé**, où l'internationalisation de la recherche et du développement est croissante et ses effets de plus en plus visibles, les

priorités portent maintenant beaucoup plus sur la prise en compte de la demande des clients, du marketing et des services. Ces facteurs ont conduit à des changements dans le secteur privé de recherche : il s'agit de mettre en place de nouvelles organisations et de nouveaux modes de fonctionnement entre les différents départements ou directions des entreprises, ayant pour but de favoriser l'innovation au-delà de la recherche. La direction/recherche perd de son autonomie au profit de contrats passés avec les autres directions. Le court et le moyen terme sont privilégiés comme l'est l'innovation incrémentale au détriment de l'innovation de rupture, à risque plus grand.

Dans le secteur public, les mutations sont restées mesurées et n'ont porté que sur la redéfinition de modes d'organisation et d'intervention des organismes de recherche, la mise en place de programmes et l'accent mis sur la recherche incitative. Le long terme et les technologies de rupture restent en ligne de mire. Les stratégies de recherches interdisciplinaires, les recherches sur l'aide à la définition et à la mise en œuvre de politiques de décision restent encore peu développées alors que la demande a fortement augmenté dans ce domaine de la part de la fonction publique, des collectivités territoriales et des industriels. On considère que la recherche publique manque de capacités d'adaptation aux changements qui s'opèrent dans le secteur privé, et en particulier dans les modes de collaboration qu'elle doit entretenir avec lui. Mais vouloir qu'elle intègre tous ces changements, qu'elle s'intéresse au court et moyen terme, qu'elle collabore différemment, c'est vouloir qu'elle innove au niveau des directions mais aussi des laboratoires.

**L'industrie s'intéressant donc au secteur public, comment organiser la recherche publique ?**

Comment rassembler les forces, les compétences, les connaissances pour converger ? Ce qui intéresse le secteur privé de recherche, c'est que la recherche publique développe une professionnalité incorporée dans des dispositifs et non qu'elle produise de l'innovation. Les pays sont confrontés au même problème : il s'agit d'anticiper le changement pour le préparer de peur de décrocher. Cette anticipation se pense suivant le cas dans le cadre de la compétition internationale, de la soutenabilité et de la cohésion sociale. Elle suppose des impératifs, l'éducation et la formation continue, et un processus d'apprentissage. Mais elle suppose que cette prospective serve aux décideurs et aux citoyens pour prendre des décisions. Pour cela, il faut bien que la démocratie figure dans les premières étapes de la démarche pour contribuer à l'émergence des propositions. En terme de consommation, il y a accroissement de l'indivi-

dualisation des comportements et des besoins, en terme de production, il y a production en masse de la variété. Le contexte idéologique voudrait qu'il y ait affaiblissement et brouillage des frontières culturelles et sociales. La question posée aux pays est leur capacité à rester dans le coup des avancées rapides. Pour cela, il faut organiser la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances et rendre possible tout au long de la vie et le plus largement possible l'apprentissage des compétences.

L'économie est devenue une économie de la connaissance. Les processus d'apprentissage sont individuels et collectifs, institutionnels et sociétaux. De fait, l'éducation et la formation sont devenues des enjeux de première importance puisque la part des secteurs liés à la connaissance compte pour 50 % de la valeur ajoutée totale des ensembles comme l'Europe



ou les États-Unis. L'Union européenne va manquer de plusieurs milliers de personnes hautement qualifiées et a perdu en dix ans cent mille spécialistes partis aux États-Unis. Du coup, l'accès des femmes aux technologies est devenu une priorité. Les pays sont obligés de consacrer plus d'argent à produire et diffuser de la connaissance, ce qui se mesure par la « R et D » (Recherche et Développement). La R et D est largement financée par le secteur privé et orientée plus qu'avant vers les besoins des citoyens.

En sociologie des sciences, il y a deux visions différentes de ce qu'est l'activité professionnelle de recherche. La première (Merton) considère que la science est faite par des individus réunis en communauté de pairs qui forment autant de collègues invisibles. La science doit être un organisme dans une république des sciences. Seules comptent les connaissances certifiées. Dans ce schéma, le couplage avec la société se fait suivant un schéma linéaire de type valorisation/transfert. La seconde (Latour) considère la fabrication de la science comme des processus de traduction entre problèmes et questions de recherche réalisés par la fabrication de collectifs hybrides incluant des professionnels, des acteurs sociaux, des politiques et des citoyens. La science est issue d'assemblages différenciés de compétences. Les savoirs ont une dimension tacite exigeant des coopérations directes. Il faut aller voir ce qui se fait ailleurs pour apprendre directement. Pour produire, l'ensemble des produits compte au même titre. Dans ce cas, les couplages avec la société correspondent à un ensemble flou aux interactions multiples fonctionnant sur des modèles en réseau. Même si recherche fondamentale et appliquée présentent des différences de modalités, les chercheurs s'accordent à penser que la recherche doit rester un jeu où le chercheur

s'exprime le plus librement possible, motivé par l'espoir d'une grande découverte ; il prend plaisir à la pratique quotidienne de son métier et sa créativité est liée au jeu et s'exerce à différents niveaux et concerne les différentes activités de la recherche. Il faut laisser aux chercheurs la liberté de conduire leurs travaux pour avoir la liberté, la flexibilité, de changer de ligne en fonction des résultats.

Il faut redire que la plupart des applications majeures de la science sont issues de découvertes fondamentales bien loin de tout objectif pratique.

Or, la recherche adopte les mêmes critères dominant de la société libérale : la compétition, l'efficacité, la mobilité, le court terme, l'obligation de résultats rapides, la rentabilité immédiate. Les pressions sur les chercheurs les poussent souvent à négliger des résultats étonnants. L'image moderniste donnée à la recherche risque de laisser peu de place aux rêves et la liberté. Elle impose des critères quantitatifs d'évaluation qui excluent les individus hors normes. L'approche culturelle de la recherche est différente suivant chaque pays, ce qui n'implique aucune échelle de valeur, mais la mondialisation pousse à l'homogénéisation de la culture...

**La recherche privée dépendante des yo-yo de la bourse peut abandonner des programmes prometteurs.** Ces différences posées, on observe, dans le champ de la recherche, la montée des projets communs dans le cadre d'une recherche partagée, pratiquée en partenariat. Les laboratoires publics produisent des savoirs constitués et des compétences mobilisables par les entreprises, chacun gardant son rôle propre : de fait, le modèle émergent est celui de l'entreprise accolée au laboratoire, ce qui est la règle

dans les pays anglo-saxons et tend à se développer ailleurs. Les relations entre laboratoires publics et entreprises ne peuvent plus être décrites par les notions de valorisation et de transfert. De sorte que le cœur de la question n'est plus la relation entre public et privé, mais bien les relations entre recherche publique et problèmes publics. Il s'agit maintenant de pouvoir formater les secteurs de recherche pour qu'ils soient au service d'impératifs économiques, sociaux et culturels et de définir les équilibres dans les relations entre ces trois secteurs. Alors qu'on a maintenant une connaissance fine du tissu scientifique, les politiques publiques continuent à ne pas être évaluées correctement.

L'organisation de la recherche est devenue locale et européenne alors que l'organisation et la construction de stratégies durables des compétences individuelles et collectives sont nationales. Le financement de la recherche le montre puisque son fonctionnement est dépendant à parts égales des trois sources industrielles, européenne et régionale, la part nationale ne représentant plus qu'une part mineure. Comment alors définir l'indépendance et la liberté de la recherche quand son coût augmente régulièrement et les sources de financements échappent à l'échelon national ? Dans le domaine des sciences de la vie, les organismes caritatifs (AFM, ARC, Ligue contre le cancer, FRM...) distribuent deux milliards par an, soit une somme supérieure à l'addition des budgets de fonctionnement des organismes de recherche consacrés à ce secteur. Les acteurs de la recherche construisent leur crédibilité scientifique dans les espaces où ils évoluent et règlent leurs modes partenariaux suivant la manière et les critères d'évaluation du travail proposé et réalisé. Dans ce cadre, comment définir les lieux pertinents

de l'action ? Jusqu'à maintenant, la recherche a fonctionné suivant un modèle partagé par les pays de l'OCDE pendant des dizaines d'années, où l'État finançait largement ses champions nationaux (aéronautique, électronique, spatial, électronique, transports). Ce modèle a peu à peu été remplacé par la notion de programme financé autour d'un enjeu partagé. Les champions ont disparu, les grands programmes européens –fortement critiqués comme montages artificiels entre équipes de recherche –sont maintenant stabilisés, les programmes nationaux sont minorés, remplacés par des procédures incitatives de faible ampleur. La notion de programmation de la recherche est même abandonnée par certains pays comme le Canada. Pour qu'une action publique forte soit possible, il faut créer des instruments adaptés à la définition et à l'évaluation des politiques publiques, et créer les conditions permettant l'assemblage et l'imbrication des différents éléments et la construction de marchés d'utilité sociale orientés vers la résolution des questions que nous saurons collectivement poser.

