

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

17

DOSSIER

Des remèdes pour la Sécu

S O M M A I R E

Éditorial 3

Dossier Des remèdes pour la Sécu 5

ÉTAT DES LIEUX

À partir du terrain	6	Marie Kayser
Grande-Bretagne : marché interne et logique de privatisation	11	Naomi Pfeiffer
Allemagne : particularisme et régulation professionnelle	14	Patrick Hassenteufel
Les architectes du démantèlement	17	Catherine Mills
Bernard Friot : « Puissance du salariat. Emploi et protection sociale à la française »	21	Pascal Caboret
Le « panier de soins »	23	Philippe Lorrain
Les définitions du crime	26	Christiane Voltaire
Questions de fric en vrac	31	Anne Perraut Soliveres
CMU ou hypertension	33	Catherine Jung
Veni, vidi, vici	33	Anne-Marie Pabois
Le cauchemar de la télétransmission	34	Philippe Boulanger
52 heures comme mon grand-père	35	Bertrand Riff
Surveillée, mais comprise	36	Sylvie Cognard
Le chaud et le froid	37	Bernard Senet

LES IMPASSES DU CÔTÉ GESTIONNAIRE

Les réseaux de santé et la CNAM, une relation conflictuelle	38	Didier Ménard
De l'Assurance maladie aux inégalités de santé	41	Didier Fassin
La Sécurité sociale peut-elle aider les professionnels de la santé ?	46	Damien Cru
La CMU est-elle à vendre ? Cherchez l'erreur	47	Noëlle Lasne

DE L'ASSURANCE MALADIE À L'ASSURANCE SANTÉ

Le local, tenant et aboutissant de la refondation	50	Patrice Muller
Polytoxicomanes et polyprescripteurs : le rôle de la CPAM	53	Martine Devries
L'Assurance maladie, partenaire de la FMC	54	Francis Blanc
Le soutien de la CPAM	56	Evelyne de Wildeman

Rubriques

Images du corps : Le regard de l'Occident	60	Monique Sicard
Actu politico-médicale : La logique de compétition	63	Patrick Dubreil
Les médecins libéraux, l'Assurance maladie et l'OMC	66	Christian Bonnaud
L'épuisement du médecin	67	Luc Beaumadier
Pour une paix juste et immédiate au Proche-Orient	70	
Chronique du GEL : Les OGM végétaux	71	Laurent Dianoux
Informations et liberté : La confidentialité en psychiatrie	75	DELIS
Coup de gueule : Une dizaine de candidats...	77	Denis Labayle
Raconte-voir : Certains ânes n'ont jamais soif	79	Marc Zaffran/Martin Wickler
Histoire de la médecine : Déontologie et citoyenneté	82	Jacques Richaud
Courrier des lecteurs	87	
Nous avons lu pour vous	88	

E D I T O

De la Sécurité à l'insécurité sociale

Du côté des politiques : Arlette pleure à la télé, Jacques et Lionel se marquent à la culotte. Petite phrase assassine de l'un qui réplique à une remarque cinglante de l'autre, faits et gestes relayés allègrement par les médias.

Du côté du café du commerce : « Elle est vraie », « Il dit vrai », « Il ment comme il respire » ou vice et versa...

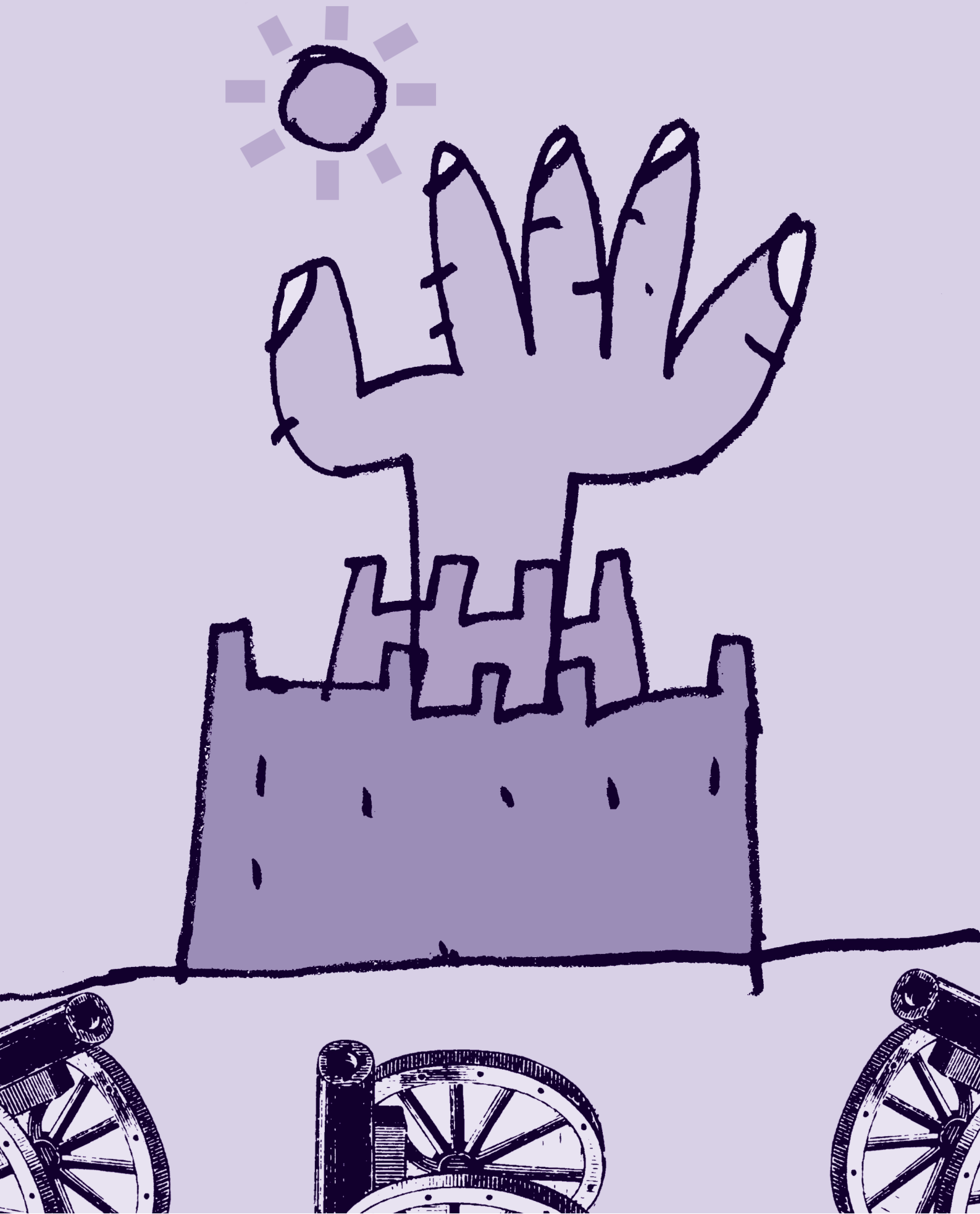
Et les sondages qui en rajoutent à l'insoutenable suspense, chaque jour un petit point en plus ou en moins avec notre Che en embuscade et le Le Pen qui tient un bébé noir dans ses bras. Stop, n'en rajoutez plus.

Dans notre domaine de compétence qui touche aux soins et à la santé des gens, mis à part quelques propositions qui vont dans le sens de calmer ponctuellement par l'argent les professionnels qui râlent le plus fort, aucune mesure adaptative n'est proposée dans le débat politique qui accompagne les élections. S'emparer politiquement de l'avenir de la Sécu pour les indispensables évolutions de cette institution, personne n'y a songé. Rien qui puisse permettre sérieusement de sortir notre système de soins des mains du petit et du grand commerce libéral pour aller vers une logique de santé publique où mieux se soigner ou se maintenir en bonne santé deviendraient un enjeu politique majeur.

Ce vide abyssal de débats et d'engagements des gros de la politique concerne d'autres institutions très malades de notre pays comme la justice, l'école, la police, les transports en commun, l'habitat. Ceci a toute chance de provoquer l'élargissement du camp des abstentionnistes. Signe gravissime pour notre société et ce d'autant que les non-votants se retrouvent majoritairement chez les jeunes, déjà stigmatisés comme étant l'élément perturbateur de notre ordre social, alors qu'ils en sont les victimes et notre seul capital d'investissement pour l'avenir. Les plus cyniques de nos politiciens ont déjà anticipé cette attitude du désintérêt pour voter en ciblant leur campagne sur les seuls plus de quarante ans de la classe moyenne qui constituent l'essentiel du bataillon qui déposent un bulletin dans l'urne.

Quand une société n'arrive plus à traduire dans le champ du politique les aspirations ou les préoccupations pour un meilleur devenir social, on aboutit aux rapports de force cachés, où la violence fait irruption avec ses propres logiques infernales.

**Patrice Muller,
médecin généraliste**



D O S S I E R

L'Assurance maladie est doublement malade. Des coups de boutoir de ceux qui œuvrent en commun pour la mort de notre système de soins socialisé : le Medef et ses alliés du côté des assurances privés (AXA and Co), de la droite politique et médicale ultralibérale (SML et autre CSMF) et, d'autre part, elle souffre d'un dépérissement interne intimement lié à sa gestion de type technocratique et centralisatrice, très éloignée de la réalité du soin. Ne nous faisons aucune illusion : actuellement, l'Assurance maladie, en charge de l'accès aux soins de la population, n'est en fait responsable de l'état de santé de cette population que pour une part minime. Et elle est très loin de pouvoir corriger les inégalités sociales de santé.

Pour les professionnels du soin que nous sommes, elle ne remplit aujourd'hui qu'un rôle de gestionnaire, autocratique et aveugle, laissant aux usagers une participation fictive. Les outils qu'elle s'est donnée jusqu'ici sont au service d'une gestion qui tente d'être rigoureuse avec les dérives que chacun connaît. A quand une institution source de données épidémiologiques et sociologiques pertinentes, permettant un réel débat pour les choix d'une politique de santé publique et non de gestion de maladie ? A quand une institution source de stimulation de nouvelles pratiques et de formation adaptées pour les différentes professions concernées ?

Pour les citoyens que nous sommes également, le mode de financement est le sujet d'un débat politique, entre les cotisations assises uniquement sur les salaires, situation que nous avons déjà quittée, et le financement tout-impôt, qui permettrait aux entreprises de se dégager de toute participation, allant ainsi dans le sens du libéralisme ; ce débat, nous voulons qu'il ait lieu et nous tentons ici de l'éclairer. Il faut aussi poser la question de la démocratie dans l'Assurance maladie. Quelle participation des usagers, lesquels, où les rencontrer, quel est l'échelon territorial le plus adéquat à promouvoir ? Questions et réponses ouvertes, à débattre ensemble, citoyens, professionnels du soin et gestionnaires.

Martine Devries

À partir du terrain

Marie Kayser

Médecin généraliste

La santé est souvent vécue par le citoyen comme un problème strictement personnel ; notre pratique a lieu dans le champ de « l'espace confidentiel », celui du lien avec la personne qui vient nous consulter. Le patient tient à cet espace d'écoute et d'échange. Mais cet espace n'existe pas de façon isolée : l'accès aux soins est régi par l'Assurance maladie, le patient a un trajet de vie qui influe sur son état de santé, le professionnel du soin est dans un cadre d'exercice qui détermine sa pratique.

Il faut dépasser la relation individuelle au soin et mener une réflexion collective sur la santé.

Etat des lieux à partir de notre pratique de médecins généralistes

Les inégalités d'accès aux soins

L'Assurance maladie ne prend en charge qu'une part des dépenses liées aux soins, part dite obligatoire, la part restante, qui n'est pourtant pas facultative, est à la charge de chaque patient. Nous le constatons dans notre pratique, et les enquêtes l'ont montré, l'absence de couverture complémentaire diminue la probabilité de recours aux soins. L'existence de la Couverture Maladie Universelle (CMU) avec prise en charge par l'état de la part complémentaire et absence totale d'avance de frais

a constitué un progrès dans l'accès aux soins : les bénéficiaires l'ont montré en ayant davantage recours au système de soins, leur consommation restant toutefois inférieure à celle de la moyenne. Mais la CMU ne règle pas le problème de l'accès aux soins : il y a les exclus du système (étrangers en situation irrégulière), il y a ceux qui y auraient droit et n'en bénéficient pas (10 % des RMIstes bien que suivis par les services sociaux n'en bénéficient pas), il y a tous ceux dont les ressources dépassent les plafonds, volontairement bas puisque même les personnes relevant des minima sociaux, tels que l'allocation adulte handicapée ou le minimum vieillesse, n'y ont pas droit. Des mesures de « rattrapage » sont en train de se mettre en place : l'« aide à la mutualisation » pour ceux qui sont exclus du système CMU complémentaire. Chaque mesure est un mieux, mais il existera toujours des exclus de la prise en charge qui n'auront pas les moyens de se payer une « complémentaire » et les citoyens qui ont le moins de ressources sont perpétuellement obligés de monter des dossiers complexes pour faire valoir et renouveler leurs droits. Seule la prise en charge à 100 % des dépenses par l'Assurance maladie supprimerait la limitation d'accès aux soins liée aux revenus.

Les inégalités sociales de santé

Nous sommes témoins de l'influence des condi-

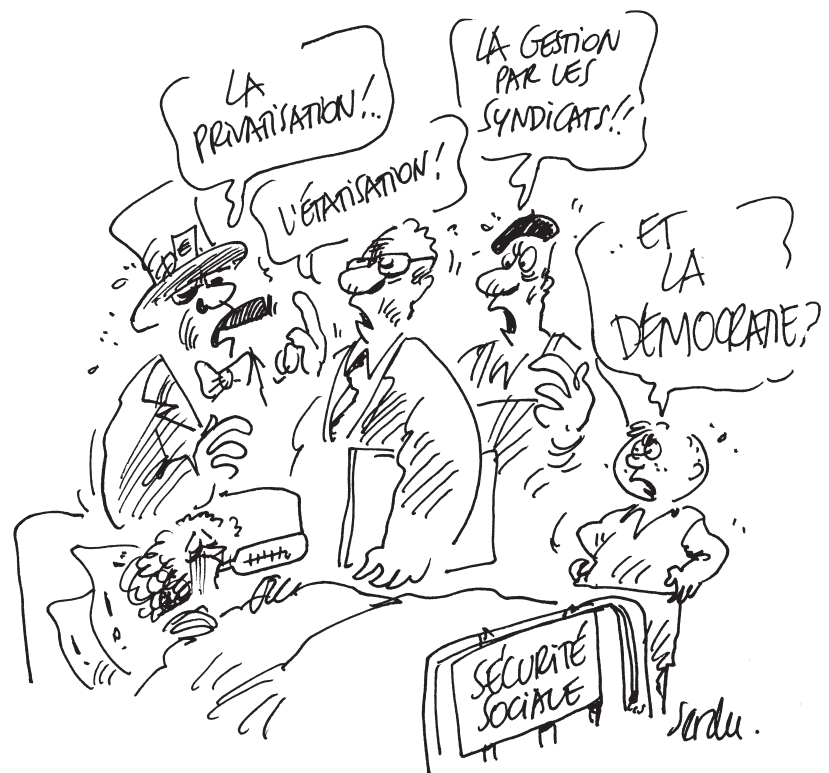
tions de vie de nos patients sur leur état de santé physique et psychique. Les études épidémiologiques (cf. note 1 de la bibliographie), montrent bien qu'au-delà des différences individuelles, il y a une inégalité de santé fondamentale qui est liée aux inégalités sociales ; la France est un des pays d'Europe occidentale où les inégalités sociales des hommes devant la mort sont les plus fortes : le risque pour un manoeuvre de mourir entre 35 et 65 ans en France est plus de 3 fois supérieur à celui d'un ingénieur. De plus, en 20 ans, ces différences de mortalité entre catégories sociales n'ont pas régressé, elles ont même eu tendance à augmenter pour certaines catégories. Cette étude montre qu'il n'y a pas d'un côté les exclus et de l'autre le reste de la population : l'espérance de vie suit un continuum selon la situation sociale ; s'interroger sur les inégalités de santé, c'est s'interroger sur l'ensemble de la structure sociale ; remettre en cause ces inégalités, c'est remettre en cause l'ensemble de cette structure.

Le cadre marchand de notre pratique de généralistes

Nous sommes dans une situation très particulière, car nous sommes les prescripteurs de nos propres revenus. Les revenus des médecins généralistes varient en fonction du nombre d'actes effectués et des charges professionnelles. De 1998 à février 2002, le tarif de la consultation n'a pas augmenté, contrairement aux charges ; si les revenus des généralistes ont peu ou pas baissé, c'est qu'ils font plus d'actes par choix ou par contrainte en raison de la baisse de la démographie médicale. Un médecin qui voit quatre patients par heure gagne plus que celui qui n'en voit que trois et toute augmentation tarifaire amplifie la différence de revenus. Ce mode de rémunération s'inscrit dans une conception « biotechnique » individualiste de la santé et du soin : il n'incite ni à prendre en compte l'ensemble du contexte de vie du patient (familial, social, professionnel), ni à effectuer un travail de coordination de la prise en charge du patient ; il ne favorise pas la concertation avec les autres soignants et les acteurs sociaux et de santé publique (para-

médicaux, spécialistes médicaux, monde hospitalier, intervenants des services de maintien à domicile, sectorisation psychiatrique, médecine du travail, PMI, secteur social...). Le paiement à l'acte ne rémunère que le curatif, aucun travail préventif n'est pris en compte. Ce mode de rémunération est une incitation à multiplier des actes courts et bien rémunérés et est inflationniste au niveau des dépenses publiques.

Quelques dérogations existent face à cette logique du paiement à l'acte : l'option médecin référent en est une, elle apporte un paiement forfaitaire annuel par patient ; moins de 10 % des médecins généralistes y ont adhéré ; soutenue par le syndicat MG-France, cette option s'est heurtée à l'hostilité du conseil de l'ordre des médecins, de la majorité des spécialistes et d'une grande partie des généralistes qui manifestent actuellement derrière la Confédération syndicale des médecins de France (CSMF) ; la mise en route administrative de l'option a été laborieuse et son contenu mal pré-





cisé en terme d'obligations pour le médecin et de contrôle pour le médecin et le patient. L'autre exception au paiement à l'acte est l'existence de réseaux dans lesquels le médecin travaille avec d'autres professionnels et des usagers ; ces réseaux préfigurent un échelon local de travail de santé publique, mais ils sont actuellement de montage complexe et de financement précaire.

Le mouvement actuel de revendication des médecins ne s'intéresse qu'au tarif de l'acte ; nous pensons qu'il est grand temps que les médecins et la société, qui les rémunère indirectement, s'interrogent sur les fonctions du médecin généraliste et le niveau de rémunération qui doit en découler. Pour notre part, nous réclamons que ceux qui le souhaitent puissent sortir du système du paiement à l'acte et être rémunérés sur les bases d'un salariat.

L'organisation de la permanence des soins et la répartition sur le territoire

La presse se fait l'écho ces derniers de mois de la désertification des médecins en zones réputées difficiles ou en zones rurales. Cette découverte n'est pas une surprise : la conjonction du vieillissement des générations et d'un numerus clausus sévère en médecine à partir de 1983, le désir des générations actuelles de mener une vie professionnelle moins chargée aboutissent à une désertification des zones où l'exercice de la profession est le plus solitaire ou exigeant. Le gouvernement en est responsable, lui qui a mis en place le numerus clausus et, plus récemment, les incitations à la retraite anticipée pour faire diminuer le nombre de prescripteurs et essayer de limiter les dépenses de santé. Les syndicats de médecins, qui ont laissé faire pour conserver les rentes de situation des médecins installés, ont leur part de responsabilité. Même avec le relèvement de 15 % du numerus clausus annoncé par le gouvernement pour 2002, le nombre de médecins par habitant pourrait baisser de 24 % d'ici 2020. Une nouvelle augmentation a été annoncée pour 2003 ainsi que la création d'un observatoire de la démographie médicale...

Le système hospitalier

Le système hospitalier est duel : public et privé. D'après les chiffres de 1997, le secteur public gérait 3/4 des lits et du personnel. Les deux systèmes publics et privés ne sont pas indépendants. Dans le cadre de la régionalisation, les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation) sont chargées d'établir une complémentarité public-privé. Cette complémentarité s'établit aux dépens du secteur public ; sous couvert d'une utilisation rationnelle des moyens existants, l'Etat délègue au privé les activités de soins rentables : la « Générale de Santé » qui regroupe 147 cliniques privées fait maintenant l'objet d'une cotation en bourse. La Fédération de l'hospitalisation privée par ses menaces de grève a obtenu une rallonge financière de 3 milliards de francs fin 2001. Au sein même du système public subsiste encore un secteur privé.

Il y a des inégalités régionales dans l'offre de soins hospitaliers (cf. note 2 de la bibliographie) ; entre 1970 et 1998, elles ont persisté, voire augmenté : contraste entre deux groupes de régions : le Nord sous-équipé, les régions parisiennes, PACA et Corse suréquipées ; les régions surmédicalisées ont été très efficaces dans l'octroi d'autorisation d'installation d'équipements. Parmi les régions les moins favorisées, la Picardie, le Nord, la Haute Normandie ont une mortalité supérieure de 10 % à la moyenne nationale ; même si les caractéristiques socioprofessionnelles des populations jouent un rôle plus important dans la mortalité que les caractéristiques de l'offre de soin, il est paradoxal que, face à cette situation, l'Etat ne tente pas de corriger les inégalités d'équipement.

L'influence de l'industrie pharmaceutique

Les praticiens subissent dans leurs prescriptions médicamenteuses l'influence de l'industrie pharmaceutique ; celle-ci s'exerce par l'intermédiaire des visiteurs médicaux (en 1997, l'industrie pharmaceutique dépensait approximativement 111 500 F par an en « information médicale et publicité » par médecin en activité en France). L'industrie pharmaceutique intervient aussi de



façon plus détournée : en passant par du lobbying auprès de la presse grand public et des associations de malades, elle veut faire pression sur les prescripteurs par l'intermédiaire des usagers qui sont ainsi rendus complices des intérêts de l'industrie pharmaceutique ; la presse grand public participe aussi de cette désinformation en minimisant les effets secondaires des médicaments ou en attirant l'attention sur une pathologie dans les jours précédents la sortie d'un nouveau médicament. Il n'y a pratiquement pas de recherche publique dans le domaine de la thérapeutique. La recherche est dépendante de l'industrie pharmaceutique qui l'axe sur le médicament dans des pathologies présumées rentables. La Cour des Comptes a critiqué, dans son rapport pour l'année 2000, les mécanismes d'attribution d'autorisation de mise sur le marché des médicaments (AMM) qui reposent entièrement sur des informations fournies par les laboratoires.

Le refus depuis de nombreuses années de certains praticiens à l'appel du SMG de recevoir des visiteurs médicaux, la création de la revue *Prescrire* (ne comportant aucune publicité et totalement indépendante des laboratoires), le fonctionnement de certains organismes de formation continue des médecins généralistes hors de toute présence des laboratoires sont autant de pierres posées pour une indépendance de la prescription. Il revient au système de santé publique de jouer son rôle en n'abandonnant pas à l'industrie pharmaceutique la gestion de la thérapeutique.

L'Assurance maladie : état des lieux

Un système public solidaire qui malgré ses lacunes assure à tout citoyen français la prise en charge d'une partie importante de ses dépenses de santé.

Un système géré par les caisses, mais dans lequel l'état a de plus en plus de pouvoir :

les caisses sont gérées de façon paritaire par les représentants des salariés et ceux du patronat ; l'Etat fixe le niveau des cotisations et des rem-

boursements, il nomme les directeurs des caisses nationales, il détermine la création du nombre de postes médicaux et paramédicaux, du nombre de lits dans les hôpitaux publics et détermine les *numerus clausus* dans les filières de formation ; il établit le projet de loi de financement de la Sécurité sociale et propose au parlement l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance maladie).

Un système dont le fonctionnement n'est pas démocratique :

Il n'y a pas eu d'élections aux caisses de Sécurité sociale depuis 1983 ; au sein des conseils d'administration des caisses se produisent des alliances de gestion pour avoir la présidence, alliances pour le pouvoir qui sont bien loin d'un véritable débat et programme de protection sociale.

Les élus parlementaires n'ont pas les moyens d'un débat éclairé pour la mise en œuvre d'une véritable politique de santé ; le financement du budget de la protection sociale est complexe, il y a des transferts financiers entre budget de l'état et de la Sécurité sociale.

Un système dont le financement est mixte :

Les ressources de la protection sociale proviennent pour 2/3 des cotisations sociales, pour 1/3 de l'impôt (16,5 % CSG et autres taxes affectées, 13,8 % contributions publiques : contrepartie d'exonérations de charges...). Il faut noter que progressivement depuis le début des années 80, une part croissante des cotisations a été déplafonnée et que la CSG est un prélèvement proportionnel assis sur l'ensemble des revenus.

Un système menacé :

Le programme du Medef prévoit la mise en concurrence de l'assurance maladie avec le système assurantiel, aboutissant ainsi à une privatisation de la Sécurité sociale et à la mise en place d'un système de soins fondamentalement inégalitaire avec l'existence d'un « panier de soin » minimal pour ceux qui n'auront pas les moyens



de se payer les assurances nécessaires pour accéder à l'ensemble des soins.

L'AGCS (Accord général des commerces et des services) est un des accords internationaux dans le cadre de l'OMC ; il vise à livrer à un marché mondial dominé par les firmes multinationales la très grande part des secteurs des services. L'application de l'AGCS entraînerait une dérégulation dans trois domaines principaux : qualification des personnels de santé, accréditation des hôpitaux et des cliniques et Assurance maladie. En livrant la santé aux intérêts du privé, elle aboutirait à un démantèlement du service public et la création d'une médecine à deux vitesses.

De l'Assurance maladie à l'Assurance santé

Nous pouvons pour notre part avancer dans la discussion les propositions suivantes sur le rôle et le fonctionnement d'un véritable système de protection sociale :

- Il s'agit d'assurer un égal accès pour tous à des soins de qualité en renforçant le rôle de la Sécurité sociale et en augmentant la part des soins pris en charge. Cet accès aux soins doit s'accompagner d'une réflexion et d'une évaluation du service rendu : cette évaluation dépasse de loin le cadre individualisé de la consultation dans son aspect « biotechnique », mais doit être aussi pensée en terme de réduction des inégalités face aux soins.

- Il s'agit d'améliorer la santé de chacun en luttant contre les inégalités sociales de santé et en s'attaquant aux véritables causes des maladies, ce qui suppose des enquêtes épidémiologiques et la mise en place des solutions adaptées aux problèmes repérés, ces solutions sont dans le champ du médical préventif ou curatif, mais aussi dans le champ de l'organisation sociale : la manière la plus efficace de lutter contre les inégalités de santé étant de lutter contre les inégalités de société.

Seul, un système public de santé peut répondre à ces objectifs. Se posent alors plusieurs questions importantes qui doivent faire l'objet d'un débat de société :

Qui doit gérer la Sécurité sociale : les caisses, l'Etat ?

Par quels prélèvements doit-elle être financée ? Cotisations assises sur les salaires ? Impôt ?

Comment mettre en place un fonctionnement véritablement démocratique de cette Assurance santé ? A quel échelon la concertation doit-elle se faire et les décisions se prendre ?

Pour notre part, médecins généralistes, nous souhaitons que nos différentes fonctions soient reconnues. L'Assurance maladie doit favoriser le travail en réseau et permettre aux médecins qui le désirent de sortir du système du paiement à l'acte. Un nouveau cadre d'exercice sur le mode du salariat doit être débattu.

Références bibliographiques :

- *Les inégalités sociales de santé* : travail collectif sous la direction d'Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, INSERM, Ed La Découverte, 2000
- Denis-Clair Lambert : *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Economie humaine, Le Seuil 4/2000
- Numa Murad : *La protection sociale*, Repères, La Découverte 2/2001
- Georges Dorion et André Guionnet : *La Sécurité sociale*, Que sais-je, PUF 5/2000

On parle souvent d'un modèle européen de protection contre la maladie pour l'opposer au catastrophique système américain coûteux, inefficace et profondément inégalitaire. Pourtant, les médecines européennes sont loin d'être identiques, en particulier en matière de régulation des pratiques et de rôle dévolu aux généralistes.

A priori, tout oppose le National Health Service britannique étatique, financé par l'impôt, organisé autour d'une médecine de ville exclusivement générale et le système allemand strictement paritaire, décentralisé, régulé par une profession très fortement syndiquée. Pourtant, dans les deux cas, depuis quinze ans, les réformes se sont accumulées. En comprendre les enjeux n'est pas sans importance pour qui essaie de réfléchir à l'avenir du système de soins français.

Grande-Bretagne : marché interne et logique de privatisation

Une réforme managériale

Depuis le début des années 90, les réformes du NHS britannique se sont succédées à un rythme rapide avec pour objectif d'introduire plus de compétition, d'efficacité et des moindres coûts. Ces réformes ne sont toutefois que la continuation d'un débat récurrent sur les structures du système de santé et sa crise, initié au début des années quatre-vingt quand furent avancées les premières propositions de réforme managériale.

A l'époque, le gouvernement conservateur avait confié à Sir Roy Griffiths la tâche de préparer la transformation du NHS. Griffiths avait été choisi à cause de son expérience comme dirigeant de Sainsbury, l'une des plus grandes firmes britanniques de la distribution. Le rapport, publié en 1983, préconisait la création de postes de directeurs généraux chargés de contrôler l'efficacité et les coûts du travail. Cette innovation visait à faire admettre dans un système, jusqu'ici géré par une

alliance conflictuelle de fonctionnaires et de médecins, des critères d'évaluation purement monétaires. Le rapport Griffiths a été largement utilisé par les gouvernements conservateurs successifs pour arguer que le NHS pouvait trouver de nouvelles ressources dans une meilleure utilisation de ses fonds, qu'il n'était nul besoin d'en augmenter les crédits. Néanmoins, parce que le NHS continuait à bénéficier d'une immense popularité dans l'électorat, la réforme est restée en plan jusqu'au Big Bang de 1991.

Un système autrefois peu coûteux

Dans sa forme classique, le NHS était peu coûteux. En outre, du fait qu'il s'agit d'un système centralisé et contrôlé par l'Etat, il était possible d'encadrer strictement les dépenses. En conséquence, les fonds consacrés au NHS représentent environ 6 % du PNB, beaucoup moins que dans le reste de l'Europe. Certains observateurs disent ainsi que, à l'inverse des Etats-Unis où les patients risquent d'être sur-trai-

Naomi Pfeiffer

Sociologue,
University of North London



tés, le principal travers du NHS est de sous-traiter ses utilisateurs. Ainsi, le système britannique a été lent, du moins par comparaison avec les autres systèmes de soins européens, à introduire certaines innovations comme les dialyses rénales ou les pontages coronariens. Enfin, la tendance à l'augmentation des dépenses a été limitée parce que le NHS a un monopole sur toutes les ressources : des médicaments aux médecins. Ce sont ces caractéristiques que la réforme de 1991 a tenté de remettre en cause.

Du contrôle hiérarchique aux contrats concurrentiels

L'effet premier de la réforme a été de faire passer le NHS d'un système intégré basé sur le contrôle hiérarchique à un système de contrats concurrentiels. On a créé ce que l'on appelle un « marché interne » en divisant les organisations entre fournisseurs et acheteurs de soins. La version britannique de la compétition dirigée utilise une approche de type vente en gros : des agents professionnels signent des contrats globaux de fourniture de soins au nom de groupe de patients. Il y a compétition, car ces groupements d'achats sont libres de choisir entre fournisseurs NHS ou privés. La réforme en a créé de deux types : d'une part des autorités régionales responsables des achats de santé pour la population de toute une zone, d'autre part des détenteurs de fonds dits « GP » pour praticiens généralistes, lesquels restent les gate-keepers du système, pourvoyeurs de soins en première instance, et acheteurs de prestations pour les patients qui font partie de leur « liste », c'est-à-dire rattachés à leur cabinet.

Une absence d'échange d'argent

En dépit de ces changements, le NHS est encore essentiellement financé par l'impôt. Dans les négociations entre « acheteurs » et « fournisseurs » de soins, aucun argent n'est échangé. Le marché interne est un quasi-marché. Chacun est cependant tenu de faire comme s'il négociait des contrats difficiles. Les agences locales de santé doivent, par exemple, à la différence des fonds « GP », rendre compte aux autorités politiques de leurs décisions. Par contre, les patients n'ont aucun contrôle sur les acheteurs de soins. De ce point de vue, le principal effet de la

réforme de 1991 a été d'introduire le langage de la consommation. Cette tendance est illustrée dans la Charte des Patients qui définit les droits des usagers, parmi lesquels : une garantie d'admission pour un traitement moins de deux ans après la date d'inscription sur liste d'attente ; le droit d'obtenir des informations ; le droit de pouvoir se plaindre des services du NHS en recevant une réponse circonstanciée. Aucun de ces droits ne modifie toutefois les pratiques. Comme le traitement est effectué sans échange monétaire au moment de la délivrance des soins, le pouvoir du consommateur est limité. Les patients NHS n'ont aucune relation contractuelle avec leur médecin, ce qui rend l'idée de la compétition pour des parts de marché illusoire.

Des réorganisations permanentes

La réforme de 1991 a été introduite de façon très brutale, contre l'avis des médecins. Mais les choses n'en sont pas restées là. Depuis dix ans, de multiples réorganisations complémentaires ont été introduites. La complexité des modifications est telle qu'il est presque impossible de les décrire de façon cohérente. Le NHS est devenue une organisation en révolution permanente, marquée par des épidémies de nouveaux noms, logos, sigles et structures. Le retour au pouvoir des travaillistes n'a, de ce point de vue, rien changé. La Troisième Voie est tout aussi « modernisatrice » que les derniers gouvernements conservateurs.

La qualité en péril

Comment évaluer l'impact de ces changements sur la qualité, l'équité et l'accessibilité des soins ? On dispose de peu de bonnes études. Le comportement des fonds « GP » est par exemple mal connu. Pourtant ceux-ci « achètent » une part considérable des soins hospitaliers. Leur comportement peut être aveugle à certains besoins : par exemple le maintien des urgences. Ils peuvent ainsi mettre en péril la viabilité d'un hôpital NHS en faisant entrer les contrats pour certains traitements dans le secteur marchand. De plus, certains fonds « GP » ont été accusés de se comporter comme des assurances, de manipuler leur budget en « dégraissant » les personnes âgées, ou celles nécessitant des traitements trop coûteux.



Une augmentation des inégalités de santé

Un autre paramètre qui rend difficile l'évaluation des effets de la réforme est l'augmentation des inégalités de santé qui se sont développées en Grande-Bretagne durant les vingt-cinq dernières années. Les données épidémiologiques révèlent des augmentations sensibles des différentiels de mortalité entre les zones les plus démunies et les plus riches du pays. Cette tendance est maintenant avérée pour toutes les causes majeures de décès, mais elle est particulièrement importante pour les suicides et les cancers du poumon. L'écart a été créé par une dégradation des conditions de vie dans les zones les plus démunies du pays.

Logique de privatisation et accessibilité des soins

Dans une certaine mesure, la discussion sur l'équité du système et les façons de la mesurer, qui a été nourrie par la fascination pour les mécanismes de marché, introduite par les conservateurs puis acceptée par les travaillistes, a détourné l'attention des tendances les plus inquiétantes d'évolution du NHS. En particulier, de la logique de privatisation.

