

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

24

DOSSIER

Le métier de médecin généraliste

S O M M A I R E

Éditorial 3

Dossier Le métier de médecin généraliste 5

UN MÉTIER FORMIDABLE !		
Bonheur et colères du médecin généraliste	6	Francis Blanc, Christian Bonnaud...
...et du patient	7	Françoise Ducos, Sylvie Lagabriele
Au fil de la vie	8	Anne-Marie Pabois
Continuité des soins	11	Martine Devries
Monsieur Mangeterre	12	Julien Bezolles
J'arrête... moi non plus	14	Isabelle Charent
Lettre à « mon » médecin	15	Françoise Tran
Gérer les risques	17	Anne-Marie Pabois
Les médecins sont aussi des êtres humains	19	Eric Galam
Fin de matinée	21	Mady Denantes
Le médecin, l'Autre et les autres	22	Georges Conne
Témoin muet des inégalités sociales	25	Patrick Florès
Lutte contre le saturnisme	28	Mady Denantes
Exercer le temps des référentiels	31	Henri Partouche
Bilan de compétences	34	Catherine Jung
Enseigner hors les murs	35	Catherine Jung
Comment travailler avec les autres	37	Elisabeth Pénide
De la plasticité	40	Christiane Voltaire
Je n'ai pas de médecin « traitant »	44	Anne Perraut Soliveres
RÉSISTER À DE TERRIBLES PRESSIONS		
Certificats parapluie...	45	Christian Bonnaud
...Certificats de n'importe quoi	46	Evelyne Malaterre
La formation initiale	47	David Faria
Résister à Big Pharma	48	Martine Devries
Mélasse de rentabilité	49	Jean-Louis Gross
CLIC ! Pardon si ça dérange	50	Estelle Gouret, Emmanuelle Simon
La prévention	51	Julien Bezolles
Évolution de la médecine générale	52	Martine Bungener
La santé publique, un pilier du métier	55	Patrice Muller

Rubriques

Images du corps : Regards sur la radiologie	56	Monique Sicard
Actualité politico-médicale : Manifeste	61	Réseau européen de santé
Éthique et permanence des soins	62	Sandrine Buscaïl
Soins aux étrangers	63	Médecins sans frontières
Les médicaments : Législation européenne sur le médicament	64	Marie Kayser
J'en ai marre !	65	Elisabeth Pénide
La pilule « magique »	65	
Coup de gueule : Le malade, le médecin, la mère et le président	66	Denis Labayle
Chronique du GEL : Alimentation : qui dicte nos désirs ?	68	Laurent Dianoux
Résister : La santé par la désobéissance	72	Mario Pedretti
Santé au travail : Le temps est un voleur de vie	76	Marie Pezè, Paul Bouaziz...
Cancers professionnels : réparer, faire reconnaître	83	Henri Pézerat
Environnement : Pesticides	87	Dominique Prime
Histoire de la médecine : Consoler l'homme souffrant	89	Françoise Salaiün
Du côté des amis : « Manière de voir »	93	

E D I T O

CURATIF OU PALLIATIF ?

Non, les conditions de vie individuelle des médecins ne sont pas aussi misérabilistes que certains syndicats médicaux corporatistes voudraient le faire croire ; les moments de bonheur dans notre métier ne manquent pas.

Les raisons d'être en colère sont, elles, par contre, nombreuses. Elles dépassent les revendications catégorielles des médecins. Comment revendiquer de meilleures conditions de rémunération, d'horaires, d'organisation, sans tenir compte de l'état ultra-libéral de la société ? L'accès aux soins est de plus en plus difficile pour les personnes les plus démunies ou avec des revenus modestes : remise en cause à nouveau du dispositif de l'Aide Médicale d'Etat dans les dernières propositions de ce gouvernement, augmentation massive des cotisations par les assurances complémentaires santé, projet de démantèlement de l'hôpital public au profit du privé dans le Plan Hôpital 2007. Il est intolérable de voir, de plus en plus souvent, dans nos cabinets, des patients avec des pathologies directement liées à la dégradation de leur conditions de vie ou de travail. La seule réponse que nous avons est une prescription de médicaments et d'arrêts de travail.

Nous sommes dans le soin palliatif de la société, là où nous devrions collectivement élaborer des soins curatifs : les soins curatifs, cela veut dire construire des réseaux s'attaquant aux fondements de la dégradation de la santé des gens. Cela veut dire mettre l'individu au centre de la finalité de l'entreprise, du quartier. Cela veut dire que le médecin ne sera plus le pivot du système de distribution des soins, mais deviendra un acteur parmi d'autres dans des réseaux de santé pluridisciplinaires.

Cette construction ne peut s'élaborer qu'avec d'autres professionnels de santé et avec les autres acteurs de la vie sociale. Le Forum Social Européen, en novembre dernier, où le Syndicat de la Médecine Générale a été particulièrement actif, fut l'occasion de conforter un réseau international de résistance à la marchandisation de la santé. L'enjeu de cette lutte est de développer suffisamment collectivement et solidairement les aspects positifs de notre métier pour l'indispensable construction d'un système de santé alternatif.

Jean-Louis GROSS



D O S S I E R

Médecin généraliste, c'est un métier d'équilibriste, de sensations fortes. Soigner dans le cadre de l'intime de la consultation, utiliser les connaissances cliniques, techniques, s'intéresser à la personne globale, l'accompagner dans ses rencontres avec la maladie, le vieillissement, mais aussi participer à son maintien en santé, prévenir certaines pathologies, participer à certaines de ses victoires, ou simplement à des événements « normaux » de la vie comme la grossesse. Participer aussi au combat très humain contre la mort. C'est un métier formidable, varié, à la fois dans la relation, dans le suivi, avec la notion de déroulement dans le temps et, pourquoi pas, d'accomplissement, dans le plaisir aussi d'une certaine efficacité. Les difficultés existent : vouloir être tout-puissant, autoritaire, vouloir porter « la misère du monde ». Le risque est l'épuisement, le *burn-out*. Le médecin généraliste doit apprendre à être à la bonne distance pour rester efficient et heureux.

Mais actuellement, faire ce métier, c'est aussi résister en permanence à ceux qui tentent de nous empêcher de « bien travailler » : les firmes pharmaceutiques, les gestionnaires qui ont une vision du soin très réductrice, les hyper techniciens que sont les spécialistes hospitaliers et parfois les autres et, ça aussi, ça nous épuise. Derrière cette lutte, il y a un enjeu, celui du rôle social de la médecine. Nous ne voulons pas un rôle de contrôle social, une complicité objective avec les pouvoirs économiques, institutionnels. Nous revendiquons un rôle d'observateurs, d'experts et d'acteurs sur les questions de santé, qu'elles soient liées au travail, aux conditions de vie, à l'écologie. Nous sommes en position de voir et de dénoncer, nous voulons agir aussi. Les conditions appropriées existent déjà, ponctuellement, de manière expérimentale ou restreinte : paiement à la fonction, place pour la formation continue, coordination entre professionnels et avec les usagers, enseignement et recherche spécifiques, il y a des réalités probantes. Elles sont actuellement attaquées de différents côtés, que ce soit l'accès aux soins des plus démunis, l'impasse où sont mis les réseaux, par exemple.

Aux citoyens d'exiger avec nous des choix politiques clairs pour que les généralistes puissent faire leur métier dans tous ces registres et pour que se construisent plus de justice et de solidarité dans l'accès aux soins et dans les conditions de vie.

Martine Devries

Résumé : Des médecins généralistes égrènent ici les plaisirs et déplaisirs ressentis lors de leur consultation et des patients nous livrent leurs joies et colères à côtoyer « les hommes de l'art ».

Bonheur et colères du médecin généraliste

Francis Blanc,
Christian Bonnaud,
Isabelle Charent,
Martine Devries,
Patrick Dubreil,
Jean-Louis Gross,
Marie Kayser,
Elisabeth Maurel-Arrighi,
Patrice Muller,
Elisabeth Pénide,
Bertrand Riff,
Dominique Tavé

J'aime quand une maman m'amène son enfant à la sortie de la maternité.

J'aime quand le patient sort sans ordonnance, mais soulagé.

Je déteste voir, parce que le pédiatre n'est pas disponible, un enfant qui a une rhinopharyngite.

Je déteste les rendez-vous manqués, les retards, les coups de sonnette impérieux qui me dérangent.

J'aime le premier entretien avec un patient, l'exploration réciproque, la découverte de ce que nous allons peut-être pouvoir faire ensemble.

Je déteste toujours autant, à la fin d'une consultation, après plus de vingt-cinq ans d'exercice, le geste d'ouvrir et fermer le tiroir-caisse de mon bureau.

J'adore quand l'enfant de quatre ans que je viens d'examiner me demande une feuille de papier et fait un dessin qu'il me remet.

J'aime voir les enfants de 6 à 12 ans venir, seuls, déjà un peu responsables, les faire parler de tout, leur raconter des histoires, délirer un peu avec eux et les voir ouvrir de grands yeux d'étonnement.

J'ai horreur de faire la police avec les patients toxicomanes, compter les jours de délivrance du Subutex®, les engueuler alors que je me fous de ce Subutex®, mais qu'ils m'y ramènent toujours et que je n'arrive pas à leur faire parler d'autre chose. Je déteste signer des certificats d'aptitude, de non-aptitude, de sport, d'absence, de présence, d'assurance et pourtant...

J'aime bien avoir du temps et de l'espace dans mon carnet de rendez-vous.

Je n'aime pas voir mes collègues soignant(e)s souffrir, être malheureux ou agressifs.

J'aime voir une personne âgée alitée se mettre debout, remarquer et sourire.

J'aime rire et déconner avec mes collègues infirmier(e)s et aides soignant(e)s lors de la pause café.

J'aime examiner un enfant rieur.

Je déteste quand un enfant accroché à sa mère, pleure avant toute chose.

J'aime les enfants qui mettent (un peu) le bazar dans mon cabinet.

Je déteste vacciner un bébé, surtout piquer dans des fesses d'un mois.

J'aime quand les gens sortent plus gais de chez moi. Je déteste prendre systématiquement la tension.

J'aime recoudre, y compris les enfants, c'est un des rares cas où l'on voit immédiatement le résultat de son travail.

Je déteste recoudre, surtout les enfants, je vis ces moments là comme violents et stressants pour tout le monde.

J'aime ces moments d'enfance où je joue à l'eau et je papote avec un patient en lui enlevant un bouchon de cérumen.

Je déteste démarrer une semaine avec encore du courrier et des classements de papiers à faire.



J'aime ces instants de grâce et d'échanges de regards quand un patient a découvert en le formulant quelque chose d'essentiel pour lui, et qu'il a vu ce que j'ai vu.

Je déteste quand à la toute fin d'une longue consultation, le patient dévoile un symptôme potentiellement inquiétant, juste au moment où je rédige l'ordonnance.

J'aime recevoir des bonnes nouvelles, des résultats d'exams rassurants, des annonces de bébé, d'histoire d'amour, de réussite.

Je déteste en ouvrant des enveloppes découvrir des mauvaises nouvelles, des éléments qui vont amener à déclencher le branle-bas de combat.

J'aime trouver les mots qui résument bien à la fin la problématique de la consultation.

J'aime inventer des images qui donnent du sens aux pathologies et traitements.

Je déteste voir comment des administrations et des notables peuvent faire des abus de pouvoir et saboter des efforts courageux de patients pour s'en sortir.

J'aime être troublé par mes patientes et mes patients, être troublé, c'est être vivant. Je déteste être troublé par mes patients, le trouble vient effondrer ce qui pensait être certitude.

J'ai la colère quand mon patient handicapé après un accident de travail déprime, car il ne trouve pas d'emploi.

J'ai la colère devant cette femme souffrant de lombalgies qui ne peut s'arrêter, car elle a un trop petit salaire pour faire vivre sa famille.

Je suis triste quand l'enfant hier fragilisé par un père violent devient le compagnon et le père violent d'aujourd'hui.

Je rêve de réunions dans ma salle d'attente de mamans et de bébés pour causer d'allaitement, de rencontres dans un groupe d'alphabétisation pour parler de contraception ou grossesse.

Je rêve qu'il y ait des groupes Balint pour enseignants dans mon quartier.

Je rêve de ne pas être seule et d'avoir des collègues à qui demander un conseil facilement.

... et du patient

J'aime celui qui m'accueille dès la salle d'attente et qui, considérant que l'on guérit aussi dans la confiance, ne craint ni les questions, ni les explications, ni le temps qui passe.

Je n'aime pas celui-là, il me voit comme un mec à peine complexe, une pathologie, une somme organique et je déteste cette main indifférente qu'il me tend quand je pars et son regard fixé quelque part où je n'ai jamais été.

J'aime la disponibilité de mon médecin généraliste, sa rapidité à me donner un rendez-vous, surtout pour mes enfants.

J'aime la manière dont il essaye de capter l'émotion dans les regards et d'évaluer dans le timbre de la voix l'amplitude de la douleur.

J'aime l'espoir et la confiance que mon médecin de famille met dans la rédaction de son ordonnance.

Je déteste appeler pour demander un rendez-vous, me déshabiller, parler de ce qui fait trop mal.

Je déteste que le médecin mette en doute mes propos, demander un produit à ajouter sur l'ordonnance et avoir à le justifier, parler des petits maux que je gère moi-même (mon asthme, mon dos).

J'attends de mon médecin généraliste de l'écoute, un questionnement et de la pudeur, c'est parfois bien contradictoire...

Françoise Ducos,
Sylvie Lagabrielle

Résumé : Le métier de médecin généraliste est un métissage entre science exacte et science molle, entre froide raison et chaude attention. Pouvoir offrir aux hommes anonymisés de ce monde un espace pour se relier à eux-mêmes et aux autres, quel enrichissement !

Au fil de la vie

Anne-Marie Paboïs

Médecin généraliste

C'est un métier de fou, dit mon homme. Et il a raison : ce métier déborde jusque dans les recoins de ma vie et je n'aime pas ces horaires délirants imposés par le départ de mon associée. Mon métier ? Celui d'un funambule en équilibre périlleux entre froide technique et chaleur de la rencontre, celui d'un scientifique alliant objectivité et subjectivité, technicité et relationnel, oscillant entre suivi de longue durée et urgence, solutions individuelles et collectives, entre soins et santé et, le plus souvent, dans la certitude incertaine du travail sans filet. Je ne supporte plus ceux qui le dénaturent, froids économistes et planificateurs qui l'équarissent grossièrement sous prétexte de rentabilité (le temps c'est de l'argent, soigner c'est réparer une machine) : si cet ancrage dans la vie, ce fil tendu sur l'abîme de solitude, cette rencontre corps à cœur dans le colloque singulier, si tout ce trésor subtil d'humanité disparaît, alors j'arrête.

J'aime être médecin de l'homme « entier », être dans cette réalité du soin qui oscille entre la maladie et le malade. J'aime bien ce passage de la taxinomie solitaire (relever les signes présentés par le patient, voir s'ils sont caractéristiques d'un état aigu ou un ensemble plus vaste tels un syndrome ou une maladie – ce qui est plus rare en médecine de premier recours) au soin d'un individu, certes singulier, mais également identifiable par son insertion dans une histoire collective,

familiale et sociétale. J'aime être cet adepte d'une science pratique utilisant des critères validés dans deux domaines, celui de la science médicale biologique expérimentale et celui des sciences humaines, deux sources également utiles et utilisables ; et dans le même temps, être un artisan fabriquant un outil fait à sa main et modelable – modelé à chaque instant pour être utile au patient qui me fait face.