**Pour ne pas subir toutes ces mutations du monde de la recherche sous le mode d'un modèle unique**, il faut opérer un changement du contrat social entre science et société : pour le reconstruire, il faut relégitimer l'activité de recherche financée par le contribuable et construire de la demande sociale qui puisse s'inscrire dans le processus social. Les objectifs sont contradictoires puisque d'un côté il faut dialoguer, interagir, construire des réseaux, et que, de l'autre, il faut faire des choix d'allocation de ressources, des choix de politiques publiques, étape que privilégient les décideurs et les politiques. Pour construire et discuter un modèle de développement alterne, nous devons nous réapproprier les moyens de maîtriser ces évolutions.

Marc Zaffran  
/  
Martin Winckler

*Médecin généraliste  
et écrivain.*

# Non-dits

Une femme, appelons-la Madame T., entre en consultation. Elle a trente-cinq ou trente-sept ans. Elle vient se faire poser un stérilet. Elle le dépose sur le bureau, encore enveloppé dans le sac de la pharmacie, se tourne vers la table d'examen et cherche du regard un portemanteau pour accrocher ses affaires. Comme je le fais toujours, je l'invite à s'asseoir, on va discuter un peu avant, elle sourit, elle s'assied. Dans la fiche de consultation, il n'y a rien. C'est la première fois qu'elle vient, son gynécologue habituel est surchargé, on lui a dit qu'ici ça irait plus vite, alors voilà. Ça pourrait être banal, mais ça ne l'est pas.

Elle a déjà eu trois IVG. La première, quand elle avait vingt ans. Elle ne prenait rien, c'était juste après ses règles, elle pensait qu'elle ne courait pas de risque. Quelques années plus tard, un échec de préservatif. Et puis, tout récem-

ment, elle prenait une pilule microdosée. Il fallait la prendre tous les jours à la même heure et, un soir, elle l'a oubliée. Une fois seulement, mais il suffit d'une fois. Alors, elle s'est décidée. Le stérilet, elle était plutôt contre, mais elle a une amie qui en a eu plusieurs et se sent beaucoup plus tranquille. Bon, elle sait que ça n'est pas fiable à cent pour cent, qu'il y a un petit risque de grossesse mais au moins, si elle tombe enceinte, ça ne sera pas de sa faute.

Je la regarde. Elle est bien habillée, joliment maquillée. C'est une femme qui se soigne. Elle n'est ni démunie ni isolée ; elle travaille et vit avec un compagnon rencontré il y a huit ans. Ils s'entendent très bien. Ils n'ont pas de problèmes graves, quelques soucis comme tout le monde. Mais il y a je ne sais quoi de triste dans son regard.

Elle hésite, elle soupire, et elle me dit : « Trois IVG, je trouvais que ça faisait beaucoup, et comme je ne voulais plus que ça arrive, j'ai demandé qu'on me ligature les trompes mais comme je n'ai pas d'enfant... »

Là, je suis très surpris. Il est extrêmement rare qu'une femme sans enfant demande une ligature des trompes. A-t-elle choisi de ne pas avoir d'enfants ? Non, pas vraiment. Son compagnon, qui a dix ans de plus qu'elle, en avait déjà trois quand ils se sont rencontrés. Elle s'entend bien avec deux d'entre eux. Moins bien avec la troisième. Parfois, c'est dur. Madame T. n'a rencontré son ami qu'après sa séparation. Mais sa fille était petite, à ce

moment-là et elle est persuadée que c'est Madame T. qui lui a pris son père. Alors, avoir un enfant maintenant, ça ne serait peut-être pas...

Elle laisse sa phrase en l'air, et bien sûr, je la saisis.

« Ça ne serait pas... ? »

— Je ne sais pas. Pas très judicieux. Pas très prudent.

— Prudent ?

— À mon âge. »

Je m'étonne.

« Vous pensez que vous êtes trop vieille pour en avoir ? »

— Non... Enfin, oui, peut-être. Et puis, mon ami a dix ans de plus que moi, ça n'est pas conseillé non plus aux hommes de faire des enfants trop tard.

— Il a quarante-six ans, pas soixante-dix...

— C'est vrai. Remarquez, on n'en parle jamais...

— Vous ne parlez jamais du fait d'avoir des enfants ?

— Non. Quand on s'est rencontrés, ses enfants étaient petits, ils étaient turbulents, leur mère buvait alors ça les perturbait beaucoup, on s'est beaucoup occupé d'eux alors même qu'ils n'étaient pas toujours avec nous... Et puis un jour, deux ans après qu'on a commencé à vivre ensemble, leur mère a été prise à conduire en état d'ivresse avec deux des enfants dans la voiture alors mon... ami a obtenu leur garde. Ça nous en a fait trois à la maison d'un seul coup, alors il n'était plus vraiment question d'en avoir d'autres...

— Vous avez décidé de ne pas en avoir ?

— Non, on n'en a pas vraiment décidé. On n'en a pas parlé, c'est tout. »

Elle me raconte tout cela tranquillement, avec résignation. Et elle ajoute : « D'ailleurs, la dernière fois que j'ai été enceinte, je ne l'ai pas dit à mon ami. Il a suffisamment de soucis avec ses grands. Je ne voulais pas en rajouter. »

Elle se tait. Je me sens bête. Je regarde le stérilet posé bêtement sur la table, entre elle et moi. Je pense : « Qu'est-ce que tu fous là, toi ? Et moi, qu'est-ce que je fous là ? » Finalement, je demande :

« Est-ce que votre... ami est divorcé ? »

— Oui, bien sûr. Il l'était quand je l'ai rencontré. Pourquoi ?

— Je me demandais pourquoi vous ne vous êtes pas mariés... Il ne voulait pas ?

— Si, si. Lui, il voulait se marier. C'est moi...

— Vous ?

— Oui, j'avais peur... »

Et à ce moment-là, elle s'arrête, et je vois des larmes gonfler ses paupières, sa gorge se nouer, elle cherche un mouchoir dans son sac, elle n'en trouve pas, alors je lui tends la boîte de mouchoirs en papier posée sur le bureau. Elle en prend un, elle se tamponne les yeux. Je ne dis rien. « J'avais peur qu'il s'en aille. Vous comprenez, les deux fois où j'ai été enceinte, c'était avec des garçons que j'aimais. Même la première fois à vingt ans, j'étais très heureuse, j'avais envie de le garder, de me marier. Mais chaque fois, le garçon a pris peur, et il est parti. Deux fois. Je ne voulais plus que ça m'arrive... Il y a trois mois, quand j'ai oublié ma pilule, c'était un soir où... On avait passé un week-end tous les deux à la mer, c'est la première fois que ça nous arrivait, on n'avait jamais été aussi heureux. Et quand j'ai vu que je l'avaiss oubliée, j'ai su que j'allais être enceinte à nouveau, j'en avais très très envie et en même temps très peur... Mais je n'ai rien dit à mon ami. Quand j'ai vu que le test était positif, je suis allée au centre d'IVG et... »

Et, à ce moment-là, les larmes de Madame T. ont débordé.

Je ne lui ai pas posé le stérilet ce jour-là. Je lui ai dit qu'avant de le faire, il me paraissait souhaitable qu'elle parle de tout ça à son compagnon. Je n'ai pas eu besoin de la convaincre. Elle en avait très envie. Elle souffrait surtout de ne rien avoir dit à l'homme qu'elle aimait et qui l'aimait. Quelques mois plus tard, elle est revenue me voir pour m'apporter leur faire-part de mariage et me demander si je voulais bien la suivre pendant sa grossesse. Et elle a ajouté : « Je vous ai rapporté le stérilet. Il peut sûrement servir à quelqu'un. »

# Nous avons lu pour vous

Maurice Lemoine, *La dette*, éditions L'Atalante, coll. Comme un accordéon, Paris, janvier 2001.

Maurice Lemoine est journaliste au *Monde diplomatique*, spécialiste de l'Amérique Latine. *La Dette* est un roman, qui nous permet, au-delà du descriptif du vécu des paysans brésiliens, de comprendre le mécanisme de la dette. Si les données économiques vous paraissent rébarbatives, ce roman est pour vous. Pour nous soignants, cela nous confirme que soigner les pauvres rend indispensable la lutte pour leur survie économique. Lisez *La Dette*.