Les soins à long terme des personnes âgées et des personnes présentant des infirmités ont été les premiers visés. Le processus a emprunté une voie tortueuse avec un temps fort en 1993 au moment de la mise en oeuvre de la réforme des soins communautaires. En 1979, le secteur public avait 169 592 lits de long séjour occupés par des personnes âgées : 56 000 au NHS, 113 592 gérés par les autorités locales de santé. A la fin des années quatre-vingt-dix, le secteur public n'avait plus que 25 000 lits de long séjour. Plus généralement, en 1996 les organisations à but lucratif avaient près de 400 000 lits. On sait peu de choses sur l'impact de cette privatisation sur la qualité des soins : les lits gérés par le privé échappent aux enquêtes que peuvent mener les représentants des usagers du NHS !

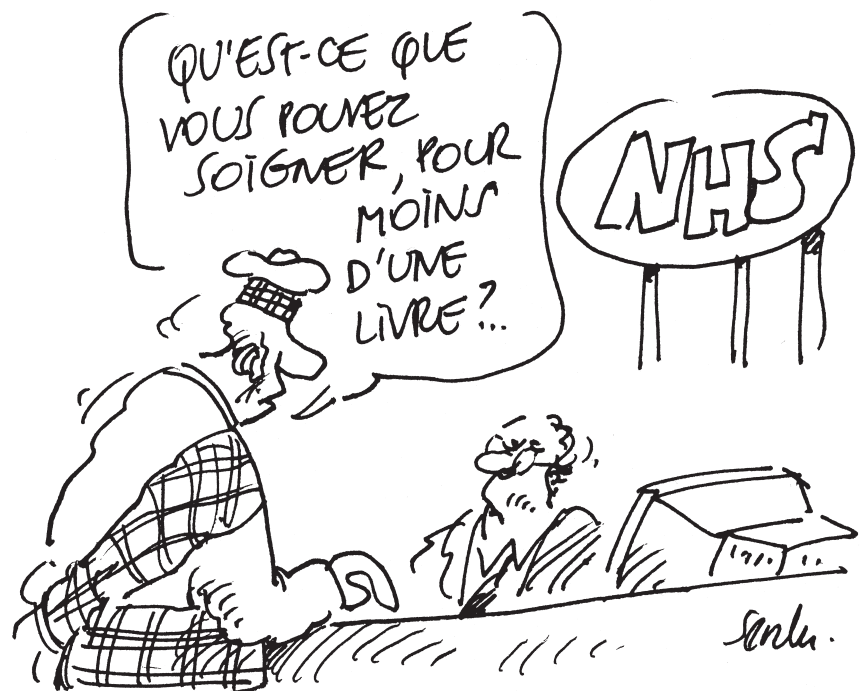
Le principe de la gratuité des soins sacrifié

Un des principes fondateurs du NHS était la gratuité des soins pour la totalité de la population. Ce principe a été sacrifié lorsque la responsabilité d'achat a été transférée aux administrations locales

financées par l'Etat. Celles-ci conditionnent en effet souvent leur aide à l'examen rigoureux des ressources des patients. Actuellement, il y a peu de personnes qui bénéficient de la gratuité totale. Et ce même si le gouvernement travailliste a quelque peu amélioré la situation, éliminant les scandales les plus criants, par exemple ces personnes âgées obligées de sacrifier le patrimoine destiné à leurs enfants ou à se passer de soins.

A terme, le risque reste donc que toutes ces pressions conduisent ceux qui en ont les moyens à sortir complètement du NHS pour obtenir les soins médicaux dans le secteur privé. Un NHS encore amoindri ne serait alors plus en mesure d'acheter et de fournir aux secteurs les plus pauvres de la communauté autre chose qu'un filet de sécurité limité aux soins d'urgence.

(Cet article est une révision d'un texte publié par la revue M dans son numéro « La santé dans tous ses états » de février 1998)



Allemagne : particularisme et régulation professionnelle

Entretien avec
Patrick Hassenteufel

Spécialiste de la protection sociale
(université de Rennes)

Patrick Hassenteufel a publié
Les Médecins face à l'Etat :
une comparaison européenne,
Presses de Science Politique,
1997.

Peux-tu nous rappeler ce que sont les grands traits du système de santé allemand, ainsi que les différences marquantes avec le système français ?

Patrick Hassenteufel : Les deux systèmes ont les mêmes fondements. En France comme en Allemagne, on a une assurance maladie obligatoire basée sur la cotisation salariale. Au départ, la répartition entre employeurs et salariés était un tiers, deux tiers. Après 1945, les contributions patronale et salariale ont été égalisées. La gestion des caisses est assurée par des administrateurs élus de façon strictement paritaire. Le système de soin est lui aussi assez proche du système français avec une forte médecine libérale de ville et des hôpitaux publics gérés par les régions, les Länders.

Les différences les plus marquantes concernent trois points. D'abord, les taux de cotisation sont fixés par les caisses en toute indépendance. Avec, de plus, cette particularité que pour les revenus élevés, au-dessus du plafond, on peut s'assurer auprès de compagnies privées. Cela concerne 5 à 10 % de la population puisque 7,5 millions de personnes sont entièrement assurées par le privé tandis qu'un nombre équivalent l'est au titre de la couverture complémentaire.

Un second point est qu'il y a une grande diversité des caisses. Celles-ci sont locales ou régionales (les AOK), mais il y a aussi des caisses d'entreprises, et des

caisses couvrant des groupes professionnels spécifiques.

Enfin, troisième différence, depuis une réforme de 1992, les assurés ont le libre choix de leur caisse de façon à stimuler la concurrence. Cette loi a conduit à des déplacements en faveur des caisses d'entreprises, mais aussi à une compétition sur les taux de cotisation qui est le principal critère de distinction entre caisses. C'était d'ailleurs l'objectif de la loi de pousser à un contrôle des cotisations.

Pour compenser la diversité des populations assurées et des moyens, il existe un fonds fédéral de compensation. Les versements à ce fonds sont négociés chaque année. Il s'agit d'une discussion très conflictuelle, en particulier entre les caisses d'entreprises et les caisses régionales. Les premières ont des populations plus favorisées tandis que les secondes couvrent la plupart des assurés « à risque ». Récemment, il a été décidé que les maladies chroniques les plus fréquentes (diabète, asthme, hypertension...) seraient prises en charge par un fonds commun. A terme, l'objectif est d'ajuster les compensations financières aux structures de morbidité de chaque caisse.

Il faut signaler qu'en ce qui concerne l'organisation de base, le débat qui monte aujourd'hui porte sur les prestations. L'idée serait de permettre aux caisses d'offrir des prestations différentes. Pour l'instant, il y a un catalogue général qui représente une contrain-

te forte. Cette liste des soins pris en charge est très complète et décidée au niveau national, avec de fréquentes mises à jour. La future réforme irait vers la création d'un panier de soins, au sens où nous en parlons en France, avec un catalogue plus restreint laissant aux caisses la possibilité d'offrir plus.

Comment sont organisées les relations avec les médecins ? Dans un système aussi strictement paritaire, ceux-ci ne semblent pas avoir beaucoup de place.

Les médecins sont en fait représentés par les unions de médecins de caisse. Ce sont ces unions médicales qui négocient tous les aspects de la rémunération, les enveloppes, la valeur des points flottants, les budgets par spécialité, etc. La part de la négociation collective est très grande. Les négociations sont totalement régionalisées et gérées par les caisses : l'Etat fédéral et les Länders ne jouent aucun rôle. Dans ces conditions, les unions professionnelles ont un poids énorme, du coup la syndicalisation est forte, ce qui leur donne en retour une grande légitimité. De plus, il y a une seule union médicale par région, laquelle mène les négociations avec les différentes caisses.

L'essentiel de la rémunération provient du paiement à l'acte. Mais le système des points flottants joue un rôle crucial. Les négociations fixent des enveloppes globales décidées régionalement et qui portent sur les différentes prestations, les sommes allouées à telle ou telle spécialité. Il s'agit de prévisions relativement fines. Les points flottants assurent le respect de ces enveloppes : plus les actes se multiplient, plus la valeur du point diminue. Le débat actuel sur la rémunération ne porte pas sur les enveloppes : l'autorégulation est considérée comme fonctionnant plutôt bien. On discute plus de la rétribution de nouvelles pratiques. Par exemple, des systèmes d'abonnements et de forfaits allant avec le développement des réseaux de soins.

Pour l'hôpital, il y a des négociations spécifiques, car la plupart des établissements sont financés par les Länders. La négociation est aussi régionale, avec développement des forfaits et plus seulement

comptabilité en prix de journée. Dans ce domaine, les caisses cherchent aujourd'hui à avoir un rôle plus important. L'idée est à moyen terme de transformer les caisses en financeurs des hôpitaux, mais les résistances des Länders sont très fortes. A ce niveau, c'est totalement l'inverse de la situation française.

Par rapport aux normes françaises, l'autodiscipline de la profession est incomparablement plus forte. Cela tient au rôle des unions, qui peuvent aussi exercer des sanctions. Ce sont elles qui surveillent, par exemple, le nombre d'actes moyens, le nombre d'actes par patients, ou encore les prescriptions. L'encadrement des pratiques se fait donc surtout sur des bases économiques : sur la base de la comparaison avec un profil établissant, sur une base régionale, la moyenne des dépenses par type de cabinet. L'évaluation est donc surtout économique et prise en charge par les unions. Celles-ci tirent les sonnettes avant que les enveloppes soient dépassées, car il peut ensuite y avoir versements collectifs. Les unions ont des indications individualisées, mais la surveillance est collective. Comme elle reste au sein de la profession, elle est moins problématique que si les caisses s'en chargeaient. En fait, ce système a été accepté parce que les médecins étaient jusque dans les années 30 des quasi-salariés des caisses : ils négociaient individuellement les conditions de leur contrat. La revendication qui a nourri le syndicalisme médical était d'avoir une négociation collective. Pour les médecins, l'organisation en union régionale a donc représenté un gain de pouvoir important.

Mais, encore une fois, il résulte de ce système de très fortes disparités régionales, y compris dans les rémunérations, car en fonction des besoins ou des débats locaux, les caisses peuvent afficher des priorités très différentes et favoriser telle ou telle spécialité ou groupe de professionnels.

La politique du médicament est un bon exemple de l'impact et des limites de cette régulation professionnelle. Peux-tu nous dire comment a été développée la consommation de génériques ?

Le contrôle des prestations a reposé sur la création de dispositifs originaux. A la fin des années 80, on a





introduit un système de classes d'équivalence thérapeutique dans lesquelles le remboursement était effectué sur la base du prix du médicament le moins cher au sein de la classe. En général, ce médicament le moins cher est un générique. Si la prescription est différente, le patient paie la différence. En fait, le système a été adopté parce que le gouvernement de l'époque a réussi à diviser les médecins et l'industrie pharmaceutique, isolant ainsi cette dernière. De plus, la mise en place des classes d'équivalence a été très progressive. Mais aujourd'hui, cela concerne plus des trois quarts des médicaments. Il faut aussi noter, par contraste avec les débats français, que la question de savoir si les génériques étaient techniquement moins performants que les dernières innovations n'a même pas été discutée : seule l'industrie pharmaceutique tenait ce discours.

En 1993, le contrôle a été renforcé par la mise en place d'enveloppes pour les prescriptions, lesquelles représentent une incitation forte à prescrire des médicaments moins coûteux. Deux mesures récentes (fin 2001) ont finalement été ajoutées. D'une part, on a supprimé les budgets régionaux de prescription en les remplaçant par des normes individualisées tenant compte du profil des patients de chaque cabinet. D'autre part, on vient d'introduire un droit de substitution par les pharmaciens qui est très proche du système français.

Globalement, ces mesures ont eu des effets incontestables sur l'industrie pharmaceutique : la consommation de médicaments a changé, elle est devenue moins coûteuse. Avec aussi des conséquences économiques dans le secteur de la pharmacie : il y a eu fermetures d'unités et licenciements.

Dernière question, la politique de santé semble être un terrain de relatif consensus. Quels sont toutefois les débats en cours après l'expérience du gouvernement Grünen-SPD ?

La première chose à dire est que l'Assurance maladie vient de renouer avec les déficits : environ 3 milliards d'euros pour les trois premiers semestres 2001. Certes, ce déficit est plus dû à la faible crois-

sance des recettes qu'à une forte augmentation des dépenses. Cependant, celles-ci ont cru de 3,8 % sur la même période ; de 11 % pour les médicaments, ce qui suggère que le dispositif trouve ses limites.

Les projets avancés par le ministre de la santé et annoncés pour 2003 (toute réforme reste cependant subordonnée aux résultats des élections législatives de cet automne) portent à la fois sur le renforcement de la place du généraliste, le développement des réseaux de soins et de la prévention, celui des systèmes de rémunération forfaitaires (en fonction des prestations et de la morbidité), la mise en place de barrières à l'entrée dans l'assurance privée, l'obligation de la formation continue des médecins.

Pour le médicament, la réforme introduirait la possibilité pour les pharmaciens de vendre des médicaments à l'unité ou dans des petits paquets. Il est aussi question de créer un institut du médicament qui se chargerait d'évaluer l'utilité thérapeutique des nouveaux médicaments par rapport aux thérapies existantes et ainsi de développer une information indépendante des essais coordonnés par l'industrie. A cela s'ajouterait la création d'un centre pour la qualité de la médecine chargé d'élaborer des normes de bonne pratique.

On parle aussi d'un panier du médicament : dans ce cas, seules les molécules les plus importantes seraient remboursées. Mais il s'agit un peu d'un serpent de mer : l'idée a été plusieurs fois proposée, mais jamais adoptée, car fortement critiquée par les médecins et les syndicats.

**Propos recueillis
par Jean-Paul Gaudillière**

Jean-Paul Gaudillière

*Historien à l'INSERM
participe au comité
de rédaction de la revue
Mouvements.*

Les architectes du démantèlement

Le discours de Denis Kessler à Strasbourg le 20 novembre dernier, comme le texte du Medef intitulé : « Une nouvelle architecture de la Sécurité sociale », présentent un plan qui ferait éclater la protection sociale avec à un bout une forte poussée de la privatisation et, à l'autre bout, ce qui n'est pas le moindre des paradoxes, une montée de l'étatisation à travers une CSG considérablement accrue (d'au moins 850 milliards de francs).

Une vision catastrophiste de la situation actuelle et à venir de la protection sociale

Le Medef s'appuie sur la réalité de la crise actuelle de la Sécurité sociale et le besoin de réformes profondes, mais sans jamais analyser les causes réelles de la crise du financement (en particulier le chômage). Il donne une interprétation souvent fantaisiste des chiffres et des tendances, afin d'imposer un plan de démantèlement du système tout entier et de recomposer une protection sociale adaptée aux dogmes du néo-libéralisme. Les dépenses sociales sont ainsi présentées unilatéralement comme un coût pour l'économie qu'il serait urgent d'alléger. Le financement de la protection sociale, en premier lieu les cotisations sociales, sont considérées comme un « boulet »

pour les entreprises, pour la compétitivité et l'emploi, et même pour le pouvoir d'achat des salariés. Le rôle positif des prestations sociales dans le soutien de la demande effective et leur contribution à la croissance sont systématiquement occultés...

Quelle « nouvelle architecture » ?

Le projet du Medef vise à faire exploser la protection sociale solidaire : en un premier étage étatisé, englobant le financement des risques liés à la pauvreté, la branche famille et la branche maladie ; un deuxième étage réduit à la portion congrue et ne concernant plus en fait que les retraites et un troisième caractérisé par une forte montée de la privatisation. L'État piloterait la partie de l'Assurance maladie non privatisée et la politique familiale à partir d'un financement reposant sur les seuls ménages à travers la CSG (qui passerait de 8 % actuellement à près de 27 %...) au motif que ces risques universalisés ne concerneraient plus les entreprises.

Le désengagement des entreprises du financement de la protection sociale serait ainsi achevé : les partenaires sociaux, sous la domination du Medef, ne garderaient que la gestion des risques

Catherine Mills

*Economiste,
Université Paris I,
membre de la Fondation
Copernic*

*Catherine Mills a récemment
publié (avec José Caudron),
Protection sociale. Économie
et politique.
Débats actuels et réformes
chez Montchrestien.*



liés au contrat de travail, les retraites (partiellement) et le chômage.

Des retraites publiques réduites qui favoriseraient la percée de la capitalisation

Le document du Medef reprend les prévisions démographiques les plus désastreuses du rapport Charpin, sur le vieillissement de la population et la baisse du taux de fécondité, un « hiver démographique sans précédent... ». Il martèle le thème de la « guerre des générations » suivant lequel les actifs auront à assurer les déficits apocalyptiques générés par les régimes de retraites par répartition, plus de 800 milliards de francs cumulés en 2040, « si rien n'est fait ».

Le Medef refuse de relever les taux de cotisations en prétendant ne pas pénaliser les salariés des générations futures. Pour contourner le tollé pro-

voqué par sa proposition d'allonger à 45 ans la durée de cotisations pour une retraite à taux plein, il préconise une « retraite à la carte » où l'âge de départ serait choisi par le salarié en négociation avec l'employeur. Mais cette proposition n'est ici qu'un instrument favorisant l'amputation des pensions.

Le régime de base et les régimes ARRCO et AGIRC seraient fusionnés en un seul régime de retraites de Sécurité sociale par points, calqué sur celui des régimes complémentaires. Ceux-ci sont gérés paritairement sur un principe proche de celui de l'UNEDIC et le Medef escompte pouvoir ainsi maîtriser l'ensemble des pensions publiques et les adapter à la baisse programmée du niveau des pensions.

Prétextant des raisons « d'équité » par rapport aux autres pays européens, le Medef réclame la





mise en place de systèmes facultatifs par capitalisation, en d'autres termes des fonds de pension. Or, ceux-ci tendraient à cannibaliser la répartition et soumettraient les retraites aux aléas boursiers, au prix d'un prélèvement plus élevé sur les actifs, d'une hyper-financiarisation de l'économie et de la multiplication des retraités pauvres.

Le Medef exige de l'État qu'il aligne le régime des retraites des fonctionnaires et les régimes spéciaux sur celui du privé. S'il évoque la faiblesse du taux d'activité en France à partir de 55 ans, il omet d'en souligner les causes véritables, à savoir les types de gestion de la main-d'œuvre des entreprises qui accélèrent l'éviction des travailleurs vieillissants. De la même manière, l'impasse est faite sur l'emploi, les salaires et la croissance de la productivité, qui sont au centre de l'équilibre et du développement du régime de retraites par répartition.

Les politiques familiales ne concerneraient plus les entreprises

Le Medef prétend que les politiques familiales sont du ressort de l'État et que les prestations relèveraient du non-contributif et considère que les entreprises n'ont plus à contribuer à leur financement. La cotisation aux allocations familiales, déjà résiduelle, de 5,40 % sur les salaires bruts serait transférée sur la CSG, au risque de réduire la politique familiale et de compromettre le redressement du taux de fécondité. Le Medef n'est décidément pas à une contradiction près, puisque qu'une natalité trop faible est présentée ailleurs comme un facteur aggravant du déséquilibre futur du système de retraites...

L'Assurance maladie : un financement public pour une gestion privatisée

Après avoir stigmatisé l'échec des plans successifs de maîtrise des dépenses d'Assurance maladie, jugées en « dérive permanente », le Medef pré-

tend y parvenir par un bouleversement complet. Cet « aménagement en profondeur » introduirait la mise en concurrence des prestataires de soins comme celle des financeurs, en s'inspirant de la réforme du système de soins aux Pays-Bas, pour l'instant peu appliquée.

L'État déterminerait un « panier de soins » remboursables à 100 %, voté chaque année par le Parlement. Les assurés pourraient s'inscrire auprès de l'organisme de leur choix, caisse d'assurance maladie, compagnie d'assurance privée, mutuelle ou institution de prévoyance. Les « nouveaux opérateurs de soins » percevraient, comme pour la CMU, un forfait de 1 500 francs au prorata de leurs inscrits et gèreraient les remboursements prévus dans le « panier de soins ». Les soins non inclus dans ce « panier » seraient couverts par une complémentaire santé sur le principe de l'assurance privée. L'État devenant le collecteur de fonds des compagnies d'assurance, la CNAM éclaterait ainsi au profit d'une multitude d'opérateurs supposés peser sur l'offre des producteurs de soins et obtenir un meilleur rapport coût-efficacité.

Il s'agit pour le Medef de rationner la seule dépense remboursable et l'offre publique de soins, sans se soucier du risque d'engendrer l'inflation des dépenses privées. Un tel système mènerait à renforcer les inégalités devant l'accès aux soins et institutionnaliserait l'avènement d'un système de santé à plusieurs vitesses.

Cette conception néo-libérale de la santé comme « quasi-marché » condamne à la sélection des risques et à la perte de la liberté du choix des praticiens comme des établissements pour les patients. Ceci est le cas des affiliés aux Health Maintenance Organizations (HMOs) aux Etats-Unis, filières de soins mises en place et gérées par les assurances privées au seul nom de la rentabilité financière. L'exemple américain démontre ainsi que l'on peut aboutir aux plus profondes



inégalités (18 % de la population sans aucune couverture maladie), à de piètres indicateurs moyens en termes de mortalité et de mortalité infantile, en même temps qu'à des coûts de gestion très importants, puisque la dépense de santé, la plus élevée des pays de l'OCDE, atteint 14 % du PIB.

Le risque accidents de travail et maladies professionnelles subirait la même logique de privatisation. Sa gestion s'établirait à l'échelon de l'entreprise ou de la branche interentreprise, avec une cotisation des employeurs réduite, des négociations entre partenaires sociaux éclatées, l'entreprise ayant le choix en définitive de l'organisme d'assurance. Nul espoir donc de remédier, avec ce projet de réforme, aux sous-déclarations, aux réparations insuffisantes et aux carences en termes de prévention des accidents de travail.

Selon le Medef, cette « restructuration de la Sécurité sociale » garantirait une protection compatible avec les contraintes imposées par la mondialisation libérale. Les « nouveaux risques » qu'elle est censée engendrer exigeraient des dispositifs de protection sociale fondés sur des contrats. Prétendant « clarifier » les droits et les devoirs réciproques par une plus forte responsabilité des salariés, on organiserait la déresponsabilisation des entreprises dans le financement de la protection sociale.

Construire une alternative de progrès et d'efficacité

Une créativité à gauche est indispensable. Le projet du Medef poursuit une logique de pression sur les dépenses sociales et de précarisation, qui fra-

gilise la croissance réelle sous prétexte de souplesse. À l'inverse, afin de construire une alternative d'efficacité économique et de progrès social, des réformes en profondeur devraient s'articuler à de nouveaux mécanismes de régulation, amorçant un autre type de croissance centré sur le développement des ressources humaines. Parmi ces réformes, une refonte de l'assiette des cotisations sociales patronales permettrait un financement plus efficace de la protection sociale, à travers une modulation des taux favorisant l'emploi et pénalisant, au contraire, les entreprises qui le sacrifient en jouant contre la croissance réelle.

Le chômage constituant la cause essentielle des difficultés de financement de la protection sociale, il faut agir à la racine de la gestion des entreprises afin de faire monter des alternatives aux licenciements, en élaborant des contre-propositions incitant au développement de l'emploi. Cela suppose de faire prévaloir sur la censure par le Conseil constitutionnel de la loi de modernisation sociale, la volonté majoritaire de voir le droit à l'emploi et aux interventions dans les gestions des salariés, qui figurent dans la Constitution, l'emporter sur la liberté d'entreprendre.

Une nouvelle architecture de progrès social devrait relier croissance réelle soutenue, sécurisation des emplois et des dépenses sociales, mobilité de promotion par la formation et nouveaux financements. Dans cette optique, s'inscrivent des propositions comme celle d'un système de sécurité d'emploi et de formation. Ne peut-on en effet chercher à assurer à chaque actif potentiel, par une rotation entre emploi et formation dans une mobilité choisie, une sécurité de revenus et une continuité de droits sociaux afin de concilier efficacité et progrès social ?

Bernard Friot :

« Puissance du salariat. Emploi et protection sociale à la française »

Le débat organisé par le Syndicat de la Médecine Générale (SMG) au début du mois de novembre 2001, à Rouen, sur le thème de la Sécurité sociale a vu s'opposer deux conceptions radicalement différentes de la protection sociale. La CSG, nouveau mode de financement de la Sécurité sociale et la réforme des retraites sont au cœur de cette opposition. La CSG est un prélèvement fiscal proportionnel assis logiquement sur tous les revenus, mais il faut bien avouer qu'un grand nombre de revenus en sont exclu, à titre d'exemple l'épargne constituée sur les contrats « lois Madelin » pendant la période de capitalisation, sans parler des multiples exonérations patronales depuis 1993, sources du déficit récent du régime général. Quant au régime des retraites, si la nature des réformes n'est pas encore clairement précisée, on doit rapidement s'attendre, sous la pression de l'Union européenne, à un développement des régimes préfinancés au détriment des régimes cotisés. En effet, le Conseil européen des ministres des finances encourage la promotion des retraites privées complémentaires ; l'Italie et la Grande-Bretagne reçoivent ainsi toutes les félicitations des Quinze (cf. : *Le Monde* du 14 février 2002).

Une première approche de la protection sociale défendue par les représentants de la CFDT et le parti socialiste propose d'une part une fiscalisa-

tion progressive du financement de la Sécurité sociale, avec notamment une extension de la Cotisation Sociale Généralisée et, d'autre part, une réforme du système des retraites avec la mise en place d'une épargne salariale en complément du système actuel.

La gestion de la Sécurité sociale est assurée, quant à elle, de façon paritaire par les représentants des salariés et les représentants du patronat après que le budget est voté par l'Assemblée nationale. Une extension de la CSG nécessiterait l'intervention de nouveaux partenaires sociaux, représentants des malades, du monde associatif... ; certains délégués du P.S. remettent même en cause la légitimité des représentants syndicaux.

Une deuxième approche défendue cette fois-ci par les syndicats SUD et la CGT propose, au contraire, de revenir à un financement de la Sécurité sociale fondé sur le travail avec une cotisation proportionnelle au salaire direct. Pour ces deux syndicats, ainsi que pour la FSU, le système des retraites par répartition doit être farouchement défendu. En reconstruisant un financement sur le travail, on défend dès lors l'emploi comme source de richesse.

La gestion de la Sécurité sociale est bien sûr effectuée par les représentants des assurés sociaux,

Pascal Caboret

*Membre
du Syndicat National
des Jeunes Médecins
Généralistes
(SNJMG-Nantes)*

Bernard Friot :
Puissances du salariat
et protection sociale
à la française, *Collection La
dispute*, Paris 1998.
*Cet ouvrage repose
sur des recherches menées
grâce à des financements
de la MIRE
(Mission recherche du ministère
de l'Emploi et de la
Solidarité).*



mais cette représentation pourrait faire l'objet d'un remodelage. Imaginons un instant des chambres locales démocratiques de Sécurité sociale et des élections copiées sur le modèle des municipales, avec bien sûr le même budget.

Cette opposition entre ces deux approches n'est pas sans enjeu. Dans son ouvrage de référence *Puissances du salariat : emploi et protection sociale à la française*, l'économiste Bernard Friot, enseignant et chercheur en économie du travail au GREE-CNRS de l'université Nancy 2, nous montre comment la protection sociale française est actuellement l'objet d'une vaste attaque par la contre-révolution libérale. Attaque d'autant plus aisée que notre Sécurité sociale s'est construite de façon pragmatique sans véritable théorisation préalable.

La protection sociale française est assise sur le travail, à la différence du système britannique qui s'articule autour de deux dispositifs opposés : d'un côté un pôle public fiscalisé assurant une redistribution de prestations minimum de solidarité et, de l'autre côté, des régimes préfinancés telle l'épargne salariale pour ceux qui en ont les moyens.

Avec la cotisation sociale proportionnelle au salaire, c'est le salaire qui est « la matrice de toute la distribution des ressources du travailleur collectif », les cotisations sociales sont immédiatement converties en prestations sans épargne préalable : c'est par ma cotisation sociale que la salariée aide-soignante perçoit des allocations alors qu'elle-même finance sous forme de salaire la retraite de sa collègue. Car ne l'oublions pas, le médecin généraliste conventionné de secteur 1 appartient bien au salariat généralisé, en tirant l'essentiel de ses revenus de l'Assurance maladie.

Cependant, le salariat coûte cher au capital en coût salarial, compte tenu du chômage massif, et



le patronat préfère de toute évidence une CSG fondée sur les revenus et non sur les salaires, pour lesquels il est directement concerné. En outre, les retraites par répartition, en échappant à la logique des marchés financiers, sont un manque à gagner certain pour la rentabilité des capitaux. Le salariat représente aussi un danger idéologique en raison du principe de solidarité salariale qu'il établit entre les différents salariés, mais aussi par le pouvoir qu'il laisse à ces derniers dans le contrôle de la Sécurité sociale. En transformant progressivement cette cotisation sociale proportionnelle au salaire par une cotisation sur le revenu (CSG), en favorisant l'épargne salariale au détriment des régimes de retraite proportionnelle, on détruit progressivement cette solidarité salariale toujours dangereuse en terme de revendication et on éloigne un peu plus le travailleur collectif du procès de production. Au rapport salarié-patron, on substitue un autre rapport plus ambigu, dramatique pour les salariés et bien connu dans les pays anglo-saxons, les riches et les pauvres.

Le livre de Bernard Friot nous amène à réfléchir dans l'urgence sur les deux modèles de protection sociale qui s'affrontent dans la construction européenne et nous responsabilise ainsi dans notre choix politique et syndical. Il s'agit de toute évidence d'un des ouvrages d'économie politique le plus marquant de ces dernières années.

Le « panier de soins »

Le panier de la ménagère est un concept bien utile pour parler de la consommation : ce qui compte c'est la consommation et sa croissance, pas la satisfaction des besoins.

Dans mon métier de médecin, comment se présenterait un panier de soins ? Il faut d'abord bien préciser qu'en fait de soins, il s'agit des biens et services remboursables par l'Assurance maladie. C'est là que se situe la particularité, on ne parle que des soins remboursables, et ce n'est pas la croissance qu'on souhaite, mais la maîtrise. Pour la santé, il y a un conflit fondamental entre la maîtrise de la dépense socialisée (« le budget de la Sécu ») et la recherche de la croissance inhérente à la loi du marché.

Une politique libérale dans le domaine de la santé est source d'un conflit irréductible avec une assurance maladie basée sur une Sécurité sociale solidaire... ou à l'inverse, ce même raisonnement conduit certains à considérer la Sécu comme incompatible avec la dérive libérale qu'ils prônent. Le panier de soins est alors l'outil idéal, l'outil nécessaire, pour maintenir la sécurité dans une société dirigée par le libéralisme économique ; c'est le filet de sécurité à intégrer dans les fonctions régaliennes de l'Etat : là où les libéraux voudraient le cantonner, pour leur bénéfice maximal.

La réalité du « panier de soins minimal » est inscrite dans l'accord passé entre les différents protagonistes de l'assurance maladie lors de la préparation et des discussions préliminaires au vote de la loi instituant la Couverture Maladie Universelle en 1999 (dont il faut rappeler qu'elle reste une excellente chose). Les représentants de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, de la Mutualité et des assurances privées se sont entendus : l'accord est là qui dit que ce sont eux, les assureurs, qui se réservent la définition du panier de soins !

En attendant ce panier minimal « sécuritaire », on voit déjà les conséquences de ce que sont des paniers de soins « différenciés ». On reconnaît bien les patients qui ont une « bonne mutuelle ou assurance » prenant en charge les frais de certains soins et d'autres qui n'en bénéficient pas : ça influe sur leur conduite face aux soins. Actuellement, ça n'intervient que pour les dépassements d'honoraires du secteur 2 ou du secteur privé à l'hôpital, pour le paiement du forfait journalier à l'hôpital ou à la clinique, pour l'ensemble des soins dentaires, pour certains dispositifs médicaux, les lunettes notamment, voire les soins de pédicurie : c'est une marge importante et qui s'étend, comme les offres concurrentielles des mutuelles et des assurances. Ces offres, « contrats

Philippe Lorrain

Médecin généraliste



A, B, C... », définissent le périmètre des soins que chacun, assuré, pourra se permettre. Si ça n'affecte pas encore trop directement mon activité de médecin généraliste, j'en constate quotidiennement les effets sur l'engagement ou le renoncement de mes patients dans des soins qui sont pourtant légitimes et nécessaires.

Ça prend quelle forme un panier de soins ? Prenons l'exemple des médicaments utilisés pour le traitement et la prévention des embolies et des thromboses. De plus en plus ce sont les héparines de bas poids moléculaires qui sont utilisées, parce qu'elles sont à la fois les plus efficaces (aussi efficaces que le produit de référence, l'héparine intraveineuse), que leur sécurité d'emploi est plutôt bonne (le risque hémorragique est moindre qu'avec les médicaments absorbables par voie orale) et surtout qu'elles sont très pratiques à utiliser, ne nécessitant, pour les dernières mises sur le marché, qu'une injection sous-cutanée par jour, réalisable par le patient lui-même, et une surveillance biologique simple. Mais ces nouveaux médicaments coûtent beaucoup plus chers que ceux qu'on utilisait auparavant, et on accuse

leurs prescripteurs de faire exploser les budgets des médicaments, à l'hôpital ou en ville. Et on les utilise très largement, pour des situations de plus en plus banales, après tout acte chirurgical même bénin, lorsqu'on met un plâtre ou même de plus en plus lorsqu'un patient va être alité quelques jours pour une affection passagère. C'est à ce « prix » qu'on espère diminuer le nombre de décès par embolie, et il semble que ce soit efficace. Mais ce « prix » sera-t-il acceptable pour tous ? Ne verra-t-on pas des patients réfutés pour ce type de traitement, parce qu'il ne leur sera pas remboursé ? J'ai vu un dimanche soir le feuilleton télévisé « Urgences » qui montrait l'interne Carter confronté à ce problème : son patient nécessitait selon lui ce traitement, mais le protocole rigoureux imposé par son assurance maladie (privée bien sûr, il n'y a pas d'alternative aux Etats-Unis) ne l'autorisait pas. Je ne me souviens pas si le patient en est mort, la dramaturgie aurait pu être poussée jusque là, en tout cas il en courait le risque. Bien sûr, c'est une fiction télé, ça reste encore une fiction en France, mais c'est une réalité à Chicago.

Ainsi le panier de soins ne serait qu'un obstacle supplémentaire à recourir à des soins qui sont déjà bien souvent d'accès limité par les inégalités structurelles de l'offre de soins : rareté de l'offre de soins publique relativement à l'offre privée dans certaines spécialités, ophtalmologie ou chirurgie orthopédique par exemple. On sait que l'offre de soins privée est le plus souvent réalisée dans le cadre du secteur 2, à honoraires libres dont le montant du dépassement reste à la charge du patient pourtant assuré social. La structure de l'offre de soins fait déjà que le panier n'est pas à la mesure de toutes les bourses.

La pénurie de l'offre de soins est également à considérer : parfois le panier ne contient pas tout ce qui est prévu. Prenons l'exemple





de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire, IRM. On sait que c'est le meilleur examen pour l'exploration de l'encéphale, mais combien de patients bénéficieront-ils de cet examen lorsqu'ils font un accident neurologique aigu, quand le délai moyen d'un rendez-vous pour cet examen dépasse un mois ? Ils devront le plus souvent se contenter d'un scanner, ce qui n'est déjà pas si mal, mais très problématique en cas d'allergie à l'iode. On sent bien qu'il faudrait peut-être mettre un peu d'ordre dans le recours à ce type d'exploration encore trop peu accessible : combien de genoux ou d'épaules, voire de doigts, après les traumatismes consécutifs aux week-ends sportifs ou aux vacances à la montagne sont ainsi explorées par IRM (à juste titre sur le strict plan de la logique médicale, puisque ce type d'imagerie est le plus performant pour mettre en évidence les lésions des tendons et des cartilages) ? Combien d'accidents neurologiques aigus sont-ils ainsi écartés ? Serait-il logique de privilégier la pathologie de l'encéphale au dépend de celle du genou ? Qui le déciderait, qui mettrait en œuvre la sélection ? Quels seraient les critères de cette sélection ?