J'aime la variété des personnes et des situations rencontrées : un bébé qui vient de naître et une personne âgée qui va mourir, une femme enfin enceinte et une grande fille qui refuse ses premières règles, un garçon de 14 ans qui croit – la honte – qu'il recommence à faire pipi au lit alors qu'il a ses premières éjaculations nocturnes, être le traducteur es-langues spécialistes pour cette patiente qui revient me voir dès la consultation du médecin spécialiste faite : *j'ai besoin de technique, ça me rassure, ça paraît sûr, j'ai l'impression qu'ils peuvent tout diagnostiquer puisqu'ils voient tout ; mais je ne comprends rien. Alors, vous qui parlez comme moi, traduisez-moi* : malades potentiels oscillant entre la technique magique qui masque la mort et le contact humain qui permet de l'appivoiser.

Mes patients, j'aime les protéger, les défendre contre les « méchants » mortifères... tout en sachant que l'important est dans leur décision de se mettre en route ; j'aime écouter



pleinement, sentir le mot qu'il faut dire pour donner appui aux mots à venir, voir la chute des barrages quand survient cette mise en phase magique entre les deux partenaires du colloque singulier, j'aime voir le sourire dans les yeux tristes, j'aime rire et pleurer avec mon vis-à-vis, consciente d'être semblable et prise pour telle, mais également consciente d'avoir, malgré toute ma défiance, été investie d'un pouvoir que je sais finalement avoir : celui de celle qui sait face à *celui qui est démuné*, celui de *celle qui est passée par la mort* et en est revenue face à celui qui est malade. Je sais pouvoir être rassurante et devoir être autoritaire, être un colosse aux pieds d'argile ayant le droit d'être malade ou de dire *je ne sais pas*. J'aime quand ils me disent *je n'ai plus besoin de vous, j'ai compris* ou *je vais demander de l'aide à cette association car ce n'est pas qu'un problème personnel*.

J'aime faire les lettres qui disent leurs craintes, leurs problèmes de santé, lettres rassurantes, car faisant le lien avec un spécialiste lointain, **mais je n'aime pas** devoir les faire et les refaire à 11 heures du soir, ces missives, comme trop souvent : horaires de travail inadmissibles qui sont ceux des médecins en zone rurale éloignée ou de certaines banlieues, dangereux pour la santé du médecin et de ses malades.

Je n'aime pas voir un corps déformé par un travail répétitif, mais j'aime voir les gestes du métier mimés devant moi en guise d'explication, démonstrations parfaites de la nocivité de plus en plus grande du travail pour ces ouvriers qui sont gratifiés, en sus, d'un total mépris ignorant leurs savoir-faire. Et je n'aime pas monter indéfiniment des dossiers de maladie professionnelle qui n'aboutissent jamais et dont la procédure, dévoreuse d'écriture, de temps et d'argent, dissuade tout médecin sensé de s'y aventurer, d'autant plus quand il est difficile d'entrer en relation avec médecins et inspecteurs du travail. Pourtant, nous pourrions certainement faire avancer les connaissances sur les dangers au travail en partageant certaines données individuelles.

J'aime travailler dans la durée : le temps fait partie intégrante de notre métier, temps d'une consultation qui permet de renouer les fils d'une histoire décousue, d'un corps mis en miette, d'une césure entre le psychisme et le somatique ; temps de surveiller l'évolution des symptômes qui se précisent progressivement ; la durée du suivi médical qui permet de colmater les oublis d'un patient face à sa propre histoire ; le temps des histoires de familles où le médecin s'engue souvent, soignant les différents membres d'une même famille et sur plusieurs générations : ces suivis au long cours, richesses du médecin généraliste, lui donnent les outils pour aider son patient à comprendre comment s'inscrit sa maladie et lui-même à travers les générations, dans les histoires locales et régionales : être acteur de santé finalement.

Et je n'aime pas du tout que notre consultation soit considérée comme rentable si courte (15 minutes) : limiter le temps d'écoute, ne pas avoir le temps d'utiliser ces outils-mémoires, c'est prescrire un médicament de plus en fin de consultation. Plutôt que de nomenclaturer un temps parcellisé, il nous faut un paiement global forfaitaire, mieux adapté à notre médecine globale.

J'aime avoir vieilli avec eux, être enracinée dans ce Périgord frontalier qui n'en finit plus de se métisser, variétés culturelles déstabilisant ma représentation univoque de la maladie et des corps : j'aurais aimé avoir acquis plus tôt des notions de communication et d'anthropologie mais, heureusement, ils m'y ont poussée !

Je n'aime pas ceux qui, n'ayant pas la compétence de médecin généraliste (certains médecins spécialistes et/ou hospitaliers) s'arrogent le droit de nous définir et de décider de quelle formation nous avons besoin. Notre pratique très spécifique de médecin de premier recours métissée à celle de médecin de l'intime, notre immersion dans le même milieu de vie que nos patients et au contact des autres soignants, nous placent au carrefour des soins et de la santé : rien de comparable avec la pratique du spécialiste.



Cependant, quand ma boîte à outils ne suffit pas, **j'aime pouvoir choisir des médecins spécialistes** répondant à nos besoins conjoints, le malade et moi : techniciens pointus dans un domaine particulier, ils sont des complémentaires momentanément nécessaires (et leur rôle de consultants requiert disponibilité dans le temps). Partager nos doutes et nos ignorances voire nos erreurs réciproques serait possible si la hiérarchie ne régnait plus dès la formation initiale.

J'aime bien travailler, mais je déteste ne plus avoir le temps de lire mes revues professionnelles, aller à des formations diverses, retrouver des soignants de tout bord me revitalisant au sein de groupes de paroles, réfléchir sur le soin et la santé avec mes amis du Syndicat de la Médecine Générale sans être épuisée par ma semaine de travail (quelle place faisons-nous aux médecins vieillissants ne pouvant travailler sur ce rythme épuisant ?). Et je déteste ne pas pouvoir rejoindre les quelques associations qui m'ont permis autrefois de m'intégrer dans ma bastide.

J'aimerais faire autre chose que du soin comme avant que des choix politiques aient instauré la désertification sanitaire : être plus souvent un

citoyen lambda vivant tout simplement, normalement avec ceux que j'aime, ceux-là mêmes qui disent que ce métier est impossible, un métier de fous. Ce qui est vrai. Ce qui est faux. Car il n'est fou que du mépris sous lequel on tente de l'enterrer, ce métier finalement trop dérangeant, insolite dans une société de techniciens spécialisés et divisés, insolent dans son implication du côté des malades, ce métier aux multiples facettes où le soignant, riche dépositaire d'histoires multiples, est, médiateur entre les sphères individuelles et collectives, acteur de santé.

Mais, l'essentiel, ce qui me le rend précieux, ce métier, son trésor subtil et indicible, c'est d'offrir un lien porteur de vie, une rencontre contre l'anonyme. Un lieu précieux où l'homme peut sans crainte, un à un laisser tomber les masques qui l'étouffent découvrant ainsi, sous le paraître, celui qu'il est.

Un lieu précieux où l'homme pulvérisé peut, sous le regard bienveillant, dire ses blessures cachées.

Un lieu où se tissent peu à peu les fils de la vie.

Un lieu précieux pour cette foule aux cent visages, sans visage.



Continuité des soins

Martine Devries

Médecin généraliste

A la question d'un collègue, alors que je me plaignais du poids des visites à domicile, « mais pourquoi continuer à aller à domicile, si ça ne te convient pas ? », il m'est apparu, d'abord confusément, que c'était au cœur de la fonction de médecin généraliste, en tout cas, ici, dans ma ville de province, pour le moment. Ça ne sera sans doute pas toujours le cas, ça ne l'est déjà plus à Paris, ni à Albi, ni à Montréal⁽¹⁾. Mais, premier point, le métier de médecin généraliste est très lié à l'attente des gens, à ce qu'ils attendent de leur médecin, en quoi ils lui font confiance. Donc, c'est conjoncturel, variable dans le temps et dans l'espace. Et actuellement, implicitement le plus souvent, clairement parfois : « Docteur, c'est vous qui me fermez les yeux ? », les gens attendent de moi ce qui est pompeusement appelé « la continuité des soins ». Et c'est quelque chose qui m'engage profondément et à quoi je souscris, et j'essaie d'y répondre. Ce n'est pas l'aspect le plus facile du métier. Il me semble que c'est cela que Philippe Foucras assume intuitivement lorsqu'il promet à Fernande⁽²⁾ une carte postale de ses vacances... Cette continuité des soins est bien autre chose que « la permanence des soins », qui alimente les débats actuels, et qui concerne le fonctionnement d'un service public continu.

Cela fait quelques années que je refuse les visites-caprice, les visites de complaisance, même payées au prix relativement fort : 30 euros, décidé par M. Mattéi en 2002. Je prétends n'être pas achetable...

Mais lorsque Madeleine, 83 ans, m'appelle à domicile, j'y vais. Jusqu'ici, elle venait en autobus, tous les trois mois pour que je lui prenne sa ten-

sion, qui est trop haute, et que je lui renouvelle son ordonnance.

Depuis six mois, Madeleine me « fait venir », parce qu'elle a trop mal ; à la fin du mois, elle sera opérée de son arthrose de hanche. « La prochaine fois, Docteur, je viendrai vous voir ». Ce n'est pas sûr, ce sera un peu tôt pour reprendre l'autobus...

La continuité des soins, c'est aussi « un remplaçant » lorsque je m'absente : pas forcément au cabinet, mais au moins un nom de médecin sur la ville en qui j'ai confiance, et dont je me suis assurée de la présence ces jours-là.

C'est aussi, et ça je le vis parce que j'exerce depuis longtemps, la constance du lien. Il n'est pas rare que je voie à la consultation une personne dont le visage me dit vaguement quelque chose : oui, je suis déjà venu, c'était il y a... tant d'années. Je n'ai en général pas un clair souvenir de ce que la personne vivait à l'époque, pourquoi je l'avais soignée, mais cette constance du lien, elle y est et nous pouvons reprendre une conversation suivie,





même si je dois lui demander de me rappeler les éléments passés⁽³⁾, ou ceux qui se sont produits dans l'intervalle.

C'est un aspect du métier important parce qu'il sous-tend tout un tas de choses dans le comportement du médecin et du patient : celui-ci est amené à voir d'autres praticiens, selon son choix, ou selon les circonstances, je suis parfois absente, mais on peut en parler ensuite, ou ne pas en parler

et la confiance n'est pas entamée. Pour le médecin, travailler ainsi dans une durée, une continuité donne un autre sens à sa pratique.

1. Villes où je connais des médecins généralistes qui ne font des visites à domicile qu'exceptionnellement.

2. cf. *Pratiques* n° 23, p. 92, septembre 2003

3. Oui, j'ai des dossiers, bien tenus, mais je suis passée à l'informatique depuis 4 ans et le lien est souvent plus ancien.

Monsieur Mangeterre

Julien Bezolles

Médecin généraliste

« J viens pour mon traitement » et il pose sur le bureau la notice du médicament et aussi une enveloppe, fermée, mais pas à côté de la notice, un peu en retrait, un peu plus loin.

Faut bien un prétexte pour voir le docteur, faut bien avoir un médicament à demander, le médicament c'est pour la dignité, c'est pour faire passer l'enveloppe, mais la vraie raison, j'ai pas mis longtemps à le comprendre, c'est l'enveloppe, celle un peu en retrait, un peu plus loin.

Et puis il sort l'attestation de CMU. « J'ai faite docteur, vous voyez bien. Du jour où vous m'avez dit, j'ai faite, je suis repassé le soir même pour vous la montrer, mais vous étiez fermé. »

Est-ce que c'est inhumain de dire à quelqu'un qui sort de la prison directement à la rue, sans passer par la case maison, vu que pendant son séjour derrière les barreaux le proprio y s'est dépêché de refourguer à d'autres miséreux son taudis, est-ce que c'est inhumain de dire à cet homme qui vient de passer trois nuits dehors, qui court les foyers pour pas y rester, dehors, est-ce que c'est inhumain de lui dire : « Monsieur Mangeterre, pour que je vous soigne faut que vous ayez fait les

papiers de la CMU, parce que je soigne pas gratuitement, vu que vous êtes pas un clochard » ? C'est sans doute inhumain. En tout cas, c'est ce que je me dis souvent en exigeant de ces patients-là des démarches et des papiers pour qu'ils soient dans les règles communes, mais pourtant, y a pas le choix. Leur faire la charité, ça serait plus facile pour eux comme pour moi, moi la bonne conscience, eux des démarches en moins dans l'océan de papiers où ils se débattent. Mais cette charité-là retarde l'accès au droit de se soigner normalement. La charité du soin, sauf l'urgence bien sûr, c'est le maintien dans la dépendance au bon vouloir des puissants, au bon gré du médecin. L'accès au droit, c'est un effort inhumain quand on est dans la misère, mais pourtant y a pas le choix.

C'est pour ça que monsieur Mangeterre, il est si fier d'exhiber son attestation aujourd'hui. L'attestation de CMU c'est Sa victoire sur la misère, comme son logement qu'il a trouvé tout seul, sans les services sociaux, qui pouvaient rien faire pour lui.



L'attestation avec laquelle il peut demander son médicament, montrer sa lettre.

« Ça j'vous en parlerai après », dit-il en désignant la lettre.

Va donc falloir passer par l'avant pour arriver à la lettre. Et comment allez-vous, monsieur Mangeterre ? Comme si ça ne se voyait pas comment il allait. Ses lunettes, le verre gauche fendu, le droit retenu à la monture par du sparadrap. La maladie de peau qui revient avec la boisson. Les tremblements, parce qu'il sait que je n'accepte pas quand il arrive ivre à mon cabinet, si bien que le jour où il doit voir le docteur, il ne boit pas. Comme ça, quand je lui demande : « Et vous en êtes où avec l'alcool ? », il peut me dire : « Ça va, docteur, aujourd'hui j'ai pas bu. » Mais il tremble. Alors je lui en parle quand même de l'alcool, de toute façon il est coincé : « Faut arrêter l'alcool, monsieur Mangeterre. Vous savez que dès que vous êtes prêt, je peux vous envoyer en cure. » - « J'vous l'dirai, docteur, quand je serai prêt. »

Ca y est, les formalités sont terminées ? Ah oui, il y a encore la tension. Elle est bonne votre tension, Monsieur Mangeterre.

Et puis vient le comble de la misère.