Christian Bonnaud

Jean Hatzfeld, *Dans le nu de la vie, récits des marais rwandais*, éditions du Seuil, coll. Fiction & Cie., Paris, octobre 2000.

Jean Hatzfeld s'est rendu dans la région de Nyamata, au Rwanda, pour recueillir les témoignages de survivants du génocide de 1994. Entre chaque récit, l'auteur nous décrit cette région de collines, de marais et de villages encore dévastés et désertifiés où cinquante mille Tutsis sur cinquante-neuf mille environ ont été massacrés à la machette en cinq semaines, et où beaucoup de génocidaires Hutus demeurent, pas encore rentrés des camps de réfugiés établis au Congo.

Les rescapés de cette sauvagerie inouïe essaient d'expliquer, de comprendre pourquoi tant de haine et d'acharnement à les anéantir. Ils nous content l'exil, les massacres, dont ils avaient été victimes auparavant, mais jamais de l'ampleur de cette barbarie organisée aux horaires de bureau « 9h-16h », programmée par des intellectuels, des cadres Hutus, avec la complicité passive des militaires blancs.

Aucun des récits n'est complaisant ni haineux. Ces femmes, ces hommes et ces enfants, en état de choc, tentent de traduire l'horreur qu'ils ont vécue avec des mots simples et émouvants : comment les discours de violence se sont répandus comme une traînée de poudre ; comment ont été « coupés » systématiquement les vaches tutsies, symboles de ce peuple d'éleveurs ; comment les églises ont abrité les massacres collectifs ; comment, eux, les miraculés, ont pu survivre dans les marais, immergés dans la vase imprégnée du sang et de l'odeur des cadavres ; comment ils ont couru plus vite que leur frère, mère, enfant... qui eux, ont été « coupés », comme les vaches ; comment certains décidaient de ne plus courir, de ne plus vivre dans la boue, car ce n'était plus supportable et préféraient la mort.

La plupart des rescapés se sentent coupables d'être toujours en vie, tous témoignent du cauchemar qui les hante d'être des morts vivants, de la peur et de la difficulté de cohabiter à nouveau avec les Hutus. Tous réclament un procès véritable contre les responsables du génocide.



L'ouvrage est agrémenté des portraits de chaque témoin photographié par Raymond Depardon, qui rendent encore plus puissant et réel le récit.

La lecture de ce livre est terrible mais indispensable. Difficile de comprendre comment un tel holocauste a pu avoir lieu aussi facilement. La France a été complice plus ou moins directement et Jean Hatzfeld, à la manière de Primo Lévi<sup>1</sup> pour une autre barbarie, nous convoque à notre devoir de mémoire.

Dominique Tavé

1. Lévi, P., *Si c'est un homme*, éditions Julliard, Paris, 1987 et 1994.

**Sous la direction de Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang, *Les inégalités sociales de santé*, éditions La Découverte/INSERM, Paris, 2000.**

Quel soignant n'a un jour pressenti l'idée, ou bien vécu, qu'il valait mieux être riche, jeune et beau pour être en bonne santé? Qui ne s'est posé la question de l'espérance de vie, ou plutôt de l'inégalité de l'espérance de vie devant certains patients qui cumulaient des facteurs de risque, et dont le principal paraissait bien être celui de la précarité des conditions de vie?

Ces questions, visiblement, les auteurs de cet ouvrage collectif se les sont posées, se demandant aussi comment on pouvait valider, statistiquement, ces pressentiments que nous éprouvons, nous soignants, dans le quotidien de nos rencontres avec les malades. Dans ce livre donc, il est question d'inégalités sociales de santé et de la manière dont on peut les mettre en évidence. Trois termes sont mis en parallèle, qui ont chacun leur sens propre : inégalité (c'est-à-dire différence statistique), social (relatif aux différences de vie, de sexe, d'âge, de rémunération, de métier, d'éducation...) et santé suivant la définition qui peut être donnée à ce mot.

La première partie du livre analyse la grande difficulté méthodologique d'aborder un tel thème, tant les comparaisons sont compliquées selon le sens qui est donné à chacun des trois mots. Cette difficulté méthodologique a l'immense mérite de forcer le lecteur à réfléchir au sens du travail de soins et à se demander dans quel registre peut s'inscrire une action militante en faveur d'une meilleure égalité d'accès aux soins. Ce type de travail sociologique est très récent en France et les données rares, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays où le système de santé est plus « collectif », et où la réflexion de santé publique est plus ancrée culturellement chez les soignants.

Aborder les inégalités sociales de santé n'est pas forcément facile en France où l'amalgame est fréquemment réalisé, entre l'égalité d'accès aux soins – à peu près acquise au moins à tous les Français (Sécurité sociale, aide médicale puis CMU, sous réserve des phénomènes d'exclusion inhérents au fonctionnement même de notre système de santé) et les inégalités de mortalité et de morbidité suivant les conditions sociologiques, professionnelles ou culturelles de vie qui existent entre nos compatriotes même si la couverture sociale paraît satisfaisante. Les politiques ont bonne conscience, et nous entendons souvent dire que nous avons le meilleur système de santé du monde... Il n'empêche que des chiffres viennent contredire cette affirmation si souvent relayée par les médias.

Par exemple au sein de l'Europe, c'est en France que les travailleurs manuels ont le plus fort taux de mortalité et que les différences entre « manuels » et « non-manuels » sont plus grandes que dans d'autres pays. Par contre, ce qui complique les interprétations, c'est que si on se réfère à différentes sortes de problèmes de santé autres que la mort (la

« morbidité déclarée »), les résultats sont bien différents de ceux obtenus pour la mortalité : pour les hommes comme pour les femmes, les inégalités de morbidité sont proches du niveau moyen en Europe occidentale, et ce quelque soit l'indicateur retenu (niveau d'études, revenu et catégorie professionnelle). Bien sûr, cela ne veut pas dire que ces inégalités n'existent pas, elles sont simplement équivalentes dans l'ensemble de l'Europe.

Dans la deuxième partie du livre, les auteurs reprennent l'ensemble des données existant en France sur la mortalité, les indicateurs globaux de santé, la santé périnatale, la santé de l'enfant ou des adolescents, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les troubles mentaux, les dents, le SIDA, les handicaps, les personnes âgées. Ils proposent une foule de tableaux et d'interprétations passionnantes, validées par de nombreuses références bibliographiques. Seule petite frustration, certains thèmes sont oubliés tels que la toxicomanie, le suicide ou la tuberculose, causes de morbidité ou de mortalité qui paraissent symptomatiques de difficultés sociales. Pour toute personne interpellée par ce sujet, ces données restent néanmoins riches de découvertes, et peuvent être très utiles.

Elles seront d'autant plus utiles que, dans la dernière partie de l'ouvrage, les auteurs proposent des « clés d'interprétation » :

- les conditions sociales (revenus, école, logement) où l'on s'aperçoit que, depuis les années quatre-vingt, les inégalités entre groupes sociaux ont tendance à s'accroître ;
- la fragilisation des parcours professionnels (précarisation et sous-traitance, modifications accélérées des connaissances professionnelles, conditions de travail toujours aléatoires et harcèlement, course à la productivité, dématérialisation du travail) ;
- le sexe et l'âge sont des facteurs discriminants, en sachant que les inégalités sont variables suivant l'âge et le sexe ;
- des réponses d'adaptation différentes suivant les groupes sociaux ;
- le poids des comportements à risques (tabac, alcool, nutrition, activité physique...), souvent (mais pas systématiquement) directement liés aux difficultés sociales ;
- l'inégalité d'accès aux soins, même si d'après les auteurs une faible part des variations de l'état de santé est liée aux soins médicaux, en sachant que les groupes sociaux les moins favorisés ont un recours aux soins moins fréquent et que ces soins sont de moins bonne qualité.

Au terme de leur étude et après avoir constaté que les données restent balbutiantes et difficiles à comparer, les auteurs réaffirment la nécessité de mieux comprendre les inégalités sociales de santé afin de mieux œuvrer à les réduire et ils proposent cinq perspectives d'action :

- la réduction des inégalités dans la société ;
- l'égalité des soins ;
- l'égalité dans le domaine de la prévention ;
- l'évaluation des politiques mises en place (sociales, de santé ou autres...) du point de vue de leur impact sur les inégalités sociales ;
- enfin, l'incitation à débattre, dans le plus large espace public possible, sur les inégalités sociales de santé (conférences de santé, conférences de consensus plus ouvertes, groupes d'habitants d'usagers ou de malades, intégration dans les études de cette donnée).