La pénurie des infirmières et le *numerus clausus* à l'entrée des études médicales ne sont-ils pas aussi des manières de rétrécir le panier de soins ?

Ainsi, lorsque la carence du système de soin britannique fait la une de nos journaux qui relatent l'histoire de ces nombreux Anglais qui viennent se faire opérer en France dans le Nord ou le Pas-de-Calais, moi je reste dubitatif quant à la supériorité de notre système. Ce sont les Anglais qui en ont les moyens qui viennent en France et je sais bien qu'un certain nombre de mes patients ne pourrait pas accéder aux soins délivrés par ces établissements du fait des dépassements d'honoraires qui y sont pratiqués, dont le remboursement dépend de la « bonne » assurance complémentaire qu'ils n'ont pas pu souscrire. Fort heureusement des soins de qualité sont

encore assez largement accessibles dans le secteur public, mais si on continue à y fermer des lits...

Panier vide encore, quand on est atteint de certaines maladies rares, dites orphelines : le nombre de patients atteints est trop faible pour pouvoir rentabiliser une recherche thérapeutique qui est au bénéfice quasi exclusif de l'industrie du médicament dont elle dépend ? La recherche sur ces maladies est quasi inexistante, ou alors n'est soutenue que par des initiatives caritatives (Téléthon).

Le panier de soins, quels qu'en soient les aspects et les modalités pour en limiter le contenu, c'est le seul moyen pour que les « pauvres » ne viennent pas détourner à leur « profit » les bénéfices colossaux attendus du marché de la santé.

Stricto sensu, tel que voudraient le définir les assureurs, il n'est qu'une étape de plus dans la tentative de maîtrise des seules dépenses socialisées. Je suis persuadé qu'il n'y a aucune raison pour que je puisse prescrire tout et n'importe quoi et que le guichet de remboursement reste ouvert sans contrôle. Médecin, je dois rendre des comptes ; responsable, je le suis aussi en tant qu'acteur économique. Mais le « panier de soins », non ! Non, parce que minimal dans le cadre d'un « minimum social » garanti par l'état il serait un facteur social supplémentaire d'aggravation des inégalités de soins et donc des inégalités de santé. Non, parce que défini par les assureurs, il ne répond pas à l'exigence de démocratie sans laquelle la Sécu n'a aucune chance de survivre. Non, parce qu'il est d'abord un outil politique qui vise à permettre la création d'un marché du soin : c'est avec ce genre de « concept » qu'on passe, sans bien s'en rendre compte d'une société solidaire à une société marchande.

Si on prend son « panier », c'est bien pour aller au marché... non ?

Les définitions du crime

Christiane Vollaire

Philosophe

Assurer sa voiture, sa maison, ses biens, c'est anticiper sur une possibilité : celle qu'ils puissent être accidentés, incendiés ou volés. Assurer son corps, c'est anticiper sur une certitude : celle de la maladie, qui est le lot de tous les êtres humains sans exception. Dans le premier cas, le possible statut sur de l'avoir ; dans le second, le certain statut sur de l'être. Dans les deux cas, le système d'anticipation s'appelle « assurance ». Mais parle-t-on pour autant, sous le même nom, de la même chose ? C'est précisément à cette identification, qui est leur raison d'être, c'est-à-dire leur raison commerciale, que se livrent les compagnies d'assurance. Mais peut-être doit-on considérer d'un œil au moins vigilant une identification qui ne profite, précisément, qu'à la raison commerciale.

Peut-être voudra-t-on bien considérer l'essor exponentiel des compagnies d'assurance dans les dernières décennies, la situation de trust et de monopole économique qui est la leur. Et la mettre en parallèle avec les restrictions qu'elles imposent à leur clientèle et les exclusions qu'elles mettent en œuvre, pour constater la dégradation de la santé publique qui est corrélative de leur montée en puissance. Pour comprendre le lobby qu'elles ont institué aux Etats-Unis en vue de faire obstacle à l'étatisation de la couverture sociale. On partira alors de cette

question redoutablement simple : où se situe exactement le risque de la maladie, pour un individu et pour une société ?

Deux traditions antagonistes du droit

Cette question ne recouvre de fait que l'opposition entre deux logiques. Opposition irréductible et déjà ancienne entre deux conceptions du droit, entre deux conceptions plus précisément des droits de l'homme, entre deux versions de leur rapport à l'Etat. Opposition qui se fait jour en France autour de 1848, au moment où les nouveaux rapports de force économique-politique produits par la révolution industrielle obligent à repreciser plus concrètement les droits établis par la déclaration de 1789. Un siècle plus tard, en 1948, la Déclaration universelle de droits de l'homme établie par l'ONU affirmera deux types de droits distincts mais nécessairement corrélés. D'une part les droits qui instituent le possible pour les personnes, qu'on désignera comme « droits liberté » (de pensée, d'expression, de commerce ou de réunion) ; d'autre part les droits qui instituent l'obligatoire pour les Etats, qu'on désignera comme « droits créance », droits économiques et sociaux incluant le droit à la Sécurité sociale, à la juste rémunération du travail ou à un niveau de vie suffisant.



Corréler ces deux types de droits, c'est réunir enfin les deux traditions antagonistes de l'histoire des droits de l'homme : la tradition libérale, issue de la Constitution française de 1791, qui considère que la fonction du droit est d'abord de faire pièce aux abus de pouvoir de l'Etat. Et la tradition socialiste, issue de la Constitution de l'URSS de 1936, qui considère que la fonction du droit est d'abord de mettre l'Etat face à ses devoirs à l'égard de ses ressortissants. Ces traditions ont, chacune séparément, mené à des abus exactement contraires : la première, parfaitement juste dans son intention originelle de lutte contre les abus de l'étatisme, conduit aux excès du libéralisme sauvage et de l'exploitation liée à la loi du marché. La seconde, parfaitement juste dans son intention de lutte contre les inégalités, conduit aux excès du totalitarisme.

Or renoncer à l'une ou à l'autre au motif de leurs dérives serait renoncer à ce qui les rend non seulement essentielles et vitales, mais étroitement et réciproquement corrélatives. Les droits créance sont en effet la condition même des droits liberté : quelle liberté garantir à des citoyens privés des moyens économiques de leur survie ? Mais, tout aussi bien, les droits liberté sont les garants des droits créance : quelle égalité garantir à des citoyens privés de liberté ?

La question de l'Assurance maladie, comme droit créance reconnu par un Etat, est donc au cœur d'un jeu d'équilibre et d'un rapport de forces entre deux pouvoirs également susceptibles d'abus : le pouvoir politique de l'Etat et le pouvoir économique du marché. Or il est clair que, dans nos sociétés occidentales industrialisées de ce début du XXI^e siècle, où la menace des totalitarismes a été largement évacuée, et où la mondialisation du marché accélère les processus de déperissement des Etats, c'est le second pouvoir qui est devenu prédateur. Les déterminations de la santé sont donc au cœur du questionnement politique le plus urgent : où situer le corps dans

cette configuration économique, et comment gérer son devenir ?

Corps social et corps individuel

Ici se pose évidemment la question de la relation d'un corps individuel à un corps social, comme entité reconnue et extérieurement définissable. Or le corps social ne peut se constituer qu'en reconnaissant les corps des individus comme ses propres membres. Tel est le sens authentique du terme de « solidarité », qui ne définit pas du tout un sentiment de bienveillance ou de charité (comme le laisse entendre l'esprit « resto du cœur »), mais une situation d'appartenance commune et d'intérêt commun. La solidarité n'est pas d'ordre affectif, elle est de fait parce qu'elle désigne l'essence d'une société autant que son fondement économique. Parce qu'elle l'identifie comme unifiée à partir de sa pluralité, et définie par des relations de réciprocité juridique, politique et économique entre ses membres. Or la métaphore du corps social est une métaphore organique. Si donc l'unification du corps social n'est pas une unité originelle, mais un devenir commun à construire (ce que symbolisent les théories du contrat social), cette métaphore organique ne peut trouver sa justification dans aucun référent génétique lié à l'appartenance raciale ou ethnique. Elle la trouve en revanche dans les formes de solidarité biologique qu'induit le concept de santé publique. La solidarité du corps social, y compris dans sa périphérie, est d'abord une solidarité sanitaire, une conscience que la maladie fonctionne sur le régime de la transmission, et que de ce fait la responsabilité individuelle est indissociable d'une responsabilité collective. L'idée, utilitariste mais irrécusable, que la protection des mieux nantis économiquement est radicalement conditionnée par celle des plus démunis.

La question devient alors celle du statut même de la maladie, inscrivant le corps individuel dans sa relation au corps social. Précisément parce que la



maladie ne concerne pas l'avoir mais l'être, elle ne constitue jamais un événement mais un identifiant, une sorte de marquage du sujet, dont on trouve du reste les traces dans ses marqueurs immunitaires. L'accident qui advient au corps modifie l'être-au-monde du sujet, transforme son regard sur lui-même aussi bien que le regard des autres. Et peut évidemment métamorphoser son devenir professionnel et social. La maladie n'est pas une entité déterminable et séparée, elle est un processus de dérégulation biologique qui déstabilise à son tour les équilibres sociaux dont l'individu est le lieu. Une large partie de la population se trouve ainsi au bord de la décompensation qui peut transformer le basculement biologique en naufrage social.

Précarité économique et droit à la santé

Or, au sein du corps social, les situations de précarité sont évidemment les plus sujettes à la décompensation. Ainsi la précarité économique est-elle, d'emblée, une situation d'exposition du corps à tous les niveaux : précarité de l'habitat et des conditions d'hygiène, qui expose au risque infectieux et épidémique, au déséquilibre alimentaire, aux violences liées à la promiscuité. Mais aussi précarité liée au déficit éducatif, aux difficultés de lecture et d'expression, qui empêchent aussi bien de s'informer sur ses droits que de communiquer sur son état. Ainsi, plus le corps est exposé par l'origine sociale du sujet, plus celle-ci désamorce les mécanismes de protection : ce sont les motifs mêmes du besoin de soin qui inhibent la réponse au besoin. Cet engrenage, du strict point de vue socio-économique, est une fatalité : il relève d'un déterminisme qui ne connaît pas d'exception.

Mais cette fatalité économique n'est pas une fatalité politique, précisément parce que ce n'est pas une fatalité biologique. La fatalité biologique est celle d'un dépérissement naturel du corps, indépendamment de toute intervention technique. Mais elle vaut pour tous les corps indistincte-

ment, et ne saurait exister que dans un état de nature. Dans un état social au contraire, état où la survie biologique est conditionnée et surdéterminée par un système de production et d'échanges, le déterminisme devient économique : c'est la loi du marché, et non plus la loi de la nature, qui décide des conditions de la survie. C'est ici qu'on doit définir exactement en quoi consiste le droit à la santé. Il ne s'agit évidemment pas d'un droit à rester éternellement en parfaite santé, puisque aucun droit ne peut statuer sur l'impossible. Le rapport de la maladie à la santé n'est en effet pas du tout le rapport de l'exception à la règle, ou de l'anormal au normal. La maladie, le dysfonctionnement, ne sont pas l'exception du corps, mais sa règle. S'ils sont pathologiques du point de vue de la norme physiologique idéale, ils sont en revanche normaux du point de vue statistique de la réalité des corps. Le droit à la santé n'est donc rien d'autre qu'un droit du corps à se maintenir en vie dans des conditions qui respectent la dignité du sujet, et ce droit ne peut qu'être inconditionnel : reconnu pour tout homme ou pour aucun.

Or ce droit, parce qu'il est un droit créance, est indissociable de son coût économique. Ou la santé est reconnue comme un droit, et l'Etat a pour obligation de garantir le paiement de son coût. Ou ce paiement n'est pas garanti par l'Etat. Le coût ne peut alors peser que sur les sujets ou les assureurs qu'ils financent, et la santé cesse de facto d'être un droit. Conditionner le droit à un statut socio-économique revient donc tout simplement à le nier en opérant une forme de sélection biologique. C'est l'objet même du darwinisme social, qui légitime le pouvoir économique comme pouvoir de vie et de mort.

Discrimination sociale et déni d'humanité

Si le coût de la santé est hors de proportion avec un revenu moyen, il est de toute évidence hors de portée d'un revenu faible. Privatiser l'assuran-

ce, c'est donc rendre la protection sanitaire inversement proportionnelle à l'exposition du sujet, puisque le déficit économique qui détermine la surexposition à la morbidité est le même qui interdit l'achat d'une assurance. Mais ce creusement des écarts sociaux, qui ajoute à l'inégalité devant la maladie l'inégalité devant le soin, ne produit pas seulement des différences quantitatives. Par le déni de droit qu'il affirme, il produit aussi une vraie différence qualitative. Si en effet la finalité de tout pouvoir technique, et le médical plus que tout autre, est, comme le revendiquait déjà Descartes dans le *Discours de la méthode*, l'amélioration de la condition humaine, la question devient alors : qui inclut-on dans cette condition, et qui en exclut-on ?

Dans *Utopies sanitaires*, ouvrage publié en 2000 par Médecins sans Frontières, Karim Laouabdia écrit clairement que le système de protection sociale des USA s'apparente à un système d'apartheid, dans la mesure où le clivage entre assurés et sous-assurés se fait sur une base socio-économique dont la ligne de partage recouvre l'appartenance ethnique. Loin de relever, selon la langue de bois libérale, du « choix individuel », le système repose au contraire sur la contrainte d'un principe discriminatoire, déshumanisant ceux qu'il renvoie corrélativement à leur infériorité ethnique et à leur indignité humaine.

Ainsi le droit à la santé apparaît-il indissociable, dans son sens le plus radical, d'une reconnaissance d'humanité. Car le corps exposé est un corps déshumanisé, précisément parce que réduit au biologique. L'homme est déshumanisé dès lors que son corps (sa survie physique immédiate) devient le problème unique et constant de son existence. Dès lors qu'il ne peut y faire face qu'avec ses seuls moyens biologiques. C'est à cela qu'est réduit un homme à qui la protection sanitaire n'est pas assurée. Ainsi, derrière la question de la protection sociale se profile la question plus fondatrice de Primo Levi : « Si c'est un

homme... ». Si l'exposition du corps est une forme de déshumanisation, le refus de soin apparaît alors pour ce qu'il est : un véritable acte de terreur, qui renvoie l'autre, indépendamment même de la souffrance et du risque de mort, à la déchéance et à l'indignité.

Le désengagement comme crime

Toute politique de santé impose un contrôle des coûts, et il est parfaitement légitime d'affirmer la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé, qui ne signifie rien d'autre que leur limitation. Mais on considérera que les dépenses de santé, dans leur part essentielle, ne relèvent pas de la consommation (qui ne concerne que l'avoir), mais du maintien en vie (qui concerne l'être). Et





que mettre, par la structure même d'un système de soin, un médecin en position de ne pas répondre à une demande vitale sur laquelle il est compétent, c'est le placer en position de criminel. La question politique est alors de savoir sur quels secteurs portera cette limitation, quelles catégories de population elle affectera et quels sont les seuils en-deça desquels elle rendrait la protection sociale inopérante. Ces trois questions se ramenant à une seule : quels sont les prérequis minimaux et inconditionnels pour qu'une politique de santé ne devienne pas un droit de vie et de mort ? Or la seule finalité avouable d'une politique de santé est la mise en œuvre du droit à la santé dans sa dimension inaliénable et indiscriminée. En ce sens, l'intention de réduction des coûts n'a de valeur que si elle est subordonnée à l'exigence d'accès au même système de soins pour tous, et à la garantie de leur qualité. C'est précisément ce que seul un Etat est à même de garantir, puisque seul il peut non seulement imposer du droit, mais créer les conditions de son application.

Là où le contrôle des dépenses touche au seuil minimal, là où il s'applique à des catégories de populations déjà sous-médicalisées, sous-assurées ou sous-informées, il s'apparente tout simplement à un refus de soin. Là où il produit des restrictions budgétaires sur les ressources humaines du secteur hospitalier ou sur la couverture sanitaire d'une région, il atteint nécessairement la qualité des soins, et provoque des répercussions en termes de morbidité. Là où il conduit à aban-

donner le secteur de la prévention, il produit une aggravation des risques. Les acquis de la protection sociale sont des acquis récents et spécifiquement européens ; de la fin du XIX^e au Royaume-Uni ou en Allemagne, de l'immédiat après-guerre en France (liés au passage au pouvoir du parti communiste). Au Royaume-Uni, le thatchérisme de la fin des années 80 a brutalement introduit la loi du marché dans un système jusque là géré par l'Etat, entraînant refus de soin, listes d'attente et aggravation des inégalités, à partir d'une discrimination sanitaire entre secteur public et secteur privé. C'est dire que si les effets nuisibles d'un désengagement de l'Etat sont toujours prévisibles, ses dégâts effectifs là où il s'est appliqué sont devenus aisément constatables.

Eviter la casse humaine qui est toujours la conséquence d'un tel désengagement, c'est admettre que les devoirs d'un Etat à l'égard de ses administrés ne relèvent nullement du concept religieux de la « Providence », mais du concept politique de la solidarité, c'est-à-dire de la réciprocité, s'il est vrai, comme le montrait déjà l'analyse de Hobbes au XVII^e, que là où la survie du citoyen n'est pas garantie, ses obligations à l'égard de la communauté disparaissent.

La Sécurité sociale apparaît ainsi comme un dispositif central du système de régulation juridique des inégalités économiques. Et les finalités qu'impose sa gestion ne sont que des finalités politiques : tenter que les inégalités culturelles de condition n'affectent pas le droit naturel à la vie.

Questions de fric en vrac

Pot pourri de questions de fric ou les dangers du libéralisme comme condition du soin.

De combien ça coûte à combien je, tu, il, nous, vous, elles, valent. Le moins que l'on puisse dire est que nous n'avancions guère dans ces voies de la recherche d'une politique de revenus pour les soignants qui sorte du paiement à l'acte, que chacun s'accorde pourtant à trouver inadapté à la globalité des soins. Le tabou de la question d'argent me semble pour le moins suspect lorsque l'on prétend s'évertuer à, d'un côté tenter de contrôler des dépenses qui ne cessent de croître, de l'autre se plaindre d'une politique libérale qui pousse à multiplier les actes tant ceux-ci sont sous-payés. À cela, les payeurs ajoutent les quotas, les escrocs des augmentations sauvages ou du boulot à la chaîne et personne n'est content. Pas l'ombre du début d'un débat qui esquisserait ce que pourrait être le niveau de la rémunération d'un médecin ou d'une infirmière ayant choisi de travailler au domicile des gens ou dans un cabinet. Serait-ce que, quoi qu'il advienne et quoi qu'on en dise, le paiement à l'acte serait potentiellement toujours plus juteux ? Il est déjà vérifié que les revenus peuvent varier sur une échelle quasi illimitée entre les très bons commerçants

sachant exploiter la crédulité humaine (le B-A BA du petit commerce) et les soignants honnêtes qui s'estiment incorrectement rémunérés ou qui doivent multiplier les gardes, les emplois ou les actes pour s'en sortir. À la condition qu'ils n'exercent pas dans un des (parfois magnifiques) trous du cul du monde où les conditions de vie, quoique bucoliques, n'attirent guère ni les patients ni, a fortiori, les soignants qui, pour le coup, ne peuvent rentabiliser leur investissement celui-ci fût-il minimal. Après avoir tenté d'obliger les jeunes médecins à exercer dans ces régions peu attrayantes professionnellement, il est question maintenant de les appâter avec des aides à l'installation. Alors, j'ai bien envie de poser quelques questions aux payeurs, aux décideurs, aux jeunes docteurs, infirmières, kinésithérapeutes et autres, condamnés à l'exercice libéral, et aux moins jeunes qui traînent sans pouvoir se décider à opter pour un système ou un autre, rebutés par le problème de la boutique, du local à trouver, du mobilier, du secrétariat, de la clientèle à acheter. Parlons-en justement, acheter des malades potentiels me paraît le summum de l'ab-

Anne Perraut Soliveres

*Cadre supérieur
infirmier de nuit,
chercheur
en sciences de l'éducation*



surdité, d'autant qu'il faudra bien les revendre à l'issue de l'exercice, puisqu'il font partie de l'investissement. Après cela, nous pourrions toujours jouer à l'éthique, parler de la glob alit  des soins. Nous, rétifs, n'avons pas fini de psalmodier que la santé n'est pas une marchandise ou qu'elle n'est pas à vendre alors que nous sommes achetés comme des troupeaux de bestiaux, sans même le savoir (et encore nous avons de la chance, nous ne sommes pas abattus lorsque l'un d'entre nous contracte une saloperie de maladie...). Car nous ne sommes jamais consultés avant que d'être vendus au plus offrant, ce pourrait-être amusant de donner notre avis de membre du troupeau sur notre repreneur, établir un cahier des charges, noter nos préférences, voire nous opposer à la reprise si l'acheteur ne nous plaît pas. Si on joue au commerce, allons

jusqu'au bout, si je suis un client je veux pouvoir choisir à l'envi, le sexe, la gueule, le charisme, le mieux offrant en termes d'accompagnement. Sinon, le marché de dupes est ouvert et je refuse d'en être comme je refuse de payer pour cela. Qui s'intéresse à moi, le citoyen payeur, car si les décideurs font ce qu'ils veulent de mon argent, il ne faut pas oublier que nous sommes les vrais commanditaires, nous, les cotisants, et qu'en l'état de nos institutions, nous pourrions peut-être réfléchir à la meilleure façon de claquer notre magot santé. Qu'on ne se méprenne surtout pas, il n'est pas question de fricoter entre nous qui avons la chance de travailler pour exclure les autres dont les revenus salariaux sont soit très faibles, soit inexistants ce qui devrait revenir au même quand il est question de l'accès aux soins.



CMU

ou hypertension

Ayse est traitée pour des migraines et pour une hypertension artérielle. Aujourd'hui, elle a mal à la tête et sa tension est élevée. Elle n'a plus pris son traitement depuis deux mois, car ses droits à la CMU ont expiré. Elle est en attente d'une réponse de la CPAM. J'appelle la personne qui s'occupe de son dossier. Elle m'apprend qu'elle a effectivement droit à la CMU, mais qu'il lui a été demandé des précisions concernant la scolarité d'une de ses filles. Ayse est d'origine turque, elle n'a pas répondu à ce courrier et le dossier a été classé sans suite. Je tente d'expliquer que certaines personnes ne lisent pas le français et ne comprennent pas la teneur des courriers, que les interruptions de droit ont des conséquences importantes sur l'état de santé. Bien sûr, l'em-

ployée de la CPAM ne fait que son travail, bien sûr, il est nécessaire de fournir des justificatifs pour faire valoir ses droits à la CMU. En attendant, c'est le retour à la case bricolage : trouver des échantillons de médicaments, faire les ordonnances au nom de quelqu'un d'autre, expliquer les possibilités de tiers payant. Combien d'autres personnes sont dans des situations similaires, attendant une réponse de la CPAM pour se faire soigner ? Faire valoir les droits à la CMU n'est pas toujours facile. Il est souvent nécessaire de se faire aider par une assistante sociale, pour comprendre ce qui est demandé et pour accélérer les procédures. Cette aide rendue indispensable enferme encore ce public dans une situation d'assisté.

Catherine Jung

Médecin généraliste

Veni, vidi, vici

Veni, vidi, vici... C'est ainsi qu'un certain médecin contrôleur dû conclure sa visite : non seulement il s'était oxygéné dans nos vertes campagnes aux frais de la Sécu, mais encore il pouvait in fine rejeter le PIREs (certificat quémandant un « remboursement à 100 % » pour une Affection de Longue Durée ou une polypathologie), péniblement rempli par un médecin généraliste.

Il est vrai que la vieille dame de 94 ans, remplie de douleurs rhumatismales (mais de l'arthrose, c'est normal), affublée d'un polype du rectum saignant et gênant la sortie des selles (inopérable

vu l'âge, donc banal), d'un eczéma chronique et de verrues planes innombrables telles les étoiles au firmament (c'est l'apanage de l'âge, voyons), d'une difficulté, lors de la marche, à maintenir son équilibre d'où la fréquence des chutes (pfuittt, n'en parlons point), il est vrai donc que cette vieille dame, devant « ce gentil petit docteur » (comparé à son ogresse de doctoresse qui râle quand elle squatte la salle d'attente à 21 heures), avait déployé tous ses talents d'hôtesse : le lit fait (contrairement à l'habitude), habillée de pied en cap (contrairement à...), café et petits gâteaux royalement offerts à son hôte venu de la ville ! Donnant bien le change, elle ne

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste



lui avait pas permis de dépister sa mémoire défaillante (le charmant n'a pas dû lui faire le MMS et comme elle avait dopé son magnétophone...).

Solde de l'opération « les biscuits du contrôleur » : le Pires et le prix de sa rédaction par le MG, envolés en fumée. L'ALD pour polypathologie, disparue dans la boîte à gâteaux !

Dire qu'en 10 minutes, sans tact ni mesure (sans l'examiner ni lire sa liste de doléances), il prétend connaître la polypathologie de mes ancêtres !!! Et dire que, passant devant ma porte, il n'a pas daigné me faire une petite visite, cet inconnu !

Morale de cette histoire : si, malade, tu vois venir à toi un gentil docteur contrôleur, ne te mets pas en quatre pour l'accueillir, sinon, bistroille !

Le cauchemar de la télétransmission

Philippe Boulanger

Médecin généraliste

Je n'ai pas hésité, quand la télétransmission des feuilles de soins a été possible, je me suis mis en quête d'informations pour choisir un lecteur de carte et un logiciel. J'avais accepté la prime de l'aide à l'informatisation.

Naturellement, la Sécu étant l'un des promoteurs et bénéficiaire principal du projet, je me suis adressé à ses services informatiques pour être conseillé dans mes choix et éviter les produits défaillants ou les sociétés aux pratiques manquant de transparence. Pour toute réponse, l'on m'a proposé la liste des produits et revendeurs locaux en m'indiquant que la CPAM s'était fixée comme règle de ne pas intervenir dans la concurrence que se livraient les différents acteurs du marché.

Abandonné par la CPAM à un marché opaque, j'ai choisi un équipement en essayant de faire le mieux possible. Pour les lecteurs de la presse médicale, je pense qu'ils auront remarqué que les articles consacrés à l'informatique médicale

sont tous élogieux pour les produits qu'ils présentent, la critique étant rare et toujours discrète.

En juillet dernier, j'ai reçu un courrier de la CPAM indiquant que nos systèmes conçus à l'ère de l'euro, seraient incapables de passer à la nouvelle monnaie, une mise à jour des logiciels et lecteurs de cartes allaient être nécessaire. Dans l'impasse, avec un éditeur incapable de me fournir les moyens de cette évolution, j'ai appelé la CPAM pour leur exposer la situation, je me suis alors entendu dire que je n'avais pas fait un bon choix en m'équipant et que j'aurais dû choisir le produit X qui ne posait aucun problème. A qui la faute ?

Dès le premier janvier dernier, après bien des difficultés et beaucoup de travail, j'ai fait mes télétransmissions en euros comme il nous l'était demandé, le 4 janvier, la caisse m'appelait pour me dire qu'il ne pouvait pas traiter mes feuilles de soins en euro et me demandait de reprendre mes télétransmissions en francs... !

52 heures comme mon grand-père

Le médecin généraliste travaille, semble-t-il, 52 heures par semaine en moyenne. Remarquons qu'en matière de temps horaire, la médecine et les soignants se sont situés depuis longtemps en dehors du code du travail : travail de nuit pour les femmes, 24 heures de garde suivies d'une journée de travail... A côté de ses 52 heures, le médecin généraliste moyen ne fait rien. Enfin 90 % des médecins généralistes ne font rien de plus : rien dans le domaine de la recherche, rien dans la santé publique, rien pour se former. Il faut se l'avouer, c'est dramatique. Ce qui est dramatique aussi, c'est de si peu écrire sur la pratique spécifique du médecin généraliste en rapport avec la santé publique, la recherche, la formation. Les autres 10 % de médecins, dans lesquels je me situe, se donnent du travail en plus : recherche, Balint, formation, congrès, réseaux, PRS¹ ...

Comme nous sommes des petits commerçants, nombre de décideurs (syndicaliste, directeur de caisse, politique) pensent que nous ne voulons pas du bénévolat et qu'il faut nous payer. Et l'on nous propose de plus en plus de travail, mais payé, soyons rassurés. Des réunions d'intervention entre midi et deux heures payées 3 C, des recherches en médecine générale payées, des temps éducation à la santé du diabétique payés, de la régulation d'urgence payée, de la coordination de réseau payée. Avec le FAQSV², on va enfin pouvoir travailler plus, faire 55 heures par semaine payées 55, voire 60 heures payées 60.

Comme mon pépé à l'atelier en 1930, du lundi au samedi 10 heures par jour. Enfin reconnus.

On nous propose aussi d'être rémunérés lors de séminaires, 15 C par jour absent du cabinet.

Le généraliste organise cela le vendredi et le samedi, le soir, pas encore le dimanche. « Vous n'êtes jamais là, Docteur ! » Ne pas s'absenter du cabinet. Ne pas fermer le cabinet. Peur imaginaire de perdre le client, réalité de la perte financière juste compensée par les 15 C.

Remarquez, quand la société est dans l'urgence, elle trouve des possibilités étonnantes. Ainsi, en 1991, en pleine épidémie d'héroïne, il fallait trouver des réponses. Nous étions à l'époque quelques généralistes présents et actifs dans le Nord, une subvention pour nous permettre de bricoler, d'expérimenter, de rêver, de penser, nous a été proposée. Nous n'avions même pas d'association ! Pas de problème, la subvention a été versée à une association relais. Cela nous a permis de devancer la mode et d'expérimenter de nouvelles formes de rémunération pour de nouvelles tâches. Premier constat : même en payant bien, en permettant aux généralistes de quitter leurs cabinets sans perte d'argent, nous avons retrouvé les 10 % de généralistes qui font plus de 52 heures et acceptent de prendre des risques.

Depuis 3 ans, j'ai un remplaçant tous les jeudis. Le jeudi, je ne fais pas de soin au cabinet. Comment financer ce temps à rêver, à écrire, à réseau, à réunion ? A quand des internes dans mon service, rétribués par la fac, bien sûr, pour que je puisse avoir comme mes amis hospitaliers des demi-journées réseau, formation, recherche, lecture ?

Bertrand Riff

Médecin généraliste

¹ Programme régionaux de santé
² Fond d'amélioration de la qualité des soins en ville

Surveillée, mais comprise

Sylvie Cognard

Médecin généraliste

A la Sécu j'ai même rencontré un médecin conseil qui m'a écoutée et, semble-t-il, comprise...

Novembre 2000, je reçois un coup de fil d'un médecin conseil de la CPAM qui me demande de me rencontrer pour discuter. Mon activité a été « surveillée » de janvier à septembre 1999 : RIAP, prescriptions pharmaceutiques et utilisation de l'ordonnancier bizona, bigre !

Rendez-vous est donc pris pour le 5 décembre 2000 à mon cabinet. Nous causerons près de deux heures et ça été passionnant et pas du tout sanctionnant.

En février, Madame le médecin conseil m'adresse une synthèse de nos analyses faites au cours de l'entretien qui se résume ainsi :

- Mes actes en volume, se situent dans la moyenne régionale.
- Le nombre plus élevé de consultations/patient s'explique par mes prises en charge de psychothérapie (plus séances de relaxation) et les surveillances de grossesse.
- Mes volume d'actes en K se situe également dans la moyenne (gynécologie, allergologie).
- Mes prescriptions médicamenteuse sont relativement modestes (4/5 de la moyenne/patient).
- En revanche, je prescris 2,5 fois plus d'actes infirmiers (au bénéfice de malades très invalides ou en fin de vie), 1,5 fois plus d'actes de kinésithérapie, légèrement plus d'actes de biologie, et 2 fois plus d'indemnités journalières (ce dernier point est vraisemblablement lié au phénomène récent de baisse du chômage au sein d'une population très peu préparée à réussir une reprise de travail après plusieurs années d'inactivité) « Je rajouterais également un problème d'illettrisme et une faible formation professionnelle ».

- La pyramide des âges est atypique dans ma clientèle, je prends en charge une population relativement jeune.

- 41 % de mes patients sont exonérés du ticket modérateur, ceci s'expliquant d'abord par la grande précarité de beaucoup de mes patients souffrant d'affections exonérantes (pathologies psychiatriques, polyvasculaires, diabétiques, etc.), mais également par une plus forte demande émanant de personnes aux revenus souvent très faibles. « Hé oui, en milieu de précarité, les gens sont plus malades que d'autres et meurent plus jeunes... ».

Je vous passe le chapitre sur mes prescriptions médicamenteuses, les différents thèmes pouvant donner lieu au non respect des références médicales opposables (RMO), je m'attendais à pire, en fait sans les avoir jamais trop lues, c'est pas si mal... Y a juste que je semble prescrire beaucoup d'hypnotiques à mes mamies, mais en fait, c'est que je ne les fais pas revenir tous les mois « juste pour ça », alors comme elles sont pas suicidaires mes mamies, et que je les connais bien, je note deux comprimés et demi pour un mois, comme ça elles en ont pour les trois mois...

Je vous passe aussi l'analyse portant sur l'utilisation de l'ordonnancier bizona, le chiffre d'anomalies est considéré comme négligeable.

La lettre se termine ainsi : Espérant vous avoir résumé l'essentiel de notre entretien et vous remerciant de votre confraternel accueil témoignant de votre désir de collaboration, je vous prie de croire, Mon Cher Confrère, à l'assurance de mes cordiales salutations.

Si toutes deux, nous pouvions prendre la parole dans les « hautes instances » !

On pourrait imaginer une politique de santé citoyenne, mais je rêve...

Le chaud et le froid

Lettre ouverte aux médecins de l'Assurance maladie de mon secteur.

M. le Dr G, lors de la dernière commission régionale d'invalidité de la Cotorep, vous avez refusé à une infirmière de 55 ans « claffie »⁽¹⁾ de tension, d'arthrose et de déprime, les 66 % lui permettant d'obtenir l'invalidité et la sécurité jusqu'à sa retraite...

Et pourtant, deux jours plus tard, vous m'avez appelé pour que j'intervienne auprès d'une malade qui refusait la poursuite de son bilan cancérologique par peur du diagnostic.

Et vous, M. le Dr L, qui tutoyez tous les Maghrébins systématiquement, qui refusez leurs accidents de travail, les ALD⁽²⁾ au moindre doute, qui me demandez pourquoi je prescris de la Ventoline, du Temgésic ou un bêtabloquant, vous, ancien généraliste trop psychorigide pour faire face aux diverses souffrances étalées sur nos bureaux... qui défendez au sein de l'ARH⁽³⁾ le maintien des lits de moyen séjour qui permettent aux personnes âgées de faire tranquillement le point entre retour à domicile et institutionnalisation.