Le comble de la misère, c'est quand on vient voir son médecin pour qu'il lui lise son courrier. D'abord, parce que qu'on ne sait pas le lire, ensuite et surtout parce qu'on n'a personne d'autre pour le lire. « Vous savez bien que je sais pas lire docteur. »

Le comble de la misère, c'est quand ce courrier est une convocation à un contrôle judiciaire, parce qu'on ne s'est pas rendu à la précédente convocation, parce qu'on n'a pas su lire le papier. « Celui à qui je demande de lire mes papiers, il était pas là, et je pouvais pas revenir vous voir docteur, vu que j'avais pas mes papiers de CMU. »

Le comble de la misère, c'est quand le fonctionnaire qui a envoyé cette convocation a coché avec le plus parfait mépris toutes les cases concernant les documents à présenter, y compris le certificat de scolarité et les feuilles de paye.

Le comble de la misère, c'est quand le docteur fait un certificat d'illettrisme pour justifier une absence à une convocation judiciaire. Et que le patient en est content.

J'arrête... moi non plus

Isabelle Charent

Journaliste médicale
et médecin généraliste

Finissant sa salade avalée sur le pouce entre consultations et visites, la première généraliste que je remplace me glisse sa conclusion les yeux plein d'émotion : « On fait un beau métier ». Vu de l'hôpital, je ne pensais pas que la médecine, c'était tout ça. Presque exactement la vie. La vraie. Ce médecin est mon étoile au ciel de mes essais. Avant, il y avait eu une star hospitalière, « Tenir les deux bouts à la fois », c'était le cœur de sa pédagogie, ça voulait dire sous le symptôme, la maladie, il y a le social, le politique, l'inconscient, ma mère, ton père, tes enfants, ceux que tu as, ceux que tu n'auras jamais, etc. etc.

Me voilà minuscule avec mes angoisses majeures, installée. Assise ou debout face à la clientèle, plongée dans le lien et toutes ses espèces d'exigences justes, injustes, légitimes ou déplacées, sues et « insues ».

Et ils viennent et ils viennent et ils viennent, ils attendent, patientent, s'impatientent, supportent, demandent, m'énervent, me réjouissent, me déçoivent. Un jour, j'ai plus peur, un jour je les aime, c'est vrai, presque tous.

Etre amoureuse au loin et surgit un imprévu au scénario. Lien privé contre bien public, mon regard se transforme. Marre de la paperasse et des infantilismes. Soulager, accompagner, comprendre, oui, mais soudain, je me sens trop jeune pour vivre ainsi chaque jour. Je me suis retrouvée journaliste médicale, en route pour une réflexion médicale permanente. Entre pointeuse et 35 heures, nouveaux carcans nouvelles souffrances, on découvre la sémiologie du corps social et on explore ses lois, ses règles, ses troubles et on découvre par exemple la psychopathologie du travail, celle qui arrive par petits morceaux d'âmes errantes dans nos cabinets.

Sortir du soin technique, c'est libérer de l'espace intérieur pour réfléchir à la dimension psychique. Cesser vraiment d'être médecin, c'est aussi quitter la position permanente de celui vers qui l'on vient pour demander de l'aide. C'est tout un mode de relation bouleversé ouvrant sur des finesses sémiologiques d'une grande richesse.

Alors on reprend sa sacoche de nomade, on visite d'autres univers de soi et du monde. On cherche hors des technologies, des règles établies et du médicament comment se replacent dans les vies plus d'humanité, de temps, de respect et de liberté.

Pour moi, le manque à ne plus exercer, il est dans la pensée de ces enfants, en difficulté dans leur famille avec qui s'échangeaient des rires essentiels et des plaisanteries indispensables lors de la visite mensuelle, pour la mère, le père ou les grands-parents. Je vois précisément un visage, puis un deuxième, puis le souvenir échappe ou ma mémoire refuse.

Combien sauve-t-on de vies dans une carrière ? Je me suis remise à la pratique avec mes rêves (c'est incorrigible le rêve). Je cherche. Je cherche comment aider les gens, aujourd'hui, à ne pas se laisser assujettir. Je refuse de m'accorder à ce dogme omniprésent de toute puissance scientifique et de médicalisation des corps et des esprits assigné en relais aux généralistes, « médecins de première ligne ». Je refuse les stéréotypes.

Il me semble que plus qu'un autre, le soignant grandit sur les douleurs d'enfance. C'est pourquoi généraliste n'est pas un métier en soi, c'est un cadre. Généraliste n'est pas un métier, c'est un état. On ne peut pas arrêter d'être.

Il me semble que les généralistes souffrant « d'arrêt de soins » devraient chercher plus loin en eux-mêmes. Peut être les généralistes épuisés feraient-ils grandir leurs patients en prenant des grandes vacances.



Résumé : Le point de vue d'une banale citoyenne française qui comme tout(e) un(e) chacun(e) a recours aux services d'un(e) médecin(e) généraliste. Pas de maladie particulière à suivre, juste la vie comme elle va. Tantôt bien, tantôt mal. Avec les mêmes soucis que tout le monde.

Lettre à « mon » médecin

Voici maintenant une dizaine d'années que je vous connais et que vous me connaissez. Donc, que nous nous connaissons. Ce n'est pas trop, me semble-t-il, pour que je puisse donner votre nom sans problème quand on me demande qui est mon médecin traitant (car il est évident que chacun est supposé avoir un médecin qui fait partie de son paysage). C'est aussi pour cela que je me sens rassurée dès que j'ai appelé votre secrétaire, qui elle aussi me connaît, pour avoir un rendez-vous avec vous.

Certes, vous n'accourez pas à mon chevet et c'est moi qui, même fiévreuse et endolorie de partout, doit me déplacer pour aller vous consulter... Où est donc le bon docteur de mon enfance que ma mère attendait anxieusement, mais déjà un peu tranquillisée par la promesse de son passage – même si l'attente était toujours trop longue – et affairée à préparer la petite cuillère pour examiner ma gorge et la serviette à poser sur mon dos pour écouter (quoi ? – c'était drôle, cette grosse tête, l'oreille collée contre moi !) et le prix de la visite sur la table de la salle à manger où serait rédigée l'ordonnance sibylline, mais salvatrice ?

Les temps ont changé et vous n'entrez plus dans nos maisons, seul étranger autorisé à pénétrer ainsi dans l'intimité familiale. Par contre, vous m'offrez un peu de votre personne dans votre cabinet agrémenté de tableaux, d'objets ou de photos de famille qui ont plus à voir avec vous qu'avec la médecine. Et en échange, je vous dépose un peu de ma vie et j'attends de vous une attention exclusive à ce que je vous confie.

Parce que, bien sûr, pour vous je suis unique. C'est déjà trop que, parfois, vous me fassiez

attendre ou, pire, que vous ne puissiez me recevoir que le lendemain ! Heureusement si j'insiste, vous acceptez de me recevoir « entre deux ». Puisque c'est moi, c'est bien normal... Et pourquoi donc prenez-vous la liberté d'être absent quand j'ai besoin d'entendre que cette douleur que je qualifie d'intercostale (parce que j'ai mon opinion sur mes maux) n'est pas le signe d'un cancer du poumon ?

Je vous dirai tout – enfin presque – ce qui peut vous aider à diagnostiquer efficacement. Je sais que vous m'écoutez, parce que vous n'êtes pas un technicien, mais une personne. Certes, je n'attends pas de vous que vous sachiez tout soigner – et d'ailleurs j'ai ma gynéco pour un domaine que je ne vous confie pas (avec l'impression de vous tromper d'avantage que lorsque je consulte en ophtalmologie). Et si je renâcle à ce qu'elle me prescrit, je vous fais discrètement part de mes doutes.

Parfois, vous hésitez, tâtonnez pour un traitement... mais je vous fais confiance, l'erreur est humaine et justement, j'attends de vous d'avantage qu'une sèche compétence.

Nous ne sommes liés par aucun contrat et je pourrais aller consulter ailleurs ! Mais alors, il faudrait tout reprendre au début, me raconter, expliquer... alors que, vous me « suivez » depuis dix ans. Mes dissimulations, car il y en a, sont cousues de fil blanc et nous n'en sommes pas dupes. Vous êtes assez discret pour ne pas me poser trop de questions directes, mais elles sont, elles aussi, cousues de fil blanc.

Lorsque vous faites un courrier à un spécialiste (sous pli fermé, je ne vous le pardonne que parce que ce sont ces habitudes entre confrères qui

Françoise Tran

Une patiente, un jour malade et l'autre pas



échangez des suppositions scientifiques sur mon cas – intéressant, forcément intéressant –), j’attends, bien sûr, que celui-ci vous informe aussitôt qu’il m’aura reçue et examinée, comme si j’étais celle de vos patients qui mérite le plus d’attention.

N’ayez surtout pas l’air, la prochaine fois que je m’assoierai en face de vous, de relire dans mon dossier ce que vous devriez avoir en tête me concernant. Car, non, vous n’êtes pas un intermédiaire, mais le dépositaire de mes misères, grandes ou petites, des avatars de ma vie.

Oui, bien sûr, je ne suis pas la seule à penser cela, puisque parfois, il y a deux ou trois personnes avant moi dans la salle d’attente (c’est irritant !). Mais à moi, vous expliquez les choses que vous savez que je comprends, parce que vous savez que moi, je ne vais pas me contenter d’une liste de médicaments à avaler sans commentaire.

Lorsque j’avais vingt et quelques années et en rupture de carcan familial, je mettais un point d’honneur à ne pas avoir de médecin traitant. Mais il fallait bien parfois des médicaments, des remboursements... mais surtout pas un contrôleur de mon intimité. Je refusais l’idée du « médecin de famille », contraire à mon esprit de liberté et d’indépendance... Seriez-vous donc une institution par rapport à laquelle il est nécessaire de

prendre de la distance pour en apprécier mieux le prix ?

Vous m’avez, il y a quelques mois, imposé une augmentation du prix de la consultation. A ma charge. Je n’ai pas aimé. Quel moyen avais-je de résister ? J’ai, à ce moment-là, retrouvé l’indignation qui me prend quand, perplexe, je tente de relire votre prescription indéchiffrable. Vous le faites exprès ou quoi ? J’enrage !

Mais vous êtes mon « médecin traitant », mon médecin de proximité. Irremplaçable, comme au fond mes commerçants de proximité, eux aussi irremplaçables, mais peu à peu remplacés par une banque ou une agence immobilière... Vous êtes un médecin généraliste... c’est quand même un beau titre... Un jour, je le crains, vous n’aurez plus votre place dans mon quartier. Un médecin anonyme répondra à mon appel, plus vite que vous sûrement, pour me diriger, dans les meilleures conditions possibles et sans que j’aie eu le temps de demander quoique ce soit, vers le bâtiment B2 du service XY du centre hospitalier où on m’installera dans la chambre 174. Il y aura la télé sur option, le téléphone aussi, un comprimé blanc pour dormir et un rose pour oublier qu’il n’y a pas encore si longtemps, j’avais un médecin traitant pour qui j’étais autre chose qu’un numéro dans un service médical.

Résumé : Le risque médico-légal peut paraître bloquant pour le médecin généraliste, mais, si celui-ci l'intègre dans sa pratique, il devient libérateur en lui permettant d'énoncer ses droits, notamment celui du droit au changement de registre.

Gérer les risques

Le médecin généraliste gère quotidiennement des risques, mais le risque pénal, toujours présent en arrière-fond rendrait-il ce métier trop périlleux voire impossible ? Il y a d'autres alternatives au face-à-face [consommateurs de soin assurés contre les risques de la vie] [médecins fatalistes ou obsédés de sécurité]. Au-delà du questionnement individuel, un travail de réflexion collectif s'impose à la profession d'autant que le métier de médecin généraliste a des caractéristiques spécifiques non reconnues par la société et donc par la justice. Ce sont toutes ces questions que nous avons évoquées, médecins généralistes et avocats spécialisés dans la défense médicale, lors d'un séminaire organisé par la société française de médecine générale (SFMG) sur l'intégration du médico-légal dans la pratique du médecin généraliste : en voici ma propre lecture.

Connaître le langage et les us et coutumes du monde juridique.

Dès la formation médicale initiale, il faudrait aborder les aspects théoriques et pratiques du risque médico-légal, apprendre les rudiments de la langue des juristes, comprendre les modes de travail des différents acteurs de ce monde, décrypter les bases sur lesquelles sont prises les décisions des magistrats...

Intégrer le risque médico-légal dans la pratique du médecin généraliste

L'intégration est indispensable et possible : le médecin généraliste sait gérer tous les jours le

risque médical dans sa fonction de médecin de premier recours, alors il peut le faire pour le médico-légal ! Ni victime ni bourreau, le médecin responsable est conscient de ses obligations, mais aussi de leurs limites, fait des choix raisonnés pondérés par rapport à l'occurrence des risques et peut répondre de ses choix décisionnels selon les données acquises de la science en matière de médecine générale. Ce dernier point est primordial : faire reconnaître la spécificité du métier de médecin généraliste est une urgence.

Les stratégies face au médico-légal : le médecin généraliste apprend à repérer les situations à risque pénal (souvent celles où la communication est difficile voire conflictuelle, patients connus comme plaideurs habituels, médecin pris comme arbitre de conflits familiaux) ; il garde ce souci en arrière-fond tout en conservant son rôle de médecin et tente toujours en premier lieu de restaurer le dialogue avec le patient et son entourage. Cependant, en cas d'échec avéré, il doit savoir changer de registre : abandonner le registre des soins et passer progressivement du registre médical au registre juridique (en particulier en n'apportant pas d'élément pouvant nuire à la défense de ses intérêts de justiciable). Cette stratégie est, pour moi, réaliste et libératrice : si le patient devient un plaignant, le contrat qui me lie à lui en tant que médecin est rompu ; je redeviens un citoyen lambda, justiciable face à un plaignant contre lequel je dois « me défendre ». Pas de confusion des rôles.

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste



Passer de l'individuel au collectif : rôle des instances professionnelles

Certes, c'est la responsabilité individuelle du médecin en tant que professionnel qui est mise en cause et celui-ci doit suivre son propre parcours, douloureux, déstabilisant souvent, véritable accident du travail laissant des séquelles ultérieures. Mais une aide pourrait lui être apportée, s'il le souhaite, par un « guide pratique », outil élaboré par des médecins généralistes, des avocats spécialisés voire des magistrats concernant les différentes étapes de la procédure. Un exemple : ne pas hésiter à déclarer tout dossier potentiellement conflictuel à l'assureur en responsabilité professionnelle et à prendre un rendez-vous urgent avec un avocat spécialisé de son choix qui sera payé par l'assureur, avocat indépendant avec lequel s'organise la stratégie, conciliation ou comparution devant les différentes juridictions possibles (disciplinaire et/ou correctionnelle, pénale ou civile). Mais l'édition d'un « guide pratique » ne suffit pas.

Les structures professionnelles peuvent intervenir à double titre. Tout d'abord, c'est auprès de celle choisie par le médecin (comme le Syndicat de la Médecine Générale : le meilleur choix pour moi) qu'il devrait pouvoir trouver un soutien d'accompagnement personnel, ainsi qu'un conseil collectif logistique et de lobbying. En contrepartie de cette aide, le médecin enrichit la profession dans sa recherche d'amélioration des pratiques médicales : faire un travail de recherche sur les condi-

tions réelles de la prise de décision en médecine générale, étudier les causes des erreurs médicales dans cette pratique spécifique de « premier-long-dernier recours », sont une nécessité de santé publique. Enfin, une tâche urgente incombe aux structures professionnelles : exiger que la collectivité contextualise les décisions de justice aux soins primaires. Faire reconnaître notre spécificité de médecin généraliste par le monde de la justice (dans 90 % des cas, ce sont des experts spécialistes et hospitaliers majoritairement qui sont choisis par les magistrats dans des procédures concernant des médecins généralistes), apprendre aux avocats spécialisés dans la défense des médecins les fonctions liées à ce métier particulier et moins connu par eux, car l'incidence du risque judiciaire est moindre.