Il est difficile de ne pas être d'accord avec ces propositions, et ce livre mérite d'être largement diffusé tant les données et leurs analyses sont exemplaires. Présenté de manière pratique sous forme d'articles bien identifiés, il peut être utilisé comme outil d'information ou de formation, comme une référence bien intéressante, en tout cas.

Philippe Regard

**R**éfléchir à tous les actes qui entraînent un paiement en monnaie exige une mise en évidence préalable de ce que signifie la monnaie elle-même. La question est vite réglée pour la grande majorité des économistes contemporains qui y voient un simple instrument au service des multiples échanges qui constituent l'économie moderne – ce que l'on produit contre/pour ce que produit un autre. C'est ignorer les nombreuses dimensions de la monnaie, dimension sociale – sa valeur de lien –, politique – le pouvoir de l'argent –, sacrée, et somme toute son caractère éminemment symbolique.

Tous ces sens se laissent beaucoup mieux voir dans ces étranges « monnaies » qui circulent dans les sociétés dites « primitives » et que nous appelons « monnaies sauvages ». Notre approche se fonde sur l'étude des sociétés néo-guinéennes pré-coloniales mais peut être élargie à la quasi-totalité des populations sauvages.

**Quels sont ces objets monétaires précieux qui circulent dans les paie-**

**ments mélanésiens?** Des haches de pierre, des dents de chien, des cochons, des coquillages – dont de grandes nacres taillées en forme de croissant. L'ethnohistoire nous apprend que ces objets ont été substitués les uns aux autres et qu'en particulier les cochons ont précédé les coquillages.

Ces objets précieux ne sont jamais accumulés, sont destinés à circuler dans des contextes bien définis et ne servent en aucun cas à acheter des biens ou des services. Pour saisir leur signification, soulignons quelques caractéristiques essentielles de ces sociétés, en mettant l'accent sur les populations des Hautes Terres papoues découvertes dans les années trente.

Le groupe de référence est le clan exogame, ensemble de ceux qui sont issus d'un ancêtre commun, souvent plus mythique qu'historique, et qui – disent-ils – partagent « un même sang ». La règle de l'exogamie oblige les hommes à chercher une épouse dans un autre clan exogame, une femme d'un autre sang donc.

Les leaders du groupe doivent acquérir leur statut. Ce sont des hommes habiles à manier la lance ou l'arc, qui possèdent l'art du discours et qui, avant tout, donnent et reçoivent plus que les autres. Comme le don oblige à rendre plus tard, ces leaders sont liés à de nombreuses personnes d'autres clans par un ensemble de dettes et de créances, toujours réactivées, sauf à rompre la relation. L'absence de statut dominant hérité est la marque de la démocratie sauvage où chacun est potentiellement l'égal de l'autre (entre hommes du moins !).

La réciprocité règle tous les échanges : échanges de femmes, échanges de meurtres, échanges de fêtes et d'objets précieux. C'est la réciprocité qui fonde la triple obligation maussienne du donner-recevoir-rendre, qui fait que l'on est alternativement donateur et donataire dans la relation oblativ. Examinons les contextes majeurs de la remise des biens précieux monétaires.

Philippe Rospabé

*Économiste de formation et anthropologue, Philippe Rospabé collabore à la revue du MAUSS.*

# La « monnaie » des sauvages

MAUSS  
3, avenue de Mairie  
75015 Paris  
Tél : 01 42 84 17 03  
Fax : 01 42 84 24 17  
e-mail : mauss1981@aol.com

**Les grandes cérémonies** – *Kula des Massim, Tee des Enga, Moka des Melpa*, par exemple – ne se rencontrent pas partout et peuvent être considérées comme des développements historiquement datés de paiements collectifs intervenant lors de la conclusion de la paix entre ennemis traditionnels ou lorsque plusieurs clans pratiquent ensemble l'initiation des garçons ou encore lors de grands sacrifices. Tout à la fois poursuite de la guerre par d'autres moyens en vertu de son caractère agonistique, sacrifices collectifs aux Grands Ancêtres, et expression de l'endettement des groupes et des personnes, les grandes cérémonies syncrétiques sont des faits sociaux totaux – au sens, encore, de Marcel Mauss – par leurs dimensions économiques, sociales, reli-

gieuses. Comment circulent les « monnaies » en ces occasions souvent nommées « fêtes du cochon »? Entre le groupe hôte et les groupes invités, le don et le contre-don sont souvent de même nature : les hôtes remettent de la viande de porc ou des cochons vivants, ou des coquillages, à des invités qui rendront la pareille quand ils fêteront leurs hôtes plus tard. Tel est du moins le résultat d'une comptabilité « consolidée » à l'échelle d'au moins deux cérémonies, car il arrive qu'une seule cérémonie soit l'occasion d'un échange de biens précieux de nature différente. Dans ce cas, le schéma qui émerge est celui de la remise de coquillages aux donateurs de femmes, ces derniers retournant du porc aux preneurs de femmes.



Nous abordons là ce qui nous paraît être la signification originelle des transferts de biens précieux : le paiement pour la fiancée (*bride-wealth*) et le paiement pour le sang (*wergeld*). Contrairement à la dot d'autres civilisations, le *bride-wealth* est une remise de biens précieux par le groupe du fiancé à celui de son épouse, donnant l'illusion ethnocentrique de l'achat d'une femme. Le montant en est souvent âprement négocié, donnant là aussi l'illusion d'un marchandage choquant à nos yeux. Il s'agit en fait de discussions autour d'un montant traditionnel auquel on viendra peu ou prou ; mais c'est dans cet écart à la norme que s'exprime le jeu des protagonistes, leur liberté d'égaux, leur honneur ; c'est en particulier le cas du groupe donneur de femme qui ne cède pas une marchandise ordinaire mais une parcelle de ce qui est le plus précieux à ses yeux, une parcelle de vie.

**Que signifie alors cette remise de « monnaie » s'il ne s'agit pas d'un achat ?** Il nous faut revenir au principe de réciprocité. Celui-ci vaut en premier lieu pour le mariage : une femme venue d'ailleurs doit remplacer la femme partie. Seul l'échange direct « de sœurs », l'idéal de nombreuses sociétés, garantit cette réciprocité, et dans ce cas il n'y a pas paiement. Toutefois, dès que le retour est différé ou indirect, s'ouvre une dette de vie envers les donneurs d'épouses : c'est précisément là qu'intervient le paiement pour la fiancée. Les biens précieux sont remis comme gage que l'on rendra une fiancée. Le symbolisme de la monnaie sauvage paraît déjà dans le fait que les biens transmis restent « attachés » à leurs possesseurs d'origine, si bien que l'on peut les dire inaliénables, tout comme les femmes. Dans l'idéal, il faudrait les rendre comme paiement de la femme reçue en retour. On ne doit pas pour autant conclure à une équivalence entre les biens précieux et la fiancée car l'identification symbolique à l'épouse qui donne sa force au gage n'abolit jamais la distance qui sépare ces deux réalités de nature différente. En tant qu'elle apporte les enfants, la vie, la femme est la valeur suprême de la société sauvage, si bien que nulle richesse ne peut effacer l'impérieuse obligation de rendre une femme pour une femme.

Le paiement pour le sang met en jeu les mêmes monnaies et obéit aux mêmes règles que le paiement pour la fiancée. Comme la remise d'une femme, le meurtre d'un membre du clan entame son « capital vie » et la réciprocité impose de reprendre une vie au groupe du meurtrier, autrement dit à se venger. Payer pour le sang arrête provisoirement la vengeance ; remet à plus tard l'inéluctable application de la loi du Talion.

Sous sa forme animale, la « monnaie » intervient dans un contexte omniprésent sur les Hautes Terres papoues : le sacrifice. La mise à mort du cochon est l'occasion de deux types de don : un don vertical aux ancêtres du clan, celui de l'odeur qui monte du four en terre et « nourrit » les ancêtres ou celui du sang qui coule dans le sol des cimetières, le contre-don des ancêtres étant l'essence vitale immatérielle qui anime les corps des humains. L'autre type de don, le don horizontal est celui de la chair du cochon aux alliés par le mariage. Et c'est ici qu'affleure le symbolisme ultime de la monnaie sauvage. Ce qui est donné aux parents de l'épouse, aux membres de son clan, c'est un substitut de semence sous la forme de graisse ; ils ont remis une femme au groupe du mari et celui-ci va contribuer à grossir leurs capacités de reproduction, le sperme étant partout considéré comme la substance rare qui s'épuise, entre autres, dans la conception des enfants.

**Résumons-nous: la monnaie sauvage ne sert jamais à acheter, c'est-à-dire à s'approprier définitivement le bien d'un autre.** Substitut métonymique de la substance reproductrice masculine, elle est donnée à cause d'une dette de vie, sans jamais la régler puisque la réciprocité du même pour le même, femme pour femme, meurtre pour meurtre, demeure la loi ultime.