Quant à vous, Mme le Dr N, un jour vous refusez une ALD pour une scoliose très prononcée chez une femme de 35 ans sous prétexte qu'elle n'est pas « évolutive », le lendemain vous m'appellez car j'ai omis de cocher la prise en charge à 100 % d'une cure thermale pour une patiente souffrant de polyarthrite, et le surlendemain vous m'adressez trente de mes ordonnances bizonnes en me demandant de justifier tout un tas de prescriptions faites dans la partie exonérante...

Vous tous, médecins de la Sécurité sociale, savez très bien souffler le chaud et le froid. Avec quelques exemples caricaturaux en tête, vous arrivez à vous persuader que tous les patients vont voir plusieurs médecins par jour, que tous les accidentés du travail ont forcément décidé de ne jamais reprendre leur activité, que toutes les jeunes mères allaitent pour bénéficier de congés

supplémentaires, que tous les patients en ALD roulent par plaisir en VSL⁽⁴⁾... et que tous les généralistes prescrivent sans discuter ce que leur demandent leurs patients, car ils en sont financièrement dépendants.

Avec ces a priori en tête, vous devenez de parfaits auxiliaires des administratifs des caisses dont l'objectif est clairement gestionnaire : diminuer les dépenses sans se soucier de l'état de santé des assurés. Plutôt que de faire des procès à ceux qui prescrivent trop, ou de mettre en place des outils d'évaluation de la pratique médicale, les caisses ont depuis longtemps compris qu'il est plus efficace de faire de l'intimidation : pourquoi avez-vous prescrit 8 boîtes de Ventoline, ou de Subutex, ou de Solupred ?

La suspicion est maintenant systématique vis-à-vis du patient et du médecin.

Faute de culture, par peur de l'employeur (nous sommes tous des salariés déguisés de la Sécurité sociale), la plupart des médecins s'autocensurent et refusent à certains de leurs malades des examens complémentaires, des explorations pourtant nécessaires.

En laissant se développer et en participant à des comportements d'intimidation, de « pressions confraternelles », en jouant sur l'immaturité politique et l'absence de sens critique de la majorité des médecins conventionnés, vous vous positionnez en auxiliaires de police des caisses d'Assurance maladie, c'est un choix politique de collaboration.

1 claffie : expression provençale = pleine, débordante

2 ALD : Affection de Longue Durée

3 ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

4 VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Bernard Senet

Médecin généraliste

Les réseaux de santé et la CNAM, une relation conflictuelle

Didier Ménard

*Médecin généraliste,
Président de la Coordination
Nationale des Réseaux (CNR)*

Quand, forcé par la réalité des évolutions des pratiques, nous avons décidé de développer les réseaux de santé, nous sommes rentrés immédiatement dans un conflit avec la CNAM. Le désaccord n'est pas conjoncturel, il prend sa source dans les missions que nous avons à assumer de part et d'autre. Si nous étions restés dans une logique stricte de réseaux de soins, cela aurait pu être plus facile.

Le réseau de santé est l'aboutissement de changement des pratiques sanitaires et sociales qui permet, d'une part aux professionnels de redéfinir leur exercice professionnel et d'autre part, aux personnes malades, puis aux citoyens, d'être acteurs de leur santé. Certes, tous les réseaux ne sont pas arrivés à ce niveau d'organisation et d'actions. Mais tous ceux qui perdurent depuis quinze ans suivent cette évolution.

Changer les pratiques pour passer du soin à la santé reste aujourd'hui le meilleur moyen pour faire évoluer notre système de distribution de soins vers un système de santé. Les nouvelles pratiques sanitaires et sociales se construisent sur des

constantes, avec des outils, selon des méthodes le tout étant évaluable.

Des constantes :

- La santé d'une personne ne se réduit pas à sa situation face à la maladie.
- Une éthique est respectée autour de la non-hiérarchisation des compétences.
- La personne malade et son entourage ont des savoirs spécifiques qu'il faut apprendre à reconnaître et à utiliser pour conduire tout projet thérapeutique.
- L'accompagnement d'une personne malade se fait dans une approche médico-psycho-sociale, par le décloisonnement de ces différentes interventions.
- L'action du réseau est conduite pour répondre à aux besoins exprimés par la population et non pas pour résoudre les problèmes des professionnels.

Des outils :

- La formation pluriconfessionnelle qui permet à chaque professionnel situé sur l'itinéraire d'une

personne malade de se former en apprenant qui fait quoi, à reconnaître les compétences de l'autre, à partager les savoir-faire et les savoir être.

– Les coordinations de l'action de soigner : entre la ville et l'hôpital, entre le médical et le social, « au lit » de la personne malade.

– Le diagnostic communautaire par lequel chaque acteur du réseau et de ses partenaires définissent l'action à mener pour résoudre une problématique de santé des populations.

Des méthodes : ces outils se sont forgés dans le cadre de méthodologies qui associent des processus d'organisations qui tendent à se professionnaliser, des espaces de gestion de la parole, des modalités de circulation de l'information partagée. Tout ceci dans le respect d'un fonctionnement démocratique.

Des évaluations : peut-être organisation de santé n'aura jamais autant été évaluée, même si cette tâche est complexe, faute de méthodes adaptées et non encore formalisées.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie, n'a jamais mesuré l'ampleur des changements initiés par les pratiques en réseaux. Mais le peut-elle ?

Elle place sa mission et son action dans la gestion de la maladie. Le « citoyen assuré social » ne devient sujet d'intérêt pour la caisse de Sécurité sociale que lorsqu'il est malade. C'est-à-dire porteur d'une maladie si possible identifiée qui nécessite des soins, eux-mêmes remboursables. Cette approche gestionnaire de la maladie a conduit à la construction d'un système de distribution des soins à l'hôpital ou en ambulatoire, qui est perçu le plus souvent comme garant de la bonne utilisation des moyens avec un égal accès à des soins de qualité pour tous. La gestion des fonds dévolus à la maladie est confiée à l'Assurance maladie qui doit vérifier la bonne uti-

lisation de ceux-ci, qui doit permettre aux assurés sociaux de trouver des professionnels respectant des règles de bonnes conduites, tant sur le plan de la qualité des soins offerts que sur le respect des engagements pris dans le cadre des conventions entre les professionnels et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Certes, celle-ci fait de la prévention, par la diffusion de recommandations pour le public sur les bonnes conduites à tenir pour se protéger des maladies. On ne développera pas ce sujet tant cette prévention est inadaptée aux réalités vécues par les populations.

Lorsque la CNAM, dans le cadre des Ordonnances d'avril 1996, a découvert le réseau, elle a d'emblée cantonné celui-ci dans une expérimentation servant à diminuer le coût de la prise en charge des pathologies « lourdes » et, notable ouverture, dans l'expérimentation de dérogations tarifaires. L'étude des textes de cette époque montre bien que, d'une part, il y avait peu de différence entre le concept de réseau et celui de filières de soins et que, d'autre part, la dimension psychosociale de la maladie était tout simplement supprimée. On ne reviendra pas sur le montage de « l'usine à gaz » prévu pour faire fonctionner ces réseaux de soins ; ayons une pensée compassionnelle pour la défunte commission d'accréditation présidée par monsieur Soubie.

On voit également dans le concept de qualité des soins comment à la fois la domination du modèle biotechnologique et un système centré sur la maladie peuvent dénaturer une juste revendication. Proposer aux citoyens une qualité des soins est non seulement une nécessité, mais aussi un devoir. Seulement faut-il proposer la seule qualité et quelle qualité, pour le seul soin ? Ou bien, comme nous le pensons, faut-il proposer une qualité de soin pour améliorer la santé de la personne ? La publication des recommandations de bonnes pratiques de soins issues de la





réflexion des sociétés savantes de Docteurs, n'est pas une fin en soi. Car le plus difficile est de savoir comme adapter ces recommandations à la réalité des personnes dans leur dimension sociales, affectives, psychologiques. Il est alors évident que pour assurer cette adaptation aux réalités des personnes, l'exercice solitaire du médecin est caduque. La réponse n'est pas du seul ordre médical, il faut aller la trouver dans d'autres compétences et d'autres savoir-faire. C'est pour cela que nous avons construit les réseaux de santé.

Le fonctionnement en réseau perturbe l'existant et comme le dit M. Johanet, le réseau d'accord à condition qu'il respecte les fondamentaux de l'Assurance maladie, à savoir : rationalisation des dépenses, le meilleur soin au moindre coût dans le strict respect des protocoles. Nombreux sont les réseaux qui se confrontent à cette incompréhension quand ils veulent conduire des actions dans le cadre du Fonds pour l'Amélioration de la Qualité des Soins en Ville (FAQSV). Deux logiques se heurtent : action de soins rien que du soin et action de santé dans son approche médico-psycho-sociale.

Et bien non ! Nous estimons que le réseau de santé a d'autres ambitions. La nature de nos relations est donc intrinsèquement conflictuelle. Comment sortir de cette impasse ?

D'abord, en affirmant haut et fort que la disparition de l'Assurance maladie ou la mise en concurrence avec l'Assurance privée ne résoudrait certainement pas le problème, au contraire il ne ferait que l'aggraver. Ensuite, on pourrait très bien argumenter pour dire que la vision que nous avons des réseaux de santé est utopique ou par trop idéologique et peu opérationnelle. Cela serait faire injure aux dizaines de milliers d'acteurs des réseaux qui depuis quinze ans font face aux grands défis de santé publique que sont : le Sida, la toxicomanie, la précarité, l'hépatite C et toutes ces maladies chroniques et

évolutives qui génèrent du handicap, sans oublier tous les réseaux qui conduisent leurs actions auprès des populations en difficultés médicales ou sociales : personnes âgées, adolescents, femmes enceintes... De plus, le bon sens montre que l'évolution actuelle, avec une participation toujours plus grande de la population à la promotion de la santé, est inéluctable. On le voit par exemple dans le cadre de la politique de la ville avec les ateliers santé/ville, ou encore dans le développement de la santé communautaire.

C'est au sein des réseaux que nous pouvons aujourd'hui valoriser l'action des professionnels, notamment libéraux, en leur permettant la forfaitisation des revenus pour le travail propre aux différentes activités du réseau. Ce que ne permet pas l'acte curatif et encore moins la revalorisation par la réouverture du secteur à honoraires libres.

C'est à la Caisse d'Assurance Maladie de faire sa révolution. Elle n'est plus adaptée aux nouvelles missions de santé que réclament les citoyens. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie doit évoluer vers la Caisse Nationale d'Assurance Santé. Sa mission sera alors d'assurer aux habitants de ce pays une recherche d'une meilleure santé. Son action concernera le soin, la prévention érigée en véritable politique de santé publique, ainsi que l'éducation à la Santé. Bien évidemment, pour conduire ces changements les modalités de gestion de la Sécurité sociale sont à revoir. Seule la participation effective de la population à cette gestion permettra d'assurer les bonnes évolutions. La gestion paritaire à l'œuvre depuis des décennies a montré ses limites.

Il s'agit bien d'entreprendre un changement des mentalités et des cultures pour que chacun puisse là où il se situe participer à la construction d'un authentique système de santé.

De l'Assurance maladie aux inégalités de santé

Pratiques : Vous travaillez depuis longtemps sur les politiques de santé et les inégalités sociales de santé. Pour vous, en quoi l'Assurance maladie pourrait-elle être une institution qui lutte contre les inégalités sociales de santé ?

Didier Fassin : Tout d'abord, je dois préciser que je ne suis pas un spécialiste de l'Assurance maladie et de la protection sociale. Il me semble cependant que l'éclairage par les inégalités sociales de santé peut être une façon de penser autrement ce thème.

Partons d'un fait très simple : au cours de l'année écoulée, premièrement, nous avons appris, que la France était le pays qui arrivait au premier rang du classement des systèmes de soins établi par l'Organisation mondiale de la santé et, deuxièmement, nous avons (re)découvert que nous étions le pays d'Europe de l'Ouest qui avait les écarts de mortalité à l'âge adulte chez les hommes les plus élevés (à 35 ans, en effet, la différence d'espérance de vie entre catégories socio-professionnelles extrêmes est de 9 ans chez les hommes et de 5 ans chez les femmes). Ce constat d'être les meilleurs comme système de soins et les moins bons du point de vue des inégalités devant la mort doit nous amener à relativiser considérablement le rôle du système de soins et, par consé-

quent, de l'Assurance maladie dans la réduction des inégalités de santé et, plus largement, dans l'analyse des bénéfices pour la population, si l'on se place du point de vue de la justice sociale. Cette question doit se penser au niveau de l'ensemble des politiques publiques, qu'elles concernent le logement, l'emploi ou l'éducation, et non uniquement au niveau du système de soins.

Un tel constat éclaire la réflexion que l'on peut avoir sur l'évolution actuelle de l'Assurance maladie, dans laquelle l'Etat intervient de plus en plus comme une instance régulatrice. Cette évolution est regrettée par certains au nom des valeurs de solidarité portées par l'ancien système assurantiel, argument que je peux tout à fait entendre. Mais si l'on se place du point de vue des inégalités sociales de santé, l'Etat est une instance totalement légitime pour arbitrer entre les différentes affectation des ressources publiques. Et ce n'est pas forcément dans le système de soins. Peut-être n'est-ce pas là que les investissements sont les plus efficaces. Dans cette hypothèse, il faut alors bien une instance qui ne soit pas intéressée au développement du système de soins, à savoir l'Assurance maladie, mais une instance en quelque sorte plus neutre ou tout au moins disposant d'une vision plus globale. L'Etat, à condition bien sûr que l'on ait affaire à un Etat social, peut jouer ce rôle et avoir cette fonction. Autrement dit, si l'on veut une politique de

Didier Fassin

Médecin de santé publique et anthropologue

Il dirige le CRESPI, un laboratoire de sciences sociales spécialisé sur les politiques de santé de l'Université Paris 13 et de l'Inserm. Il a publié différents ouvrages, notamment Les inégalités sociales de santé avec collaborateurs, La découverte, Paris 1999. Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises, Karthala, Paris 2000. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, avec Jean-Pierre Dozon, Balland, Paris 2001.



santé qui ne soit pas strictement une politique de soins, réduire les inégalités sociales de santé est un objectif prioritaire que l'on doit se donner.

Quelles sont les causes des inégalités sociales de santé ? Quelle est la part des conduites à risque comme l'alcoolisme et le tabagisme ? Quel serait le rôle des campagnes de santé publique ?

Il y a aujourd'hui deux manières de voir les déterminants des inégalités. La première considère les comportements, ce que les Anglais appellent « lifestyles » : sont désignés notamment l'alcoolisme, le tabagisme, le défaut d'activité physique, l'absence de protection des rapports sexuels, la prise de risque en général ; dans cette perspective, volontiers psychologique, l'accent est mis sur l'éducation. La seconde insiste sur les conditions de vie, « living conditions » des Britanniques : il s'agit des réalités matérielles, de l'histoire des personnes, leur appartenance de classe. Aujourd'hui, la tendance est très fortement orientée vers la première interprétation. Les commentaires sur le récent rapport du Haut Comité de Santé Publique sont à cet égard révélateurs : « Beaucoup a été gagné sur les soins », entend-on, « maintenant il faut s'attaquer aux comportements. » Il y a une espèce de déconnexion entre les conduites de personnes et leur histoire. On pense pouvoir faire arrêter les gens de boire, de fumer, de prendre des risques, indépendamment de toute action sur la réalité sociale dans laquelle ils vivent. Il ne devrait pourtant pas être nécessaire d'avoir lu *Le sens pratique* de Bourdieu ni d'avoir réalisé des études anthropologiques extrêmement fines pour comprendre que les comportements sont pris dans l'ensemble des apprentissages et de la socialisation que l'on fait dès le plus jeune âge dans l'environnement au sein duquel on vit. Ce qui ne signifie pas pour autant que ces réalités soient figées.

Prétendre donc n'intervenir que sur les comportements, notamment par des campagnes d'édu-

cation pour la santé, c'est s'exposer à ce que ces interventions soient certes globalement efficaces, mais toujours plus pour les populations les plus favorisées, et par conséquent génératrices de nouvelles inégalités.

La consommation d'alcool et de tabac, les prises de risque doivent être vues comme une sorte de variable intermédiaire du point de vue de l'épidémiologie. Il faut les appréhender comme des pratiques sociales inscrites dans le parcours biographique des personnes, dans leurs difficultés économiques, dans leurs possibilités de loisir, dans la façon dont ils s'usent au travail, dans le sens qu'ils sont en mesure de donner à leur existence.

Comment expliquez-vous que les autres pays d'Europe de l'Ouest s'en sortent mieux que la France en matière d'inégalités sociales de santé ?

Probablement est-ce parce qu'en France, la société est très inégalitaire sur le plan social. Les politiques de redistributives sont parmi les moins bonnes en Europe. On paie ainsi en termes de morbidité, de mortalité, et d'écarts d'espérance de vie le prix des inégalités sociales. Notre « bon » système de santé ne permet pas de corriger les disparités que la société produit.

Que peut-on attendre d'une meilleure organisation de l'offre de soins ? D'un meilleur accès aux soins ? D'une meilleure organisation des professionnels ?

Dire que l'Assurance maladie et le système de soins n'ont qu'un effet modeste sur l'état de santé et, plus particulièrement, sur les inégalités sociales de santé, ne signifie pas qu'il faille pour autant s'en désintéresser. Dans un mouvement presque symétrique de celui que j'indiquais tout à l'heure, lorsque j'affirmais que si l'on veut réduire les inégalités sociales de santé, ou si l'on veut améliorer la santé des gens, il ne s'agit pas d'in-



tervenir uniquement sur les soins, mais d'agir principalement sur d'autres secteurs de l'activité sociale, je dirais qu'à l'inverse, dans les soins se joue autre chose que la question du corps, du bien-être et de la santé publique. Ce qui est en cause, c'est la question des droits sociaux, de la citoyenneté, de la dignité des personnes. Pouvoir offrir des soins, permettre que les gens accèdent à des médecins, à des examens complémentaires, à des ressources thérapeutiques ensuite, sans qu'il y ait d'un côté ceux qui peuvent et de l'autre ceux qui ne peuvent pas, il y va de bien plus que d'une amélioration de l'état de santé. Il y va de notre conception de la société, du sens de la solidarité, des valeurs sur lesquelles nous fondons la politique au sens où Hannah Arendt dit qu'elle définit les conditions du vivre-ensemble. Je ne voudrais donc pas donner l'impression de dévaloriser la protection sociale au prétexte qu'elle serait peu efficace sur l'état de santé. A travers la solidarité nationale dont elle procède, il y est question de bien autre chose, qu'il ne s'agit pas de sous-estimer.

Par ailleurs, même si l'on adopte une perspective strictement du point de vue de l'efficacité, il faut ajouter que les avancées régulières dans la protection sociale qui ont été accomplies au cours du dernier demi-siècle sont précisément une raison pour laquelle aujourd'hui les bénéficiaires sur l'état de santé sont marginaux. Certes, il reste des inégalités dans l'accès aux soins, entre ceux qui sont juste au-dessus du seuil de la Couverture Maladie Universelle et qui ont des difficultés à payer le ticket modérateur et ceux qui, à l'autre extrême, peuvent se permettre financièrement d'accéder à une médecine privée dont le secteur 2 se développe de manière assez préoccupante. Malgré tout, les avancées dans la couverture du risque de santé sont probablement les plus importantes de tous les domaines de la protection sociale, l'instauration de la Couverture maladie universelle étant à cet égard l'une des étapes les plus significatives.

Peut-on imaginer une articulation entre des projets de santé communautaire et une instance décisionnelle intermédiaire venant de l'Etat ou de l'Assurance maladie ?

Pour vous répondre, je dirais qu'au fond, dans le système de soins tel qu'il est en France, dont les Français sont si fiers et dont les médecins sont jaloux, il existe des espaces très différents. Au prix d'un certain schématisme qui ne rend pas justice à la diversité et la complexité des réalités professionnelles, j'en distinguerais trois.

Je verrais d'abord un espace de haute technicité sur la maladie et sur les corps : c'est l'hôpital, dispositif médicalement efficace, soucieux de la qualité de ses prestations, mais peu enclins à prendre en compte les conditions de vie des gens et leur situation sociale. De cette efficacité les patients ont bien conscience et c'est un élément explicatif fort, par exemple, de l'augmentation rapide des activités des services d'urgences. Alors que la médecine de ville est de moins en moins disponible, l'hôpital se fait de plus en plus accessible et performant. Les malades ne s'y trompent pas et ce qu'on interprète souvent comme des conduites mal adaptées (les « fausses urgences ») procède au contraire de décisions parfaitement compréhensibles et justifiables.

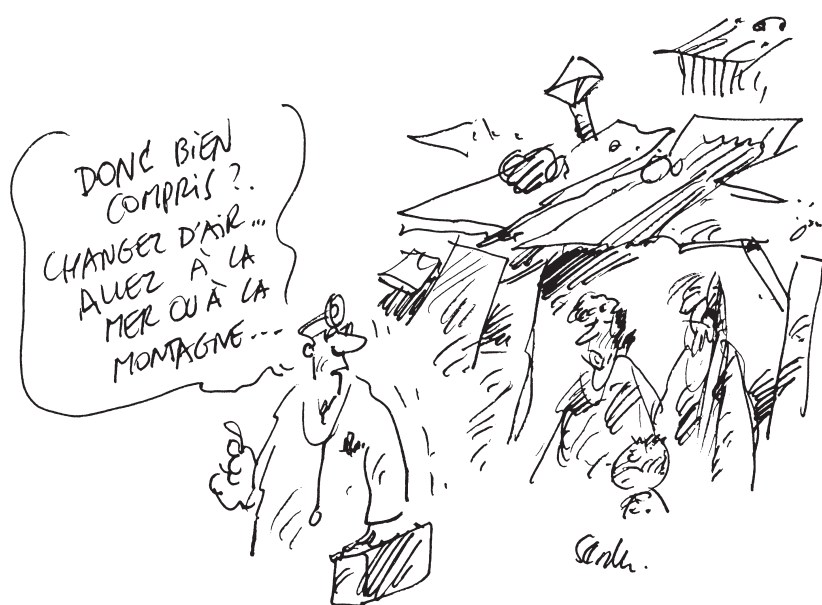
Je décrirais, à l'autre extrémité du champ médical, un espace d'engagement où l'acte clinique est indissociable d'une réflexion plus sociale : c'est la santé communautaire dont vous parlez, mais parfois aussi plus ordinairement une médecine de famille. En tout cas, une pratique qui se veut proche, ancrée dans la réalité quotidienne des gens. Ce type de pratique me paraît minoritaire aujourd'hui dans la médecine de ville.

Je crois, en effet, qu'entre les deux espaces que je viens d'évoquer, il y a une proportion importante



de médecins libéraux, spécialistes et généralistes, pour lesquels, à en juger par le temps qu'ils consacrent à leurs patients et la disponibilité qu'ils manifestent à leur égard, la préoccupation première est loin d'être l'amélioration de l'état de santé de la population à laquelle ils ont affaire.

Il est à cet égard intéressant de constater que c'est au moment où les médecins libéraux font moins de gardes, réduisent leurs plages de consultation, cherchent à avoir des horaires qui se rapprochent de salariés – soucieux de banalisation de leur activité qui peut du reste s'entendre –, c'est à ce moment donc qu'ils se mettent à se plaindre de leurs conditions de travail. Mais le fait le plus remarquable est le soutien que leur apporte l'opinion, si l'on en juge par les sondages. Preuve de la forte légitimité dont continue de bénéficier la médecine, alors même que les professionnels ne cessent d'arguer de la perte de leur crédit et de leur prestige. Que le public prenne largement fait et cause pour la revalorisation des honoraires des médecins, compte tenu de ce que l'on sait de leurs revenus moyens, est à cet égard un coup de force symbolique qui mérite d'être relevé.



Notre analyse est un peu différente : il nous semble qu'il existe une proportion non négligeable de médecins qui aiment leur métier, qui ont un grand désir de bien faire et qui auraient besoin d'analyse politique et de soutien pour transformer leurs pratiques. Pour vous, est-ce à cet échelon ou à un autre que le système peut évoluer ? Faut-il, par exemple, imaginer des chambres de santé locales ?

Contrairement à ce que l'analyse critique que je fais peut laisser penser, je n'ai pas de pessimisme quant à la façon dont les choses peuvent évoluer. Mais il découle assez logiquement de mon propos que cette évolution doit être envisagée en termes de mobilisation d'acteurs, de volontés et de compétences. Mon discours critique sur une partie des médecins prend acte, dans le même mouvement, de ce qu'une partie de la corporation médicale produit elle-même cette critique. Il existe des professionnels avec lesquels on ne peut pas compter pour transformer les choses. Mais il en existe d'autres avec lesquels on peut penser ces changements. Est-ce que cela doit passer par des structures intermédiaires médiatrices, comme vous l'évoquez, je n'en sais rien. Parmi les éléments qui peuvent aller dans le sens d'une transformation des pratiques, j'en retiendrai trois.

Il y a premièrement la qualité de l'exercice médical lui-même, la pratique individuelle et ordinaire de la clinique. Quand ce travail est fait sérieusement, éthiquement, avec une certaine conscience sociale et politique, le bénéfice pour le public peut être considérable. Par exemple, quand on donne une ordonnance dont les gens n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments, si on les informe en même temps de leurs droits d'accès aux soins, alors le bénéfice peut être considérable. Cela concerne les actes individuels de la pratique quotidienne, ordinaire, peu valori-

sée en général, mais fondamentale des médecins et des professionnels de santé.

Il y a deuxièmement, autour de la médecine, d'autres acteurs avec lesquels il est important de travailler, que ce soient des professionnels non médicaux de la santé, infirmières par exemple, ou des professionnels extérieurs au secteur de la santé, assistants sociaux et éducateurs, enseignants, associations, acteurs des collectivités locales, services judiciaires ou policiers même, dans le cadre de la toxicomanie. Si l'on pense, comme je l'ai dit, que beaucoup de facteurs qui ont un impact très important sur la santé sont extérieurs au domaine médical et sanitaire, alors il faut chercher des alliances, des manières de travailler avec d'autres acteurs que ceux de la santé. Dans les cas d'expériences localement réussies, ce n'est pas en mobilisant tous les médecins que les choses ont avancé, car le vouloir s'est toujours avéré illusoire, mais en mobilisant quelques médecins et bien d'autres acteurs.

Mais il y a aussi un troisième type d'acteur dont il faut tenir compte, c'est la population, ou plus simplement les gens. Je suis frappé souvent du déficit de compétences qu'on leur suppose et qui contraste avec la qualité des analyses qu'on peut les entendre faire quand on les interroge ou lorsqu'on assiste à des réunions où ils parlent de

leurs problèmes. Certes, ils n'ont pas grande légitimité à s'exprimer sur le plan strictement médical. Mais ce qu'ils disent va complètement dans le sens de ce par quoi j'ai commencé cet entretien : ils parlent, de façon concrète et pertinente, de leurs conditions de vie dont ils perçoivent généralement bien qu'elles affectent leur état de santé. Plutôt que de disqualifier un discours qu'eux-mêmes dévalorisent d'ailleurs volontiers en affirmant qu'ils n'ont rien à dire sur la santé, car ils ne sont pas médecins et que des siècles de mobilisation de la profession médicale leur a bien fait comprendre qu'ils n'y connaissent effectivement pas grand chose, plutôt que donc d'accepter cette disqualification, il faut s'interroger sur la pertinence des discours, des savoirs, des compétences qu'ils développent. Sans céder à une forme de populisme, il peut y avoir là une réelle dynamique qui n'implique pas que l'on « fasse participer » les gens, mais que l'on soit attentif à la manière dont ils interviennent effectivement dans le monde social sans qu'on le leur dise. Bien des changements en cours dans les systèmes de soins et de protection sociale aujourd'hui procèdent de cette mobilisation de ceux dont on conçoit qu'ils ont le plus intérêt, au fond, à ce que leur santé soit mieux prise en charge.

**Propos recueillis par
Elisabeth Maurel-Arrighi**



La Sécurité sociale peut-elle aider les professionnels de la santé ?

Damien Cru

Responsable du pôle
Santé et travail
Aract Ile-de-France

Alors que des menaces de privatisation de la Sécurité sociale sapent le principe de solidarité qui fonde toujours théoriquement (ou mythiquement) la Sécu, se pose la question suivante : en quoi la Sécurité sociale pourrait-elle nous aider dans notre travail, les uns et les autres, professionnels de la santé ?

Rêvons un peu. Que serait cette instance susceptible de soutenir les professionnels de santé dans leur travail quotidien, qui organiserait des réunions où l'on pourrait parler de douleur comme de citoyenneté, de patient, de personne, d'entourage familial ou professionnel ? En somme, que serait cette instance qui s'intéresserait à ce qui compte pour les praticiens que nous sommes sans pour autant abandonner les comptes aux assurances privées ?

Pour reprendre un *distinguo* opéré jadis (cf. *Pratiques* n° 5), cette instance pourrait-elle être le lieu où s'élaborent les règles de l'art et les règles des différents métiers ? Rappelons la différenciation règles de l'art et règles de métier. Les unes et les autres sont partagées par les gens du métier, mais les premières visent la qualité du travail (soins, service), les secondes la qualité des relations de travail entre les praticiens du métier. Il existe une relation forte entre les deux : l'existence de règles de métier et leur respect assurent à chacun des praticiens les moyens d'exercer ses responsabilités professionnelles et de respecter les règles de l'art.

Dans cette perspective, un métier se définit donc par une ou des techniques, exercées avec art, mais aussi comme un ensemble de rapports sociaux internes et externes au métier. Quelle

pourrait être la fonction d'une Sécurité sociale au service des professionnels de santé ? Non pas de définir les règles de l'art ni même les règles de métier, mais aider les différents métiers concernés par le champ de la santé à se situer les uns par rapport aux autres et à élaborer des modalités de coopération entre eux.

Comment repérer qui fait quoi, l'apport et les limites de chacune de ces activités ? Comment mettre en synergie des actions qui demeurent très cloisonnées ? Car qui connaît la procédure de déclaration d'accident du travail ? Et celle de maladie professionnelle ? Où trouver les formulaires pour cette dernière démarche ? Les centres des CPAM n'en disposent pas.

Il ne s'agit pas dans une telle proposition de conforter le mythe d'un grand coordonnateur informatisé qui maîtriserait tout le champ du sanitaire et social, mais de faire se rencontrer, en des nouages bien choisis localement, des médecins scolaires, des dentistes, des généralistes, des médecins du travail, des travailleurs sociaux (éducateurs, aides ménagères, assistantes sociales...), des acteurs de la santé en entreprise, des militants d'associations, des mutualistes, des groupements citoyens, etc.

Les professionnels de la santé y gagneraient à mieux définir leur champ spécifique d'une part et à mieux percevoir les ressources dont ils pourraient disposer dans les situations plus ou moins difficiles qu'ils affrontent souvent. Alors, chaque métier serait mieux à même de remanier et d'adapter les règles du métier qui conviennent le mieux pour passer d'actions curatives à des actions préventives.

**Agence Régionale
pour l'Amélioration des
Conditions de Travail :**

132 rue de Rivoli
75001 Paris
Tél. 01 53 40 90 40
Fax. 01 53 40 90 59

La Couverture Maladie Universelle est-elle à vendre ? Cherchez l'erreur

Dans *Le Monde Initiatives* de janvier 2002, la journaliste Emmanuelle Heidsieck écrit, à propos de la loi de Couverture Maladie Universelle : « l'un des enjeux de cette réforme est de faire en sorte que la majeure partie des personnes défavorisées soient dans le droit commun (Sécu et organisme complémentaire) afin d'éviter la création d'un ghetto pour les pauvres ». Une affirmation qui suscite chez moi la même interrogation que les devinettes d'autrefois : cherchez le mot « en trop » ou « cherchez l'erreur ».

J'ignorais qu'il existait en France un « droit commun » à la couverture complémentaire. Chacun peut, dans son entourage immédiat, faire le constat inverse : personne, absolument personne, n'a la même protection complémentaire. La plupart des personnes salariées ont obtenu, sans l'avoir demandée, une couverture complémentaire par le biais de leur entreprise. Négociée par leur employeur parmi plusieurs propositions concurrentielles, elle a été choisie en raison de son rapport qualité/prix. Pour tous ceux qui n'ont pas la chance d'être salariés dans une grosse entreprise, ou fonctionnaires, l'acquisition d'une couverture complémentaire s'est faite de façon individuelle, en fonction des possibilités financières de chacun. Les plus riches ont choisi le

meilleur produit avec des prestations diversifiées. Les plus pauvres se sont offerts le minimum. Quant à moi, je trouve tous les jours dans ma boîte aux lettres des propositions de services plus ou moins alléchantes entre lesquelles je serais bien incapable de trancher. Denis Kessler, ancien directeur général d'AXA, donne une définition claire de cet état de fait : « l'activité complémentaire relève des règles du marché, et de la concurrence ». C'est un service payant qui s'adresse à des personnes solvables, qui ont les moyens financiers de diminuer en partie, ou en totalité, les frais médicaux restant à leur charge. Les prestations sont en rapport avec la cotisation versée. Elles sont donc, par nature, inégales et inégalitaires. Une sélection peut s'exercer sur les bénéficiaires en fonction du risque lié à l'âge ou l'existence de certaines pathologies. Cette sélection se pratique, contrairement à ce qu'écrit Emmanuelle Heidsieck, chez les assureurs comme chez les mutualistes. Le service ne fonctionne qu'après adhésion, ou signature d'un contrat. Il n'existe pas, à notre connaissance, de mutuelle qui module ses cotisations en fonction des revenus de ses adhérents. Il n'y a donc aucun doute : lorsqu'on parle de droit commun en évoquant la couverture complémentaire, le mot en trop est bien le mot « droit ».

Noëlle Lasne

*Médecin généraliste,
responsable de la
mission France à Médecins
sans frontières*



Le mot « commun » en revanche peut aisément être compris : il s'agit bien du sort « communément » réservé à tous. A tous, sauf à ceux auxquels la pauvreté ne laisse aucun choix : ni celui de cotiser à un organisme, ni celui d'avancer l'argent des soins. C'est précisément parce qu'ils ne peuvent être traités comme des consommateurs ordinaires que le législateur a décidé de leur ouvrir un droit : le droit à la couverture maladie universelle. Il s'agit cette fois de protéger - et pas seulement d'assurer - les personnes en difficulté sociale, ce qui ne correspond ni au statut, ni aux pratiques, ni aux objectifs affichés des organismes assurantiels.

Ce droit protège aujourd'hui quatre millions huit cent mille personnes insolubles. Cette protection n'a aucune des caractéristiques de la couverture complémentaire « classique » que nous venons de décrire : il s'agit d'une prestation gratuite, identique pour tous, et ne comportant aucun critère de sélection par le risque. Ce droit est ouvert avant l'adhésion par les caisses primaires d'assurance maladie, sur examen des ressources. Les conditions d'accès sont définies par l'Etat, et en cas de déni du droit, les recours s'exercent d'ailleurs devant la Commission centrale d'Aide sociale.

Madame Martine Aubry a elle-même affirmé en son temps que la CMU est « une prestation de solidarité financée par un fonds d'Etat ».