Interpeller la société : les fonctions du médecin généraliste

Au-delà de la gestion individuelle de cette situation critique et de la référence à une structure professionnelle se pose l'interpellation à la société : quelles sont les missions spécifiques de ce métier avec leurs limites, quelle est sa place au sein des professions du soin, quelles missions de santé publique lui sont-elles confiées ? La société ne peut pas continuer à se défausser sur nous sans fixer les bornes de notre métier : nous prenons nos responsabilités, à elle de prendre les siennes. Et clairement.

Résumé : Si les patients sont des êtres humains avec une histoire et un ressenti, alors le médecin est autre chose qu'un « réparateur ». Un « médecin heureux » explore ici le mode de fonctionnement du médecin dans sa relation au malade, mais aussi à son entourage et à lui-même, le tout définissant son identité professionnelle.

Les médecins sont aussi des êtres humains

J'ai « fait » médecine sans trop savoir pourquoi. Pour soigner mes parents ? Pour les honorer du premier médecin de la famille ? Pour pouvoir partir facilement en cas de vent mauvais ? Ou peut-être pour me soigner moi-même, payer ma dette, passer de l'autre côté ? Etre riche, respecté, recherché ? Comprendre ? Sauver des vies ? Les accompagner lorsqu'elles s'épanouissent ou qu'elles surmontent leurs difficultés pour m'en enrichir humainement sans trop me brûler ?

Je ne crois pas avoir jamais eu de vocation préméditée ni même affirmée. Pourtant, et là je n'ai pas le moindre doute, pour moi, ça a toujours été : la médecine générale sinon rien ! C'est à mes yeux (pardon à mes chers confrères qui nous sont quand même bien utiles) la seule « vraie » médecine, en tout cas la seule qui soit à la fois clinique et relationnelle. Et après quelques années de maturation, malgré des questionnements récurrents, je me sens bien dans ce métier. Pourtant, il me pèse et m'inquiète et je me plais à dire que je serai soulagé lorsque j'en sortirai et qu'enfin, je ne serai plus docteur ! Encore que... je pense que je m'ennuierais en ayant l'impression de sortir de la « vraie vie ». D'ailleurs, lorsque j'apprends que tel ou tel confrère a décroché sa

plaque pour s'orienter vers un salariat tranquille où il ne soigne personne, je suis à la fois envieux et compatissant. Oui, au jour d'aujourd'hui et malgré tout (tout quoi ?), je peux dire sans me tromper que je suis un médecin heureux. Et lorsque je me demande ce que je pourrais faire d'autre, je ne trouve décidément rien qui puisse rivaliser avec ce métier qui nous demande beaucoup, mais nous donne tout autant sinon plus, ce métier qui fait partie des plus anciens et des plus fondamentaux de l'humanité et nous rend tous les jours encore plus humains. D'ailleurs, comme beaucoup de mes confrères, je deviens accro puisque quand je ne soigne pas les gens, je rencontre d'autres médecins et vous savez quoi, nous parlons... de médecine. Durant mes études, j'ai été passionné par la psychosomatique, les rapports du psychisme et des organes. Surtout, je m'intéressais à la façon dont les maladies pouvaient venir prendre place dans une vie, quelles en étaient les répercussions... Si mes patients étaient des êtres humains avec une histoire et une subjectivité, alors, je n'étais pas qu'un savant réparateur de machines, mais un individu avec, moi aussi, une histoire et une subjectivité. Tout logiquement, je me suis intéressé à la relation

Eric Galam

*Médecin généraliste,
animateur de la société
savante Repères*

*Repères
30 boulevard d'Ornano
75018 Paris
Tél. : 01 42 62 29 79
Fax : 01 42 62 02 61
repere smg@wanadoo.fr*



médecine malade. J'avais le sentiment que la façon dont les personnes viennent se plaindre au médecin, la manière dont celui-ci les accueille, les écoute, les accompagne... ne sont pas que des détails, mais peuvent influencer sur l'évolution et l'intensité des maladies. Et puis, encouragé par la conviction que, par delà les grandes règles de la médecine, les décisions sont fortement influencées par le contexte spécifique ou la personnalité du médecin, je m'autorise timidement et avec une bonne dose d'appréhension, à explorer ce que j'appelle la « personnalité professionnelle » du médecin. Il s'agit pour moi de la façon spécifique dont chaque médecin exerce son activité et qui le fait reconnaître par ses patients et par lui-même comme membre singulier et unique de la collectivité médicale dans une société donnée. S'il est aussi question des grandes lignes de force qui relèvent de l'anthropologie (comment est-on médecin dans la France de 2003 ?), je m'intéresse plus particulièrement aux caractéristiques individuelles qui font de chacun d'entre nous une personne littéralement irremplaçable, non seulement en tant qu'être humain, mais aussi en tant que soignant. Vous l'avez compris, et là je sais que je vais vous décevoir, ce qui m'intéresse de plus en plus, en ce moment, ce n'est pas les

maladies ni les traitements, ni même, les patients et leurs vies, non ce qui me passionne, c'est les médecins ! Comment peuvent-ils exister dans une relation qui concerne l'autre avant tout, d'autant que cet autre est fragilisé par une maladie ou une difficulté de vie ? Comment leur identité influe-t-elle sur leur façon de soigner ? Est-ce qu'ils sont exclusivement concernés par les questions organiques, rejettent ce qui serait « hors sujet » ou au contraire acceptent-ils toutes les demandes qu'elles qu'en

soient les caractéristiques, écoutent-ils les plaintes relevant du mal de vivre, des conflits de couple ou de travail ? Sont-ils pressés d'agir au plus vite incitant au dépistage et à la prévention ou attendent-ils symptômes et plaintes explicites sans instiller trop vite la médecine dans la vie des gens ? Sont-ils directifs, autoritaires ou souples, tolérants à l'automédication et à l'inobservance ? Comment accueillent-ils l'entourage de leurs patients, avec respect et compréhension ou plutôt avec irritation et mise à distance ? Remettent-ils en question leurs connaissances, les relativisent-ils ? Prennent-ils en compte leurs propres besoins dans leur travail, s'impliquent-ils auprès de leurs patients ? De quoi ont-ils peur, sont-ils stressés, qu'est-ce qui leur fait plaisir dans leur métier ? Et encore, comment se trompent-ils, comment articulent-ils vie privée et soins aux autres ? Comment font-ils lorsque leurs proches sont malades ? Comment se soignent-ils eux-mêmes, connaissent-ils leur taux de cholestérol, font-elles des frottis réguliers ? Et moi, comment est-ce que je réponds à toutes ces questions ? Comment puis-je à la fois être plus performant et plus heureux dans mon métier, comment puis-je reconnaître ma façon d'être médecin et l'optimiser ? Comment puis-je soigner à ma manière tout

en étant suffisamment objectif et neutre d'un côté, tout en n'étant pas que soignant d'un autre côté ? Comment trouver la bonne distance et surtout la juste implication dans une pratique forcément complexe et évolutive ? Vaste champ de recherche à la fois exaltant et quelque peu tabou : tout médecin ne devrait-il pas soigner tout malade et en tout temps de la même façon ? Ne risque-t-on pas en tolérant l'émergence du sujet médecin de déstabiliser tout le système, alors que justement la société attend du médecin qu'il soit humain, mais pas trop ? Longtemps, nous avons fonctionné avec la supposée objectivité du médecin qui n'était que le pendant de la confortable organicité du patient. Aujourd'hui, alors que se développe le besoin pour les patients de prendre leur santé en charge dans une relation

adulte avec les soignants, il n'est pas totalement étonnant que les médecins se mettent à parler d'eux. Il s'agit là d'une évolution essentielle et délicate dans les pratiques de soin. Et même si elle nous fait un peu peur, nous n'avons pas d'autre choix que de la négocier au mieux. Les médecins sont aussi des êtres humains avec des personnalités, des richesses et des difficultés spécifiques pour chacun d'entre eux. Confrontés à nos souffrances et à nos peurs, disponibles à nos besoins et exposés aux méandres de nos désirs, ils méritent bien d'être respectés et choyés et, en tout cas, reconnus comme des personnes qui ont, au moins autant que quiconque, le droit de réussir leur vie. Et si c'est bon pour eux, c'est sûrement aussi bon pour nous.



Fin de matinée

Fin de matinée. Il est 13h30, je range vite mon bureau, je télétransmets et je me dépêche de retrouver mon associée au bistrot pour manger avec elle. Nous avons peu de temps : j'ai fini en retard et je repars en visite ; elle revient de visite et doit assurer la consultation de l'après-midi. Mais quel plaisir, ce temps ensemble ! Nous prenons des nouvelles des patients que nous connaissons toutes les deux (ou même si l'une ne le connaît pas, nous en avons parlé pour dire les difficultés ou pour demander un conseil à l'autre). Nous parlons de nos difficultés, nous nous demandons conseils, nous par-

lons de nos doutes, de nos inquiétudes, de nos erreurs, de nos oublis, de nos révoltes, de nos colères, de nos fou rires et de notre bonheur de consulter parfois... Nous partageons les locaux, les soucis, les doutes, les échecs, les succès.

Et ces pauses de midi sont un stimulant, un sens à notre travail, un punch, une motivation, un approfondissement, une manière de mieux travailler, de corriger des erreurs, de prendre des décisions, de rectifier des tirs...

Ce moment est indispensable à ma pratique médicale.

Mady Denantes

Médecin généraliste

Résumé : Sa formation terminée, le médecin généraliste affronte, désormais seul, les doutes, les échecs, les peines et les peurs. Il devra tôt ou tard, pour en réchapper, s'occuper de lui-même. Comment trouver la bonne distance ? Comment rester impliqué sans se consumer ? Comment trouver et garder les moyens d'un engagement politique et social ?

Le médecin, l'Autre et les autres

Georges Conne

Médecin généraliste suisse

Chargé d'enseignement en
psychologie médicale

La Médecine, comment en réchapper !

La maladie menace nos patients, comme la médecine les médecins ! Médecin généraliste installé depuis plus de 20 ans, je fais partie des survivants de cette profession à risques qui en cabosse plus d'un. Les exemples et les études ne manquent pas qui décrivent les dangers qu'il y a à pratiquer la médecine, tout particulièrement celle de premier, long ou dernier recours.

Fatigue, dépression, *burn out*, renoncement, isolement, suicide même, les écueils ne manquent pas !

« Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. On n'est pas tenu de le faire payer aux autres et on n'est pas obligé d'en crever. On peut s'arrêter avant » disait Winkler dans *La Maladie de Sachs* ⁽¹⁾.

Et si on décide de continuer ?

Les études de médecine nous ont appris à sauver notre prochain, mais jamais à lutter pour notre propre survie, psychique ou matérielle. Ce qui en premier lieu fait problème dans la relation médecin-malade, c'est sans doute la peur de l'incertitude, la gestion de ce flou qu'on voudrait tellement dissiper à coups de savoir théorique si chèrement acquis. Et assez vite, on s'aperçoit que ça ne suffit pas, qu'il va falloir trouver autre chose pour aider l'autre. L'humain manifestement résiste à la réduction scientifique et pas seulement par manque de compliance coupable.

La crise est un passage obligé

La médecine – inquiétant constat – ne suffit plus ou, plus savamment dit, « celui qui connaît la

médecine ne connaît rien de la médecine. » Ainsi, le jeune médecin installé, à l'instar des stades décrits par Kübler Ross ⁽²⁾ passera presque inévitablement par des moments de refus, de fuite ou d'évitement, puis viendra le découragement voire la dépression. Ensuite révolte, c'est-à-dire colère, souvent dirigée contre ces patients qui non seulement ne guérissent pas, mais reviennent ! Résignation parfois aussi.

Une éclaircie annoncera la période de marchandage : ça ne va pas comme je le pensais, comme on m'avait dit que ça devait marcher. Qu'est ce que je pourrais faire de mon côté pour améliorer la situation et, principalement, mon plaisir à travailler ?

Enfin l'acceptation : je suis médecin, j'ai appris à me connaître et accepte mes limites. C'est le deuil de la Toute Puissance.

Je ne saurais trop encourager mes plus jeunes confrères (et quelques plus âgés aussi) à s'interroger sur leur propre fonctionnement pendant la consultation.

Le corps

Pour ma part, j'ai eu l'opportunité de travailler à cela d'abord dans un groupe Balint, puis surtout lors d'un séminaire de sensibilisation à l'approche systémique donné à un groupe de confrères par un psychiatre et une eutoniste. Approche originale où on y apprenait simultanément de l'autre (comment éviter certains pièges relationnels, quelles stratégies) et de soi (reconnaître ses tensions neuromusculaires, trouver un équilibre intérieur au repos, puis en mouvement, puis en relation avec les autres).

Qu'est-ce qui se passe dans mon corps, quelles sensations et pour quels sentiments, quelles émotions refoulées ?

Réaliser sa colère ou sa tristesse par décryptage de son propre langage corporel – le psychosomatique touche aussi le soignant – et, soit-dit en passant, le soignant n'est plus dès lors un « soi-niant » : j'existe et je me reconnais et c'est essentiel à ma survie.

Voilà donc qu'on se connaît mieux soi-même, prêt à connaître l'univers ou, du moins, déjà l'autre en face qui lui aussi a des émotions et des façons bien à lui de les exprimer.

Vient alors la gestion de la distance

Soit je saute tout habillé dans le canal au premier naufragé qui passe avec un grand risque de me noyer aussi. Combien de Roland le Preux dans notre profession ?

Soit, à l'inverse, je ne m'implique aucunement. Je me barricade derrière mon savoir, mon pouvoir,



je ne ressens rien. L'échec est le fait de l'autre qui ne fait pas juste avec son régime, avec ses médicaments. Combien également de « Chevaliers inexistantes », à l'armure vide chers à Italo Calvino ⁽³⁾ ?

Reste alors la « Troisième Voie » qui est de trouver la bonne distance à l'autre.

Je compare volontiers cette recherche à l'action d'un appareil de photo muni d'un dispositif autofocus. Ce qui est en jeu, c'est la clarté de la situation, de ce qui se dit aussi. Refuser l'implicite tant que faire se peut.

En travaillant sur soi-même dans la relation, on arrive à trouver de plus en plus facilement cette distance optimale. Ni trop près : le patient perd de son autonomie et vous ne percevez pas la globalité de la situation. Ni trop loin : vous ne distinguez plus les détails et le patient se sent abandonné, incompris.

Comme dans une prise de vue, donc, sinon que la bonne distance est aussi bien le fait du patient – l'objet à photographier – que de vous – le photographe, car vous aussi vous êtes constamment en mouvement au gré de vos humeurs, de votre fatigue, de ce que vous vivez sur le moment.