Il est d'autres usages de cette monnaie : elle est donnée en particulier au guérisseur. L'analyse de ce paiement de l'acte thérapeutique exigerait une étude comparative que nous ne pouvons entreprendre ici. Contentons-nous d'affirmer que le guérisseur, comme le sacrifiant, met sa vie en péril comme médiateur entre les humains et la source surnaturelle de l'énergie vitale.

# Courrier des lecteurs

« L'Afrique crève car les pays occidentaux, blancs et chrétiens, y voient une source de profit... »

*Augustin Marsal, retraité, nous écrit :*

« Je regrette néanmoins que l'article "L'Afrique se meurt" (voir *Pratiques* n° 11) soit très faible ; l'Afrique se meurt à cause de la dette, du FMI, de la Banque Mondiale, de l'OMC, et ce n'est pas rasoir que de le rappeler car c'est encore loin d'être dans toutes les têtes, sans oublier que nommer publiquement le responsable, l'ennemi, c'est déjà commencer à le vaincre ; elle crève car les pays occidentaux, blancs et chrétiens, y voient une source de profit, le moindre des scandales n'étant pas les fameux brevets déposés de molécules "qui guérissent" avec interdiction pour ces pays qui sont pauvres et qui en ont le plus besoin, de les fabriquer à bas prix. Et je ne parle pas du vaccin contre le paludisme, recherche abandonnée car le résultat sera non rentable... »

« L'idéologie du pouvoir médical »

*André Monjardet, sociologue, auteur du livre Euthanasie & pouvoir médical (éditions L'Harmattan, Paris, 1999), nous adresse quant à lui, toujours à propos du n° 11 de Pratiques, cette réaction :*

« Ma première impression à la lecture du numéro *Choisir sa vie, choisir sa mort* est que le point de vue du "sujet"... ou du "futur mourant", c'est-à-dire chacun de nous qui massivement sont des non-soignants, n'est guère pris en compte ou ni exposé.

La mort semble pour le soignant un sale moment à passer mais qu'on est bien obligé d'assumer... souvent d'ailleurs avec le plus d'humanité possible dans les témoignages recueillis. Les auteurs des articles semblent parler de la mort comme s'ils lui étaient étrangers, de façon clinique, comme s'ils n'étaient pas eux-mêmes concernés (à moins qu'ils ne soient tellement concernés par leur propre mort qu'ils préfèrent parler de la mort de l'autre, la mort de l'autre les renvoyant à leur propre mort).

Et surtout, jamais n'est évoquée l'idéologie qui sous-tend toute réflexion sur la mort et qui donne au débat sur l'euthanasie son caractère passionné, voire passionnel. Le débat sur l'euthanasie n'est d'ailleurs pas soulevé dans le numéro de *Pratiques*. Pourquoi ? Parce que trop « délicat » ? Parce que précisément c'est d'abord par les non-soignants, les "soignés" ou les futurs soignés, qu'est posée la question euthanasique ? Parce que ce sont les soignés qui craignent (à tort ou à raison) que les soignants décident pour eux, parce qu'ils ont naturellement conscience d'être précisément des "patients", c'est-à-dire des passifs, livrés à un pouvoir et un "savoir" dont ils ne peuvent avoir la maîtrise ou qui les dépassent (ou du moins qu'ils en ont le sentiment). Parce que les soignants préfèrent le plus souvent laisser cette question dans l'ombre. Parce que les mourants n'intéressent pas les médecins (la mort ne relève pas de la médecine). On peut les comprendre, eux à qui l'on a appris les moyens de faire vivre, de "sauver de la mort" et non ceux d'aider à mourir (à fortiori activement même si on le leur demande !) Et parce que finalement, qu'ils le veuillent ou non, les mourants (hospitalisés) sont à leur merci ! »

La médecine, comme toutes les pratiques et tous les savoirs, possède son histoire, d'abord en ce sens élémentaire qu'elle possède un passé, vénéré ou haï, ignoré ou connu. Bref, il s'est passé quelques chose, depuis de nombreux siècles, et des individus qu'on nommait médecins, souvent mais pas toujours formés dans des institutions que l'on appelait facultés ou écoles de médecine, s'efforçaient avec un succès inégal d'obtenir la guérison de malades généralement assez peu satisfaits de la manière dont on s'occupait de leurs problèmes. Pour arriver à leurs fins, ces médecins se référaient à des doctrines variées, dont ils maîtrisaient plus ou moins bien les aspects les plus théoriques, à partir desquelles ils prétendaient justifier le recours à des pratiques diverses, faisant intervenir à la fois des substances tirées de produits de toute sorte, obtenues par des procédés changeants, mais aussi en exigeant de leurs patients qu'ils se soumettent à des opérations souvent douloureuses et désagréables

et qu'ils acceptent de modifier leur manière de vivre dans un sens habituellement peu compatible avec le penchant humain pour une existence agréable et facile. Tout cela, en vrac, appartient à l'histoire de la médecine, c'est-à-dire à un passé dont on se réjouit qu'il soit révolu, même quand on soupçonne qu'il a laissé des traces embarrassantes dans la manière dite « moderne » de pratiquer la médecine et de rechercher, avec un succès toujours inégal et des procédés toujours critiqués, la guérison de patients parfois soumis, mais souvent peu satisfaits des prescriptions dont ils sont l'objet.

À cette histoire comme suite d'événements (certains parleront d'historiographie, puisqu'on ne fait, après enquête, qu'écrire et raconter ce qui s'est passé, en supposant qu'il ne s'agit là que de curiosités pour des esprits désœuvrés, et surtout en s'imaginant – avec une certaine naïveté ou beaucoup de mauvaise foi – que le passé, à travers les documents, s'offre à nous comme une réalité vraie qu'il suffit de décrire), on peut opposer l'histoire comme savoir rationnel, dont l'histoire au sens précédent du terme ne fournit que la matière brute qu'il convient de recevoir avec précaution et en usant des armes de la critique et de l'analyse. Cette histoire là résulte, non pas de la suite chronologique des événements, mais du travail de l'historien, et c'est bien ce dont on prétend s'occuper lorsqu'on cherche à comprendre qui étaient ces médecins alchimistes de la Renaissance (*Pratiques* n°1 et 8), pourquoi Descartes s'intéressait à la médecine (*Pratiques* n°5), quelles idées on se faisait des rapports de la vie et de la mort au XVIII<sup>e</sup> siècle (*Pratiques* n°7), ou encore quelles étranges motivations pouvaient pousser un médecin anglais à prétendre, contre toute doctrine établie, que le sang circule dans l'organisme (*Pratiques* n°10).

Bernard Joly

*Bernard Joly est professeur de philosophie et d'histoire des sciences, à l'université de Lille 3.*

## Pourquoi s'intéresser à l'histoire de la médecine ?

Cette pratique scientifique de l'histoire de la médecine n'est pas une nouveauté, même si les moyens aujourd'hui mis en œuvre ne sont pas les mêmes qu'hier. Encore que... Rechercher des documents, en établir l'authenticité, en établir le sens à partir d'une critique interne et externe, voilà qui constitue, avec plus ou moins de bonheur, quelques uns des outils d'élaboration du savoir historique que l'on savait utiliser au XVII<sup>e</sup> siècle, et même avant. S'agit-il pour autant d'une démarche scientifique ? Sans aucun doute, si l'on veut indiquer en parlant de science que la connaissance ainsi exhibée fut produite au terme d'une procédure raisonnée, déployant des procédés réfléchis à l'ensemble desquels on donne le nom de méthode, avec une conscience aigüe du fait que le résultat du travail de l'historien est un discours, et non pas la reproduction du passé lui-même, comme dans une mise en scène où les acteurs de l'histoire, par la vertu du style du dramaturge, viendraient en quelque sorte rejouer leur rôle sous nos yeux ébahis. Car alors, pourquoi préférer Michelet ou Braudel à Shakespeare ou Stendhal ?