Le Conseil national des Assureurs ne s'y est pas trompé lorsqu'il a dénoncé le caractère gratuit de cette prestation, non conforme aux normes d'un contrat d'assurance classique. Il apparaît donc que le droit à cette prestation de solidarité ouvert aux plus pauvres par la loi de couverture maladie universelle demande à être explicitement distingué du service offert au plus grand nombre, sous peine de perdre son caractère de solidarité et de protection. Les plus pauvres ont tout à perdre dans ce rapprochement qui transforme une

nécessaire protection en un produit de complément proposé à la carte, qui peut être modulé de manière promotionnelle. Rappelons que les personnes concernées sont caractérisées par le fait qu'elles ne peuvent faire usage de leur carte d'assuré social qu'à la condition expresse de bénéficier d'une prise en charge intégrale, faute de quoi elles ne peuvent consulter. En ce qui les concerne, la « complémentaire » n'a rien d'un complément, elle relèverait plutôt d'une protection obligatoire.

Il est donc urgent de cesser de parler de « ghetto » dans lequel seraient enfermés les bénéficiaires de la couverture maladie universelle, quand il s'agit de fabriquer du droit pour des personnes sans alternatives et d'affirmer la responsabilité de l'Etat dans l'accès aux soins des plus pauvres.

C'est bien l'Etat, et non les organismes complémentaires, qui ont créé une couverture complémentaire de référence, dont la loi fixe le contenu, le barème et les conditions d'accès. S'il existe un nombre infini de contrats de protections complémentaires, dont pas un ne définit les mêmes prestations, il n'existe en revanche qu'une seule définition de la prestation de solidarité apportée par la CMU, et celle-ci concerne bien tous les bénéficiaires de la CMU, qui sont égaux devant le droit. Ils échappent ainsi à la loi du marché ce qui constitue non pas une ghettoïsation, mais un droit social.

S'il paraît fondamental aujourd'hui de rappeler ces différences et de leur donner un sens, plutôt que les nier ou chercher à les faire disparaître, c'est que se met en place un nouveau dispositif que toutes les associations ont appelé de leurs vœux, un dispositif d'aide à la mutualisation au-dessus du seuil de la CMU. Ce dispositif prévoit de solvabiliser, via une aide financière, les personnes dont les ressources sont égales au seuil de la CMU plus 10 %. Il est concrétisé par un ave-

nant encadré par l'Etat et signé entre la caisse nationale d'assurance maladie et ses partenaires. Ce dispositif concernerait un million six cent mille personnes. Leur niveau de ressources sera examiné par les caisses qui sélectionneront pour elles les contrats complémentaires proposant des prestations identiques à celles de la CMU, au plus juste prix.

On retrouve donc dans l'aide à la mutualisation le principe d'une cotisation liée à une adhésion. Cette cotisation évoluera. Sera-t-il toujours possible de maintenir les mêmes prestations pour tous ? Les organismes complémentaires déclarent déjà, sans l'argumenter aucunement, que les sommes versées par le fonds de financement de la CMU sont insuffisantes au regard de leurs dépenses et que ce montant doit être réévalué. Pourquoi ne pas mettre en place demain des critères de sélection ? Dans le cadre de l'aide à la mutualisation il est déjà prévu de tenir compte de l'âge.

Ce dispositif n'est pas encadré par une loi, il n'existe donc aucun moyen de contrôler ce qui sera fait à l'échelle locale. En cas de litige avec un organisme complémentaire, c'est un tribunal civil qu'il faudra s'adresser avec l'aide d'un avocat. S'il est évident que ce dispositif présente des avantages, et naturel que sa logique se rapproche de celle du système assurantiel, on voit le danger

qu'il y aurait à s'en servir pour remettre en cause le dispositif CMU, en dénonçant le caractère « ghettoïsant » de celui-ci. Les organismes complémentaires partagent avec d'autres la nostalgie d'un scénario où ils auraient eu en main l'accès aux soins de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU. En constatant aujourd'hui que la caisse nationale d'assurance maladie est prête, avec l'argent du fond social des caisses, à solvabiliser ceux qui sont aux limites du seuil, les organismes complémentaires rêvent de voir disparaître le rôle des Caisses primaires d'assurance maladie et de gérer seuls le dispositif CMU, seuls, c'est à dire hors le contrôle de l'Etat. Voilà qui est tout compte fait étrangement proche des projets du Medef, tels qu'ils sont défendus par son président, lorsqu'il définit l'avenir de la sécurité sociale : « chacun recevra par capitation un certaine somme pour s'affilier quelque part. Et c'est là que nous proposons le choix entre la sécurité sociale telle qu'elle est aujourd'hui, les caisses d'assurance maladie, les mutuelles ou des opérateurs privés. » Nous voilà tous enfin enfermés ensemble dans le système de la libre concurrence qui ne distinguera plus désormais ni assurés sociaux ni bénéficiaires de la CMU. Nous partageons tous le même sort : soumis aux mêmes lois du marché, nous sommes devenus des clients acheteurs potentiels d'accès aux soins. Rien n'entrave plus notre libre choix. Plus de ghetto. Et plus de droit social. Cherchez l'erreur.



Le local, tenant et aboutissant de la refondation de l'Assurance maladie

Patrice Muller

Médecin généraliste

Les bases de nos analyses critiques et propositionnelles pour refonder à partir du local l'Assurance maladie.

La Santé est une prérogative d'ordre public. Elle ne doit pas faire l'objet d'enjeux à but lucratif. Nous affirmons ce principe non seulement pour un parti pris éthico-politique, mais aussi et surtout parce que tous les autres façons de soigner dans lesquelles les logiques marchandes s'insinuent s'avèrent être plus coûteuses et accroissent les inégalités de santé au lieu de les réduire¹. Les modèles de santé où les dépenses et les régulations sont socialisées sont plus performants : ceci n'est contesté par personne d'autre que les compagnies d'assurances privées et leurs mentors avisés du côté du Medef et de la droite libérale soutenue par une part non négligeable du corps médical.

Une budgétisation démocratique et décentralisée. Quelles que soient les origines des fonds publics servant à financer l'Assurance maladie (prélèvements fiscaux et/ou prélèvements assis sur les salaires), il est nécessaire qu'un choix explicite, discuté et voté démocratiquement permette de définir un budget alloué aux dépenses de soins et de santé publique, budget qui doit être décliné au plan régional et au niveau infra-régional à définir (cf. ci-après).

Dans la période actuelle, il s'agit de favoriser des espaces et des modalités nouvelles de concertations et de régulation des soins et de la santé publique pour les acteurs volontaires qui voudront y participer sans y être contraints par « le haut ». Puisque, in fine, l'argent récolté et distribué par l'Assurance maladie sert essentiellement² à financer les soins et les professionnels qui les dispensent, on doit juger toute réforme de l'Assurance maladie à l'aune des améliorations qui en résultent effectivement sur le terrain du soin et de la santé.

Affirmer la primauté des soins primaires. Nous ne sommes pas satisfaits en tant que professionnels de santé des paradigmes du soin et de santé publique entretenus par nos financeurs publics : hospitalo-centrisme, modèle bio-technique hégémonique du soin et gestion technico-administrative des structures et du personnel soignant, l'usager citoyen bien que destinataire et bénéficiaire du dispositif Assurance maladie est notoirement absent des procédures décisionnelles. Prioritairement s'affirme la nécessité d'affirmer la primauté des soins primaires, au niveau de la dispensation, de l'organisation et du financement des soins. Il est nécessaire aussi de proposer de nouvelles façons de répartir les ressources financières et humaines afin d'améliorer l'état de santé de la population en intervenant sur le plan socio-

économique pour créer des conditions favorables à la santé. D'autres formes de pratiques médicales sont à mettre en place qui n'ont pas pour l'instant d'espaces reconnus et institutionnalisés. Ces nouvelles pratiques supposent une rémunération qui prenne en compte une fonction du soignant qui inclut en plus du soin, la formation professionnelle continue et des activités de santé publique et de prévention.

D'un système de soins vers un système de santé. Si l'on fait le choix politique de passer d'un système de soin tel qu'il est avec ses cohérences et incohérences fortes, pour aller vers un système de santé, alors il faut qu'au plan local et régional les rôles et attributions des trois acteurs principaux que sont les usagers, les professionnels du soin du secteur sanitaire et social et les gestionnaires participent à une régulation et à une gestion tripartite des dépenses de soins et de santé entièrement repensée pour ce qui est de leurs modalités.

Le niveau local : tenant et aboutissant de toutes les réformes hautement souhaitables pour l'Assurance maladie.

L'indispensable soutien institutionnel au plan local des nouvelles pratiques. L'Assurance maladie doit soutenir institutionnellement partout en France, là où ils se trouvent les professionnels qui veulent faire mieux (et pas simplement gagner plus) dans le concret de leurs pratiques. Pour les médecins généralistes cela signifie améliorer le contenu de leur travail quotidien.

Le travail du médecin généraliste doit évoluer vers une rémunération globale de ses activités. De telle sorte que durant sa semaine de travail, puissent se trouver combinées de façon harmonieuse, ses activités de soin (ce qu'il fait déjà dans son cabinet médical), mais aussi des activités de concertation et de coordination avec les autres professionnels du secteur médical et social avec qui il a à collaborer lors de la prise en charge des personnes qu'il soigne. Il faut aussi que dans le temps de travail du médecin généraliste sa formation professionnelle continue soit reconnue. Ces nouvelles tâches nécessitent la sortie du paiement à l'acte curatif exclusif pour aller vers une rémunération globale du médecin.

Dès aujourd'hui, le minimum serait de pouvoir organiser la semaine de travail du médecin généraliste avec une demi-journée consacrée à la concertation et aux actions de santé publique et une autre demi-journée à sa formation professionnelle continue. Comment rémunérer ces deux demi-journées, sur quels fonds ? Il serait judicieux de calculer la rémunération en rapport avec ses deux demi-journées sur la base d'une activité salariée à temps partiel, telle qu'on peut la trouver pour un médecin hospitalier de niveau équivalent (bien évidemment il faudra que les médecins généralistes touchent un salaire d'un niveau « juste et attractif » pour qu'ils acceptent de faire un peu moins de curatif et un peu plus du reste.

Les fonds de financement existent déjà mais sont mal utilisés : des sommes conséquentes sont allouées par le biais du F.A.Q.S.V.³ pour des projets dont l'utilité reste à prouver pour nombre d'entre eux, et qui ne concerne qu'une infime fraction du corps médical.

A terme, l'Assurance maladie devrait pouvoir proposer aux médecins généralistes volontaires de travailler entièrement sur la base d'un salaire qui inclurait contractuellement les tâches de soins, de formation médicale continue et de santé publique.

Un niveau local de gestion et de concertation à créer. L'Assurance maladie doit être le chef d'orchestre de la gestion loco-régionale des dépenses de santé socialisées, tous financeurs confondus. Entreraient dans le panier gestionnaire, les fonds de la Sécurité sociale, mais aussi ceux venant de l'Etat et des collectivités locales.

Pour ce faire, un préalable indispensable réside dans la définition de budgets locaux et régionaux pour le fonctionnement de l'ensemble des structures et des personnels soignants pour chaque zone territoriale considérée : la région certes, niveau consensuel dans le champ politique, mais aussi un niveau plus périphérique qui reste à créer, de la taille approximative d'un canton, correspondant à une zone d'habitation d'environ 200 à 300 000 personnes en moyenne (à nuancer selon le caractère urbain ou de campagne de la zone géographique) et l'ensemble des res-





sources médicales dudit territoire correspondant à la médecine de premier recours (médecine curative ambulatoire et médecines de prévention) et hospitalière de premier niveau (cliniques privées et hôpitaux généralistes). La pertinence de cette aire de concertation est qu'elle correspond à la zone d'échanges et d'utilisations, du point de vue des usagers et des professionnels du soin et du secteur social, de ces structures pour résoudre la grande majorité des problèmes liés à la santé publique et aux soins.

L'Assurance maladie doit être l'outil permettant de recueillir et de faire circuler les informations concernant l'état de santé de la population vivant dans la zone considérée. A partir de données constamment réactualisées, il s'agira pour l'Assurance maladie avec d'autres partenaires institutionnels, d'organiser la concertation et les actions au plan local en matière de santé publique. S'assigner de tels objectifs, c'est changer complètement les comportements des gestionnaires et des services médicaux de l'Assurance maladie : on n'élabore plus seulement des dispositifs pour contrôler le trop dépensé ou le mal dépensé (TSAP⁴, RMO⁵ et autres contrôles), mais aussi de se donner les moyens de recueillir des données quant à la santé des gens et aux principales causes des maladies pour la zone considérée. Des médecins contrôleurs de la Sécu certes, mais surtout des médecins de santé publique (une reconversion pour nos chers collègues de la Sécu ?), des épidémiologistes, des spécialistes des sciences humaines qui travailleraient en collaboration avec les professionnels du soin du terrain et les usagers autour des questions liées à la santé de la population que nous avons en charge.

Pour la création de chambres de santé. Une gestion-régulation tripartite des budgets en matière de santé publique s'impose. Elle permettra de suivre au mieux les effets du financement des actions de santé publique entreprises au niveau local parce que le recueil d'informations fait sous l'égide de l'Assurance maladie les aura considérées comme prioritaire pour la zone géographique considérée. Dans cette gestion tripartite au plan local doivent être représentées transversalement toutes les professions de santé du secteur en question : ambulatoires et hospitaliers,

secteur libéral et salarié, médicaux et paramédicaux, secteur social. Il est nécessaire dans cette optique de créer de véritables chambres de santé ouvertes aux professionnels comme au non professionnels et qui seraient des lieux où les débats, la réflexion sur les évolutions des métiers du soin et de la santé, des travaux de recherche pourraient s'accomplir. De belles occasions de transmutations - facilement réalisables de surcroît - pour nos dispendieux et inutiles ordres professionnels...

La place du citoyen-assuré social à redéfinir. Certes, il existe déjà une représentation des assurés sociaux au sein des caisses, mais elle a été vidée de tout pouvoir décisionnel et d'efficacité face à la gestion technocratique hyper centralisée sous la houlette d'un Etat omniprésent. Une redémocratisation de l'édifice Assurance maladie s'impose. Elle passe par la remise en place d'élections aux différents échelons des instances de la Sécurité sociale. Des questions importantes restent à discuter et à proposer quant aux modalités précises de ces nouvelles élections. En plus de la représentation syndicale actuelle, faut-il introduire par le biais des élections d'autres représentations des usagers : association de consommateurs, de malades, individualités qui se présenteraient pour des compétences particulières ? Mais aller plus loin dans cette voie nous ferait sortir de notre compétence et de notre légitimité qui se cantonne ici à celle du professionnel du soin.

1 De ce point de vue le modèle le plus achevé que l'on peut voir aux U.S.A. est un échec patent : les Américains ont le record du monde en matière de dépenses de santé (plus de 10 % du P.I.B.) tout en laissant 40 millions de leurs concitoyens de l'impossibilité de soigner faute d'une solvabilité suffisante.

2 Je n'oublie pas que l'Assurance maladie finance également les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail mais cela est une autre question que je n'aborderai pas dans cet article.

3 Fonds d'Action pour la Qualité des Soins en Ville, gérés par les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

4 Tableaux d'Activités Statistiques Professionnelles

5 Références Médicales Opposables

Polytoxicomanes et polyprescripteurs : le rôle de la CPAM, du contrôle au cadre

En août dernier, je reçois comme tous les médecins généralistes de la ville une lettre ferme et polie du pharmacien-conseil qui m'informe du nombre de toxicomanes qui se font prescrire du Subutex ou d'autres psychotropes par plusieurs médecins en même temps : pour en consommer davantage, ou pour le revendre, qui sait ? C'est ce qu'on appelle les « dérives » de la substitution. Donc il existe un programme informatique, utilisé par le service du contrôle médical de la CPAM qui peut dépister les dérives, du Subutex en l'occurrence, à quoi cela peut-il bien servir ?

A évaluer l'ampleur du phénomène : il y en a très peu. C'est pourtant la crainte de tous les professionnels, médecins généralistes, pharmaciens, être transformés en « dealer en blouse blanche » si les dérives deviennent faciles et importantes. Ce n'est donc pas le cas, on le sait par cette lettre ; c'était déjà la notion dégagée par l'enquête de la CRAM de 1999. Ouf !

Ce pourrait être l'occasion pour le contrôle médical de féliciter les soignants, médecins généralistes et pharmaciens de l'excellent travail qu'ils arrivent à faire... Que nenni, le ton de la lettre est scandalisé, réprobateur, et n'encourage pas les professionnels à poursuivre ce travail, fait de rigueur, de tolérance et de confiance dans les possibilités du patient à progresser... Ce pourrait être l'occasion de mentionner particulièrement le travail des pharmaciens : délivrance régulière, assez souvent quotidienne, impliquant un accueil et une disponibilité inhabituelle et non rémunérée... Ce pourrait être l'occasion de souligner la nouveauté : la coopération entre médecin, pharmacien, et intervenants sociaux et éducatifs.

Cela s'appellerait de la communication ; mais ce n'est que du contrôle, et l'ambiance n'est pas bonne, notamment entre les pharmaciens d'officine et le pharmacien conseil.

Pour le patient qui « dérive », apparemment, le « dépistage » de la dérive ne sert à rien. Il continue à se faire prescrire abondamment et la CPAM à rembourser, tout. Les professionnels ne sont pas mis au courant individuellement : certains le regrettent qui voudraient coincer leur patient ; d'autres, dont je suis, se trouveraient embarrassés d'un savoir extérieur, pas sûrs de pouvoir l'utiliser pour améliorer le suivi du patient. Parfois, quand même, le fraudeur est convoqué au contrôle, et on lui propose un contrat : il doit choisir un prescripteur unique et un pharmacien unique, qui restent libres de leur façon de faire, et seule cette prescription sera remboursée par la CPAM : ce n'est pas seulement une mesure de limitation et de punition, c'est une façon d'aider les professionnels à maintenir un cadre, des limites, à ce type de patient qui en manque justement, sans lui enlever son libre-arbitre. Voilà une attitude thérapeutique. Une raison vraisemblable à la dérive est évidemment, pour le toxicomane, le maintien d'un espace de liberté ; la gageure, pour l'accompagnant, c'est de l'aider à garder un tel espace, où le soignant ni personne n'a accès, et en même temps l'aider à accepter le cadre rigoureux du soin.

Il y a encore beaucoup à réfléchir et à inventer dans les services que peuvent rendre les outils de la CPAM : ils sont créés à l'évidence pour une meilleure gestion, et je ne suis pas contre, mais avec un peu d'astuce, ils peuvent aussi servir à soigner !

Martine Devries

Médecin généraliste

L'Assurance maladie, partenaire de la FMC

Francis Blanc

Médecin généraliste

Le contrat qui lie les médecins à la Sécu contient un volet sur la FMC¹, c'est tout récent, 1993, et c'est légitime : la société a le droit d'exiger de ses médecins un minimum de compétences techniques. Cela a un coût qu'il est normal que la société assume. Symétriquement, il est bon que les médecins aient fait inscrire dans le contrat qui les lie à la société le droit à une FMC indemnisée, prise sur le temps normal de travail. Le temps de formation est un temps professionnel qui doit s'exercer pendant l'exercice normal de la profession, pas le soir et le week-end !

À l'heure actuelle, quels sont les intervenants, sur le terrain, de la FMC médicale ? Il me semble que l'on peut en identifier quatre principaux : l'industrie pharmaceutique, l'Université, les professionnels eux-mêmes et enfin les pouvoirs publics (Etat ou Sécu).

L'industrie pharmaceutique, dont on peut s'interroger sur la pertinence et la légitimité de son intervention dans ce domaine, a été et est, hélas ! toujours un intervenant majeur dans ce champ. C'est au détriment de l'indépendance professionnelle, de l'objectivité scientifique, du bien être des patients et des finances de

l'Assurance maladie. L'Université, quant à elle, est tout aussi incapable d'organiser la FMC qu'elle est infoutue d'organiser une FMI² honorable. Contrairement à ce qu'elle dit, elle ne connaît pas la pratique des généralistes, elle n'est pas sur le terrain. Elle doit assurer d'urgence son propre aggiornamento et n'a donc ni la possibilité ni l'autorité nécessaire pour faire quoi que ce soit, actuellement, de crédible.

La profession s'est depuis longtemps organisée pour assurer sa FMC. Les associations locales travaillent le plus souvent dans un bénévolat absolu et dans des conditions matérielles souvent difficiles. C'est certes indispensable, mais absolument pas suffisant pour garantir une FMC de qualité. L'absence de moyens est pratiquement une garantie de non-qualité. Il est donc indispensable que les professionnels de santé investissent financièrement davantage dans leur propre FMC. Sinon indépendance et qualité resteront des mots. Qu'ils paient leurs abonnements aux revues de références, qu'ils cotisent aux sociétés savantes ! En attendant, dans un cadre contractuel, l'argent conventionnel, qui est aussi partiellement le leur, peut-être un élément non négli-

geable d'indépendance et de liberté. C'est aussi aux professionnels eux-mêmes à définir les objectifs de leur formation continue, et les moyens pédagogiques qu'ils souhaitent voir mis en œuvre : se voir imposer des thèmes non pertinents, ou des moyens inadaptés, rend la formation inefficace !

Enfin, la Sécu doit intervenir aussi. Elle ne peut se désintéresser de la FMC des praticiens conventionnés. Dans la majorité des autres systèmes de Santé comparables, le maintien du conventionnement est lié à un contrôle régulier des connaissances. Nous avons en France une Sécu vraiment peu interventionniste ! Si nous voulons le maintien du système actuel de Sécurité sociale, notre intérêt est qu'elle soit bien gérée, et que la Sécu

se pose le problème de l'efficacité des soins dispensés, et donc de la FMC des praticiens. Tout dans la vie sociale étant lié à un rapport de forces et à une négociation permanente, à nous de ne pas laisser cet outil devenir un instrument de coercition.

En conclusion, dans l'état actuel des choses, la FMC conventionnelle, maintenant appelée FPC³, est un réel progrès. Son contenu et sa validation doivent être revus, mais le principe doit être maintenu.

1 Formation Médicale Continue

2 Formation Médicale Initiale

3 Formation Permanente Conventionnelle



Le soutien de la CPAM

*Entretien avec
Evelyne de Wildeman*

A Calais, un réseau de coordination de soins palliatifs « Passerelles » se met progressivement en place, sur l'initiative de professionnels libéraux. Il est le fruit d'un travail patient de sensibilisation auprès de tous les intervenants. Evelyne de Wildeman, infirmière libérale, est aussi coordinatrice du réseau, et présidente.

Passerelles
Résidence d'Alembert
21 ter, rue d'Alembert
62100 Calais
Tél./Fax : 03 21 19 32 62
e-mail : reseau passerelles@hotmail.com
Passerelles est formé par tiers, des professionnels libéraux du secteur, du centre hospitalier de Calais et de l'association de bénévoles « la main tendue ».

Pratiques : Comment cela s'est-il passé avec la CPAM, au début ?

E. de W. : Il y a l'administration, les règlements, la gestion... mais nous, ici, nous avons rencontré des personnes ; et ce qui nous a rassemblé, c'est de parler des patients. Nous avons la volonté de faciliter et d'améliorer la prise en charge des patients en fin de vie, et nous avons senti tout de suite les personnes de la caisse intéressées par ce projet et avec le désir de nous soutenir.

Je me souviens de la première réunion, avant même la création de « Présences », l'association de libéraux, nous avons passé deux heures à leur exposer nos difficultés, nos projets. Ils étaient attentifs et intéressés. A la fin, le directeur a fait remarquer, étonné, admiratif, un peu ironique aussi, que pour une fois, les libéraux n'avaient pas parlé d'argent. Ce n'est pas ce qui nous motive, mais, nous avons, lui et nous, reconnu qu'à un moment, il faudrait parler de rémunération, au juste prix.

Il était clair, dès cette première réunion, que nous étions d'accord sur l'intérêt d'une coordination, sur la nécessité d'optimiser les ressources pour permettre une prise en soin globale de la personne en fin de vie.

Ce jour là, le directeur a encore posé une question : « Est-ce que vous pensez que d'autres libéraux pensent comme vous ? » On avait ri et je me souviens de ce rire. Pour les libéraux, dans ces circonstances, en général, chacun fait de son mieux dans son coin, mais bien souvent, ils n'ont pas le temps, ni les contacts qu'il faudrait, beaucoup de choses bien se font, mais ne se font pas forcément savoir...

Et finalement, comment vous ont-ils aidé ?

Ils nous ont proposé une salle de réunion, la possibilité de faire des photocopies et des mailings. Nous ne nous sommes pas servi de la salle, faire des réunions dans le bâtiment de la CPAM, il nous semblait que cela serait compromettant ! Mais nous avons abondamment usé des photocopies et des mailings. La première année, une grande partie de notre activité a consisté en réunions de formation, centrées sur les soins palliatifs, en invitant les professionnels libéraux de toutes les disciplines : médecins, généralistes et spécialistes, infirmières, mais aussi kinés, pharmaciens, orthophonistes, assistantes sociales, aides à domicile, bénévoles... et rapidement nous avons ouvert aussi un groupe de parole. Se rencontrer autour de thèmes précis, toutes professions et tous statuts mêlés, c'était une nouveauté, très appréciée.



Les administrateurs de la CPAM n'ont pas cherché à être partie intégrante du réseau, ni à agir directement, ce n'est pas un réseau de la Sécu !

Mais j'ai été étonnée de voir combien ils étaient disponibles pour nous : que ce soit le médecin chef, le directeur ou son adjoint, et aussi tous les autres, j'ai toujours pu leur faire part de difficultés sur des points délicats dans la pratique quotidienne, bien que le réseau n'ait pas encore été formalisé, et qu'il n'y ait aucune dérogation tarifaire.

Peut-être un exemple précis ?

Je me souviens d'une femme de 48 ans, seule à la maison avec sa fille de 13 ans ; elle avait un cancer généralisé ; elle est restée très énergique jusqu'au bout, assumant encore en partie la tenue de la maison... mais à certains moments, elle était prise de grandes angoisses, appelait le médecin traitant, le médecin de garde qui n'avaient d'autre recours que de la faire hospitaliser... S'ensuivait un grand désir de sortir, et il y a eu ainsi plusieurs allées et venues inutiles et génératrices d'angoisses par elles-mêmes. Il n'y avait pas « d'acte technique » à proprement parler : elle n'avait besoin que de timbres de morphine, et il n'y a pas besoin d'une infirmière pour cela. Mais j'ai téléphoné au médecin chef qui a compris le besoin d'une évaluation régulière de la douleur, mais surtout d'un soutien, d'un suivi journalier. La patiente est entrée dans le réseau. En téléphonant à ce propos au médecin chef, j'ai proposé de coter cette venue régulière de l'infirmière comme une surveillance de médicaments (un AMI 1 : 17,50 F/2,67 €), mais elle a trouvé que c'était trop peu, et que d'autre part, ça ne rentrait pas dans le cadre de l'AMI. Elle a proposé un AIS 3 (42,90 F/6,54 €) matin et soir, comme une toilette. Lorsque j'ai raconté ça au médecin traitant, il était étonné de cet accord, mais enthousiasmé par l'aide que cela apporterait à sa patiente. L'infirmière de Madame Y. est venue matin et soir, lui offrant écoute, soutien et lien avec les autres intervenants, tenant un cahier de suivi, appelant le médecin pour le tenir au courant, lui demander

son avis et selon la situation, lui demander de passer voir Madame Y. Une bénévole accompagnante est venue régulièrement, ainsi qu'une aide familiale, une assistante sociale de la Caisse d'allocations familiales (CAF) a pris les mesures nécessaires pour l'enfant (Aide familiale, départ en colonie de vacances, recherche de la meilleure solution pour un avenir proche). Les hospitalisations incohérentes se sont arrêtées.

Je pense à un autre exemple : chez une personne gravement handicapée, le matelas médical, acheté depuis moins d'un an, se délite et il faut le changer ; l'infirmière téléphone à la CPAM et obtient du pharmacien conseil, immédiatement, l'accord pour un nouvel achat. Avec le commentaire suivant : si cette personne n'en bénéficie pas, alors on ne voit pas qui doit en bénéficier. Ils connaissent maintenant notre façon de travailler et nous font confiance, mais ils sont souvent « coincés » par les règlements.

Un dernier exemple : comment débloquer en 48 heures un budget assurant la présence d'une auxiliaire de vie, la nuit, une aide familiale dans la journée, pour une jeune femme de 37 ans, mère de 4 enfants qui souhaite en accord avec son mari, revenir à la maison pour ses derniers jours de vie ?

Appel CPAM, 24 heures après c'est possible... ensemble on peut... il faut se rencontrer.

Justement, ça semble des arrangements entre personnes de bonne volonté de part et d'autre. Mais quelles sont les perspectives pour l'avenir, dans quel sens vont aller ces règlements ?

Jusqu'ici, pour bénéficier de dérogation tarifaire, c'est-à-dire être payé un peu plus, et surtout être payé pour tout ce qu'on fait, ce qui est loin d'être le cas actuellement, il faut être un réseau « Soubie » ce qui est très long et très compliqué.

Ce qui vient d'être annoncé par B. Kouchner, le 22 février 2002, c'est que dans un réseau de soin agréé (les membres ont une formation spéci-



fique, et adhèrent à une charte), les professionnels seraient rémunérés, tous, pour un temps de concertation. D'autre part, pour le paiement des soins, chaque professionnel aurait le choix : entre un paiement au forfait, ou un paiement à l'acte. Les kinésithérapeutes, pour les soins palliatifs, c'est déjà le cas : ils ont un forfait de 23,76 euros par jour, coté : AMK 12, et ils passent le nombre de fois qu'ils jugent nécessaire dans la journée. Pour une infirmière, actuellement, il n'y a pas la possibilité de forfait ; en fin de vie, il m'arrive de passer six fois dans la journée, ou d'être appelée la nuit ; or, je ne peux coter que, au maximum, quatre passages dans la journée, soit 4 AIS 3 (171,60 F / 26,16 €) donc une partie de mon travail n'est pas rémunéré. Le paiement au forfait serait un progrès, à condition que le montant du forfait de soin soit correct. En matière de soins palliatifs, il y aurait un forfait différent selon la prise en soin nécessaire, seraient pris en compte les soins de confort, les actes techniques, le temps de relation, d'écoute, de soutien du patient et de ses proches.

Et il y aurait une rémunération forfaitaire pour la coordination du réseau dans son ensemble : jusqu'ici aucune rémunération n'était possible pour un coordinateur libéral, donc c'était toujours un hospitalier qui était coordinateur, ce qui explique que les réseaux fonctionnent essentiellement dans le sens hôpital-ville : nous, nous tenons à un fonctionnement ville-hôpital, car nous, libéraux, nous savons comment ça se passe réellement au domicile, nous sommes au plus près des difficultés des patients, des soignants du domicile, nous connaissons ces personnes et leur famille, bien avant que la maladie grave ne vienne bouleverser leur vie.

Bien sûr, il faudra faire une évaluation du fonctionnement du réseau, nous nous ferons aider, si les moyens nous en sont donnés, mais quel genre d'évaluation, financière : d'accord, je pense que même avec la prise en compte réelle de tous les frais nécessaires au bien être de la personne nous serons compétitifs par rapport à l'hôpital ; éva-

luation qualitative : pensez-vous que le fait d'être à l'hôpital assure de ne pas mourir seul dans sa chambre ?

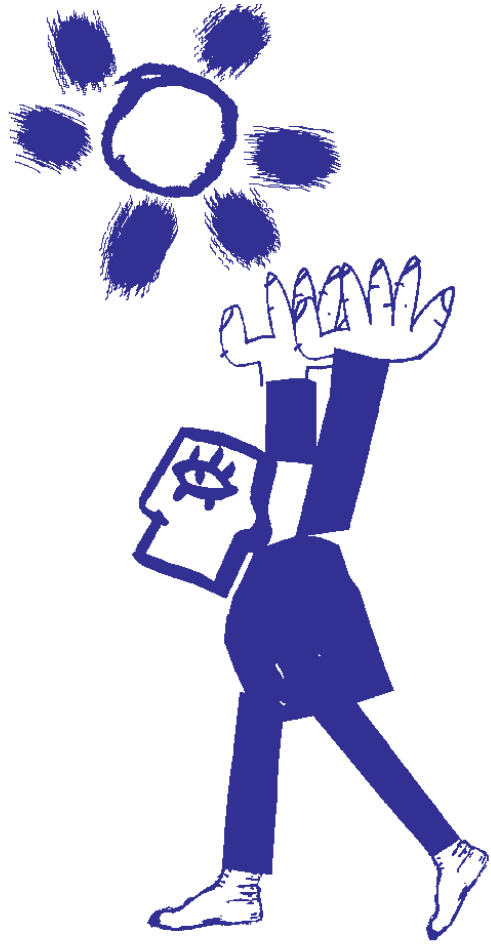
Dans certains cas (environnement familial absent ou risque de complications traumatisantes pour la famille), l'hôpital reste le lieu le mieux adapté ; pas de compétition, nous voulons la meilleure prise en soin possible pour nos patients. La CPAM est d'accord avec nous, en restant centré sur la personne malade, il me semble qu'un dialogue s'est ouvert.

Nous allons prochainement établir une convention entre le réseau et la CPAM, ce qui permettra à celle-ci d'utiliser un budget soins palliatifs du Fonds d'action sanitaire et sociale (FASS) pour rembourser du matériel indispensable en fin de vie, comme des compléments nutritionnels, certains médicaments (scopolamine), et des heures d'aide à domicile, garde-malade...

Nous nous sommes donné, à Calais, la possibilité de nous connaître et du coup, les administrateurs et les médecins de la CPAM sont accessibles : parfois, ils ne sont pas d'accord avec notre point de vue, mais ce n'est pas un refus à l'aveugle, non motivé. Et ça les intéresse de faire remonter les difficultés de terrain à leur hiérarchie, chacun à son niveau peut aider à atteindre un objectif. Celui-là nous concernera tous un jour ou l'autre...

Nous avons eu une vraie rencontre avec les personnes de la CPAM. La même rencontre est-elle envisageable avec l'institution CPAM en tant que telle ?