Au début, le réglage est grossier, puis demande beaucoup moins d'énergie. En faire un peu moins, non par paresse, mais par souci d'efficacité.

Et donc, miracle espéré, moins de maux de dos, moins d'insomnies, d'irritabilité contre l'entourage, moins de fatigue en fin de journée. Une espèce de plaisir à travailler quand la peur ne vous habite – presque – plus.

Se préserver soi-même, certes, mais les Autres ?

Ma pratique de généraliste est-elle compatible avec un engagement politique, social ? Ne suis-je que l'homme-sandwich de l'industrie pharmaceutique, l'instrument des assurances ou le service après-vente de l'économie ultra libérale ? Est-ce que je pratique une médecine de guerre qui consiste à retaper pour renvoyer au bureau ou à l'usine ?

A voir combien nous sommes l'objet de critiques, souvent désignés comme principaux coupables de la spirale des coûts, combien on cherche à rétrécir notre champ de décision ou de liberté, il semble que nous gênions encore et que, n'en déplaise à certains, nous leur résistions !

Notre pratique de médecine ne serait-elle pas un des derniers lieux de résistance. Les « irréductibles » Gaulois ou Helvétès refusent certes la reddition, mais aussi la réduction, cette simplification des phénomènes si utile à l'économie qui voudrait nier l'incertitude à coups de statistiques, « d'évidences ».

Et donc si, en général, je m'occupe du Particulier, quelle attention particulière donner au Général ? Depuis la fin de mes études post-graduées (5 ans) et la dissolution de notre groupe de « médecins progressistes » avec qui je militais pour le droit à l'avortement, contre les conditions de travail





morbigènes, pour une médecine lente... ne suis-je pas devenu complice en m'installant en pratique libérale ?

Adieu les réunions, les tracts, les manifs, mais quels autres outils ?

Le Temps

A y réfléchir, mon premier outil c'est peut-être le temps.

Temps d'écoute et de réflexion avec l'autre sur ce qui se passe, sur le sens de ce qui « lui passe ».

Temps offert à celui qui tombe malade de ne plus en avoir.

Je réalise que ce Temps répond de plus en plus à une Attente (tiens !), en particulier en Suisse où l'on a « inventé » la montre et surtout l'obligation morale de s'y référer sans cesse.

L'utopie veut que le temps soit extensible et bien rémunéré. Ici, comme ailleurs, il l'est de moins en moins. Comment concilier ? Je ne sais toujours pas.

L'éthique

Deuxième outil : l'éthique et de réagir dès qu'elle est en péril et n'utiliser le pouvoir qui nous reste qu'à la défendre à tout prix. Se sentir concerné par l'autre à partir du moment où il vous demande aide ou conseil, quitte à se faire reprocher, comme cela m'est arrivé, d'être l'avocat de son patient par ceux-là même qui se permettent de le juger !

Aide à la survie

Et, concrètement, dans ma pratique, où cela se joue-t-il ? Comment survivre ?

– Lors de la consultation d'abord. Notre attitude (nous sommes trois en cabinet de groupe) face à l'injustice ou la misère sociale est connue alentour et nous sommes souvent sollicités pour des cas « à problème » par les institutions ou services sociaux de la région. On s'occupe ainsi du « restant de la colère de Dieu » qui n'est pas de bonne humeur par les temps qui courent, en cherchant toujours à ne pas devenir colérique pour autant.

Je dois beaucoup à mon expérience avec les toxicomanes pour mieux gérer les relations difficiles. Ils m'ont appris mes limites, c'est un peu mes garde-fous. Pour eux, il faut encore se battre avec les assurances, les autorités, jusqu'à faire autorité dans le domaine.

– Participer à des réseaux, certes, mais où chacun fait sa part et délègue aux autres selon ses compétences.

– Avec les requérants d'asile : nous sommes quelques confrères qui acceptons cette prise en charge qui coûte un temps fou et donc guère rentable non plus, mais indispensable aussi pour ces déracinés qui s'épuisent face à un monde en peau de chagrin. Là aussi s'aider d'un traducteur et d'une équipe médico-sociale efficace.

– Dans mon rôle de médecin-conseil d'écoles professionnelles, où il n'est pas rare de soutenir un apprenti contre les abus d'un patron ou réfléchir sur une stratégie de prévention des conduites à risques qui interpelle sans moraliser. Apprendre à l'équipe infirmière à se passer de moi !

– Comme enseignant de médecine psychosociale aux étudiants de 3^e année où je peux donner libre cours à ma « philosophie », mon impertinence au cœur de la faculté, dans l'Hôpital universitaire même. Imaginez la joie du ver dans la pomme, un peu seul, mais avec tant à grignoter !

Mon rôle consiste à éveiller un groupe de tout jeunes étudiants, en présence d'un malade, à la rencontre avec l'Autre.

Il n'est pas trop tôt de leur enseigner aussi des stratégies de survie en les rendants attentifs à la gestion de leurs émotions. Le malade est une personne, mais aussi le médecin.

L'avenir

Nous autres, dinosaures d'une médecine encore humaine, devons penser d'urgence à la relève et si possible par de jeunes médecins plus conscients que savants.

Opposer à la « science-fiction » qui voudrait remplacer l'écoute et la clinique par des méthodes d'exams de haute technicité une « science-réalité » où le patient est au centre de nos préoccupations.

Traduire en mots le langage du corps « porte-parole ».

Apporter de l'aide, parfois.

Prodiguer des soins, souvent.

Donner de la voix, toujours.

1. *La Maladie de Sachs*, M.Winkler, Editions P.O.L ou Livre de Poche.

2. Mme Kübler Ross : *Les Stades du Deuil. Les intervenants face aux demandes implicites de leurs clients*, F. Wulliemier in R.M.S.R n° 111, 1991.

3. *Le Chevalier Inexistant*, Italo Calvino, Livre de Poche.

Résumé : Parce qu'il a accès à la fois aux conditions sociales de vie présentes et passées et à l'état de santé de ses patients, le médecin généraliste est, a priori, un témoin privilégié de la question des inégalités sociales de santé. Ces inégalités sont particulièrement fortes en France marquées par une probabilité de décès avant 65 ans de 26 % pour un ouvrier de 35 ans. Il est temps de témoigner précisément de ce que nous pouvons voir dans nos clientèles.

Témoin muet des inégalités sociales

Le médecin généraliste est un témoin privilégié des inégalités sociales de santé, mais un témoin muet.

Définir les inégalités sociales de santé

Comprendre les inégalités sociales de santé c'est, en premier lieu, en avoir une définition qui situe bien ces inégalités *en aval* des autres inégalités sociales. « Les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire » ⁽¹⁾. Elles se traduisent par des différences d'espérance de vie (particulièrement marquées avant 65 ans chez les hommes), des différences de bien-être physique ou psychologique, entre groupes sociaux hiérarchisés selon la catégorie socioprofessionnelle, le revenu, le niveau d'étude. En France, l'Insee dénombrait, en 1998, 110 000 décès annuels avant 65 ans (20 % de la mortalité) ⁽²⁾. Ces décès sont très fortement liés à la position sociale : un ouvrier sur quatre, je dis bien un sur quatre, chez les hommes adultes, est décédé avant 65 ans dans la période 82-96 ⁽³⁾.

Un thème absent des travaux en médecine générale

Malgré les avancées concernant le statut des enseignants généralistes ces dernières années, le thème reste largement absent des préoccupations

académiques de la médecine générale. Faites l'expérience suivante : prenez les cinquante derniers travaux de médecins généralistes présentés sous la rubrique « recherche en médecine générale » dans la *Revue du Praticien*. Entre avril 2001 et septembre 2003, vous ne trouverez aucun article abordant la question de la mortalité précoce et vous ne trouverez que 6 articles (12 %) utilisant la catégorie socioprofessionnelle comme variable d'ajustement pour décrire le problème de santé étudié ^{(4) (5) (6) (7) (8) (9)}.

Un thème adapté aux généralistes

Pourtant, les propriétés des inégalités sociales de santé en font un thème a priori très adapté aux dimensions du travail du médecin généraliste.

Il y est question des mécanismes d'incorporation progressive des conditions sociales de vie depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte ⁽¹⁰⁾. Le travail du médecin généraliste s'inscrit aussi dans un temps de suivi relativement long pendant lequel, pour peu qu'il s'en donne la peine, il va peu à peu comprendre les conditions de vie actuelles et passées de son patient en même temps qu'il va enregistrer ses atteintes physiques et psychiques.

Les conséquences de cette incorporation des conditions de vie se décrivent en terme de poly-pathologies : quasiment toutes les causes de mortalité prématurée sont plus fréquentes dans le groupe ouvrier-employé que dans le groupe des

Patrick Florès

Médecin généraliste

Inserm unité U149,
collaboration avec
Pierre Aiach au CRESP.

CRESP
UFR Bobigny
74, rue Marcel-Cachin
93017 Bobigny Cedex



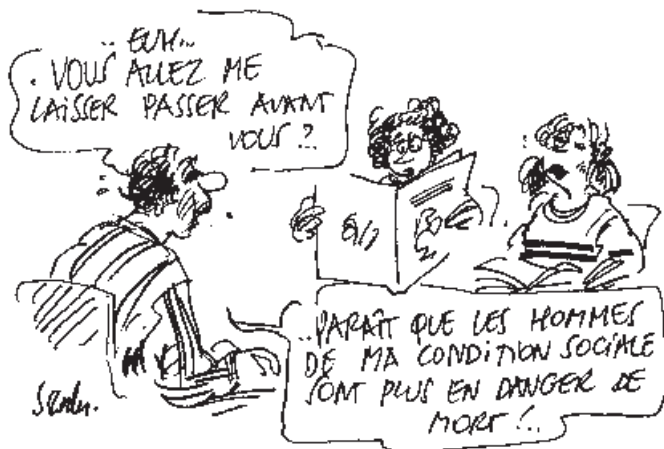
cadres et professions libérales ⁽¹¹⁾. Or le médecin généraliste a, de façon assez spécifique, les connaissances pour décrire plusieurs pathologies à la fois.

Il y est aussi question de l'adaptation de notre travail et du système de soin à la réalité des inégalités sociales de santé. Alors que, sur le principe, il existe un consensus dans le monde médical pour délivrer les soins à la mesure des besoins de santé de chacun, dans la pratique nous sommes loin du compte ⁽¹²⁾.

Dans la pratique

Thème abstrait, invisible pour un médecin isolé et sans conséquence sur la pratique pensez-vous encore ?

Alors faites la liste par exemple de vos patients diabétiques de type 2 (associez-vous à un confrère si vous n'en avez pas assez : une soixantaine de patients suffit), classez les patients en deux groupes d'âge : avant et après 65 ans et en deux groupes de catégories sociales : les professions intermédiaires et supérieures d'une part, tous les autres d'autre part, et relevez, avec un peu de soin, l'âge de découverte du diabète (par interrogatoire ou dans vos dossiers): vous trouverez sans trop de peine (un samedi après-midi suffit si vos dossiers sont bien tenus...), chez les patients de moins de 65 ans, que le diabète est apparu en moyenne entre six et douze ans plus tôt dans le bas de la hiérarchie sociale. Ni l'indice de masse corporelle ni une origine géographique différente n'expliqueront cette relation. Ce résultat, qui n'est pas connu ⁽¹³⁾, peut s'interpréter comme une espérance de vie amputée de 2,5 ans de plus chez les hommes ouvriers et employés diabétiques par rapport aux autres catégories sociales. Vous trouverez encore que 10 % seulement des patients du haut de la hiérarchie sociale ont un diabète qui a été découvert avant 45 ans alors que cette proportion approche 40 % dans le groupe employés et ouvriers. Vous savez sans doute que depuis cette année, l'ANAES recommande de dépister le diabète à partir de 45 ans en présence d'un fac-



teur de risque ⁽¹⁴⁾. Vous jugerez donc des implications concrètes de cette recommandation en terme de justice sociale.

Faites encore la revue de vos dossiers de patients décédés avant 65 ans. Il ne s'agit pas bien sur d'un événement fréquent, mais il reste tout à fait visible si on cherche à le voir (j'en ai par exemple deux cas par an en moyenne dans ma clientèle). Vous y trouverez deux figures emblématiques de l'inadaptation de notre travail : d'une part des patients très discrets, non repérés comme étant à risque de décès, restés en extrême périphérie de notre champ d'attention et de notre action pour lesquels on retrouve a posteriori des facteurs de risque de mortalité non pris en charge à temps, d'autre part au contraire des patients difficiles promis bien à l'avance à la mortalité précoce parce qu'ils accumulent très tôt de nombreux handicaps sociaux et de nombreux problèmes de santé différents. Les premiers mettent en question notre façon de distribuer le dépistage des facteurs de risque de mortalité dans nos clientèles, les seconds mettent en question notre perception du risque et notre disponibilité pour concentrer les soins à la mesure des risques encourus.

Faites enfin, simplement la liste de vos patients masculins de moins de 65 ans avec l'aide de votre ordinateur (en ayant pris soin de noter leur profession comme ce doit être l'usage...), considérez que parmi les ouvriers et employés, que vous connaissez, 1 sur 4 va décéder avant 65 ans (1 sur 5 peut être si on admet une diminution égalitaire de la mortalité précoce dans l'avenir) et osez

essayer de prédire qui va décéder... Vous en sortirez transformé.

Inventer des façons de travailler ensemble

Résister, pour le médecin généraliste qui le désire, c'est connaître et comprendre précisément la question des inégalités sociales de santé, et c'est d'abord *témoigner* de ce qu'il peut en voir par sa pratique, réactualisant ainsi la tradition ancienne illustrée en France au XIX^e siècle par Villermé. C'est en même temps *inventer les façons de travailler* à plusieurs capables de s'adapter réellement aux différences sociales des conditions de santé.

C'est le moment de le faire, car il existe, la médicalisation croissante de la société aidant, il faut bien le dire, une nouvelle légitimité, scientifique et politique, de la question des inégalités sociales de santé marquée par un accroissement récent important des travaux épidémiologiques à ce sujet dans de nombreux pays et la prise en compte, purement verbale jusqu'à présent, de la question dans le discours politique.

Décrivons donc ce que nous voyons et réfléchissons ensemble aux modifications à apporter à notre façon de travailler, nous sommes bien placés, les politiques suivront.

1. Pierre Aïach et Didier Fassin, Les inégalités sociales de santé. Un dossier à rouvrir, *La Revue du Praticien Médecine Générale* (à paraître).

2. Haut Comité de la Santé Publique, *La Santé en France 2002*, La documentation Française, Paris 2002, p 124-125.

3. Annie Mesrine, Les différences de mortalité par milieu social restent fortes, in *Données sociales. La société française*, La Documentation française/INSEE, Paris, 1999, p 228-235.

4. Jean Marc Boivin, Alain Auberge, Françoise Muller-Collé, Jean-Dominique de Korwin, Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. *La Revue du Praticien médecine générale*, 2003 ; 15 (604) : 293-297.

5. Gwenola Levasseur, François Xavier Schweger, Les demandes des patients jugées non fondées par les médecins, *La Revue du Praticien médecine générale*, 2003 ; 17 (603) : 246-50.