En même temps, nous ne sommes pas dupes : l'histoire de la médecine n'est pas une science au sens qu'un physicien donne à ce terme. Quelles qu'aient été les motivations religieuses, idéologiques ou philosophiques de Galilée, de Huygens ou de Newton, les lois qu'ils ont établies nous semblent suffisamment détachées des circonstances dans lesquelles elles furent produites pour que nous acceptions de les faire figurer, aujourd'hui encore, dans le domaine des vérités établies. Mais que penser des histoires de la médecine esquissées par leurs contemporains ? Guy Patin ou Jean Riolan, qui enseignaient la médecine à Paris au XVII<sup>e</sup> siècle, voyaient en Galien la seule autorité fondatrice de la médecine. Galien avait réfuté les « empiristes » prêts à justifier les remèdes de bonne femme, il avait montré le danger de médicaments qui ne respecteraient pas une logique de rééquilibrage des humeurs ; surtout, en mettant en évidence la nécessité pour le

médecin d'être philosophe, c'est à dire de nourrir sa réflexion de la philosophie naturelle des anciens, et surtout d'Aristote, il offrait à ses lecteurs du moyen âge une image de l'exercice de la médecine conforme à une pratique très distanciée du malade, laissant au chirurgien, qui ne recevait pas de formation universitaire, le soin d'entrer en contact avec le corps des patients. L'histoire de la médecine pouvait alors intégrer le *Canon* d'Avicenne ou les travaux plus récents de Fernel, dans la mesure où la fidélité de ces derniers à Galien semblait assurée.

Face à ces partisans d'une tradition médicale dont les excès furent critiqués par Molière, les médecins disciples de Paracelse proposaient une médecine et une pharmacologie inspirées de la chimie, qui leur offraient à la fois ses recettes nouvelles et un modèle de fonctionnement du corps humain inspiré de la distillation. Il leur fallait de nouveaux fondateurs, ils proposèrent donc une nouvelle histoire de la médecine, qu'ils appelèrent « hermétique » puisque qu'ils voyaient dans le mythique Hermès Trismégiste, supposé être un contemporain de Moïse, l'initiateur de la véritable médecine, dans laquelle ils enrôlaient au passage Hippocrate et les médecins arabes. Même l'œuvre de Galien était alors récupérée, puisqu'à n'en pas douter, son génie lui eût fait reconnaître l'importance des remèdes chimiques s'il avait pu les connaître.

Ces deux écoles rivales au XVII<sup>e</sup> siècle avaient en commun d'invoquer l'histoire pour justifier, non pas l'évolution, mais au contraire, la pérennité des doctrines médicales, toutes entières contenues dans l'œuvre de fondateurs méconnus, ou déformées par leurs adversaires. On voit alors clairement l'usage idéologique ainsi fait de l'histoire, dont les reconstitutions servent de justification à des pratiques contemporaines. Les conflits de l'âge classique sont interprétés comme une réactivation des querelles d'école de l'Antiquité. Le recours à l'histoire justifie une doctrine en mettant en évidence son antiquité, et donc sa permanence.



Le XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle nous ont habitués à un usage bien différent du recours à l'histoire. Il s'agit désormais de marquer les ruptures. Quels que soient les archaïsmes résiduels de la pensée de Harvey, on met en avant son audace d'expérimentateur et le changement radical qu'introduit dans l'image du corps vivant le concept de circulation sanguine. Harvey est un héros et l'on ne s'étonne pas qu'il ait été violemment attaqué à son époque : ce n'est pas impunément que l'on apporte dans les pratiques et les convictions d'une discipline des ruptures avec les illusions sur lesquelles elle avait construit son autorité. Renaudot croit en la transmutation des métaux, mais l'hostilité de la faculté de médecine que lui valent ses convictions chimiques le conduit à inventer une nouvelle manière de pratiquer la

médecine dans un dispensaire ouvert aux pauvres. Bichat peut bien nous surprendre avec sa théorie d'une matière vivante aux propriétés distinctes de la matière inanimée : le vitalisme qu'il exprime est sans doute la marque d'une théorie du vivant philosophiquement et scientifiquement dépassée, mais il lui permet de forger le concept de tissu, grâce auquel, dira-t-on, il fonde la physiologie moderne.

Désormais, l'historien de la médecine veut mettre en évidence les progrès de la science et des pratiques. Si des personnages sont fondateurs, ce n'est pas parce qu'en eux se cristallise une doctrine immuable, mais bien au contraire parce qu'ils ont rendu possible le mouvement de la pensée rationnelle, qui, comme le faisait remarquer



Gaston Bachelard dans *La formation de l'esprit scientifique*, ne consiste pas à réformer l'opinion, mais à s'y opposer. Le savant ne retrouve pas une vérité ancienne et oubliée, il construit le savoir vrai par l'audace des nouveautés qu'il apporte dans un monde sclérosé.

Beaucoup des ouvrages d'histoire de la médecine que l'on trouve aujourd'hui, luxueux et abondamment illustrés, adhèrent à ce schéma de pensée, dont on ne prétendra d'ailleurs pas qu'il soit dénué de toute pertinence. Il ne saurait être question d'affirmer que tout se vaut, au nom d'un relativisme historique et culturel qui interdirait tout regard critique sur les doctrines et qui justifierait toutes les pratiques, pourvu qu'elles aient des praticiens. Tout art mérite d'être confronté à une recherche des critères de cohérence et d'intelligibilité de la théorie qui le rend pensable, à l'examen de ses présupposés idéologiques et de l'efficacité de ses pratiques, mesurée à l'aune de ses conséquences sociales, économiques et humaines. Et la recherche historique permet, en mettant en évidence les circonstances et les motifs de l'invention d'une nouvelles doctrine, de repérer ses soubassements intellectuels et affectifs, ses présupposés politiques, philosophiques ou religieux.

Mais nous ne pouvons pas pour autant nous contenter d'une histoire de la médecine réduite à une entreprise de justification d'une conception dominante des savoirs et des pratiques de la médecine contemporaine. La glorification des novateurs sert une médecine qui ne trouve son salut que dans l'innovation et ne voit de progrès que dans la découverte de nouvelles molécules et de techniques dont le contrôle est réservé à quelques spécialistes, dans l'oubli de la valeur du geste médical et du rapport que le médecin entretient avec ses patients.

Alors, dira-t-on, à quoi bon l'histoire de la médecine ? N'est-ce point du temps perdu, face aux urgences théoriques et pratiques du temps présent ? Justifions l'histoire par elle-même. Lorsque

Galien affirme que le médecin doit étudier la philosophie, il s'agit pour lui de donner au praticien les moyens de lutter contre ce qu'il considère comme de mauvaises doctrines, et en particulier contre une médecine qui n'éprouve pas le besoin de penser ce qu'elle fait. En même temps, il instaure une conception élitiste de la médecine, en condamnant des pratiques populaires qui ne nous paraissent finalement pas moins bien fondées que la doctrine des quatre humeurs ou l'approche finaliste des fonctions des organes. Bref, nous constatons que rien n'est simple, et nous comprenons que la référence à Galien, dont la pensée était sans doute assez complexe, peut être historiquement récupérée à des fins opposées.

La seule manière de résister aux lectures réductrices, c'est de toujours en revenir aux textes, sans oublier d'ailleurs le nécessaire travail d'érudition qui vise à établir, non pas le « bon texte », tel qu'il serait sorti de la plume de l'auteur, mais un texte dont les difficultés, les ambiguïtés et les lacunes ne soient pas occultées par les interprétations. Alors, le travail de l'historien ne nourrit pas l'édification du lecteur, mais sa réflexion. Il renvoie, non pas à des solutions, mais à des problèmes. Cela suppose que nous sachions nous déprendre des catégories à l'aide desquelles nous comprenons aujourd'hui le monde dans lequel nous vivons, pour essayer de comprendre ce que pouvait être la logique de pensée des auteurs du passé. C'est cet effort même qui est salutaire. Les hommes du passé posaient les problèmes de leur temps et apportaient des réponses qui ne peuvent plus nous convenir. Résistons à tous les anachronismes. Mais d'avoir découvert dans le passé que rien n'est simple et que la nouveauté se mêle sans cesse aux archaïsmes, que ceux qu'on voudrait nous faire prendre pour des héros n'étaient que des fils de leur temps, nous en viendrons peut-être à regarder ce que nous prenons pour nos progrès avec plus de modestie et de perplexité.

Cette exposition se déroule du 18 avril au 8 juillet 2001, au parc de la Villette, à Paris.

On en retient la très grande ampleur du regard apporté sur ces conceptions et systèmes de pensées thérapeutiques, qui nous éloigne de la vision trop souvent réductrice et utilitariste de la médecine chinoise, telle qu'elle est perçue habituellement dans notre pays (« Je suis allé voir mon acupuncteur pour mes douleurs de dos... »).