**Propos recueillis par
Martine Devries**



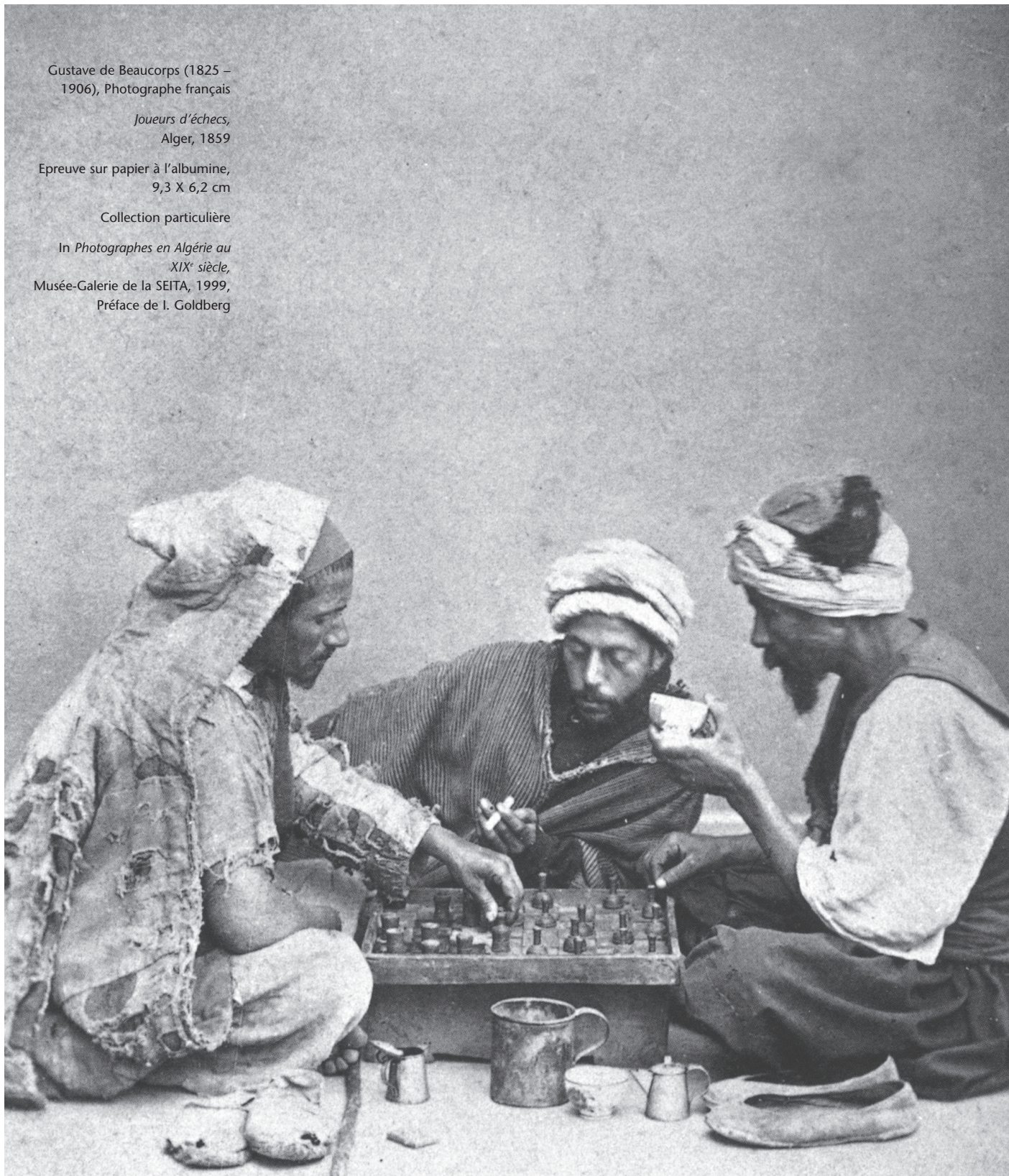
Gustave de Beaucorps (1825 –
1906), Photographe français

Joueurs d'échecs,
Alger, 1859

Epreuve sur papier à l'albumine,
9,3 X 6,2 cm

Collection particulière

In *Photographes en Algérie au*
XIX^e siècle,
Musée-Galerie de la SEITA, 1999,
Préface de I. Goldberg



« L'Orient, soit comme image, soit comme pensée, est devenu, pour les intelligences autant que pour les imaginations, une sorte de préoccupation générale ».

Victor Hugo,
Préface aux Orientales

Monique Sicard

Chercheur au CNRS en histoire et
esthétique de l'image et du regard.

Jamais peut-être, les mots « Occident », « occidental » n'ont été autant utilisés que depuis le 11 septembre 2001. Le jour tragique nous aura fait découvrir que nous ne sommes pas seuls au monde. Il existe un ailleurs différent, quelque part du côté où le soleil se lève. Aux oppositions entre pays du nord – pays du sud semble avoir succédées d'immédiates préoccupations horizontales est-ouest. Si, comme le dit Noam Chomsky, l'Occident conserve la certitude que sans lui, l'humanité n'a pas d'avenir possible, s'il s'estime détenteur des règles morales régissant la planète, il se rend soudain à l'évidence qu'un continent n'est pas vu de la même manière s'il est abordé depuis l'ouest ou depuis l'est. La question du regard, celle du point de vue reviennent au galop.

Le regard de l'Occident

L'occident (o minuscule) du moyen français désignait plus encore que le seul plongeon du soleil dans la mer, le coucher d'un astre. Il devint territorial en désignant la partie ouest d'un continent. Au XVI^e siècle, son acception métaphorique signait la ruine, le déclin, la chute. Le mot a subi depuis de telles dérives sémantiques qu'il ne s'oppose plus de manière simple à l'Orient, mais à l'Islam ou même, radicalement, aux pays non membres de l'OTAN. L'Occident (o majuscule) désigne alors, de manière vague, soit les pays de la chrétienté, soit les pays liés par l'article 5 du traité de l'Atlantique Nord (engagement d'assistance à celui des pays membres, victime d'une agression armée). Plus radicalement, le mot se déplace encore vers l'ouest pour désigner les Etats-Unis seuls. Claude Lévi-Strauss affirmait que « L'Islam, c'est l'Occident de l'Orient », soit : la part visible, organisée, motrice, qui laisse planer, au-dessus d'elle, les rêves, les fantasmes, l'exotisme. L'Occident serait cet insupportable lieu mythique où le commerce, l'évolution technologique, la possession de bien matériels et l'individualisme constituent les valeurs premières ; où l'affrontement politique s'interpréterait en terme de « choc des civilisations » fataliste, mais déculpabilisant.

Le malentendu du regard est grand. Nous ne voyons pas la même chose si nous venons du nord, si nous arrivons par le sud. Pour Gérard Fussman¹, Massoud est une exception française. Entendez : nos diffusions photographiques, télévisuelles et cinématographiques ont façonné l'emblème du héros. L'hagiographie tient lieu de pensée critique. En retour, nous avons relégué dans les ténèbres les guerriers pachtouns, les confondant volontiers avec les membres d'Al Quaida. Pour les Anglais, cependant, Massoud n'est qu'un valeureux chef de guerre courageux et les guerriers de l'Alliance du nord ne sont pas tous des humanistes. Paradoxe enra-



Emile Fréchon
1848 – 1921, Photographe
français,

La prière 2,
1890 – 1895, Algérie,

Tirage aux sels d'or,
23 X 29 cm, Collection
particulière

In Photographes en Algérie au
XIX^e siècle, Musée-Galerie de la
SEITA, 1999,
Préface de I. Goldberg

ciné dans l'histoire. Les Anglais sont arrivés en Afghanistan par l'Inde et le sud, les Français sont venus à la fin du XIX^e siècle par l'Iran et le nord. Les premiers ont appris le pachtou, langue de la majorité politique. Les second le dari, le perse d'Afghanistan, langue de la minorité politique. Or, la langue est un regard et l'on ne voit pas la même chose de l'Afghanistan, on n'en comprend pas la même chose si l'on parle pachtou ou dari.

Quelles seraient les caractéristiques d'un regard de l'ouest ?

Il ne renierait pas l'image car elle est, pour lui, depuis longtemps apprivoisée. Dans la Grèce ancienne, le regard pétrifiant de la Gorgone générerait des statues. Sa face interdite, véritable paradigme producteur d'images, n'était accessible que par l'intermédiaire d'un miroir. Et Persée n'a vaincu la Gorgone qu'en détournant la tête. L'image s'installait comme condition du voir ; bien avant qu'en 787 le Concile de Nicée ne tranche en sa faveur, elle était déjà l'intermédiaire obligatoire du regard. Nous sommes aujourd'hui les héritiers de cette déculpabilisation officielle de l'image, si profondément enracinée dans nos civilisations « occidentales » qu'elle en est l'un des déterminants.

L'omniprésence de la perspective albertienne pourrait en être un autre. Au moment même où les décentrement de la *De revolutionibus* de Copernic annonçaient les angoisses à venir de la science moderne, l'invention de la perspective replaçait l'Homme au cœur d'un monde dont il avait la maî-

trise. L'année même de la publication de l'ouvrage (1543), l'anatomiste André Vésale publiait lui sa *Fabrica*, rendant vie à ses squelettes et écorchés au sein de paysages à taille humaine. Gutenberg et son imprimerie étaient en route. Ces trois événements quasi simultanés sont constitutifs du regard occidental. Décentré, recentré, angoissé, démultiplié, n'hésitant plus à se porter directement sur des corps devenus objets de savoir, il inaugure le regard moderne. Direct et paradoxalement grand utilisateur d'images, il préfigure nos civilisations de l'apparence, du paraître, de l'expression et du tout facial dont l'âge baroque et le XVII^e siècle porteront témoignage. Il lui manque encore la vitesse, l'imédiateté, l'ubiquité.

Mais les civilisations de l'Islam n'opposent pas, de manière simple, une culture de la lettre et de la calligraphie d'où seraient absents simultanément les visages et la perspective. Le Coran se limite à dénoncer le culte des idoles. Cependant, ce pseudo-interdit de l'image pèse lourd dans la tradition islamique.

Pourtant, lorsque surgit la photographie, au cœur du XIX^e siècle, l'Occident, en plein élan conquérant, découvre en masse les pays du côté où le soleil se lève. L'Orient devient le berceau de nos civilisations occidentales.

L'orientalisme devient à la mode. Le regard occidental façonne l'Orient et ses icônes. Le déplacement n'est pas indispensable : le studio photo suffit. L'Occident se fabrique, dès lors tout un Orient de pacotille qui nous fait encore rêver : tapis, encens, narguilés, voiles de soie...

L'ouverture du canal de Suez, en 1880, est une révolution culturelle qui met fin à l'orientalisme. Les six mois de voyage nécessaires pour joindre Paris à Kaboul se réduisent brutalement à un mois. Le terrain, plus concret mais plus rude, se substitue à l'ailleurs rêvé.

1 Professeur au Collège de France, spécialiste de l'Afghanistan.

« **I**NCOMPETENTS : tous les médecins sont dans la rue, et pourtant les SDF ne sont pas mieux soignés ! »

Patrick Dubreil

Médecin généraliste

Cette petite brève dénichée en dernière page du *Charlie Hebdo* du 30 janvier 2002 vaut bien plus en vérité que les discours actuels sur le malaise des médecins. Comme l'écrivait Paul Nizan en 1932 dans son livre *Les chiens de garde*, Agone éditeur : « Il y a d'une part la philosophie idéaliste qui énonce des vérités sur l'homme et d'autre part la carte de la répartition de la tuberculose dans Paris qui dit comment les hommes meurent ».

Le discours actuel et historique des syndicats libéraux de médecins me fait penser non pas à une quelconque philosophie, mais plutôt à cette idéologie de l'argent comme valeur universelle et première. Certes, les économistes nous disent que le pouvoir d'achat des médecins généralistes a diminué de 1 % ces dix dernières années, en raison notamment de l'augmentation des charges des cabinets ; soit, réglons ce problème ; après tout, il n'existe pas de petite injustice et les revenus des médecins généralistes, ce n'est jamais que 4 % de l'ensemble des remboursements de la Sécurité sociale.

La logique de compétition et de profit pour seule réponse

Mais à l'échelon politique et dans les faits, à l'échelle collective plus qu'individuelle, les syndicats libéraux de médecins se contrefichent de l'état de santé de la population, car celui-ci dépend bien plus des inégalités sociales que du soin : contrairement à ce que l'on croit, l'état de santé de la population française ne dépend du soin qu'à hauteur de 15 % selon les études (et donc pas que des médecins) et dépend à hauteur de 85 % des conditions de transport, de logement, de travail, du type de catégorie socioprofessionnelle, etc. (cf. *Les inégalités sociales de santé*, INSERM, La Découverte). Jusqu'à preuve du contraire, le libéralisme ne fixe pas comme l'une de ses priorités la réduction des inégalités sociales. Exemples d'inégalités sociales de santé : les conditions de vie des plus pauvres, l'état de santé des « sans » de toute sorte (sans papiers, sans droits, sans domicile fixe, etc.), l'espérance de vie des ouvriers par rapport aux professions libérales, les disparités géographiques face à la mort, la souffrance psychosociale des enfants et des jeunes, et puis à l'échelle planétaire, la pression intolérable de l'industrie pharmaceutique qui fait payer aux Africains le prix fort de l'épidémie du VIH uniquement pour des raisons de profit. Nous pourrions multiplier les exemples.

La misère « vomit » aux portes des cabinets des médecins généralistes (en tout cas ceux qui ne la rejettent pas, comme certains médecins qui refusent les « CMU »). La mission sociale et d'écoute des médecins généralistes et de la profession soignante dans son ensemble n'a jamais été aussi importante et mal reconnue, et que font la plupart des médecins ? Ils ne se parlent pas, ne débattent pas et descendent dans la rue, la « tête dans le guidon » pour demander la consultation à 20 euros ! Certains mêmes se la jouent « cavalier seul » et, en toute illégalité, pratiquent aujourd'hui la consultation à 20 euros, sous prétexte que le plombier du coin gagne plus qu'eux ! (Eh les gars, quand est-ce qu'on s'assoit et qu'on réfléchit ?) Ces médecins font payer aux patients leur propre malaise qu'ils n'ont pas l'intelligence d'identifier, par paresse ou par égoïsme. Il est frappant de constater que peu de médecins se battent collectivement pour participer à l'élaboration de pratiques plus cohérentes en phase avec les maux dont souffre la société dans son ensemble. Certains médecins installés, ils n'y a pas si longtemps de cela, mettaient des « bâtons dans les roues » des jeunes médecins qui voulaient s'installer à côté de chez eux et qui allaient bien sûr leur « voler » toute leur clientèle et maintenant, les premiers s'en viennent pleurer car ils ne trouvent pas de remplaçants ! Belle solidarité confraternelle ! N'oublions pas que tous les médecins sont, par l'intermédiaire du remboursement des patients, les employés de la Sécurité sociale, structure solidaire et fruit du travail des salariés, Sécurité créée faut-il le rappeler, au sortir de la seconde guerre mondiale pour garantir à tous une vie un peu plus vivable et civilisée, vie balayée quelques années plus tôt par l'horreur et la monstruosité du nazisme.

Maintenant, assez de littérature, mais des questions : qui s'est battu pour tendre vers une refonte des études médicales, l'augmentation du *numerus clausus* en 1^{re} année de médecine, la formation à la faculté pour la médecine générale, le respect du statut des résidents (= internes en médecine générale) et des jeunes généralistes ? Qui s'est battu dans les années 80 contre ce que l'on n'appelait pas encore à l'époque le harcèlement moral des externes en formation (si tu ne préparais pas le Concours d'Internat de Spécialité, tu étais considéré comme une sous-

merde de futur généraliste et méprisé par certains hospitalo-universitaires) ? Qui aujourd'hui se bat pour revendiquer un statut du médecin remplaçant, pour faciliter, notamment financièrement, l'installation des jeunes médecins ? Qui se bat pour la main d'œuvre sous-payée que constitue depuis trop d'années déjà les médecins étrangers des hôpitaux publics ? Entre parenthèses, la France a toujours su séparer le « bon grain de l'ivraie » quand cela l'arrangeait (autrement dit : sélectionner les bons étrangers par rapport aux mauvais étrangers ; autrement dit : assimiler au sens « digestif » du terme comme le disait Claude Lévi-Strauss ou expulser, toujours au sens « digestif » du terme). Qui se préoccupe de l'accès aux soins ou plutôt, sujet plus crucial, des inégalités sociales de santé ? Qui est au chevet de la Sécurité sociale, structure trop bureaucratique et malade certes, mais qui est, jusqu'à preuve du contraire, le seul garant de la protection sociale à laquelle la population française est attachée ?

Concernant le secteur médical, je réponds sans ambiguïté : certains syndicats de médecins aux militants trop peu nombreux non représentatifs du « corps médical ». Entre parenthèses, je pense que ce fameux « corps médical » n'existe pas en dehors du fait que, par définition, il signifie un groupe de personnes (les médecins) exerçant la même profession. Le « corps médical » est un terme théorique ou un mythe. En pratique, dans la vie professionnelle, politique et syndicale, il n'existe que des médecins, aux multiples activités, opinions et statuts. A supposer qu'on puisse lui donner une caractéristique, alors ce « corps médical » est véritablement fragmenté et en voie de décomposition, n'en déplaise à certains.

Donc, dans chacun de ces petits syndicats, qui ne participent pas aux négociations nationales avec la CNAM et le gouvernement, une poignée de citoyens rêvent d'une autre pratique de la médecine et du soin, réfléchissent et débattent de multiples sujets, notamment de la formation ou actuellement des enjeux d'un hypothétique plan de sauvetage de la Sécurité sociale, menacée nous l'avons dit par la bureaucratie, mais aussi par l'absence d'imagination politique et les assurances privées. Ils essaient ensemble d'imaginer un autre système et une alternative au gâchis actuel (cf. pour exemples les milliers d'infirmières

et aides-soignantes épuisées préférant lâcher le travail, devenu aliénant, au lieu d'être épanouissant, ou ces étudiants en médecine ou jeunes médecins se détournant de la pratique médicale).

Mais je pense aussi à toutes les associations, syndicats, politiques ou simples citoyens qui un jour ont lutté ou luttent contre les inégalités et pour l'amélioration de l'état de santé de la population (droit à la contraception, droit à l'avortement, accès aux soins des étrangers et de leurs familles, des personnes âgées, droit des jeunes à être écoutés sur leurs problèmes de santé, etc.).

Combien existe-t-il de médecins du travail actuellement en France par rapport aux besoins réels ? Combien de médecins scolaires, de psychologues, de pédopsychiatres, de médecins de santé publique, de sociologues de la santé et des professions soignantes ? Existe-t-il une volonté politique de former ces gens-là, de créer un vrai ministère de la Santé avec une vraie politique de Santé publique ?

Pourquoi ne pas créer des « chambres des métiers du soin », véritables espaces démocratiques où la parole serait enfin libérée et où la dispute aurait toute sa place, chambres qui remplaceraient les Conseils de l'Ordre des médecins, structures obsolètes, conservatrices, aux fonctionnements obscurs et dotées d'une autonomie juridique faisant des médecins des citoyens à part (cf. C. Barth et R. Vargas, *Quand l'Ordre règne ou l'ordre des médecins en question*, Ed. Mango).

Existe-t-il une volonté politique de faire les citoyens s'approprier la Sécurité sociale ? Les dernières élections à cette instance datent de 1982, est-ce normal ? A qui la faute ? Les historiens et autres chercheurs trancheront. Mais pour le présent et l'avenir, pourquoi ne pas organiser des élections à la Sécurité sociale au suffrage universel au même titre que les élections municipales ou législatives ?

A l'heure où les centres publics de soins infirmiers dans de nombreuses régions mettent la clé sous la porte faute de financements et parce que tout le monde s'en fout (les malades les plus lourdement touchés peuvent « crever » chez eux, faute de soins, ça ne passera pas au vingt heures de TF1), à l'heure où les maisons locales de Sécurité sociale ferment sans qu'on demande l'avis aux assurés sociaux, et surtout sans qu'on leur demande à quoi elles pourraient servir, « pass'qu'y faut bien faire des z'économies », le débat actuel sur le rôle des soignants, monopolisé par les syndicats libéraux de médecins, est bien pauvre et dérisoire. Il alimente la confusion parmi la population en se focalisant sur des revendications uniquement tarifaires. De l'argent, d'accord, mais pour quoi faire ? De l'argent comme moyen ou comme but ? Alors, mesdames et messieurs des syndicats libéraux de médecins et d'infirmières, le profit pour seule réponse aux besoins de santé ?

Mesdames et messieurs, citoyens, rappelez-vous, en 2002... la carte de la répartition de la tuberculose sur la Terre...



Christian Bonnaud

Médecin généraliste,
président du Syndicat
de la Médecine Générale

Les médecins libéraux, l'Assurance maladie et l'OMC



Dessin paru dans *Pratiques* n° 48-49,
octobre-novembre 1981

Le conflit entre les médecins généralistes libéraux et l'Assurance maladie dure depuis le 15 novembre : grève des gardes, grève des week-ends, une seule manifestation, le 10 mars. Peu de débats sont organisés entre soignants, malgré le fait que d'autres soignants protestent également : infirmières, kiné, hospitaliers... en tout cas peu de débats publics, par contre l'information circule sur Internet, dans les forums de discussion.

Il existe dans ce conflit plusieurs problèmes. Il s'agit d'abord, de la part des syndicats CSMF et SML, de refuser de négocier et de refuser ainsi la Sécu comme seul partenaire ; par la suite, il sera facile d'introduire les assurances privées, comme le souhaite le Medef, afin de mettre en concurrence la Sécu. Cet objectif jamais exprimé est sous-jacent, et le soutien de l'Industrie pharmaceutique à ce mouvement va dans ce sens.

C'est en conformité avec les « règles » de l'Organisation Mondiale du Commerce : l'argent de la Sécu ne doit pas échapper aux marchés financiers. Cela, les médecins grévistes ne le savent pas ou ne veulent pas le savoir, englués qu'ils sont dans leur exaspération de ne pouvoir se libérer lors des week-ends ou de bénéficier de nuits de sommeil normales ; la grève est le moyen un peu digne qu'ils ont trouvé pour exprimer leur volonté de travailler autrement. La participation « massive » des médecins à ce mouvement et leur enthousiasme, c'est aussi la découverte de l'action collective, le plaisir de s'affirmer et le refus énergique de ne pas être considérés à leur juste valeur.

Au SMG, nous avons analysé ce système depuis longtemps, et nous savons qu'il doit être réorganisé, d'abord à l'échelon local. La rémunération du soignant doit prendre en compte non seulement le soin, mais aussi la formation et le travail de santé publique, pour une durée de travail qui ne doit pas excéder les 35 heures par semaine, comme pour tout un chacun. Cela est possible dès maintenant, l'existence des réseaux de santé nous le prouve.

En attendant, nous avons les mains dans le cambouis, les jeunes médecins, comme nos amis du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG), avant de se lancer dans la profession, veulent des assurances en ce qui concerne la qualité de vie (la longueur des journées de travail, les gardes, le repos de sécurité, la formation...). Ils posent les problèmes de façon réaliste. C'est entre leur réflexion et la nôtre que doit s'articuler le changement profond du système de santé que nous attendons.

Luc Beaumadier

Médecin généraliste

On entend de ci de là, que les médecins sont fatigués, déprimés, se sentent mal aimés, ont envie de changer d'activité. Des responsables professionnels disent observer de plus en plus fréquemment des situations où des confrères ont « perdu les pédales », ont dû arrêter de travailler, ont été victimes de pathologie psychiatrique. C'est un signe qui ne trompe pas, un problème se pose à notre profession. Il n'existe aucune structure professionnelle qui réponde aux difficultés de ces praticiens, l'ordre, les syndicats, le ministère sont muets. Silence radio. Pire, ils demandent aux associations d'y réfléchir. Pour ma part, je vois quatre groupes de raisons pour expliquer cet épuisement.

La proximité de la mort

Notre métier nous confronte, comme peu d'autres, à l'horreur dans son absolu le plus nu. La mort du cancer, du Sida, et de bien d'autres pathologies est épouvantable. Surtout lorsqu'il s'agit de sujets jeunes, dont le décès est précédé d'une longue diminution physique. Il y aussi ces patients atteints

d'une pathologie psychique grave, entrée dans la schizophrénie, ou encore alcoolisme ou toxicomanie incontrôlée malgré tous les projets de soins maints fois échafaudés.

Et le généraliste est souvent en première ligne, avec le patient chez lui, son entourage immédiat, à devoir dire parfois ce que les autres soignants n'ont pas réussi, ou trouvé le temps (c'est la même chose ?) de dire.

Le médecin généraliste est seul, sans groupe de pair, ou de supervision, ou de « psy » de soutien de l'équipe comme à l'hôpital (quoique...)

Dans l'histoire d'une activité de médecine de ville, le méchant hasard provoque parfois plusieurs situations de fin de vie très difficiles la même année. Quelle énergie surhumaine faut-il puiser pour assumer, et où peut-on la trouver ?

Cette horreur de certaines maladies se suffirait déjà à soi seul à expliquer l'épuisement.

Les difficultés personnelles du médecin

Mais le médecin peut aussi avoir des difficultés personnelles, dans son propre corps, fatigue, maladie qui le fait souffrir, surtout en prenant de l'âge. Sa vie relationnelle et psychique peut être compliquée, pleine de conflits, conjoint, enfants, parents, voisins. Bref comme n'importe qui, sa vie sociale et privée peut connaître des phases difficiles. Et comment être bien présent et à l'écoute d'un patient qui souffre quand on a l'esprit parasité par des préoccupations personnelles ?

L'épuisement du médecin

Comment rester calme pour un patient qui souffre, que la souffrance rend intolérant, alors que soi-même on est anxieux ou déprimé ?

Les conditions d'exercice

C'est peu dire, après environ 25 ans de pratique de ce métier (mon premier remplacement de médecin généraliste était en 1975), que les conditions d'exercice de la médecine générale en France restent médiocres. Le prix des actes est modeste, surtout la visite à domicile, pourtant beaucoup plus fatigante. Les activités de conseil, d'écoute, de formation continue, de soutien social, ne sont en aucune façon reconnues et honorées. Pourtant, par le biais du développement des réseaux, on nous en demande de plus en plus. Soyons honnête, ça bouge tout doucement, mais si lentement. Sur le plan strictement financier, il vaut mieux être aujourd'hui dentiste ou pharmacien que médecin généraliste. Avec moins de contraintes.

L'exercice isolé est délicat sans personne à qui parler, le fonctionnement des cabinets de groupe compliqué. Le statut libéral n'est pas adapté à l'exercice d'une véritable médecine générale, qui prend en compte la totalité de l'individu, sur les plans physique, psychique et sociologique. Seul l'acte de soins est payé. Le médecin généraliste libéral est coincé entre 2 extrêmes :

- faire tout ce qu'il doit faire sur ces 3 aspects, plus se recycler convenablement, aller à des congrès, participer à la vie associative, et prendre le temps de se reposer et de s'occuper des siens, et alors le nombre d'actes effectués est trop faible pour produire un revenu correspondant au niveau d'études et de responsabilité, il devient un médecin « curé » ;

- faire les consultations beaucoup plus vite, ne compter que sur les représentants de l'industrie pharmaceutique (alias « visiteurs médicaux ») pour son recyclage, il gagne bien mieux, mais la qualité des soins ?

Existe une troisième alternative : augmenter sensiblement les tarifs. Mais alors, qui soignera les patients aux plus faibles revenus ?

Un isolement qui nécessite des alternatives

Dans la plupart des pays qui nous entourent, la situation du médecin généraliste est meilleure qu'en France. Ils sont mieux payés, travaillent moins, avec plus de responsabilités par un meilleur équilibre entre médecin généraliste et spécialiste. La situation la plus proche de la France est celle de la Belgique. Pire en première analyse, avec encore plus de médecins généralistes isolés, un prix des consultations plus bas et une bureaucratie tatillonne. Cependant, il existe dans ce pays une importante fédération des maisons médicales, réelle alternative à l'exercice isolé, avec un cadre juridique beaucoup plus ouvert qu'en France : possibilité d'associer de nombreux types de soignants (médecins, kinésithérapeutes, dentistes, infirmières, et même assistante sociale...), et une possibilité d'être payé à la capitation.

En ce qui me concerne, une vie associative riche m'a beaucoup aidé. Mais cette vie associative reste toujours dans une forme de précarité ou de marginalité anormale à mes yeux. FMC indemnisée, puis qui ne l'est plus. Ou réseau toléré sur des problématiques qui n'intéressent pas la nomenclature médicale (toxicomanie, interruption de grossesse). Faire un réseau diabète, Sida, ou HTA est autrement difficile (sauf lorsque les universitaires sont dépassés par le nombre).

La pression judiciaire

Autre aspect qui aggrave maintenant les conditions psychologiques de l'exercice : la pression judiciaire. Je dis en préambule qu'il me paraît normal que le médecin ne soit pas au-dessus des lois, et soit responsable de ses actes et de ses erreurs. Mais je ne suis pas d'accord avec le maintien ou l'apparition de lois d'exception. Le statu quo au sujet de la non-réforme des conseils régionaux de l'ordre, véritables tribunaux d'exception est depuis longtemps inacceptable. La création récente de la notion de responsabilité (avec condamnation possible) sans

faute est une autre. Ceci ne concerne que les hôpitaux et cliniques... pour l'instant ? On peut encore accepter ici l'idée que le but de cette bizarrerie juridique est l'indemnisation des victimes. Le concept juridique devient malgré tout surprenant.

Plus inquiétant : le retournement de la charge de la preuve ? Habituellement, c'est à l'accusateur de prouver ce qu'il avance. Maintenant, la loi permet de condamner un médecin, en cas d'accident, si le patient victime dit qu'il n'a pas été informé du risque auparavant. Le dit sans avoir à le prouver. D'où depuis quelque temps prolifération dans les hôpitaux et cliniques de documents détaillant tous les accidents et incidents possibles de tout geste diagnostique et thérapeutique, que les gens doivent signer avant le geste. Ceci a une conséquence dont je suis certain : l'effet psychologique désastreux sur certaines personnes, qui ont 3 fois plus peur qu'avant de se faire opérer, ou même ne veulent plus se soigner. Que gagne-t-on dans tout ça ? Moi j'y perds beaucoup plus de temps, à réassurer encore plus les patients que j'ai parfois eu du mal à convaincre d'une intervention indispensable. Alors même que l'évolution des techniques rend les gestes médicaux de plus en plus sûrs et de moins en moins pénibles.

L'aggravation des inégalités sociales

Le développement de la précarité, des chômeurs de longue durée, des étrangers en situation déli-

cate, et pas toujours illégale d'ailleurs, ou d'un environnement dégradé augmente la pénibilité du travail du médecin.

Se rendre pour une visite à domicile, dans un quartier où les immeubles sont laids et mal entretenus, c'est déjà une sorte d'agression pour l'œil du médecin. Je ne détaille pas les odeurs. Ça n'aide pas à avoir l'esprit concentré sur son travail.

Voir des gens que l'on voudrait bien soigner, mais dont on se demande comment on va y arriver, car ils comprennent à peine le français, ou n'ont pas les capacités intellectuelles, ou psychologiques de faire ce que l'on propose. La faisabilité de la thérapeutique. Aspect des choses qui n'a pas encore franchi le mur de l'Université médicale. A quoi sert de proposer un projet de soins, s'il est irréalisable car les conditions locales ne le permettent pas. Ceci veut donc dire que l'on peut en l'état actuel de la science soigner cette personne, ce n'est pas la maladie qui est incurable, non, ce diabète, ou ce trouble cardiaque ont des solutions efficaces. Mais cette personne ne sera pas soignée parce que ses conditions sociales et psychologiques vont générer tellement d'entraves que l'on va à l'échec avec une très haute probabilité.

En conclusion, il me paraît indispensable que la profession s'intéresse à ces questions, pour aider ceux d'entre nous qui souffrent d'abord, et par ricochet pour améliorer la santé publique. Car si les médecins vont mal, on peut imaginer que les patients iront moins bien...

Suite au voyage d'étude en Palestine sous l'égide de Pratiques et du SMG en mai 2000 et compte tenu des événements actuels, nous publions cette pétition en date du 17 mars 2002.

Nous, médecins et scientifiques, sommes bouleversés et indignés par les développements chaque jour plus dramatiques de la situation en Israël et dans les territoires palestiniens occupés par Israël.

L'idée de paix entre Palestiniens et Israéliens, qui avait émergé entre 1993 et 2000, ne semble plus être aujourd'hui qu'un souvenir.

Par la force, le gouvernement et l'armée d'Israël imposent chaque jour des conditions d'existence plus inhumaines aux Palestiniens de Gaza et de Cisjordanie. Le Premier Ministre israélien Ariel Sharon en est le principal responsable, lui qui parle du processus d'Oslo comme de « la pire catastrophe » qui soit arrivée à Israël.

Cette politique est également criminelle vis-à-vis du peuple israélien, qui paye le prix de l'occupation par la mort de civils innocents, car les Israéliens ne peuvent espérer vivre dans la paix et la sécurité en conduisant un peuple au désespoir.

Nous sommes de plus inquiets des retombées néfastes de ce conflit sur les relations entre Français juifs et arabes au sein de la République française. Pour notre part, nous voulons mon-

trer l'exemple du dialogue et de l'échange, surtout aux jeunes, en les mobilisant par un combat citoyen commun contre toutes les formes de racisme. De même que nous disons aux Français d'origine arabe ou musulmane que leurs concitoyens d'origine juive ne sont pas responsables des malheurs des Palestiniens, nous disons aux Français d'origine juive, et plus généralement à l'ensemble de l'opinion publique, que critiquer la politique israélienne n'est pas faire preuve d'antisémitisme.

Nous en appelons :

- A tous les membres des sociétés israélienne et palestinienne qui ont su faire entendre leurs aspirations à la paix ces dernières années sur la scène internationale.
- A tous les Français amis des peuples palestinien et israélien désireux de voir la paix s'installer au Proche-Orient.

Nous demandons :

- Le respect des principes et résolutions des Nations-Unies, ainsi que des Conventions de Genève.
- Une force d'interposition internationale.
- Le démantèlement des implantations de colons israéliens et le retrait immédiat de l'armée israélienne des territoires occupés en 1967.
- L'établissement d'un Etat palestinien à côté de l'Etat d'Israël, dans le respect mutuel des droits et des aspirations légitimes des deux peuples.

Ni le peuple de France, ni ses dirigeants, ne peuvent rester indifférents au drame qui se passe de l'autre côté de la Méditerranée. Les signataires de cet appel ne manqueront pas d'interpeller tous les candidats à la prochaine élection présidentielle en France sur leur soutien à ces propositions.

Pour une paix juste et immédiate au Proche-Orient

Les signatures de soutien
à cet appel sont à adresser à :
mediscience.pales.isra@wanadoo.fr
(merci de préciser
votre spécialité et votre ville)

Laurent Dianoux

Biologiste, membre du GEL.

Plus de 50 millions d'hectares sont maintenant cultivés de par le monde en PGM (plantes génétiquement modifiées). La bataille serait donc gagnée et l'affaire entendue. Alors qu'elles n'ont pas démontré leurs avantages, elles s'imposeraient à la planète comme la simple application d'une technique. Face aux réalités de notre temps, diminution des surfaces des terres arables, stagnation relative de la production mondiale, augmentation de la population du globe, accroissement de l'urbanisation, modification de la demande nutritionnelle et gustative des aliments, il n'y aurait qu'une seule solution : l'agriculture devrait s'adapter à cette rupture technique qu'est le transfert de gènes. Même la Commission Européenne pousse, depuis l'adoption de la dernière directive (2001/18/CE), à arrêter le moratoire en cours en considérant que les dernières difficultés ont été levées. Or tout le monde est d'accord pour dire que l'évaluation de l'impact des OGM sur la santé, de la toxicité propre du produit, et du pouvoir allergène des OGM, est un exercice difficile plein de biais et d'interprétations. Quant aux effets à long terme, l'évaluation du risque, considéré comme le produit d'une probabilité par un danger reconnu, devient impossible tant que le danger n'est pas détecté. La limite de l'utilisation du principe de précaution, présent à toutes les étapes de l'évaluation, serait donc celle-ci. A ce stade faut-il rester en position d'attente ou considérer que seule l'expérience

Les OGM végétaux : les avancées du débat public

contrôlée donnera d'autres indications sur le risque encouru ? Mais les questions sont plus larges : quelle est la contribution de la recherche sur les OGM à un progrès en matière d'agriculture ? Quelle est sa contribution positive à la résolution des problèmes des pays pauvres ? On sait que la dépendance à l'égard de l'agriculture intensive a conduit des régions entières de par le monde à la famine, situation qui est maintenant reconnue même par ceux qui en ont favorisé l'extension. Or rien ne dit que l'utilisation des OGM modifiera la donne. Ce modèle unique de diversification agricole, cette volonté d'imposer de nouvelles cultures se fera au détriment des travailleurs de la terre en accentuant le mouvement de dépossession des terres. Ils se battent pour le droit à la diversité pour survivre et défendent la légitimité de leur outil de travail. Il n'empêche : le mouvement de contestation prend de l'ampleur, se radicalise parfois, et certains pays opposent un refus net à la production d'OGM. Des groupes d'agriculteurs ont des plates-formes de revendications

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://genetique-et-liberte.asso.fr>

très claires ; par exemple la Confédération Paysanne demande : l'interdiction du brevetage du vivant : patrimoine inaliénable et commun de l'humanité, une Europe sans OGM, l'arrêt des essais en milieu ouvert en Europe, la mise en place de travaux d'évaluations indépendants, l'étiquetage et la traçabilité obligatoires, une recherche publique forte, pluridisciplinaire et indépendante.