6. Patricia Aïmar Adda, Alex Maire, Philippe Verroust, Serge Gilbert, Coqueluche chez l'adulte ayant une toux persistante. Etude prospective auprès de 80 médecins en région parisienne. *La Revue du Praticien médecine générale*, 2002 ; 16 (594) : 1763-68.

7. Patricia Aïmar Adda, Alex Maire, Philippe Venant, Serge Gilbert. Antibiothérapie dans la rhinopharyngite simple de l'enfant. Etude transversale parisienne, *La Revue du Praticien médecine générale*, 2002 ; 16 (593) : 1721-24.

8. Jean Yves Chambonet, Emanuelle Mahot, Jean Pierre Lemort, Sylvie Gillier, Michel Marjolet, Madeleine Okomé. « Avoir des vers » croyances et connaissances populaires actuelles dans l'Ouest de la France, *La Revue du Praticien médecine générale*, 2002 ; 16 (560) : 73-77.

9. Jacqueline Cormet. Faut-il battre les enfants ? Un rapport pourrait exister entre violence éducative subie et la propension à avoir des accidents, *La Revue du Praticien médecine générale*, 2001 ; 15 (533) : 735-40.

10. George Davey Smith, David Gunnell and Yoav Ben-Shlomo, Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality, in David Leon and Gill Walt ed. *Poverty Inequality and Health. An international perspective*, Oxford University Press, 2001, p 88-124.

11. Eric Jouglu, Stéphane Rican, Françoise Péquignot, Alain Le Toulec. La mortalité. In Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang ed. *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte, 2000, p 147-162.

12. Il est facile de constater, par exemple, que nous donnons pour la plupart beaucoup plus de notre temps de travail aux femmes alors que ce sont les hommes qui sont les plus exposés à la mortalité précoce. Autre exemple : qu'il le veuille ou non, le médecin généraliste est bien souvent le seul responsable des soins préventifs, en bas de la hiérarchie sociale, par défaut de soins de spécialistes ce qui est bien sûr très différent chez les cadres. Enfin, les conditions d'exercice libéral actuelles rendent extrêmement difficile l'application, à l'échelle du cabinet, d'une politique de santé adaptée. Une action adaptée aux inégalités sociales de santé nécessite d'abord la définition d'objectifs pertinents : un médecin généraliste ne peut pas, ainsi, laisser de côté le problème de l'alcoolodépendance, par convenance personnelle le plus souvent, et prétendre s'adapter aux inégalités sociales de santé en France. Il en est de même pour la dépendance tabagique. De façon générale, l'analyse des causes de décès par catégorie sociale qui est parfaitement connue fournit des objectifs de santé hiérarchisés de façon assez précise. Une action adaptée aux inégalités sociales de santé nécessite, ensuite, la définition d'une population prioritaire et c'est chez les hommes, ouvriers et employés d'une part, d'autre part chez les enfants de ces catégories sociales que se trouvent les priorités.

Mais le travail de généraliste au fil de la demande, sans rémunération autre que celle issue de la demande, sans possibilité légale de rappel des patients, sans attribution claire d'une population de travail et sans mandat précis d'adaptation aux inégalités sociales de santé ne laisse finalement qu'une place extrêmement marginale à tout projet d'une médecine plus juste.

13. Guillaume Langé et al. en préparation.

14. ANAES, *Principes de dépistage du diabète de type 2*, février 2003.



Résumé : Comment, en s'occupant d'enfants atteints de saturnisme, un médecin généraliste découvre l'action de santé publique, comment il obtient des résultats et les réflexions qu'il en tire.

Lutte contre le saturnisme

Mady Denantes

Médecin généraliste

Tout a commencé il y a 10 ans par une consultation. Il s'agissait d'un enfant, il venait pour une pathologie banale, je ne me rappelle plus laquelle, sans doute une pathologie ORL aiguë. Et en feuilletant son carnet de santé, j'ai découvert qu'il avait un problème de saturnisme.

Je connaissais un peu le saturnisme, je savais que c'était grave et que cela nécessitait une intervention rapide pour protéger cet enfant.

Quelques mois auparavant, j'avais eu un souci en consultation : une mère et un enfant, l'enfant semblait maltraité avec des traces de coups. J'avais appelé la PMI et j'avais été frappée par la qualité de la prise en charge de cette famille. Par la suite, j'avais reçu plein de coups de fil de gens qui réagissait à mon signalement pour me demander de préciser les faits, mon observation... Bref, mon appel avait déclenché tout un système de vigilance pour protéger l'enfant en danger.

Donc, je recommence et je téléphone à la PMI près de chez moi pour signaler cet enfant en danger. Et là, bide total, rien, c'est un problème de logement : on ne peut rien faire ! Pour l'enfance maltraitée, on intervient, pour les enfants en danger aussi, mais pour le saturnisme, on dose les plombémies et on chélate si le taux monte trop haut.

Avant de continuer, il faut que je vous dise ce qu'est le saturnisme en deux mots. C'est une intoxication par le plomb qui touche surtout le système nerveux de l'enfant avec atteinte de son

développement psychomoteur, troubles de l'apprentissage, troubles cognitifs et baisse du quotient intellectuel. Cette intoxication a pour origine les peintures au plomb utilisées avant 1948 en sous-couches. Dans des habitats dégradés et insalubres, où les peintures sont écaillées, ces peintures au plomb deviennent accessibles et la poussière de plomb présente partout (d'autres sources d'intoxication existent, entre autres les pollutions de sites industrielles par des industries polluées).

Les enfants vont être les principales victimes : ils touchent à tout et mettent leurs doigts à la bouche ; et ils ont un système nerveux central en plein développement et très sensible.

Le plomb est stocké dans l'os où il a une demi-vie de 15 à 20 ans, aucun traitement n'existe et la chélation dont je parlais plus haut ne sert qu'à éviter les complications gravissimes et les décès, sans bénéfice prouvé sur le plan intellectuel. Et dernière horreur : une génération à venir est déjà touchée puisque les petites filles aujourd'hui intoxiquées intoxiqueront leur fœtus pendant leur grossesse, puisque le plomb stocké dans l'os est relargué pendant la grossesse. Bref, l'horreur, mais rien à faire que des dosages réguliers de plombémies et encore quand quelqu'un les demande. La famille de l'enfant intoxiqué habitait près de mon cabinet et nous avait choisi comme médecins. Il avait beaucoup de frères et sœurs et donc régulièrement à ma consultation, je voyais l'un ou l'autre avec son carnet de santé,

Association
des familles victimes
du saturnisme (AFVS)
78-80 rue de la Réunion
75020 Paris
Tél. : 01 44 64 04 47

les taux de plombémies qui montaient, les plus jeunes devenant intoxiqués, les passages à l'hôpital et l'intoxication qui continuait dans l'indifférence générale au milieu de notre grande, riche et belle ville et dans ce XX^e siècle finissant.

Que faire ?

D'abord une lettre ouverte aux politiques cosignée par plusieurs médecins où nous dénoncions ce problème de santé publique et les engagements à prendre leurs responsabilités. C'était avant une élection, nous avons eu pas mal de réponses, toutes indignées, mais ma famille continuait à s'intoxiquer.

Alors nous avons créé une mission saturnisme à Médecins du monde. Nous avons fait une enquête dans le quartier de Belleville qui a montré ce que d'autres études avaient déjà montré : que les enfants étaient mal dépistés et quand ils l'étaient, que les intoxications se poursuivaient. Nous avons fait du bruit, dénoncé, fait des conférences de presse, alerté. Nous avons harcelé au téléphone tous les intervenants possibles pour chaque enfant intoxiqué. Enfin, nous avons participé à la création d'une association des familles victimes du saturnisme (AFVS) prêtes à engager des poursuites.

Et nous avons obtenu un logement décent pour tous les enfants pour lesquels nous nous étions battu. Et nous avons obtenu une loi, puisque dans la loi contre les exclusions de juillet 1998, une partie concerne la lutte contre le saturnisme infantile : l'intoxication est devenue une maladie à déclaration obligatoire!!!! et la déclaration provoque une intervention de l'Etat sur l'habitat pour protéger les enfants.

Tout n'est pas fini : beaucoup d'enfants intoxiqués ne sont pas dépistés (85 000 enfants seraient intoxiqués d'après un rapport de l'INSERM de 1999 et seulement 5 % dépistés). *Généralistes, pensez à prescrire des plombémies, c'est vous, avec les centres de protection maternelle et infantile qui voyez ces enfants en consultation !* Les enfants intoxiqués ne sont pas rapidement

protégés, les travaux sont parfois absurdes dans des habitats si délabrés... L'institut de veille sanitaire (INVS) nous envoie un superbe dossier sur les maladies à déclaration obligatoires où le saturnisme n'est quasiment pas abordé, alors que cette maladie est une des principales que les généralistes sont amenés à voir en première ligne...

La question qui se pose est le niveau d'implication et d'engagement du médecin généraliste. Quelle est la responsabilité du médecin généraliste face aux problèmes que lui révèle sa pratique quotidienne ? Je vois 3 niveaux :

- le niveau 1 est le minimum : le médecin généraliste applique les consignes de santé publique : dans un sens descendant, il applique les consignes de santé publique (par exemple il vaccine) et dans un sens ascendant il joue un rôle de veille, fait remonter l'information ;
- le niveau 2 : le médecin généraliste a des impressions, des intuitions, des inquiétudes (il fait chaud, il y a beaucoup de cancer autour de cette école, est-ce normal qu'un enfant intoxiqué par le plomb continue à s'intoxiquer entre deux chélation ?). C'est la vigilance, la perspicacité du





médecin généraliste qui est en cause. Là, il fait un signalement spontané au médecin inspecteur de la DDASS ou une lettre ouverte aux politiques. Je me serais bien arrêtée à ce niveau d'engagement, mais dans mon exemple, il a été tout à fait inefficace : les enfants ont continué à s'intoxiquer ;

- le niveau 3 : le médecin généraliste pour faire bouger les choses s'organise : il rejoint une association ou il la crée, il contacte la presse, interpelle les politiques, devient un expert de la question.

Quelques réflexions à ce stade :

Premièrement, la légitimité du médecin généraliste qui devient expert alors qu'il y a des tas de gens très compétents qui ne travaillent que sur le sujet. Personnellement, j'ai accepté (difficilement) de passer à ce niveau 3, d'affronter mes collègues spécialistes, le jour où j'ai rencontré une petite fille qui avait eu une intoxication gravissime avec chélation mensuelles et pose d'un port-à-cath⁽¹⁾ pour pouvoir effectuer les chélation plus

facilement entre deux retours à son domicile où l'enfant s'intoxiquait, sans aucune intervention sur cet habitat insalubre, sur les conditions de vie de la famille et sur le petit dernier tout petit qui s'est intoxiqué par la suite. Ce port-à-cath m'a convaincu de ma légitimité à intervenir, à témoigner, à protester et à accepter cet habit de généraliste expert. Deuxièmement, le deuxième point qui rejoint le premier est la capacité à affronter la désapprobation des confrères qui trouvent que l'on en fait trop, que l'on empêche par nos interventions les gens sérieux de travailler. Troisièmement, et ma dernière réflexion touche à cette formidable liberté du médecin généraliste : face à des experts soucieux de leur devoir de réserve, de leur souci de ne pas se mettre en porte à faux avec leur institution... j'ai découvert la liberté de parole du médecin généraliste.

1. Dispositif médical implanté pour faciliter les perfusions répétées.

Résumé : Le métier de médecin généraliste trouve aujourd'hui des bases incontournables à travers les référentiels et les recommandations de bonne pratique clinique. Toutefois, les limites de ces nouveaux outils, pas toujours adaptés à l'exercice quotidien, se dessinent rapidement. Il convient à tous ceux qui œuvrent pour notre noble discipline, chercheurs ou cliniciens, de participer à leur élaboration et d'y apporter notre spécificité.

Exercer au temps des référentiels

La vraie vie

Mme M-A B., 45 ans, vient me voir car elle est désespérée. Son gynécologue lui a dit que la seule solution pour venir à bout de son problème d'abondantes métrorragies est l'hystérectomie - elle a un fibrome -. « On a tout essayé, mais ma vie reste impossible dix jours par moi », me confie-t-elle. Elle est fatiguée, anémiée, constipée - elle prend du fer tous les jours. Comment l'aider ? Que penser de l'attitude du chirurgien ? Que répondre à ce regard qui n'attend pas simplement une écoute et des conseils de bon sens, plus : « Dites-moi qu'il existe une autre solution ! » Téléphoner au chirurgien, en savoir plus sur le « tout essayé », appeler des amis gynéco, regarder dans ma base documentaire qui ne comporte rien sur le sujet, faire une recherche dans mes revues préférées (la *Revue du praticien*, *Prescrire*) en ligne ou sur papier, faire une recherche sur internet. Quels sites ? Existe-t-il une conférence de consensus sur le sujet qui réponde à ma question : quels sont les critères pour faire une hystérectomie et quelles sont les alternatives ? Si je pouvais trouver une piste, au moins ce serait une base... Je me résigne au « Je ne sais pas, mais je vais bien trouver ».

Autre situation. M. M. A. est un cantonnier. Arrivé depuis quelques années de Tunisie, il ne sait pas bien lire le français. Il est diabétique depuis dix ans et, sous traitement maximal, ses chiffres de HbA1c plafonnent à 9,5 % ! Il me dit qu'il fait « tout bien » : son régime, les médicaments... mais n'arrive pas à utiliser son lecteur de glycémie. Je lui propose une hospitalisation de jour, mais il refuse car il a peur qu'on le mette à l'insuline... J'essaye de faire au moins pire : il a fait un fond d'œil cet été, il ne fume pas et sa tension est contrôlée. Je pense au référentiel de l'ANAES sur le diabète et me dis que concernant l'éducation du diabétique, c'est pas ça, il faudrait peut-être passer par des aides proches du patient...

Référentiels : outils de formation, d'évaluation, de responsabilisation plutôt que de contrôle

On voit bien à travers ces deux exemples que, si la tentation de rechercher des réponses validées aux questions qu'on se pose est grande, à l'inverse quand elles existent, il est difficile des les appliquer dans la pratique !

Aujourd'hui, les référentiels font désormais partie des outils d'information et de formation du

Henri Partouche

Médecin généraliste

Chargé d'enseignement au département de Médecine Générale de la faculté



médecin généraliste. Ils sont largement utilisés au cours des séances de formation médicale continue et, fait nouveau, ils servent désormais à la formation médicale initiale en 3^e cycle de médecine générale (futur Diplôme d'Études Spécialisées). Principalement issus des travaux de l'ANAES⁽¹⁾ et de l'AFSSAPS⁽²⁾, ils servent à l'élaboration des recommandations de « bonne pratique clinique ». Les informations présentées sont souvent de bonne qualité scientifique avec de hauts « niveaux de preuve ». Les thèmes abordés sont très nombreux, ils répondent souvent à des thèmes prioritaires de santé publique et sont loin de « couvrir » toute la pratique de la médecine générale.