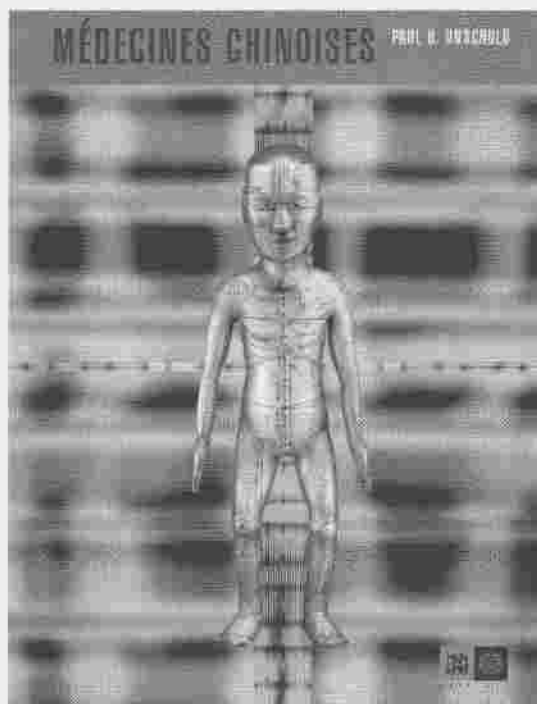
Non pas **une**, mais **des** médecines chinoises qui se sont succédées au fil du temps ou ont cohabité avec la mise en évidence des étroites corrélations du système de soin avec les pouvoirs politico-sociaux des époques considérées. Cela va d'une physiologie du corps datant du 1<sup>er</sup> siècle avant Jésus-Christ, considéré comme plusieurs administrations reliées entre elles, chacu-

ne avec un « gouverneur » (le cœur, le foie, la rate, les reins, les poumons) entouré par un « palais » (l'intestin grêle, la vésicule biliaire, l'estomac, la vessie, le gros intestin) et régissant sur ses subordonnés (vaisseaux et sang, tendons et membranes, muscles et chair, os et moelle, peau et poils) jusqu'au formatage marxiste et scientifique de la médecine chinoise des années récentes, modèle largement enseigné et exporté dans notre monde contemporain.

Le tout avec, pour support de la réflexion, une superbe collection d'objets « médicaux » venant, entre autres, du musée d'ethnologie de Berlin.

En filigrane, nous sommes constamment renvoyés aux paradigmes de « notre » médecine occidentale et questionnés sur les schémas politico-sociaux qui la sous-tendent. P. M.

# Médecines chinoises, une exposition à voir et à lire <sup>1</sup>



1. Nos amis d'Indigène éditions en publient le catalogue élaboré par Paul U. Unschuld, commissaire scientifique de l'exposition, éminent spécialiste de la tradition médicale chinoise, éd. Indigène, Montpellier, diffusion Harmonia Mundi, avril 2001, 150 F.

**Nous tenons à remercier ici les principales librairies qui, en France, mais aussi en Belgique et en Suisse francophone, soutiennent, en le diffusant, *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique. La revue est dif-**

#### À PARIS

- FNAC FORUM, 1 rue Pierre Lescot, 75001
- COMPAGNIE CLUNY-SORBONNE, 58 rue des Écoles, 75005
- L'HARMATTAN, 16 rue des Écoles, 75005
- L'ARBRE À LETTRES, 2 rue Édouard Quenu, 75005
- L'ARBRE À LETTRES, 14, Rue Boulard, 75014
- LA BOUCHERIE, 76 rue Monge, 75005
- THIERRY GARNIER, 41 rue de Vaugirard, 75006
- FNAC MONTPARNASSE, 136 rue de Rennes, 75006
- LIBRAIRIE LIBRALIRE, 116 rue Saint-Maur, 75011
- LA BRÈCHE PARIS, 27 rue Taine, 75012
- LA CEDILLE PARIS, 33 rue des Volontaires, 75015
- LE DIVAN, 203 rue de la Convention, 75015
- AUX AMATEURS DE LIVRES, 62 avenue de Suffren, 75015
- FNAC ÉTOILE II, 13-17 rue Bayen, 75017
- L'ATELIER 1, 2bis rue du Jourdain, 75020

#### EN RÉGION PARISIENNE

- ENVIE DE LIRE, 16 rue Gabriel Péri, 94200 Ivry-sur-Seine
- GIBERT JOSEPH, Parc des Anoues, rue Berthie Albrecht, 94784 Vitry-sur-Seine
- PRÉAMBULE, 22 rue Jean Jaurès, 93200 Saint-Denis
- LE VERGER DES MUSES, Centre commercial « Art de vivre », 91100 Corbeil Essonnes
- LE ROI LIRE, 4 rue Florian, 92330 Sceaux
- AU GRILLON, 69 rue Maurice Thorez, 92000 Nanterre
- MILLEPAGES, 133 rue de Fontenay, 93300 Vincennes
- LIBRAIRIE CHRONIQUES, 8 rue Guichard, 94230 Cachan
- LIBRAIRIE MONACO, 74 avenue du Général de Gaulle, 94160 Saint-Mandé
- LE BRUIT DES MOTS, 11, place du marché, 77100, Meaux

#### EN PROVINCE NORD

- FNAC, 20 rue Saint-Nicolas, 59041 Lille
- LIBRAIRIE MARTELLE, 3 rue des Vergeaux, 80005 Amiens

- LES LISIÈRES, 33 Grand Place, 59100 Roubaix
- LE FURET DU NORD, B.P. 359, 59463 Lomme
- LIBRAIRIE PRIVAT BRUNET, 21 rue Gambetta, 62000 Arras

#### EST

- LIBRAIRIE KLÉBER, 1 rue des Francs-Bourgeois, 67000 Strasbourg
- FNAC, La Maison Rouge, 22-24 Place Kléber, 67000 Strasbourg
- LIBRAIRIE DES FACULTÉS, 12 rue de Rome, 67000 Strasbourg
- LIBRAIRIE BROGLIE, 23 place Broglie, 67000 Strasbourg
- AGENCE DE LA PRESSE/HALL DU LIVRE, 38, Rue Saint-Dizier, 54001 Nancy
- LA PROCURE LE VENT, 30 rue Gambetta, 54000, Nancy
- FNAC, Espace Drouet d'Erlon, 51722 Reims
- LIBRAIRIE GUERLIN-MARTIN, 70 et 82 place Drouet d'Erlon, 51058 Reims
- LA PROCURE LARGERON, 13 rue Carnot, 51074 Reims
- ALSATIA FORUM MONTBÉLIARD, Centre commercial des Alliés, 25200 Montbéliard
- MAJUSCULE CAMPONOVO, 50 grande rue, 25013 Besançon

#### NORD-OUEST

- FNAC RENNES, Centre Colombia, 35000 Rennes
- FORUM DU LIVRE, 5 quai Lamartine, 35000 Rennes
- LES NOURRITURES TERRESTRES, 19 rue Hoche, 35000 Rennes
- FNAC NANTES, Centre Commercial Bourse, place du Commerce, 35000 Nantes
- VENT D'OUEST, 5 place Bon Pasteur, 44000 Nantes
- SAS LIBRAIRIE DIALOGUES, Forum Roull, 29200 Brest
- LA NUIT BLEU MARINE, 32 place des otages, 29600 Morlaix
- MAJUSCULE GAUTHIER, 34 Grande rue, 61000 Alençon

**fusée, en principe, dans toutes les librairies. Si vous ne la trouvez pas, néanmoins, chez votre libraire habituel, n'hésitez pas à la commander (diffusion Harmonia Mundi).**

- AU BROUILLON DE CULTURE, 29 rue Saint-Sauveur, 14000 Caen

#### CENTRE

- FNAC, Centre Le Mail, 5 rue de la République, 10000, Troyes
- LA BOTTE À LIVRES, 19 rue Nationale, 37000 Tours
- LES TEMPS MODERNES, 50 rue de Recouvrance, 45000, Orléans
- LIBRAIRIE CONTACT, 3 rue Lenepveu, 49100, Angers
- LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ, 17 rue de la Liberté, 21000 Dijon
- ANECDOTES LIBRAIRIE DU CONSULAT, 19 rue du Consulat, 87000 Limoges
- LES VOLCANS d'Auvergne, 80 bd. François Mitterrand, 63008, Clermont-Ferrand

#### RHÔNE-ALPES

- LIBRAIRIE FLAMMARION BELLECOUR, 74 route de la gare, 69630 Chaponost
- FNAC PRESQU'ÎLE, 85 rue de la République, 69002 Lyon
- LA GRYFFE, 5 rue Sébastien Gryphe, 69007 Lyon
- DECITRE108-JUNIOR, 6 Place Bellecour, 69002 Lyon
- DECITRE 104 COLLECTIVITÉS, 6 place Bellecour, 69002 Lyon
- LE SQUARE/LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ, 2 place du docteur Léon Martin, 38000 Grenoble
- FNAC, 4 rue Félix Poulat, 38001 Grenoble
- LIBRAIRIE ARTHAUD GRENETTE SARION, 8 avenue Victor Hugo, 38130 Echirolles
- LIBRAIRIE J.-J. ROUSSEAU, 175 rue Croix d'Or, 73000, Chambéry
- FNAC, Centre commercial courrier, 65 rue Carnot, 74000 Annecy