La dernière directive européenne, la Directive 2001/18/CE sur la dissémination volontaire d'OGM dans l'environnement, est une refonte de la Directive 90/220/CEE qu'elle abroge - en gardant certains éléments comme les autorisations et le système d'échange des informations contenues dans les notifications - à la suite des propositions de révisions et des nouvelles modifications apportées. Elle a été adoptée par le Parlement européen et le Conseil le 12 mars 2001. Les législations nationales ont à se conformer à celle-ci pour le 17 octobre 2002 pour une mise en œuvre fin 2002 alors que sa présentation il y a plus d'un an avait entraîné de fortes protestations. Cette directive constitue une base juridique pour l'introduction de mesures intermédiaires. Elle « vise à rapprocher les dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres et à protéger la santé humaine et l'environnement ». Cela signifie que les pays l'UE sont invités à suspendre le moratoire de facto sur les cultures transgéniques et les produits alimentaires contenant des OGM alors que cette Directive ne contient pas encore de dispositions concernant l'étiquetage et la traçabilité à l'échelle communautaire. Cette directive fait explicitement référence au principe de précaution dans sa rédaction. Les dommages causés aux OGM seront traités par une proposition législative que la Commission s'est engagée à présenter, sur la responsabilité environnementale. Ces exigences d'évaluation imposent pour chaque dossier déposé, une analyse détaillée de la construction génétique (précisant le type de transgène, les marqueurs, les promoteurs, les régulateurs, le nombre de copies insérées), une analyse des produits du gène (leur physico-chimie, leur toxicologie) une fois exprimés dans la plante, une

démonstration des qualités nutritionnelles de l'OGM, des résultats in vivo chez l'animal. Le projet de modification de la directive 90/220 dont première version date du 1^{er} janvier 1998 et la dernière du 18 octobre 1999 est intervenu en raison du souci de rassurer et d'informer plus largement le public et de garantir une évaluation et un contrôle des risques immédiats et à long terme pour la santé et l'environnement. Il s'agissait de rendre compte des lacunes existant sur la nature des analyses à mettre en œuvre, mais aussi de veiller à ce qu'un excès de rigidité ne décourage l'industrie. Les modifications principales concernent la transparence des processus de décision, la régulation des consultations systématiques des comités scientifiques, la limitation de l'autorisation de commercialisation et le suivi et l'étiquetage.

La crise de l'autorité des sources habituelles de légitimité, l'élite et le scientifique, favorise la recherche d'une autre source qui mette en visée la participation élargie à la prise de décision et la fabrication préalable d'outils d'aide à la décision. « Qui décide et comment ? » est devenu au centre de la réflexion sur les choix. Et les autres questions comme la place de l'expertise, la transparence, la responsabilité, le rôle de l'agriculture intensive, le droit à la diversité, l'évolution du droit, l'étiquetage sont maintenant intégrées à la réflexion des groupes concernés. Les progrès manifestes du débat public depuis dix ans ont permis de modifier les cadres de référence. Il ne s'agit plus d'exiger des panels des réponses en oui ou non, mais de mesurer le cheminement des discussions et non pas d'imposer de tirer des conclusions. Le débat améliore l'expertise en élargissant la controverse, il permet d'accumuler une somme de connaissances et il est un véritable outil d'aide à la décision. Il doit permettre la mise en place de tous les éléments d'appréciation, et doit se fonder sur certaines garanties : la transparence, l'accès aux pièces du dossier, les conclusions offertes à la discussion avant la prise de décision. La participation du public non spécialisé aux débats sur les politiques scientifiques est devenue l'objet d'études et divers mécanismes

sont proposés : les sondages, les panels consultatifs, les groupes de discussion, les jurys de citoyens, les conférences de consensus, les dialogues interactifs...

Dans ce domaine comme dans d'autres, la démocratisation des choix devient une volonté plus clairement affirmée. Il s'agit de définir des objectifs, de réfléchir de façon prospective, et non pas seulement réactive, et de choisir des scénarios qui incluent, aux valeurs techniques, les conséquences sociales des mises en application.

Le son de cloche unanime, encore peu, sur les OGM, qui voulait faire croire qu'il n'y avait en la matière aucun problème, s'est fait plus discret. Les faits, l'information documentée viennent éclairer différemment des situations faites d'interprétations et de conclusions non étayées. Les avis contradictoires s'expriment, les scientifiques interviennent dans leur champ de compétences, les experts viennent à comprendre que leur statut s'est modifié et qu'ont leur demande maintenant d'où ils parlent et quels sont leurs intérêts, le politique communautaire devient habilité. Loin de l'Appel d'Heidelberg de 1992 d'avant la Conférence de Rio, signé par un certain nombre de scientifiques reconnus, qui utilisait du matériel philosophique usagé, il ne s'agit pas d'attaquer la Science et son avatar génétique, mais de poser la question centrale dans cette situation de certitudes mesurées : quel rôle peut et doit jouer la science dans le processus de la décision politique ? Et peut-être affirmer que le scientifique devra se soucier plus qu'avant des rapports ambigus entre les recherches menées et leur exploitation politique, économique et médiatique qui fabrique des préjugés et être acteur des controverses générées par les avancées technico-techniques.

Le génie génétique et la transgénèse, en particulier, pourraient fort bien dans le cadre d'une utilisation rigoureuse, apporter des évolutions positives à certaines questions touchant la santé, l'alimentation ou l'environnement. Mais la dissémination précipitée de constructions génétiques

à peine sorties du domaine de la recherche, peut les rendre pour longtemps l'objet de tous les préjugés et les remettre au rythme lent de l'expérimentation au long cours. Les entreprises ont pensé que l'aval de l'Etat suffisait à rassurer le public. Le blocage du marché européen a eu des conséquences importantes sur le marché financier. Alors que les entreprises du secteur OGM à forte compétition se sont beaucoup endettées en achetant très cher d'autres entreprises grâce à des prêts importants, elles se retrouvent à vouloir scissionner leurs activités et vendre leurs activités OGM qui n'offrent pas les retours attendus. La contestation a eu un effet de rupture du modèle des années 70 qui avait comme axiome la neutralité de la technique. La technique n'est pas neutre sur le plan social, comme les experts ne sont pas neutres dans leurs affirmations. Les demandes de moratoires ont alors fleuri, y compris chez les scientifiques, sur les relargages dans l'environnement des plantes et produits alimentaires transgéniques. Et certaines allaient jusqu'à l'interdiction des brevets sur les organismes vivants, les lignées cellulaires et les gènes, et proposaient une enquête sur l'avenir de la sécurité alimentaire et l'avenir d'une agriculture prenant en compte les données scientifiques et les implications socio-économiques et éthiques.

L'acceptabilité sociale n'est pas à vendre, elle n'est pas seulement le résultat de campagnes d'information envers « un public ignorant pétri de préjugés irrationnels et d'arguments pseudo-scientifiques ». Le citoyen européen s'exprime, demande l'application prudente, mais ferme, du principe encore mou de précaution. Le principe de précaution au carrefour de la science, de la politique et du droit, principe de politique publique destiné à guider le décideur et à discipliner l'innovation, répond à une priorité de notre temps : la sécurité. La place de l'Europe dans le processus de globalisation est au cœur des débats et controverses sur la construction de l'Union Européenne comme espace économique, comme société, comme forme politique. Cette construction est aussi celle d'un espace public européen qui se mesure par les processus

de convergence dans les modes de traitement des problèmes ; elle est celle aussi d'un espace de débat public. L'eupéanisation des politiques publiques entraîne une recomposition de l'action de l'Etat, les politiques communautaires entraînent des transformations sociales et politiques. Les sociétés se transforment, l'ensemble européen fait émerger de nouvelles formes de régulation politique et juridique.

L'étude du cas des OGM permet bien de voir que l'imbrication - pour ne pas dire le véritable enchevêtrement des compétences et des procédures - entre les Etats et les institutions européennes est complexe ; mais en définitive, on ne peut ignorer la convergence des questions liées aux biotech-

nologies et à la santé vers la compétence communautaire. L'extension fulgurante en quelques années des surfaces cultivées en plantes transgéniques rend compte de l'ampleur du phénomène et de l'importance des questions posées. Ce n'est plus à la taille d'un seul Etat. Encore faut-il que l'Europe parvienne à trouver une position commune et à la défendre dans le cadre de l'OMC. Il semble dans tous les cas que le principe de précaution prend un sens autre que symbolique. Nous sommes dans la phase où le public, les groupes concernés, les groupes d'intérêt peuvent être les acteurs de la construction d'un autre point de vue des risques et de la mise en place de nouvelles modalités de régulation.

La loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé, adoptée par le Parlement, confère au patient un accès direct à son dossier et le droit de s'opposer à la mention de certaines données dans son dossier médical, ceci lui attribue un plus grand contrôle sur ses données de santé. Par ailleurs, dès 2002 dans le cadre du PMSI-Psychiatrie (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information-Psychiatrie), obligation est faite aux professionnels de santé mentale de fournir au département d'information médicale (DIM) de l'hôpital les renseignements sociaux et le diagnostic psychiatrique de chaque patient, ces informations sont des données sensibles nominatives. Dans chaque hôpital, ces données, pour toutes les personnes qui font appel au service de psychiatrie, sont enregistrées de façon centralisée que ce soit pour une consultation, pour un avis sur un enfant ou sur un adulte, ou pour une adoption, ou que ce soit pour une hospitalisation.

Mais au moment où en psychiatrie le patient acquiert l'accès à son dossier, la maîtrise de l'utilisation des données le concernant risque de lui échapper. Même si le projet de loi cité indique que l'utilisateur d'un établissement de santé est censé consentir implicitement au partage de toute information au sein de l'équipe de soins, la transmission de cette information au DIM relève d'une logique gestionnaire liée au recensement des activités de l'établissement. C'est donc bien une logique radicalement distincte.

Le caractère impératif du secret professionnel ne doit pas être abaissé par de tels dispositifs.

Rappelons que le respect de la vie privée est reconnu comme une garantie d'ordre constitutionnel et que l'interdiction de traitement des données personnelles relatives à la santé n'admet de dérogations que très strictement encadrées. « Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés » (Serment d'Hippocrate). L'exigence de confidentialité est fondamentale pour l'utilisateur et le professionnel, car elle fonde la confiance.

En contribuant au PMSI-Psychiatrie, le psychiatre ou le psychologue d'un établissement ne pourra plus assurer au patient que les propos échangés resteront secrets, ni que l'un comme l'autre n'en seront pas dépossédés. Actuellement, ces données sont gérées dans l'entité qu'est l'hôpital, mais cette limite de l'établissement ne risque-t-elle pas d'être dépassée demain avec un

Jacqueline Jacot
Psychologue

Odile Morvan
Psychologue

*sont membres de DELIS santé
mentale-Rhône Alpes*

Annie Marcheix
Consultante

Monique Herold
Biologiste

Pierre Suesser
Médecin

*sont membres du groupe santé de
DELIS (Droits Et Libertés face à
l'Informatisation de la Société)*

La confidentialité en psychiatrie est remise en cause !

DELIS

Tél. : 01 43 73 32 82

e-mail : contact@delis.sgdg.org

<http://www.delis.sgdg.org>

syndicat interhospitalier départemental ou des regroupements au plan national et européen ?

Pourtant une solution existe pour éviter l'identification directe des patients : l'anonymisation irréversible des données personnelles de santé qui est compatible avec les exigences gestionnaires du recueil d'indicateurs d'activités, indispensable à la Sécurité sociale et au ministère de la santé, et avec le droit du patient à accéder à son dossier médical. Anonymisation qui devrait s'effectuer à la source, au sein de chaque équipe soignante, garantissant ainsi à l'utilisateur et au professionnel de santé la confidentialité nécessaire à la relation médicale. Anonymisation rendue possible grâce à des logiciels tels que MAGIC qui permet un recueil anonymisé de trajectoires de patients ou FOIN qui permet d'occulter les données nominatives. Pourquoi n'y a-t-on pas recours ? Passivité, défaut de précaution démocratique, obéissance aveugle, dépendance hiérarchique, logiques gestionnaires. Les patients atteints du Sida ont, pour leur part, obtenu que la déclaration obligatoire de séropositivité soit anonymisée de façon irréversible à la source. La meilleure connaissance des activités de soins, souvent inti-

ulée « transparence » ne justifie nullement que le citoyen pris en charge par une institution psychiatrique voit son identité et son intimité rendues transparentes aux yeux de ceux qui ne sont pas chargés de lui prodiguer des soins : décideurs, chercheurs... Dans ce cadre, il faut rappeler que l'anonymisation est nécessaire, mais non suffisante pour éviter l'identification indirecte des patients. Avant toute utilisation non directement dédiée aux soins - analyse, statistiques, etc. - il convient de recourir à des méthodes pour rendre les bases de données non identifiantes telles que l'appauvrissement des données des bases exhaustives, la production de statistiques agrégées par établissement, etc.

Les données de santé vont être particulièrement protégées en tant que données sensibles par la future loi Informatique et Libertés, et le droit de s'opposer à leur communication sans avoir à justifier de raisons légitimes devrait être reconnu avec la nouvelle loi sur les droits des malades. En psychiatrie, il faut maintenir une grande vigilance et exiger des garanties pour prémunir la société contre tout risque d'un « fichage des malades mentaux », de sinistre mémoire.

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue

Les élections approchent et les promesses refléussent. La santé devient à nouveau un souci national, une priorité politique. On donne aux uns, on écoute les autres. On promet que les erreurs d'hier ne seront plus celles de demain. Et le candidat Jacques Chirac de se lancer dans une nouvelle critique du système actuel de santé et d'affirmer, sans rire, que la logique comptable ne doit plus être la base de la politique de soins. On en reste pantois. N'était-ce pas lui qui, pendant la campagne électorale de 1995, avait déclaré dans *Le Monde* : « Je m'opposerai à toute forme de rationnement des soins et je refuse l'idée de plafonner les dépenses de santé », ou encore « On a oublié depuis trop longtemps que la maîtrise des dépenses n'est pas une fin en soi et que le système de santé est d'abord de répondre à des besoins. » A peine élu, son Premier ministre engagea une politique de restriction drastique des budgets hospitaliers et un contrôle bureaucratique des médecins généralistes avec sanctions à l'appui. Mais il ne fut pas historiquement le seul à manifester un tel dédoublement de la personnalité. La « gauche » a plus d'une fois annoncé de vraies réformes en période pré-électorale, vite oubliées une fois

Une dizaine de candidats... et nous, et nous, et nous...

au pouvoir. Souvenons-nous des promesses de Mitterrand : les maisons de santé, la départementalisation hospitalière, la suppression du secteur libéral hospitalier... En réalité, la gauche n'a jamais développé de profondes réformes sanitaires, ni même créé un véritable ministère de la Santé digne de ce nom.

Faut-il pour autant accuser nos responsables politiques de machiavélisme électoral ? Certains le pensent, d'autres leur accordent le bénéfice du doute. Pendant leur campagne, les candidats écoutent les revendications des citoyens et tentent d'y répondre, spontanément. Mais dès leur prise de fonction, dès leur isolement dans leur palais ou leur parlement, ils redeviennent la proie de ces conseillers qui depuis trente ans font la politique de santé en France quel que soit le gouvernement. Ces conseillers, ces penseurs, ces économistes, ces hauts fonctionnaires de la santé, ces maîtres-fantômes regardent, à mon avis, les candidats en campagne électorale en songeant « cause toujours... Notre heure viendra et nous saurons te ramener à la sagesse. » Leur sagesse ? La pensée économique unique en matière de santé, basée sur la simple limitation de l'offre de soins, brute, nette, incohérente, pas même économiquement astucieuse. Depuis des décennies, ils ont lancé leurs grandes réformes dont on voit aujourd'hui les conséquences : réduction du nombre des médecins sans analyse démographique (première analyse sérieuse en août 2001, trente ans après l'instauration du *numerus clausus*), réduction du nombre d'infirmières en contradiction avec toute logique démographique et avec le vieillissement de la population, réduction du nombre de lits d'hospitalisation sans argument pour en justifier le nombre, pour en préciser le type, pour en fixer le lieu. Pendant ces trente années, qu'ont fait les maîtres-fantômes

de gauche pour prévenir, pour expérimenter, pour rechercher des solutions astucieuses, adaptées à la demande ?

Nous avons la responsabilité d'avoir fait confiance aux politiques, d'avoir sous-estimé le pouvoir des maîtres-fantômes. Ainsi, après plusieurs décennies, nous n'avons pas réussi à combler le fossé entre la pratique de ville et la pratique hospitalière, parce que chacun s'est retranché derrière les slogans faciles d'hospitalocentrisme pour les uns ou de médecine mercantile pour les autres. Nous n'avons pas su réclamer les réformes qui auraient permis de créer les liens. Nous avons trop cru aux vertus du militantisme et de la bonne volonté sans ancrer les réformes dans les exigences de la réalité. Créer des liens réclame du temps et donc de l'argent : la participation d'hos-

pitaliers à des réseaux de soins ou à des consultations de généralistes, ou, en sens inverse, la venue de généralistes à l'hôpital pour discuter de leur patient doivent être administrativement reconnues, structurées, financées. Peut-être nous sommes-nous trop retranchés derrière des slogans magiques en faisant confiance au politique pour les mettre en application. Il ne suffit pas de créer une « maison de la santé » pour combler le fossé entre l'hôpital et la ville. Nous en avons fait l'expérience.

Il n'y a pas de solution miracle. Il faut élaborer un ensemble de réformes comme seuls les hommes de terrain peuvent les imaginer. Quels que soient les résultats des élections, il est temps de se remettre au travail pour préciser nos exigences, sans préalables ni préjugés.

« Celui qui ne connaît pas la vérité est un imbécile. Celui qui connaît la vérité et la présente comme un mensonge est un criminel. »

Bertold Brecht, *La vie de Galilée*.

Marc Zaffran/
Martin Winckler

Médecin généraliste
(mw@audiable.com)

Fin septembre 2001, j'ai publié au Diable Vauvert un livre intitulé *Contraceptions mode d'emploi*. En y relatant ce que j'avais appris en ce domaine, je pensais faire œuvre utile. Je sais aujourd'hui que c'est le cas, mais il n'est pas inintéressant de passer en revue les réactions que ce livre a suscitées.

Les laboratoires

L'un des passages les plus cités et les plus discutés du livre est la dénonciation de Diane 35, spécialité commercialisée comme un anti-acnéique et promue (verbalement) par le fabricant comme choix contraceptif approprié pour la jeune femme... Je ne reviens pas sur mon argumentation. Sachez seulement que personne à ce jour n'est parvenu à la contester, pas même le laboratoire. Mieux encore : un court mais excellent article paru dans *L'Express* quelques semaines après la sortie du livre donne la parole au fabricant, dont un représentant déclare en substance : « S'il y avait des grossesses sous Diane, on le saurait ».

Objection, votre honneur ! La grossesse n'est pas un « effet secondaire », c'est un phénomène physiologique. Elle n'a aucune raison d'être recensée chez les utilisatrices de Diane comme s'il s'agissait d'une éruption allergique ou d'une hépatite toxique (depuis, j'ai vu passer au centre d'IVG du centre hospitalier du Mans une enquête multicentrique, organisée par un groupe de gynécologues, sur les échecs de pilule. Diane fait partie de la liste. Par conséquent, je ne suis pas le seul à me poser des questions...). Bref, le fabricant ne m'a pas fait de procès et ça se comprend : il aurait du mal à revendiquer une indication (la contraception) qui ne lui est pas accordée par la commission d'Autorisation de mise sur le marché (AMM). D'ailleurs, l'AFSSAPS – agence française pour la sécurité du médicament – déclarait clairement à la journaliste de *L'Express* que si l'AMM de Diane ne comprenait pas l'indication « contraception orale », c'est parce que le fabricant n'avait pas fourni d'éléments suffisants pour en démontrer l'effet contraceptif. À titre pas anecdotique du tout pour la première intéressée, sachez que trois semaines avant de rédiger ce texte-ci, j'ai vu en consultation (pour une demande d'IVG) une femme qui en était à sa deuxième grossesse sous Diane, sans oublier...

Un autre laboratoire commercialisant plusieurs des spécialités contraceptives citées a contacté l'éditeur pour savoir s'il lui était possible de lui vendre quelques milliers d'exemplaires du bouquin. Il avait peut-être dans un premier temps l'intention de les distribuer aux généralistes, mais n'a pas donné suite à sa demande, de crainte peut-être qu'elle ne soit perçue comme une provocation par la concurrence... et peut-être aussi après avoir constaté que j'avais un avis positif

Certains ânes n'ont jamais soif

sur certaines de ses spécialités, négatif sur d'autres...

Les lectrices (et lecteurs) non professionnels

À ce jour (7 mars 2002), j'ai reçu plusieurs centaines de messages de lectrices, quelques-uns de lecteurs, beaucoup d'adolescentes et de classes de lycée. La plupart des messages commencent par me remercier en me disant qu'on ne leur a jamais expliqué les choses comme ça. Beaucoup me demandent – sur les stérilets, l'implant, la pilule – des précisions qu'elles pourraient sans doute trouver dans le livre, mais qui correspondent à leur situation propre. Beaucoup, et ça me paraît plus préoccupant, *me demandent des adresses*, parce qu'elles ne savent pas (ou plus) qui consulter : les gynécologues qui les entourent ne veulent pas leur poser un stérilet lorsqu'elles n'ont pas d'enfant (même à 30 ans passés) ou parce qu'ils ne « savent pas encore » poser un implant ou « n'y croient pas » ; les généralistes n'écoutent pas ce qu'elles disent, ne répondent pas à leurs questions, leur interdisent la pilule (sans raison ou pour des raisons ineptes) sans leur proposer d'autre contraception. J'ai aussi reçu des lettres de documentalistes scolaires et de bibliothécaires. Des étudiantes m'ont demandé si elles pouvaient photocopier le « quizz » et les fiches « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » et, bien sûr, je les ai autorisées à le faire (et même à photocopier d'autres passages). On m'a signalé l'inversion des légendes d'une figure en fin de livre, plusieurs coquilles et un certain nombre d'imprécisions, d'incohérences, de contradictions. Je n'ai pas reçu une seule lettre d'injures.

Le milieu médical

J'ai reçu de nombreux messages de sages-femmes, d'assistantes sociales, d'infirmières scolaires, libérales et hospitalières, de psychologues, de conseillères de planification. J'ai été invité à un congrès régional de Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) (à Bergerac), à des groupes de formation médicale continue (FMC), par des étudiants, par des écoles d'infirmières. Deux amis sexologues avec qui j'avais longuement parlé du livre avant qu'il ne soit écrit m'ont invité à rencontrer leurs étu-

dants en médecine, à Lille. Plusieurs pharmaciens m'ont écrit pour me demander la permission de reprendre et simplifier les fiches « Que faire en cas d'oubli de pilule » et de les distribuer dans leur officine, ou m'ont signalé des améliorations de texte ou des précisions à apporter. J'ai reçu quelques messages de praticiens hospitaliers, dont celle d'un gynécologue de l'ouest (le lendemain de la sortie du livre) pour me dire que c'était le bouquin qu'il aurait voulu écrire pour ses étudiants. J'ai reçu quelques messages de généralistes, mais assez peu (sept ou huit). Tous me demandaient des précisions sur des points précis et argumentaient très sérieusement leurs requêtes. Je n'ai reçu (sauf erreur de ma part) *aucun message venant d'un(e) gynécologue de ville*, à l'exception de la lettre d'une amie, écrivain et gynécologue militante à Toulouse, à qui j'avais envoyé le bouquin. Pourquoi ce silence ? Mystère. Beaucoup de lectrices m'ont en revanche confié que leurs gynécologues, à la mention du bouquin, se montraient « furieux » (c'est le terme qui revient le plus souvent)... Qu'est-ce qui les irrite donc tant ?

Les revues médicales ont-elles parlé du livre ?

Je ne sais pas et, à vrai dire, je doute qu'elles en aient fait un long compte-rendu (mais si vous avez vu passer des articles, prévenez-moi). En tout cas, je n'en ai rien su. En revanche, une revue de psychologie destinée au grand public, une revue d'infirmières et *L'école des parents* en ont parlé, ainsi, bien sûr, que de nombreux magazines féminins, *Elle* en tête (le livre est dans la dernière sélection du Grand prix des Lectrices de *Elle*). J'ai envoyé un exemplaire à la revue *Prescrire* avant publication, courant septembre 2001. J'ai reçu deux accusés de réception identiques à trois semaines d'intervalle, mais à ce jour (mars 2002), silence radio. Quand on voit que la contraception brille par son absence dans *Prescrire* (à l'exception des occasionnelles fiches sur les nouvelles spécialités), on peut craindre qu'il s'agisse à leurs yeux d'un problème médical secondaire... J'ai peine à croire en effet qu'il soit plus long pour eux de vérifier la fiabilité de mon livre que pour moi de le rédiger...

Au cours des six mois écoulés, j'ai eu d'autres échos que par courrier.

Ma plus grande surprise provient de l'agressivité larvée que beaucoup de médecins semblent exprimer au sujet du bouquin... mais jamais directement. Au cours d'une rencontre avec des soignants « progressistes », on m'a accusé de faire la promo de l'implant. Mais les femmes la font très bien toutes seules, merci, et je vois beaucoup d'utilisatrices potentielles décider, après entretien, d'utiliser autre chose : quand on lui donne tous les éléments, c'est la femme qui choisit, pas le médecin, ni le labo. Au cours de la même réunion, une psychanalyste m'a interpellé en disant que « quand on a lu Freud, on sait que la contraception est une violence que la femme impose à son désir d'enfant ». J'ai répliqué que, depuis Balint, on sait qu'on ne fait pas de la médecine générale avec Freud à la place du Vidal et que la violence d'une l'IVG me semble plus importante que la « violence » de la contraception. J'ai peur cependant de n'avoir pas été bien compris. Quand l'idéologie s'en mêle...

Deux autres reproches très fréquents me paraissent dignes d'intérêt.

Le premier (systématiquement énoncé par des gynécos) consiste à dire : « De quel droit écrit-il un bouquin là-dessus, lui ? *Il n'est pas spécialiste !* » Ça ne gêne personne que les utilisatrices consultent des généralistes pour leur contraception, *mais il ne faudrait surtout pas que ces médecins-là écrivent.* À ce compte-là, on ne voit pas non plus pourquoi un généraliste ferait de la rhumatologie, de la gérontologie, de la diabétologie, ou de la pédiatrie : il risquerait d'avoir les velléités de transcrire son expérience sur le papier, *voire de la transmettre à des médecins en formation...* Quelle perspective terrifiante !

Le second reproche est presque aussi caricatural, mais beaucoup plus grave : on m'a rapporté, à plusieurs reprises, des propos selon lesquels je serais un charlatan qui raconte n'importe quoi (au

sujet du stérilet, en particulier). Le grief récurrent est le suivant : « Il ne donne pas ses sources ». Ça me ferait rire si cet argument n'avait pas figuré également dans la note de lecture (par ailleurs louangeuse) publiée dans le dernier numéro de *Pratiques*. Alors, je vais le répéter encore une fois. Dans *Contraceptions mode d'emploi*, comme dans la plupart des livres pratiques, le sommaire est au début, en page 11 (juste avant l'introduction). Ce sommaire indique, très lisiblement, *une bibliographie à la page 391* (j'ai vérifié, le numéro de page est exact). Je n'y ai pas répertorié les articles scientifiques, car il s'agit d'un livre grand public, ça n'aurait eu aucun sens. Mais j'ai indiqué tous les livres récents en français et en anglais que n'importe qui peut commander chez un libraire ou par internet (www.amazon.fr les distribue). Certains de ces livres (celui de Speroff et Darney, en particulier) sont destinés aux professionnels et aux étudiants et contiennent plusieurs centaines de références. *Par ailleurs, toutes les grandes revues anglo-saxonnes ont un accès on line gratuit et regorgent d'articles (avec leurs résumés) sur la contraception.* Le moindre moteur de recherche Internet vous en donnera des milliers d'autres – et beaucoup en français, que ce soit sur les sites de l'OMS, du *Population Council*, des sites médicaux québécois, etc. Alors, merci de faire passer le message : si vous ne trouvez pas les sources, c'est parce que vous n'avez pas cherché. Si quelqu'un a des critiques techniques ou idéologiques à formuler à l'égard de ce livre, qu'il ait le courage et la rigueur de l'exprimer ; si je raconte des bêtises, qu'on me corrige ; si, comme on l'a écrit, ma position à propos de Diane est « criminelle », faut pas me laisser dire sans rien faire, etc. Je réponds à *toutes* les lettres. Je peux fournir *toutes* mes sources. Je prends note de *toutes* les modifications ou améliorations à apporter à ce livre, et il y en a. Ceux qui, nombreux, se donneront la peine de m'adresser leurs réflexions contribueront à améliorer ce bouquin et à en faire un outil collectif. Quant aux autres, tant pis pour eux. Comme le disait mon père : « On ne fait pas boire un âne qui n'a pas soif ». Et dans ce domaine, certains ânes n'ont *jamais* soif.

Les deux premières parties consacrées à l'histoire de la déontologie médicale ont permis de rappeler combien l'actuel code de déontologie avait été influencé, en sus de ses racines hippocratiques, par les principes de la charte médicale libérale énoncée en 1927. Les quatre principes qui y sont affirmés sont le libre accès du malade au médecin, la liberté de prescription du médecin, l'entente directe avec le malade sur les honoraires et le paiement direct des honoraires par le malade au médecin. Cette charte d'origine syndicale s'inscrivait clairement lors de son élaboration dans une stratégie de résistance aux « lois sociales », visant à protéger le niveau de revenu des médecins et leur indépendance en même temps qu'elle s'opposait au principe du tiers payant avant son institution. En 1971, la liberté d'installation sera également déclarée « principe déontologique fondamental ».

Jacques Richaud

Neurochirurgien

Dans tous les conflits avec les pouvoirs publics, d'hier comme d'aujourd'hui, la déontologie est brandie comme la première protection de la corporation, de ses libertés, parfois de ses privilèges ; toujours bien sur « au nom de l'intérêt des malades » ralliés malgré eux à des causes parfois contraires à leurs intérêts. Il a été à ce propos rappelé l'usage fait de la déontologie au cours de chaque décennie depuis 1945 (voir *Pratiques* n°s 14-15 et n° 16).

Déontologie et citoyenneté

Troisième partie : La déontologie face au droit

C'est dans son code de déontologie qu'une partie du corps médical puise les renforts idéologiques qu'il y a lui-même inscrit. Ce code pourtant de nature réglementaire est élaboré et contrôlé par les professionnels eux-mêmes.

Il est dès lors pertinent d'évaluer quelles sont les relations entre la déontologie et le droit.

Il sera ensuite possible de clore cette réflexion, dans une quatrième partie, par l'ébauche de perspectives

visant à redonner aux citoyens la place qui devrait être la leur dans l'élaboration ou le contrôle des codes de bonne conduite spécifique aux professions de santé.

QUELLES RELATIONS ENTRE LA DEONTOLOGIE ET LE DROIT ?

Trois questions se posent : quelle est la place du code de déontologie dans le droit ? La médecine manquerait-elle de réglementation ? Quelle légitimité pour ce code ?

La place du code de déontologie dans le droit : Moret-Bailly recense soixante et dix professions ou activités à propos desquelles le législateur emploie le terme de déontologie ; dans seize cas dont la médecine existent des codes édictés par décret du pouvoir exécutif, mais la représentation nationale est exclue de ce processus. Le code de déontologie médicale est bien de l'origine réglementaire, mais contrairement à d'autres productions déontologiques, ce pouvoir réglementaire est délégué à une instance privée ainsi chargée de prérogative publique. C'est bien l'Ordre des médecins qui d'après le

code de la santé publique se voit chargé d'élaborer le code et veiller à son respect (Art L 4127-1). Mais ce code n'est applicable à chaque médecin que comme professionnel et non comme personne privée. Son texte est édicté par décret après avis du Conseil d'Etat. Ce conseil a pu imposer quelques modifications lors de la dernière révision de 1995.

La question se pose donc : la médecine manquerait-elle de réglementation, pour justifier une telle dérogation et délégation du pouvoir réglementaire à la profession elle-même ? Il ne semble pas objectivement que ce soit le cas.

Tous les professionnels de santé sont déjà soumis en effet, avec ou sans code de déontologie : au code pénal et au code civil, riches d'articles qui « assurent la protection des personnes... interdisent toute atteinte à sa dignité... garantissent son respect dès le commencement de la vie... l'inviolabilité et le respect du corps humain... encadrent la recherche biomédicale... obligent à l'information et au consentement du patient... ».

Sur ces thèmes, la déontologie ne fait que répéter, au mieux et parfois de façon moins explicite, des dispositions existantes de droit. La déontologie crée surtout un artifice éloignant le médecin de la juridiction commune.

Tous les médecins sont également soumis aux lois plus récentes et spécifiques traitant de la protection des personnes et de la bioéthique. Rappelons que ces lois ont été élaborées non pas par la profession mais après débat dans la nation et au parlement. Citons la loi Veil sur l'avortement ; la loi Huriot-Serusclet du 2 décembre 1988 sur les essais thérapeutiques ; les lois bioéthiques du 21 juillet 1994 sur la procréation, le don et l'utilisation du corps humain, dont une révision prochaine est prévue ; la charte du patient hospitalisé imposant son information par la circulaire du 6 mai 1995...

Chacun de ces textes est venu souligner l'insuffisance des dispositions « dites déontologiques » déjà existantes.

Les médecins libéraux sont bien sûr soumis aussi aux lois relatives aux sociétés professionnelles du 24 novembre 1966 et aux professions libérales du 31 décembre 1990.

Tous les médecins sont soumis au code de la Sécurité sociale et au code de la santé publique, prévoyant tous deux des délits et des sanctions ; ils sont soumis aussi à la Convention européenne des Droits de l'Homme.

Les conflits entre la déontologie et le droit ne sont guère surprenants devant cette abondance de réglementations relevant du juge civil, pénal ou administratif, face à une profession opposant son propre code en références premières de l'ensemble de ses comportements. Pour Cabrol : « Le heurt d'une idée aussi flexible que la déontologie et d'un concept qui se veut aussi ferme que le droit ne peut être qu'explosif. »

Sur le plan juridique la profession semble bénéficier de dérogations exorbitantes, puisque la corporation cumule des privilèges qui ne sont concédés à aucun autre groupe de citoyens. Le privilège est celui d'exercer une fonction de prétention législative en rédigeant le code ; une fonction exécutive en ordonnant son application et une fonction judiciaire en sanctionnant les dérives à ses propres règles en des juridictions internes à la profession elle-même ! Cette concentration et confusion des pouvoirs paraissent dérogatoire à tous les fondements du droit démocratique. Pour Moret-Bailly : « Les déontologies sont de véritables privilèges dans le sens où l'on a pu l'entendre sous l'ancien régime et il est pertinent de s'interroger quant au contenu des normes déontologiques. »

L'interrogation n'est pas nouvelle : dès 1933 le docteur Boudin, médecin et docteur en droit, avec sa double compétence peu commune, mettait en garde ceux qui préparaient un tel code et militaient pour la création d'un ordre professionnel : « Le code dit de déontologie est assez imprécis... les pénalités ne sont pas prévues... laissées à l'appréciation des juges du conseil de l'Ordre... Voici à mes yeux une innovation d'une gravité extrême qui ne saurait échapper aux juristes... Pour la première fois depuis la Révolution française nous verrons un tribunal d'exception composé de praticiens de la même profession... La juridiction de droit commun est déposée. Gardons-nous de renouer avec les antiques corporations... Cet Ordre quand il sera voté subsistera pendant des décades et des décades, des lustres et des lustres, avant qu'il ne soit modifié... » (1933 !)