Ceux d'entre nous qui ont reçu la visite d'un médecin conseil de la Caisse d'Assurance maladie pour faire le point sur la prise en charge des patients diabétiques et/ou hypertendus ont pu s'apercevoir comment les référentiels pouvaient être utilisés. Cette méthode de « visite de pair » est réputée pour son efficacité à modifier les pratiques dans le sens de la « qualité des soins ». Dans le décret du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales, on lit, dans l'article 1^{er} : « *L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ».

Au terme « référentiel », il faut donc associer « évaluation des pratiques » et non pas simplement aide à la documentation du médecin généraliste. Cette situation rend mal à l'aise certains d'entre nous qui voient là un nouvel outil de contrôle des pratiques, une tendance à la « normalisation », au « moule » répondant à des objectifs de santé publique, certes louables, mais

souvent éloignés des préoccupations des patients. Les médecins trouvent dans le même panier une information de bonne qualité scientifique et « l'obligation » de s'y conformer. Or, il ne s'agit pas de voiler notre ignorance ni d'effacer notre curiosité : les synthèses et recommandations de bonne pratique qui ne tiennent pas toujours compte de la complexité des situations rencontrées, notre soif de savoir passe à travers d'autres « référentiels » dit « off » comme les groupes de pairs, les échanges confraternels, etc. et les patients eux-mêmes.

Référentiels : outil de valorisation de la discipline

D'autres considèrent ces référentiels comme une approche vers une liberté enfin retrouvée vis-à-vis des écoles et des protocoles dictés par les « convictions » des « patrons », spécialistes d'autres disciplines ou par les informations de certaines sociétés savantes pas toujours indépendantes de l'industrie.

Il est vrai que les conférences de consensus et les recommandations de bonne pratique pourraient contribuer à valoriser le terme « générale » dans notre métier de médecin généraliste. Il conviendrait de multiplier, mais ça ne sera jamais assez, les références spécifiques - par exemple prise en charge ambulatoire d'un patient ayant une suspicion de phlébite : conditions bio-médicales et psychosociales du maintien à domicile. De plus, la dimension « santé publique », fortement représentée dans certains référentiels, contribue à inscrire notre exercice dans un champ collectif.

Vers de « bons référentiels »

La vraie question est : à quelles conditions un référentiel est-il « acceptable » ?

La réponse est dans la nature même du référentiel : qui l'élabore, comment, dans quelles conditions et surtout pour répondre à quelle question, à quel problème ? Toute la méthode d'élaboration du référentiel - de la recherche documentaire à l'analyse critique de la littérature - repose en effet sur la formulation et la pertinence du pro-



blème posé. Est-ce vraiment un problème issu de ma pratique quotidienne ? Est-ce que ça va l'améliorer ? En d'autres termes, ne sont acceptables que les référentiels concernant des situations spécifiques à la pratique de la médecine générale et facilement applicables. L'impact en santé publique demeure une préoccupation prioritaire - par exemple risque cardiovasculaire, dépistage des cancers ou vaccinations.

Même si la question est bien posée, on est souvent confronté au manque d'essais de méthodologie correcte concernant le sujet. La recherche en milieu ambulatoire connaît pourtant un développement important, mais les publications souvent limitées aux thèmes classiques bio-médicaux concernant également les autres disciplines (transversaux). Or il n'est pas une journée où un problème posé ne trouve de réponse nulle part que dans l'intuition, le bon

sens et l'engagement du médecin pour son patient - simplement, savoir écouter un adolescent qui va mal, faire prendre conscience du lien entre la vie de couple et des douleurs abdominales, essayer de comprendre pourquoi les cycles deviennent irréguliers, etc. Pas de référentiel ici, mais une certaine forme de compétence qui doit être acquise dès la formation initiale. Savoir prendre une décision selon les « bons » référentiels ou les données d'« Evidence Based Médecine »⁽³⁾ c'est bien, c'est une partie de notre travail... une partie seulement et il y a tant à faire !

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : <http://www.anaes.fr>
2. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : <http://afssaps.sante.fr>
3. Clinical evidence BMJ Publishing Group : www.clinicalevidence.com



Résumé : Evaluons, évaluons ! Mais, au fait, pour quoi faire ? On aimerait répondre : pour que les docteurs puissent travailler mieux et dans de meilleures conditions.

Bilan de compétences

Catherine Jung

Médecin généraliste

Chargée d'enseignement
au Département de médecine
générale de la faculté
de médecine

Les bilans de compétences en médecine générale ont été imaginés par différentes organisations professionnelles. L'objectif est souvent double : tenter d'évaluer les pratiques, pour permettre de savoir ce qui se passe dans les cabinets médicaux, et donner aux médecins des outils ou des pistes de réflexion pour améliorer leur exercice.

Le terme « bilan de compétences » évoque en premier lieu un examen et une sanction. Vu comme cela, c'est normal que cela inquiète. Depuis que nous avons quitté les bancs de la faculté, nous sommes tous les jours confrontés à nos manques, à nos insuffisances, à nos limites. Nous nous reprochons, ou d'autres nous reprochent, de ne pas faire assez de formation médicale continue, de ne pas lire assez, de ne pas suivre les recommandations de bonne pratique à la lettre. En dehors de la satisfaction de nos patients dont nous savons bien que cela n'a pas forcément à voir avec nos compétences, en dehors d'une évaluation partielle et tout à fait économique par le biais des TSAP (tableau statistique de l'activité du praticien), rien ne nous permet d'évaluer notre pratique, nous naviguons à vue. Mais un bilan peut aussi être un temps de réflexion sur sa pratique et actuellement, il est plus conçu comme cela, une aide à décider.

Les bilans actuels et, en particulier ceux organisés par MG Form, ont été conçus comme une auto-évaluation, signifiant que personne ne jugera de l'aptitude ou non à poursuivre l'exercice professionnel, de l'obligation ou non d'une formation

professionnelle complémentaire. Chacun fait son bilan pour lui, mais en présence de collègues disponibles à interroger ce qui leur est présenté. Ces collègues, à leur tour, enrichissent le groupe par leur expérience et leur questionnement. Ce temps de bilan donne l'occasion d'examiner sa manière de travailler : de faire le point sur certaines de ses connaissances bio médicales, sur les compétences relationnelles, et l'ensemble des activités professionnelles. Il permet une pause : prendre le temps de lever la tête du guidon, de nommer ce qui pèse, de parler de la solitude et des contraintes de l'exercice quotidien, de jeter un regard sur son parcours professionnel, de faire revivre ses rêves. Ce temps de rencontre avec d'autres professionnels permet aussi de chercher des solutions, de trouver une formation médicale continue qui convienne, d'envisager plus sereinement des changements de pratiques ou d'organisation de l'environnement professionnel.

Les médecins sont aujourd'hui volontaires, ce qui permet un travail de qualité. La question reste ouverte de savoir comment motiver des médecins qui pourraient en avoir besoin et qui ne font pas la démarche. Une autre limite du bilan tel qu'il est organisé est de savoir que dire à des confrères qui ont des difficultés majeures, et qui ne les reconnaissent pas au décours de ces rencontres.

Aujourd'hui, les médecins qui ont fait un bilan de compétences en sont plutôt satisfaits. Le temps du bilan est un moment privilégié qui donne l'énergie de se replonger dans son quotidien.

Résumé : Enseigner est un nouveau métier, un métier d'avenir en ce sens que c'est le moyen de donner envie à de jeunes confrères de devenir médecin généraliste.

Enseigner hors les murs

Enseigner la médecine générale en ambulatoire, sortir l'enseignement des murs de l'hôpital, cela n'a pas été sans mal. Aujourd'hui, l'enseignement de la médecine générale a trouvé une place dans les facultés de médecine, même si cette place est encore fragile. Depuis 1997, une partie de l'enseignement est dispensée sous forme de stage auprès du praticien. Un des enjeux est de pouvoir donner envie à nos jeunes collègues de devenir médecin généraliste. En effet, ils sont nombreux à chercher des alternatives à l'ouverture d'un cabinet de médecine générale. La médecine libérale leur fait peur et ils sont encore persuadés que la médecine de ville est une médecine peu intéressante et peu gratifiante. Ils se sentent plus à l'aise à l'hôpital, entourés d'une équipe de professionnels sans avoir à se préoccuper de faire fonctionner leur petite entreprise.

La présence de résidents, de futurs généralistes dans les cabinets de médecine générale permet une découverte mutuelle et un enrichissement réciproque. Les résidents découvrent pour la première fois ce qui fera vraiment leur métier. Ils en avaient une idée assez floue, faite du souvenir de consultation pour eux-mêmes et ce qu'ils en avaient entendu à l'hôpital.

Nos patients : cobayes ou enseignants

Les médecins généralistes que nous sommes sont ainsi devenus maîtres de stage. Au début, nous avons peur de bousculer le colloque singulier, peur de trahir l'intimité des patients, peur que ceux-ci ne refusent les stagiaires. Nous avons été très surpris de découvrir que ceux qui consultent ne refusent que très exceptionnellement la présence d'un résident. Ils n'ont pas peur d'être cobayes, mais d'être soignés par des gens incompetents. En réalité, ils sont plutôt fiers de participer à la formation des jeunes et de pouvoir ainsi se rendre utiles.

Exercer sous le regard de la faculté

Ensuite, cela n'a pas été tout seul d'apprendre à consulter sous le regard d'un tiers qui nous paraissait être le regard de la Faculté. Ce regard extérieur nous contraint à nous observer nous-mêmes. Comme d'autres, je m'imaginai que les connaissances des résidents, parce que plus récentes que les miennes, sont plus pertinentes et que mon jeune collègue sera enclin à juger ma pratique obsolète. Mais j'ai appris à profiter de ce savoir tout frais pour remettre à jour mes connaissances, apprendre du résident autant qu'il peut

Catherine Jung

Médecin généraliste

*Chargée d'enseignement
au Département de médecine
générale de la faculté
de médecine*



apprendre de moi. Par ailleurs, il m'a fallu clarifier les mécanismes des décisions. Expliciter tout ce qui me semblait être des manques par rapport aux guides de bonnes pratiques, ce que je croyais être mes petites compromissions ou mes négociations mal conduites. Il m'a fallu apprendre à expliquer pourquoi, dans certaines circonstances, j'acceptais d'accéder à certaines demandes et pourquoi dans d'autres, je campais sur mon refus. Et pour expliquer tout cela, il m'a fallu d'abord comprendre tous les éléments qui interviennent dans une décision médicale. Ceci est une réelle formation, j'ai été obligée, sous le regard de l'autre, d'interroger ma pratique. En sa présence, je ne peux ronronner avec un savoir qui vieillit. Ce regard met en lumière mes manques, il provoque des questions. Même si tout ceci n'est pas formulé, même si le résident n'en dit rien, j'imagine ses questions ; et ça c'est déjà très formateur.

Un défi : donner envie de devenir médecin généraliste

Je me suis donnée pour mission (défi) de transmettre mon plaisir à exercer, donner à voir la richesse de notre métier, leur donner envie de prendre le risque de la rencontre. Faire percevoir le moment où, dans une rencontre de soins, le praticien et le patient après avoir tâtonnés ensemble, cherchés un diagnostic, négociés un traitement, semblent avoir trouvé un accord. Six mois de stage donnent du temps et permet aux résidents de se familiariser avec une pratique nouvelle. Cela nous donne aussi l'occasion de les voir consulter, de les aider à apprendre à utiliser leurs connaissances, d'interroger nos différences d'appréciation dans une situation donnée. Il y a un réel plaisir lorsqu'ils apprennent à se servir de leurs émotions, lorsqu'ils perçoivent que la rencontre a eu lieu. J'ai aussi apprécié le regard neuf sur de vieux patients que je connais depuis long-

temps et avec qui la consultation se déroule selon un scénario bien rodé. Je me suis laissée surprendre par des nouvelles questions, par un entretien qui empruntait d'autres voies. La pièce soudain s'est enrichie de nouvelles scènes et l'intérêt de ces rencontres s'en est trouvé relancé.

Pas si simple d'être en même temps enseignant et soignant

Mais ce n'est pas toujours facile de travailler avec un résident en stage. Lorsqu'il a de réels problèmes, tant relationnels, que cognitifs : ses connaissances étant parfois insuffisantes ou mal utilisées. De temps en temps, on rencontre des résidents qui ont des difficultés personnelles telles qu'elles ne lui laissent que peu de disponibilités pour apprendre. Il peut être envahi par la crainte de son avenir, la peur de ne pas être à la hauteur, l'inquiétude d'avoir à gérer une entreprise. Dans ces circonstances, j'ai souvent été frappée par la pertinence des patients. Ils savent réclamer un sourire ou encourager le résident. Il est arrivé qu'ils me fassent part de leur sentiment d'étrangeté face à un étudiant qui avait de graves difficultés psychologiques. Mais là, notre métier d'enseignant devient difficile. Il nous faut apprendre à jongler, être tout à la fois attentif à celui qui nous consulte, car c'est le cœur de notre métier, et en même temps accompagner le résident dans son apprentissage.

Le stage permet de modifier de façon profonde et durable la perception de la médecine générale de nos futurs confrères. Ils sont souvent agréablement surpris. Ils découvrent que nous voyons aussi de la pathologie, souvent plus qu'ils ne se l'imaginent et ils sont alors rassurés de se retrouver en terrain connu ; mais ils découvrent aussi les gens, dans leur cadre de vie, avec leur savoir et leurs représentations. Ils entrevoient alors que c'est avec tout cela que nous travaillons et que c'est ce qui fait la richesse de notre métier.

Résumé : Il s'agit de montrer dans cet article que, pour le médecin généraliste, le travail en réseau fondé sur la confiance, l'échange entre divers professionnels permet la prise en compte du patient dans sa globalité.

Comment travailler avec les autres

Le médecin généraliste ne saurait réduire sa pratique au colloque singulier. C'est avec d'autres professionnels, qu'ils soient du milieu médical ou paramédical, travailleurs sociaux ou autres, qu'il prend en compte dans sa globalité la plainte du patient. Ce travail en réseau dans un quartier où résident des populations vulnérables, souvent disqualifiées professionnellement et familialement, revêt un caractère incontournable et donne à la pratique médicale une épaisseur et une assise tonifiante.

Le réseau auquel on pense d'abord, dans une pratique de médecine générale, est celui de nos confrères spécialistes. En dehors de la compétence, bien sûr, nous leur demandons d'être ouverts à la différence, d'accueillir nos patients avec sympathie, sans dépassements d'honoraires inconsidérés – nous prenons l'habitude de notifier dans nos courriers de pratiquer des tarifs de secteur 1 pour des patients dans le besoin qui n'osent jamais le demander, les spécialistes ne s'en informant rarement...

En échange, ils disposent de synthèses éclairées, de renseignements sur le parcours du sujet et sur son ancrage social. Nous soulageons ces spécialistes des actes peu rémunérateurs, comme enlever les agrafes, surveiller les plaies et préparer nos patients aux différentes étapes des actes spécialisés : être l'intermédiaire qui explique ce qui va se passer et rassure.

Ce réseau s'est constitué de bouche à oreille : c'est un réseau de « connaissances » qui nous fait bénéficier de ses réseaux connexes. Ainsi, certains spécialistes peuvent nous renseigner sur les experts à éviter et ceux à recommander... Ils sont souvent d'une aide diagnostique précieuse, même par téléphone. Parmi eux, nous avons la chance d'avoir une psychiatre de secteur qui se déplace éventuellement à domicile !