#### SUD-OUEST

- OMBRES BLANCHES, 50 rue Gambetta, 31000 Toulouse
- LIBRAIRIE PRIVAT, 14 rue des Arts, 31000 Toulouse
- LIBRAIRIE UNIVERSITAIRE UNIVERSITÉ DU MIRAIL, 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse
- LIBRAIRIE CASTELA, 20 place du Capitole,

31000 Toulouse

- FNAC, 81 bd Carnot, 31071 Toulouse
- DE LA RENAISSANCE TOULOUSE-MIRAIL, 1 allée Marc Saint-Saens, 31036 Toulouse
- LE LIVRE EN FÊTE, 27 rue Orthabadiat, 46100 Figeac
- LA PAROLE, 24 rue Marius Audouy, 31250, Revel
- DES LIVRES ET VOUS, Association Lires, Sarrant 32120
- LA MACHINE À LIRE, 8 place du Parlement, 33000 Bordeaux
- LIBRAIRIE MOLLAT, 83-91 rue Porte Dijeaux, 33080 Bordeaux
- LIBRAIRIE PRIVAT LHERIS, 56 rue Maréchal Foch, 65000 Tarbes
- FACDIS ESPACE CULTUREL, Avenue Louis Sallenave, 64000 Pau

#### SUD

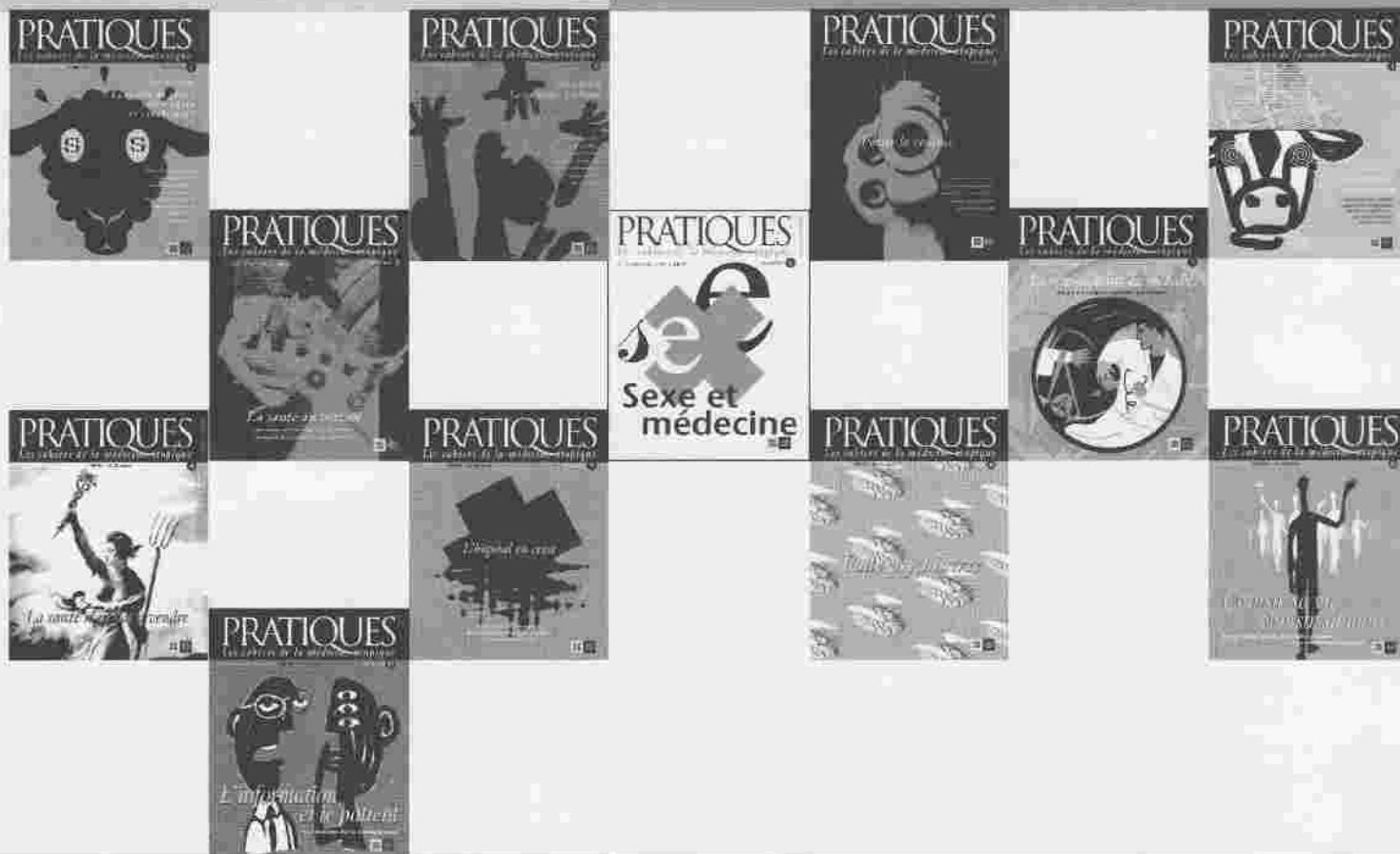
- LIBRAIRIE SAURAMPS MÉDICAL, 11. bd. Henri IV, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE SAURAMPS, Le Triangle, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE ACTES-SUD, Passage du Méjean, 43 rue du docteur Fanton, 13633 Arles
- LIBRAIRIE GOULARD, 37 cours Mirabeau, 13100 Aix-en-provence
- LIBRAIRIE DE PROVENCE, 31 cours Mirabeau, 13100 Aix-en-Provence
- ARCANES, 85 grande rue, 84600 Valréas
- MARQUE PAGES, 22 avenue Hélène Boucher, 13800, Istres
- LIBRAIRIE PAIDOS, 54 cours Julien, 13006 Marseille
- VIRGIN LIVRES, 75 rue Saint Ferréol, 13251, Marseille
- FNAC, Centre Bourse, Cours Belsunce, Marseille, 13001
- FNAC, Centre Nice Étoile, 30 avenue Jean Médecin, 06000 Nice

#### EN SUISSE

- ÉDITIONS ZOÉ, 11 rue des Moraines, Carouge, 1227 Genève

#### EN BELGIQUE

- SDL CARAVELLE, 303 rue du Pré-aux-oies, 1130 Bruxelles



- 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°14 : Profession infirmière

*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
- n°10 : Folle psychiatrie
- n°11 : Choisir sa vie, choisir sa mort
- n°12 : L'information et le patient
- n°13 : La médecine et l'argent

## A B O N N E Z - V O U S A P R A T I Q U E S

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous réconforte.  
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.

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

### B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

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

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° 13

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 :* Christian Bonnaud  
*Rédacteur en chef :* Patrice Muller  
*Secrétaire de rédaction :* Marie-Odile Herter  
*Secrétariat, relations presse :* Jocelyne Deville, Marie-Odile Herter

*Responsable de diffusion :* Dominique Tavé

*Comité de rédaction :* Ghislaine Audran ;  
Geneviève Barbier ; Christian Bonnaud ;  
Jean-Luc Boussard ; Daniel Coutant ;  
Martine Devries ; Monique Fontaine ;  
Hélène Girard-Stern ; Marie Kayser ; Catherine  
Jung ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth Maurel-  
Arrighi ; Didier Ménard ; Bernard Meslé ; Anne-  
Marie Pabois ; Elisabeth Pénide ; Anne  
Perraut-Soliveres ; Bernard Senet.

*Correspondants :* Olivier Boitard ; Laurent Brescia ;  
Geneviève Busson ; Laurent Dianoux ; Jean-Louis  
Gross ; Bernard Joly ; Elisabeth Lapeyrade ; Noëlle

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, chapeaux et dessins sont de la responsabilité de la rédaction.

Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ; Francis March ;  
Daniel Piquet ; Philippe Regard ; Monique Sicard ;  
Marc Zaffran / Martin Winckler.

*Dessins :* Serdu / Serge Duhayon

*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 - CTP :* Ingoprint, S.A.  
Barcelona - Espagne

Dépôt légal 2<sup>e</sup> trimestre 2001  
commission paritaire n° 67150A5  
ISSN 1161-3726  
ISBN 2-911939-32-8

*Publié avec le concours du*  
Centre National du Livre

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

# PRATIQUES