Le pas a été franchi nous le savons, sans vote mais par décret du Maréchal Pétain en octobre 1940. Les juristes eux aussi avaient été mis au pas (un seul magistrat refusa de prêter serment au Maréchal), des cours spéciales seront bientôt instaurées et le tribunal médical corporatiste survivra à la Libération, renforcé et légitimé par son code.

Il est permis de s'interroger : n'est-ce pas la non-compétence juridique des médecins, en même temps que leur désir de se soustraire à la juridiction commune, qui justifie à leurs yeux la rédaction d'un code applicable par eux seuls et dont ils tenteront d'étendre l'autorité en espérant son intégration au droit positif.

Les juristes ne sont pas restés insensibles au phénomène déontologique et aux tribunaux ordinaires reconstitués après 1945. Le déséquilibre des compétences entre les professionnels et les usagers est au centre de la relation déontologique qui tend à affirmer les devoirs de la partie la plus puissante, plutôt que les droits de la partie la plus faible. Une opinion répandue est que la déontologie ne peut être assimilée au droit, « car elle ne s'impose qu'aux seuls professionnels, car elle n'est pas sanctionnée par le juge civil et parce que l'autorité d'une règle de conduite se mesure à son intégration dans le droit. » La doctrine juridique peine à faire entrer dans le droit positif des règles « morales » d'origine professionnelle qui prennent la forme de « devoirs ». La doctrine juridique s'attache plutôt à la défense d'une hiérarchie des sources du droit. Pour Terre l'essentiel est « la suprématie des règles protégeant les intérêts généraux de la société sur les règles conventionnelles inspirées par des intérêts particuliers... L'ordre public atteste que dans un système juridique, il existe un ordre de valeur supérieur qui est placé hors d'atteinte des conventions particulières. » Pour Malaurie : « Les règles déontologiques d'une profession ne constituent pas une source de l'ordre public, sauf lorsqu'elles sont d'intérêt général. »

Il existe de nombreux « conflits de normes » entre le droit civil et la déontologie : lorsque celle-ci tente de faire passer dans le cadre juridique réglementaire des règles d'ordre moral ; lorsque les devoirs généraux des médecins définis dans le code prétendent s'appliquer à l'ensemble des comportements et de la moralité privée du médecin ; ou lorsque des circulaires émanant du Conseil national de l'Ordre se

veulent opposables aux médecins en contradiction avec des avis répétés du Conseil d'Etat (CE du 14 2 69, circulaire déferée au juge de l'abus de pouvoir) ; lorsque l'Ordre intervient dans les contrats, empiétant sur le droit civil, le droit des affaires ou le droit fiscal, comme l'a dénoncé à de nombreuses reprises le Conseil d'Etat (14 2 69, 3 7 70, 28 11 70, 25 10 74).

L'opinion des juristes est généralement sévère sur l'usage fait de la déontologie en matière disciplinaire : pour Labrusse Riou : « La médecine, le plus souvent, attend du droit la légitimation de ses exigences et de ses pratiques présumées conformes au progrès et au bien public » (*Le droit dans la société* – 1998). Pour Vidaillan : « La justice déléguée est contraire à la séparation des pouvoirs, elle en sape le principe » Pour Auby : « L'illégalisme se dissout dans une normalité partagée » (*Le droit à la santé* – 1981) ; Pour Denis Salas, magistrat, une certaine forme de justice : « Incarne la tyrannie des intérêts particuliers, la ruine de l'Etat et le despotisme des corporations » ; pour Fougere, dans son traité de droit médical et hospitalier : « On éprouve quelque malaise à voir de multiples poursuites pour manquements parfois bénins à la confraternité... alors que de graves outrages à la dignité et à l'intégrité des personnes... ne suscitent que des contentieux très discrets. » Enfin la Cour européenne des Droits de l'Homme à imposée la suppression de l'huis-clos, mais aussi relevé que « A être juge et partie... on s'aperçoit de façon constante la légitimité d'une juridiction. » Pour Alain Billaud, « Une multitude de législations spécifiques... toutes dérogoires au droit commun... créent un droit parallèle qui n'est pas très respectable... un droit corporatif fait pour favoriser le fonctionnement et les gains de ses membres... essayant d'empiéter au maximum sur le droit commun pour maximiser les intérêts corporatistes. » Pour Moret-Bailly : « La police interne de la profession en vue de protéger ses intérêts économiques n'a que peu à voir avec l'intérêt général... Les règles déontologiques assurent le contrôle de la profession sur les professionnels et protègent l'indépendance de la profession... Sous couvert de devoirs la déontologie donne en réalité des prérogatives aux professionnels, visant à imposer à l'autre des règles favorables à la profession. » Tout est dit !

Enfin notons qu'il n'existe pas de code de déontologie des avocats, mais un ensemble d'usages et de

bienseillances. Cette réserve des avocats, en parallèle à la prétention des médecins, peut nous interroger.

Après l'opinion des juristes, recherchons celle des politiques. Elle est beaucoup plus rare, électoralisme oblige. La profession est ménagée, tant on craint son intervention dans le champ politique, toujours « au nom de la déontologie ! ». Letourneur, Commissaire du gouvernement devant le Conseil d'Etat, osa s'exclamer le 4 janvier 1952 : « l'Ordre n'est pas la médecine française ! ». Buguen en 1963 osa : « Le pays qui a su soumettre la puissance publique elle-même au contrôle juridictionnel, ne saurait tolérer qu'y échappe tel ou tel organisme. » En 1981, le candidat François Mitterrand inscrivait la dissolution de l'Ordre des médecins dans son programme et ses propositions, mais aucun de ses ministres ne déposa de projet dans ce sens. Enfin Marceau Long, vice-président du Conseil d'Etat, invité à clôturer le troisième congrès international d'Ethique organisé par l'Ordre des médecins à Paris en mars 1991, osa s'y interroger sur : « Le contenu, l'interprétation et le caractère intangible... des principes déontologiques dits fondamentaux... Le paiement direct... le paiement à l'acte, sont-ils des règles intangibles ? Que recouvre exactement le secret médical ou le secret partagé ? Il faut aussi réfléchir à... la liberté de prescription... la liberté d'installation... Les médecins ne sont pas les seuls acteurs du système de soins. »

Et l'Ordre lui-même ? La pesanteur de l'institution, peu tentée par l'autocritique, laisse transparaître parfois de surprenants propos : dans le passé aucune critique n'était même concevable. En assemblée extraordinaire le 23 janvier 1975 après le dépôt devant l'assemblée nationale d'un projet socialiste de suppression de l'Ordre, le président Lortat Jacob affirmait qu'il s'agissait bien « d'un combat idéologique, de savoir si nous acceptons d'être menacés de fonctionnarisation. » Mais à la même assemblée le Dr Goldstein regrettait « l'image de marque du conseil national de l'Ordre, assez désastreuse dans l'opinion publique et auprès des couches de jeunes médecins ». Il était pour cela réprimandé par le président : « Si les attaques sont si nombreuses à l'extérieur, c'est parce qu'elles sont trop nombreuses à l'intérieur ! » Pour le président Villey, « Le corps médical n'accepterait pas qu'on porte atteinte à l'indépendance des médecins, ni au principe d'une

juridiction disciplinaire professionnelle, pas plus qu'il n'accepterait une confiscation de nos prérogatives en matière de déontologie » (Bulletin de l'Ordre, septembre 1984)

De très rares voix s'élevaient pourtant au sein de l'institution : A propos de la médecine préventive et du tiers payant combattus au nom de la déontologie, le Dr Paradis, membre du Conseil National déclarait, en 1974 « Nous assistons à un combat d'arrière garde pour entraver toute évolution de la médecine. » Toutes les tentatives successives de « réforme de l'Ordre » trouveront au sein même de l'institution une majorité refusant autant la démocratisation du fonctionnement que la remise en cause des prérogatives ordinales.

Pour Bernard Hoerni, vice-président du Conseil national de l'Ordre en 1996 : « A bien des égards l'argent apparaît comme le « démon de la déontologie ». Le moins que l'on puisse dire est que l'organisation de la médecine n'a pas suscité... de la profession elle-même, les attitudes ou les décisions que l'on aurait pu attendre... ». Le Président de l'Ordre, le Pr. Bernard Glorion au MEDEC 2000 avouait : « C'est vrai, les médecins se sont longtemps abrités derrière le secret médical pour masquer leurs insuffisances... Si les médecins étaient un peu plus imprégnés de déontologie, il y aurait moins de problèmes. »

CONCLUSION :

La déontologie médicale est bien le réceptacle et le vecteur d'une idéologie médicale particulière que démontrent aussi bien l'analyse historique que l'analyse juridique des normes dites déontologiques.

La citoyenneté assumée des professionnels de santé ne saurait s'accommoder de la pérennisation de normes institutionnalisant une inégalité et une hiérarchie de la relation avec ceux qui se confient à eux.

Mais les professionnels ne peuvent et ne doivent à eux seuls poser les jalons de perspectives nouvelles. Ils peuvent déjà affirmer qu'une reformulation de la déontologie et une révision de son mode de contrôle serait conforme aux exigences d'une société démocratique et à une exigence éthique supérieure aux intérêts corporatistes.

La quatrième et dernière partie de cet exposé sera une contribution à ce défi d'inscrire la déontologie dans la citoyenneté des professionnels et comme un des éléments d'une démocratie respectant la place et les attentes légitimes de tous.

L'enjeu d'une telle évolution est double : promouvoir la citoyenneté dans un domaine où elle n'est guère sollicitée et surtout participer à l'assainissement des relations entre usagers, professionnels de santé et pouvoirs publics.

Bibliographie :

- 1 Almeras JP, Pequignot H – *La déontologie médicale*, LITEC 1996
- 2 Auby JM - *Le droit à la santé*, PUF THEMIS 1981
- 3 Auby JM - *Le pouvoir réglementaire des ordres professionnels*, JCP 1973 1 n° 2545
- 4 Barth Caroline, Vargas Richard – *Quand l'Ordre règne, l'Ordre des médecins en question*, Mango document 2001
- 5 Billaud Alain (voir Ortiz) *Parcours* 1999
- 6 Cabrol Valérie – « Déontologie et Droit, contribution à l'étude des rapports entre ordres normatifs » (tome I et II). Thèse pour le doctorat en droit public, 13 janvier 2000. Université des sciences sociales de Toulouse.
- 7 Chemillier-Gendreau Monique – « Le droit et le politique », in *Mouvements* N° 9-10 mai-juin-juillet 2000, La Découverte
- 8 Chevallier Jacques – « L'Etat de droit et ses transformations - Les doctrines de l'Etat de droit », in *Cahiers Français*, Le droit dans nos sociétés, La documentation française octobre-décembre 1998
- 9 Clair André – « Ethique : Les ambiguïtés d'un concept », in *Ethique – La vie en question – La tentation biocratique*, n° 1 Ed. universitaires Paris 1991
- 10 Clair André - *Ethique et humanisme – Essai sur la modernité*, CERF 1989
- Code de déontologie médicale - Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995
- 11 Conseil d'Etat – Rapport de l'Ethique au Droit, documentation française des sciences de la vie 1998
- Dictionnaire permanent bioéthique et biotechnologique – Déontologie médicale – Les expressions de la Déontologie – L'autorité de la Déontologie*, p 744-758
- 12 Douchez Marie-Hélène – « La déontologie médicale », in *Déontologie et droit*, presse de l'institut d'études politiques de Toulouse 1994
- 13 Dubouis Louis – « L'Ordre des médecins à nouveau en question », in *Les orientations sociales du droit contemporain*, PUF 1992
- 14 Engel Laurence – « Le droit dans la fonction publique », in *Cahiers français – Le droit dans nos sociétés*, La documentation française octobre-décembre 1998
- 15 Fougere – *Traité de droit médical et hospitalier*, LITEL 1988
- 16 Garapon Antoine - Pech Thierry – « L'impossible réforme de la justice, bilan d'un échec politique », in *Esprit* juin 2000
- Guide pratique d'exercice professionnel à l'usage des médecins, Conseil National de l'Ordre, MASSON 1948
- 17 Hoerni Bernard - In « En Principes » -Infiniment Médecin-Les généralistes entre la science et l'humain-*Revue Autrement* (Collection Mutations, n° 161, février 1996)
- 18 Labrusse-Riou Catherine - Droit du corps – Lois sur le corps, in *Ethique – La vie en question – La tentation biocratique*, n° 1 Ed. universitaires Paris 1991

19 Labrusse-Riou Catherine – « Les nouveaux enjeux du droit - Ethique biomédicale et droit des sciences de la vie », in *Cahiers français*, Le droit dans nos sociétés, La documentation française octobre-décembre 1998

20 Long Marceau - (voir Ordre des médecins, 3^e Congrès Int.1991)

21 Malaurie P, Laynes L – *Cours de droit civil, les obligations*, 6^e Ed CUJAS 1995/96

22 Mongin Olivier – « La société sous l'emprise du droit- Recours accru au droit : raisons et portée », in *Cahiers français*, Le droit dans nos sociétés, La documentation française octobre-décembre 1998

23 Moret-Bailly Joël – *Les déontologies*, Presses universitaires d'Aix-Marseille 2001

24 Oppenheim-Gluckman Hélène - Garapon Antoine – « L'éthique médicale au quotidien », in *Esprit* novembre 1992

25 Ordre des médecins – 3^e Congrès International d'Ethique Médicale, PARIS 9-10 mars 1991, LES ACTES

26 Ortiz Laure, Billaud Alain, Mouneliou Catherine – « La tentation du juridisme », in *Parcours*, cahiers du GREP midi Pyrénées n° 19-20 1999

27 Pelege Patrick – « Réflexions sur Ethique et Déontologie », in *Empan - Questions d'Ethiques* n° 36 décembre 1999

28 Rebecq Geneviève - *La prescription médicale*, Presses Universitaires d'Aix-Marseille- Collection du Centre de Droit Social, 1998

29 Richaud Jacques – « Déontologie : l'UNESCO montre l'exemple », in *Panorama du médecin* 15 janvier 1998

30 Richaud Jacques – « Déontologie médicale et citoyenneté », in *Parcours*, cahiers du GREP nos 23-24, 2001. Ed Grep Midi-Pyrénées, le comptoir du livre Toulouse

31 Richaud Jacques – « Déontologie médicale et citoyenneté, du mythe à l'histoire sociale », in *Pratiques* n° 14-15 2001

32 Richaud Jacques – « Déontologie médicale et citoyenneté, histoire d'une déontologie séquestrée », in *Pratiques* n° 16 2001

33 Rousseau Dominique – « L'Etat de droit et ses transformations - L'élaboration de la loi et l'action du juge », in *Les cahiers français*, Le droit dans nos sociétés, La documentation française, octobre-décembre 1998

34 Sabatier René - *Traité de droit médical*, Librairie de la cour de cassation 1956

35 Salas Denis – « Justice et pouvoir politique : Une nouvelle frontière », in *Parcours*, cahiers du GREP Midi Pyrénées nos 19-20 1999

36 Salas Denis – « La société sous l'emprise du droit-Justice et pouvoir politique : une nouvelle frontière », in *Cahiers français*, Le droit dans nos sociétés, La documentation française, octobre-décembre 1998

37 Schultz Patrick – « Le Conseil d'Etat et les pouvoirs de l'Ordre des médecins », in *Revue de droit public* n° 6 1976

38 Terre F, Simler Ph, Lequette Y – *Droit civil, les obligations*, 7^eme Ed Dalloz 1999

39 UNESCO : Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme, 11 novembre 1997

40 Valadier Paul – « Déstabilisation du droit en régime démocratique », in *Projet* mars 2000

Courrier des lecteurs

« De la pilule du savoir au savoir de la pilule »

Jean-Louis Galaup, médecin généraliste, réagit à l'article de Marc Zaffran paru dans le n° 16 de Pratiques « Contraception : au boulot » :

« Il me semble que l'information technique, c'est le minimum pour quelqu'un qui s'intéresse à la contraception, mais que ce n'est pas une infamie à ne pas le savoir en temps réel, juste à l'instant où la nouveauté apparaît sur le marché. Bien des choses et des jugements ont tendance à s'inverser ces temps derniers, en politique ou en sciences, sans parler de la validité de la plupart des études, rappelez-vous aussi celle sur la « mémoire de l'eau ». Aux donneurs de leçons, pourquoi un tel mépris de ce que nous sommes (et que vous avez été ne vous en déplaise) ? Quel besoin d'insulter la qualité professionnelle des généralistes et des gynécologues ? La plupart en savent ou en sauront (et en on su) autant et plus. Beaucoup parmi eux ne se contentent pas d'une vacation hebdomadaire pour s'occuper de leurs patientes, et la nuit quand ça saigne, il faut pouvoir être là, c'est plus qu'utile. Et si le savoir est utile, il n'est que rarement urgent, quelle importance la pilule comme-ci ou comme-ça dans ses moments là ? Que signifie ce ton que RIEN ne justifie, que n'êtes-vous l'auteur même de ces magnifiques évolutions technologiques dont vous vantez les mérites ? Etc., que ne soignez-vous donc toutes les femmes puisque vous seul savez le faire. Dommage, car tout cela passerait bien sans cette agressivité malveillante, contre-productive et cet ego triomphal qui en rend la lecture pénible. »

« Mise au point »

Jacques Barsony, médecin généraliste, président de l'Association Passages, à propos des manifestations récentes des généralistes :

« La relation qui s'établit entre le médecin et son patient est une relation construite dans le temps, un contrat de confiance tacite établi dans l'espace privé et inviolable de la consultation. Ce lien particulier est nécessaire, il est fondé sur la nature même de la maladie qui peut affecter l'être tout entier. Etre malade n'est pas seulement avoir une maladie, c'est être en perdition, affecté dans son identité toute entière. Se rendre chez le médecin, c'est se rendre dans tous les sens du terme. Cette reddition doit inspirer le respect. Parce qu'il est momentanément vaincu par la maladie, le malade vient chercher de l'aide chez celui qui est dépositaire du savoir, mais aussi de sa confiance et de ses secrets et qui seul peut en connaissance de cause prendre des décisions. Cette alliance sacrée (le médecin a prêté serment) ne saurait être trahie pour des raisons conjoncturelles, elle est de tout temps et de tous lieux. Elle fonde la médecine. Que certains confrères ignorent ou n'aient pas su défendre, y compris vis à vis de leurs patients, le caractère sacré de cette alliance n'est pas fait pour les valoriser. La valeur n'est pas réductible au prix, le prix quel qu'il soit ne saurait nous dispenser de faire valoir nos actes. La modernisation de la médecine ne peut se résumer à son entrée sur le marché de la consommation, à sa mise à prix. L'activité médicale n'est assimilable ni à une activité technico-commerciale, ni à un sujet réductible à un objet. »

Nous avons lu pour vous

Marc Le Pape et Pierre Salignon, *Une guerre contre les civils : Réflexions sur les pratiques humanitaires au Congo-Brazzaville (1998-2000)*, ed. Karthala, Paris 2001, 15,24 €

Publié par Médecins Sans Frontières, presque à chaud (puisque les événements dont il s'agit se sont déroulés entre 1998 et 2000), cet ouvrage collectif est un recueil de réflexions et de témoignages réunis en vue de poser un regard évaluateur sur un moment très précis de l'action humanitaire. Marc Le Pape (chercheur au CNRS) et Pierre Salignon (responsable de programme à MSF) y réussissent un pari difficile sur un terrain sans grande visibilité : les exactions commises au Congo-Brazzaville n'ont pas fait la une de la presse à un moment où d'autres conflits, plus médiatiques à défaut d'être plus meurtriers, monopolisaient l'attention publique.

Ce qui nous saisit, dans le témoignage des acteurs humanitaires autant que dans celui des survivants, c'est le moment de violence absolue, l'acmé que constitue ce qui n'est même plus une guerre civile, mais une « guerre contre les civils ». Guerre sans enjeu politique identifiable, sans justification idéologique. Irruption d'une brutalité à la fois sans limite et paradoxalement organisée. Des milices antagonistes aux noms de bande dessinée (« Ninja », « Cobra », etc.), à peine sorties de l'enfance, intoxiquées jusqu'à la moelle et totalement hallucinées, pillent, violent et massacrent. On enjambe des corps, on entre dans des hôpitaux où croupissent des cadavres de plusieurs semaines. Ce n'est pas l'exception, c'est le quotidien. Mais de ce quotidien-là, tout fait traumatisme.

Sur les marges de cet indiscernable, les humanitaires voient des lieux totalement vidés, ou de brusques afflux impossibles à gérer. Mais la force de ces textes est que jamais les populations victimes n'y sont vues ni comme une masse indifférenciée, ni comme un prétexte à s'apitoyer : sans cesse émergent des témoignages aussi singuliers que sans complaisance. La position des humanitaires ? Essayer de naviguer entre ces écueils, tenter un effort de lucidité. De cette tentative de comprendre pour intervenir le plus justement possible naît, en particulier, un effort pour répondre à cette constante de la guerre qu'est le viol : parer à la transmission du VIH, envisager l'avortement (au milieu de ce chaos de violence, l'IVG fait encore l'objet d'un interdit !), mais aussi aider à surmonter l'étouffement du dégoût de soi-même et de l'humiliation, aider à retrouver la parole.

Viennent aussi des analyses sur le mythe de la victime « pure » : en situation de guerre, on ne pose pas la question de l'innocence. Surgissent enfin des témoignages sur ce que signifie un autre mythe : celui des « couloirs humanitaires ». Nommés par les survivants « couloirs de la mort », ils sont « le lieu où la volonté de massacre s'est réalisée de manière exemplaire ». Lieu où les réfugiés, en huis clos avec leurs bourreaux, sont, dans leur tentative de retour, livrés à leur merci.

Dans cette « guerre contre les civils », c'est aussi la volonté de secourir qui est non seulement mise à mal, mais interrogée jusque dans ses présupposés. Risques de manipulation, risques de compromission, risques d'inefficacité. S'il est vrai que la médecine humanitaire est celle qui fait traditionnellement l'objet des plus aveugles consensus, ce livre rompt avec la tradition en proposant une évaluation quasiment clinique qui permette, au moins, de tirer quelques leçons d'une histoire terriblement présente.

Christiane Vollaire

Denis Labayle, *Tempête sur l'hôpital*, ed. du Seuil, 2001, 17,50 €

Denis Labayle, notre collaborateur régulier à la revue, gastro-entérologue, chef de service hospitalier, lance le pavé dans la mare : l'hôpital est malade d'une gestion administrative et d'une politique ubuesque menées sans planification, sans évaluation. Pour comprendre la crise actuelle, l'auteur nous entraîne dans les coulisses, à la rencontre des responsables de la gestion, ces inconnus dont les décisions interfèrent directement sur la qualité des soins. Qui sont-ils ? Quelle est leur formation ? Quel est leur pouvoir ? Et surtout, de qui dépendent-ils ? Ce livre n'est pas seulement le constat d'une gestion administrative absurde, mais on y trouve des propositions de réforme : remise en cause des temples de la pensée archaïque hospitalière (des universités de médecine à l'École Nationale de Santé Publique de Rennes en passant par les écoles de cadres infirmiers), création de passerelles à la fois interprofessionnelles (entre professions infirmières et professions médicales d'une part et professions médicales et professions administratives d'autre part), mais aussi entre les différentes catégories d'hôpitaux qu'ils soient locaux, généraux ou universitaires ; l'insertion de l'hôpital dans l'organisation sanitaire générale par l'institution d'hôpitaux relais, lieux de rencontre entre médecins hospitaliers et médecins de ville ; enfin une redistribution des pouvoirs au sein de l'institution, tant au niveau du conseil d'administration avec une nouvelle participation de citoyens qu'au niveau du fonctionnement interne avec un nouveau partage des responsabilités entre soignants et administratifs.

Comme il est inscrit sur la quatrième de couverture : « Denis Labayle préconise une autre manière de diriger, de former, de dialoguer. Il estime qu'on peut être plus performant pour le même prix. »

Patrice Muller

Henri De Caebel, *Mon P'tit Docteur*, ed. Serimprim, 2001, illustrations de Serdu, 17 € port compris à commander à H. de Caebel, rue de général Biron, 248, 7 500 Tournai, Belgique.

C'est toujours amusant d'être la petite souris et d'avoir accès aux pensées secrètes d'un homme en même temps qu'à ses paroles et à son comportement. Mais quand cet homme est médecin généraliste, c'est passionnant. Ernest Petit, médecin de campagne, est un homme attachant par sa conscience professionnelle, ses doutes, ses hésitations, son humour et ses faiblesses bien masculines. Au fil de ses journées, on parcourt le quotidien du médecin généraliste, l'alternance de bonne humeur, d'exaspération et de drames, l'accumulation des préoccupations de tous ordres, mais toujours au centre de celles-ci, les personnes qu'il côtoie, sans oublier la plus intéressante : lui-même. Un point de vue honnête et généreux qui rend la lecture plaisante. Derrière la légèreté, il y a une vraie connaissance de la nature humaine.

L'auteur est bien sûr un généraliste, devenu également psychanalyste, animateur de groupes Balint, fondateur de la maison médicale de Tournai, et il partage de façon subtile ses interrogations et ses éclairages.

Martine Devries

territoires

la revue
de la
démocratie
locale



Agir localement pour la santé

L'urgence démocratique

- ▶ **Dans le dossier :** Vers une régionalisation du système de santé p.16 Santé communautaire à St-Denis p.18 Une maison du citoyen à l'hôpital p.35 L'assurance-maladie au niveau local p.50
- ▶ **Dans le cahier 1 de Territoires :** Afghanistan : au-delà du réflexe humanitaire p.4

N° 423, cahier 2 • décembre 2001 • cahiers 1 et 2 : 45 F/6,86 € • ISSN : 0 223 - 5951

Revue Territoires, la revue de la démocratie locale

*Revue mensuelle réalisée
par des élus, des
professionnels de l'action
sociale, des universitaires,
des responsables associatifs
et des journalistes.*

Abonnement :

Numéro 6,86 € Particuliers 50,31 €

Etudiant et chômeurs 30,49 € Institutions 68,60 €

Chèque à l'ordre de Territoires,

108-110, rue St Maur, 75011 Paris

Tél. 01 43 55 40 05 – e-mail : territoires@globalenet.org

site : www.adels.org

La Mémoire pour les Soignants ou d'une Mémoire à l'autre...

Congrès National Balint
les 12 et 13 octobre 2002
en Avignon

à l'Institut Universitaire Professionnalisé GMI.

En restituant aux différents protagonistes de la relation soignant-soigné leur véritable place de sujet (désirant, en souffrance, parlant, en demande...)

Michael Balint s'est montré un grand novateur.

Dans cette relation, le rôle spécifique de la mémoire est essentiel, sans cesse à l'œuvre, dans les consultations et dans les groupes Balint. Chacun rencontre l'autre à l'aide de sa mémoire,

des traces en soi, de l'oubli, du dicible et de l'indicible, du savoir qui émerge et s'invente à l'occasion de la relation de soin.

« Je me souviens » « Vous souvenez-vous ? » relancent la mémoire et l'histoire du « médecin ou soignant, du malade, de la maladie ».

Cela vous rappelle-t-il quelque chose ?

**Secrétariat du Congrès : Congrès Balint Avignon 2002
52, avenue Jules-Ferry, 84000 Avignon – Tél. 04 90 88 54 80**

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

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

diffusée, en principe, dans toutes les librairies. Si vous ne la trouvez pas, néanmoins, chez votre libraire habituel, n'hésitez pas à la commander (auprès de nous).

CENTRE

- FNAC, Centre Le Mail, 5 rue de la République, 10000, Troyes
- LA BOITE 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 Livres, 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

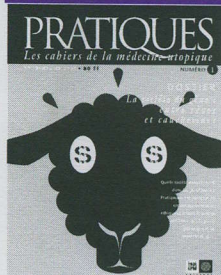
- LIBRAIRIE SAURAMPS MÉDICAL, 11 bd. Henri IV, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE SAURAMPS, Le Triangle, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE ACTES-SUD, Passage du Méjean, 43 rue du docteur Fanton, 13633 Arles
- LIBRAIRIE GOULARD, 37 cours Mirabeau, 13100 Aix-en-provence
- LIBRAIRIE DE PROVENCE, 31 cours Mirabeau, 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

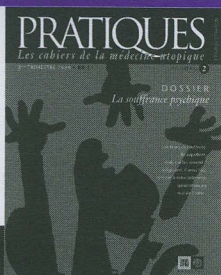
- ÉDITIONS ZOÉ, 11 rue des Moraines, Carouge, 1227 Genève

EN BELGIQUE

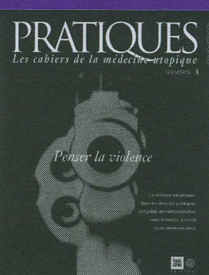
- SDL CARAVELLE, 303 rue du Pré-aux-oies, 1130 Bruxelles



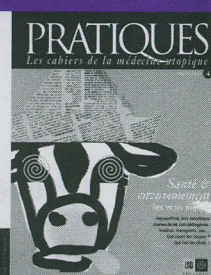
n° 1 : La société du gène



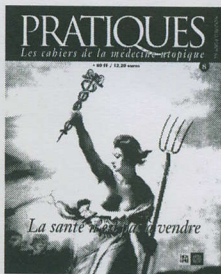
n° 2 : La souffrance psychique (épuisé)



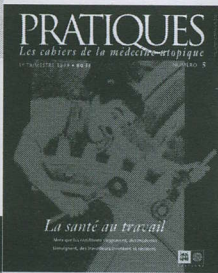
n° 3 : Penser la violence



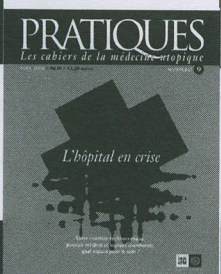
n° 4 : Santé et environnement



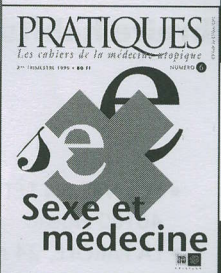
n° 8 : La santé n'est pas à vendre



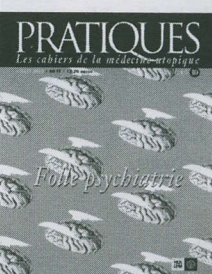
n° 5 : La santé au travail



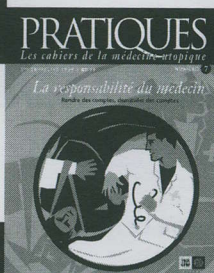
n° 9 : L'hôpital en crise



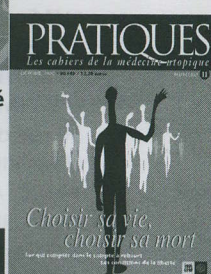
n° 6 : Sexe et médecine



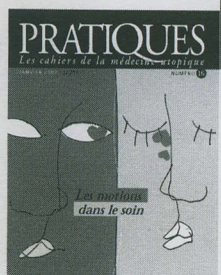
n° 10 : Folle psychiatrie



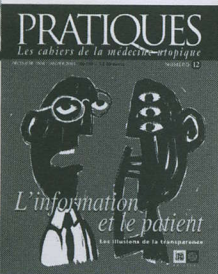
n° 7 : La responsabilité du médecin



n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort



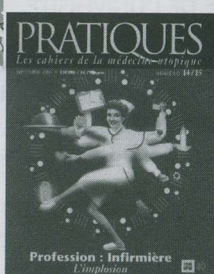
n° 16 : Les émotions dans le soin



n° 12 : L'information et le patient



n° 13 : La médecine et l'argent



n° 14-15 : Profession : infirmière

- 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 l'exercice professionnel
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social

prochain numéro : n° 18 : Quels savoirs pour quel soin ?

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 reconforte.

Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.

Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui allie l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

Pratiques a besoin de vous !

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

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

Merci et à bientôt,

La rédaction

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 | 42,70 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans | 76,20 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin
(étudiant, remplaçant, installé de moins
de trois ans et demandeur d'emploi) | 30,50 euros |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement couplé médecin/salle
d'attente un an (envoi d'affichettes de
promotion compris) | 76,20 euros |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité
(12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) :
- nombre d'exemplaires :
- intitulé du numéro : | 13,70 euros/n° |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité numéro
double 14/15 (16,80 € + 1,50 €) | 18,30 euros |

nom _____

prénom _____

adresse _____

téléphone _____

fax _____

e-mail _____

profession _____

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :

52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France

Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60

e-mail : pratiques@aol.com

site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES n° 16

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 ;
site internet : <http://www.smg-pratiques.info>
52, rue Gallieni, 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 : Geneviève Barbier ;
Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ; Daniel
Coutant ; Martine Devries ; Monique Fontaine ;
Hélène Girard ; Catherine Jung ; Marie Kayser ;
Philippe Lorrain ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth

Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Bernard Meslé ;
Anne-Marie Pabois ; Elisabeth Pénide ; Anne
Perraut Soliveres ; Bernard Senet. Martine
Toulet

Correspondants : Geneviève Busson ; Laurent
Dianoux ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ;
Hugues Moussy ; Monique Sicard ; Marc Zaffran /
Martin Winckler.

Dessins: Serdu / Serge Duhayon

Couverture et illustration page 4 : Eloi Valat.

Imprimerie : J'Imprim, 26, rue Drouet-Peupion,
92240 Malakoff, tél. : 01 47 36 21 41

Dépôt légal 4^e trimestre 2001
commission paritaire n° 67150A5
ISSN 1161-3726

Publié avec le concours du
Centre National du Livre

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.

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

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

L'Assurance maladie, une vieille dame bien malade, à la fois des coups de boutoir du Medef et de ses alliés, les assurances privées, la droite politique et médicale ultralibérale, et de sa gestion, technocratique et centralisatrice. Pour autant, elle ne doit pas mourir ! Des professionnels du soin s'appuient sur des analyses sociologiques, économiques, philosophiques, et énoncent ce qu'ils attendent de l'institution : garder la solidarité au cœur de son fonctionnement et de son financement et devenir un stimulus permettant une réflexion et un débat. La question est aussi celle de l'échelon territorial qui permette au citoyen d'y participer. L'objectif restant une politique de santé publique et non la seule gestion de la maladie. Colères, analyses et diagnostics, mais aussi des remèdes et des propositions dans ce dossier, d'une actualité brûlante. Loin d'être un ouvrage ardu et rébarbatif, ce numéro est un véritable outil politique, vivant, inséré dans le réel et le quotidien.

Les rubriques régulières se poursuivent : le point sur le débat sur la question des OGM, la suite de la palpitante histoire de la déontologie médicale de Jacques Richaud, une analyse et des réactions après le mouvement de mécontentement des médecins généralistes, Monique Sicard nous fait prendre conscience du regard de l'Occident sur l'autre, l'Orient.

Dossier coordonné par Martine Devries.

Prochain numéro : Quels savoirs pour quel soin ?

*des Remèdes
pour la Sécu*