Un autre réseau s'organise autour du patient, dans son environnement ; pour que la prise en charge d'une personne à domicile soit bénéfique, qu'elle soit âgée, handicapée, malade ou en fin de vie, il faut qu'il s'instaure une communication entre tous les protagonistes : service de soins pour les toilettes et l'habillage, aide ménagère, portage de repas, infirmière, kinésithérapeute, médecin, voire baquier, tuteur, traducteur sans oublier le principal, le patient lui-même ! Le cahier de liaison en est un outil, mais celui-ci ne suffit pas toujours et l'ère du portable facilite beaucoup les choses.

Monsieur V., 84 ans, hémiplegique d'origine vietnamienne, ne comprend pas un seul mot de français, mais il est attentif à ce qui se passe autour de lui et il exige à chaque fois que madame N., 76 ans, lui traduise les chiffres de sa tension. Celle-ci, qui ne comprend qu'un mot sur trois environ, est en fait sa compagne de boat people, ils ont tou-

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste



jours tout partagé depuis. Une Eurasienne très engagée me sert d'interprète, au pire des cas par téléphone... Et ce sont heureusement les aides-soignants du service de soins à domicile qui m'appellent en visite s'ils le jugent nécessaire, toujours à bon escient.

A une époque nous avons envisagé son placement en maison de retraite, car madame N. en bonne asiatique qui supporte le mauvais caractère et les exigences de son compagnon sans discussion, s'était tassée deux vertèbres en le manipulant : un pavillon de long séjour possédant un infirmier d'origine vietnamienne a failli être choisi. Mais l'idée de ne pas manger des plats asiatiques et du riz à tous les repas était insupportable à monsieur V., aussi a-t-il refusé. Madame N. s'est pliée comme d'habitude, malgré son corset sur mesure... Lit médicalisé, aides-soignantes deux fois par jour, infirmière une fois par semaine, kinésithérapeute trois fois par semaine, aide ménagère par l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) permettent le maintien à domicile.

Travailler en réseau, c'est aussi se rendre disponible

Notre cabinet du groupe compte au moins deux médecins de permanence et une secrétaire, et souvent un stagiaire en médecine générale, leur présence facilite la rencontre des autres professionnels du soin à domicile. Lorsque que l'infirmière a besoin d'un avis, de par son emploi du temps très chargés, la rencontre se fera en fonction de sa tournée et je m'absenterai momentanément du cabinet pour venir discuter avec elle du choix du traitement. Le médecin n'est pas seulement le coordinateur, mais il peut aussi servir d'intermédiaire, quand, par exemple, les hospitaliers n'ont pas été complets dans les traitements transmis, aller à la quête du renseignement non fourni. Ce travail de proximité est fondé sur une réelle estime mutuelle. L'infirmière, l'aide-soignant sont les professionnels les plus proches de la personne, a fortiori isolée, pouvant alerter le médecin à la moindre altération de l'état de santé.

Les cahiers de liaison sont des tranches de vie, avec les petits bobos comme les mauvaises humeurs, l'examen clinique et même la santé du chien parfois ! La responsable du chenil de la SPA est un des 250 correspondants répertoriés sur mon portable : nom après nom, tous les professionnels indispensables y ont trouvé leur place.

Mais il existe aussi un accompagnement plus « administratif », de nos patients chez le médecin conseil, ou à la COTOREP, ou encore dans les tribunaux de contentieux de la Sécurité sociale : dans la reconnaissance des préjudices subis par le travail ou la maladie, beaucoup sont incapables de défendre leur dossier et là, notre action bénévole s'impose. L'étonnement de ce médecin conseil qui, après avoir déménagé au centre ville, au troisième jour de son installation, me retrouvait dans son couloir... Beaucoup nous sont très reconnaissants de leur fournir rapidement tous les éléments et de pouvoir conclure plus rapidement leur dossier. Il nous faut pour cela connaître les textes sur lesquels les médecins de ces administrations s'appuient pour pouvoir négocier point par point et obtenir une reconnaissance exacte des préjudices.

Cet homme de 45 ans qui ne parle pas bien le français, ne peut plus travailler après 22 années de travail les bras en l'air avec une soufflerie sur les épaules : il a présenté une « coiffe des rotateurs » bilatérale, compliquée d'algodystrophie, c'est dire, il ne peut même plus balayer à la maison. Obtenir 45 % de taux d'incapacité de travail soit une rente de 22,5 % de son salaire de smicard, pour élever ses trois derniers enfants encore scolarisés, n'était pas suffisant, aussi ai-je bataillé obtenir sur d'autres motifs de maladie un complément COTOREP. De même, pour cette femme qui après trois césariennes s'est fait plusieurs éviscérations : le chirurgien ne sait plus où accrocher ses filets... L'invalidité sur un salaire minimaliste de femme de ménage ne suffisait pas pour élever ses filles : un complément COTOREP a été obtenu, de quoi avoir au moins juste en dessous du seuil de pauvreté...

Beaucoup de personnes pensent n'avoir aucun droit et nous sommes aux premières loges quand habitués à ce type de problème, nous osons poser les questions.

Permettre à ces personnes de recouvrer leur dignité par la reconnaissance du traumatisme ou de la maladie est un gage de meilleure santé pour nos patients et un facteur d'intégration pour leurs enfants. Nous sommes un intermédiaire entre la personne et les instances administratives qui appliquent leurs lois. Et ces administrations qui, au départ, nous regardent d'un mauvais œil traîner dans leur territoire, finissent par nous donner quelques renseignements très utiles à nos patients. Monsieur G. a travaillé et cotisé en France pendant 35 ans, quand il décide de prendre sa retraite en Algérie. Malheureusement, la maladie l'oblige à revenir en France : amputé des deux jambes, sous insuline et anti-coagulants... Sa femme ayant toujours vécu en Algérie, la demande de regroupement familial lui est refusée sous prétexte qu'il ne l'a pas faite avant et qu'il n'a pas assez de revenus pour nourrir sa femme (760 euros de retraite)... Dans notre belle République, avec l'aide de l'Association des Sans-Papiers, nous commençons le combat...

Il y a enfin les réunions d'équipes, extérieures à notre cabinet : disponibilité et bénévolat sont encore une fois les freins de cette pratique. Que ce soit dans la prise en charge d'un toxicomane ou dans le suivi d'un enfant, d'un adolescent à problèmes, il est bon parfois de redéfinir les rôles de chacun et le projet de l'individu. Ne pas se savoir seul et pouvoir savoir qui fait quoi conforte les professionnels dans leur action, mais aussi leur permet d'échanger leurs doutes et parfois leurs peurs. Ces réunions ne peuvent se tenir en dehors de la personne, afin de ne pas l'exclure là-aussi et la pousser à l'échec. En tant que médecin, nous nous situons dans la durée, nous avons connaissance d'évènements de l'histoire familiale et, dans le respect du secret professionnel, nous pouvons aider à la déci-

sion sur les modes d'accompagnement du sujet. C'est dans cette forme de travail en réseau avec d'autres professionnels que se pose la question du secret : secret partagé ? Obligation

de réserve ? Quelles qu'en soient les modalités, nous ne sommes pas autorisés à tout dire et, cependant, nous devons argumenter certains de nos avis. Le réseau n'est pas magique, il peut être aussi enfermant : nous étions plus de dix intervenants autour d'une table pour quatre enfants d'une même famille, éducateurs, responsables de foyer, assistante sociale, médecin, professeurs. Mais pour quel résultat ? Il nous a fallu remettre la maman en situation de travail pour que les enfants aient autre chose qu'un RMI comme avenir. Les années ont passé et force est de constater que la tentative a échoué, les quatre enfants ont reproduit la même situation de survie que leurs parents...

Il faut beaucoup d'humilité et de prudence : ne pas vouloir contraindre, mais faire avec, ne pas projeter l'impossible, mais aider la personne à faire son choix. Le danger principal est que le groupe professionnel croit pouvoir faire pression sur l'individu déviant.

En conclusion

On a beaucoup parlé des réseaux et on en parle encore : ce qui me semble important est d'avoir une pratique en réseau basée sur l'échange dans le respect et la reconnaissance des compétences de chacun. Ce réseau-là n'a pas besoin d'être important en taille, puisque qu'il profite des réseaux de chaque professionnel qui partage ce type de pratique, il apporte à chacun la compétence de l'autre et lui permet de différencier son mode d'intervention. C'est ensemble, avec des approches complémentaires mises au service du sujet souffrant, que nous pourrions lui proposer un mieux-être sans le morceler.



Résumé : Le métier de généraliste est le seul dans lequel prenne tout son sens la notion non pas de science, mais d'art médical. Il exige en effet de véritables qualités plastiques, c'est-à-dire des capacités de souplesse et d'adaptabilité qui s'appliquent d'abord à la variabilité infinie du temps des autres. Hors de toute protection institutionnelle, mais aussi en s'exposant sans cesse au risque de collusion avec les pouvoirs économiques et politiques.

De la plasticité

Christiane Vollaire

Philosophe

La médecine est-elle un art ? La question semble obsolète et l'expression parfaitement surannée dès qu'on songe à l'entreprise quasiment industrielle que constitue un centre hospitalier, à l'élaboration rigoureusement technologique des diagnostics comme à celle des traitements. En passant d'un empirisme aléatoire à un recouplement de données scientifiques, la médecine a suivi le mouvement des sociétés modernes et contemporaines, de l'élaboration personnalisée du diagnostic à sa gestion informatisée.

Mais une telle analyse ne prend pas en compte la définition même, originelle, de l'art, telle qu'elle apparaît dans l'Antiquité grecque, liée à la tradition hippocratique. L'art y est en effet « technè », c'est-à-dire savoir-faire à la fois acquis par un apprentissage commun et individualisé dans une pratique personnelle. Autrement dit, capacité d'adapter la règle au cas, d'être l'interface qui module le rapport du général au particulier. C'est cette puissance d'adaptabilité qui définit précisément ce qu'on appelle la plasticité.

Il faudra donc interroger cette dimension plastique à la fois comme ce qui fait le fond de toute intention médicale et comme ce qui est occulté dans les pratiques d'une médecine qu'on peut qualifier d'industrielle (puisqu'elle répond à des exigences corrélatives de technicisation et de ren-

tabilité). Mais aussi comme l'exigence incessante de l'omnipraticien qu'on appelle « généraliste ». Il est en effet celui qui, formé à l'école de la médecine hospitalo-universitaire, à la fois hautement théorique et radicalement technicisée, va devoir affronter, en direct, le terrain d'une médecine en situation de socialité. Il est aussi celui qui, formé à une médecine d'équipe hiérarchisée, va devoir vivre au quotidien un exercice fondamentalement solitaire de prise de décision et de responsabilité. Il est enfin celui qui, dans cet exercice solitaire lui-même, ne cessera d'être l'interface entre des réalités économiques et politiques et des nécessités individuelles ; mais aussi le lieu de croisement des exigences commerciales d'une profession libérale et des exigences morales d'une profession sociale.

Dominique Memmi analyse dans *Faire vivre et laisser mourir*, paru cette année, ce qu'elle appelle le « statut de généraliste du malaise social implicitement confié aux praticiens ». C'est précisément cet « implicite » qui confère à ce statut toute sa plasticité. C'est parce que ce statut n'a jamais été explicité dans la formation du médecin, qu'il devra apprendre à l'assumer dans sa pratique et un tel auto-apprentissage est à haut risque, puisque dans le métier de généraliste se conjuguent deux fonctions qui ont été histori-



quement dissociées, celle d'une profession attachée à la cour et celle d'une profession commise à la santé publique. Ainsi la médecine, plutôt que le lieu neutre du soin et du « colloque singulier », est-elle au contraire par excellence, dans toute sa tradition, le lieu politique de la reproduction des clivages sociaux et même celui de leur potentialisation. Connaître cette tradition, c'est apprendre à reconnaître les pièges qu'elle tend sans cesse à la profession qui leur est sans doute le plus exposée. Car la première menace qui pèse sur le « généraliste du malaise social » est d'abord d'être commis à sa pérennisation.

Etre généraliste, c'est donc d'abord se trouver en tension permanente entre les exigences du corps individuel et celles du corps collectif ; mais c'est aussi se trouver en tension entre malaise physique et malaise psychique, car le général est aussi l'extension de l'organique au mental. Or, là encore, le déficit de formation est patent, les réajustements incessants et les risques majeurs. A quel moment des études la prise en charge du psychosomatique, qui fait le quotidien de la médecine générale, a-t-elle fait l'objet d'un enseignement rigoureux ? Et, puisque ni la psychothérapie ni l'analyse des conditions de vie sociale et professionnelle ne sont du ressort du généraliste, mais que la prescription médicamenteuse (nécessairement encouragée par les publicités des laboratoires) l'est en revanche, comment s'étonner du caractère exponentiel de la prescription de psychotropes et des médicaments indispensables pour pallier leurs effets secondaires ?

Le généraliste a ainsi sans cesse affaire, plus encore qu'à la globalité du corps, à la dimension multiforme du réel, à laquelle aucune autre profession n'est aussi directement confrontée : réalité physique, réalité politique, sociale et économique, réalité psychique et relationnelle. Car le réel lui-même est plastique et c'est l'adaptation à cette plasticité qui est attendue du médecin. Mais cette adaptation ne peut être que consécutive à un affrontement et l'affrontement est sans intermédiaire. Le généraliste est en effet privé de

toutes les médiations qui servent de tampons aux autres professions médicales et leur permettent d'établir une forme de distance symbolique entre eux et la réalité du patient. Privé de la médiation institutionnelle de l'hôpital, privé de la médiation technologique d'un appareillage, privé aussi de la médiation strictement organique dont bénéficie la médecine de spécialité, privé enfin de la médiation d'une équipe de travail hiérarchisée et organisée.

Cette absence de médiation, qui met sans cesse à l'épreuve la puissance d'adaptabilité du praticien, trouve aussi sa traduction spatiale dans le lieu même de son intervention : il est en fait le seul « clinicien » au sens originel du terme : celui qui va « au lit du patient », c'est-à-dire précisément pas au lit de l'hôpital, mais chez lui, dans un milieu qui n'est pas prévu pour l'exercice de la médecine et n'est pas techniquement organisé pour son usage. Or cet élément change complètement l'exercice de la médecine : n'être pas dans l'univers aseptisé de l'hôpital ou d'un local technique, c'est être plus brutalement exposé à la présence réelle de l'autre, à la réalité de son existence concrète ; mais c'est aussi, d'une certaine manière, être dépossédé de ce statut d'exterritorialité qui est l'essence même de la position médicale. C'est être amené soi-même à changer la forme de sa pratique et la ritualisation de son travail.

Ainsi, la relation qui fixe l'expérience de la médecine hospitalière dans la forme immuable de ses rites et de ses lieux, auxquels le patient doit s'adapter, est-elle inversée dans la pratique de la médecine, de ville ou de campagne, où ce sont les nécessités du patient qui font loi, que ce soit pour le lieu d'intervention ou pour son temps ; où l'offre se soumet à la demande. Que le temps du médecin généraliste ne soit pas un temps programmable, ou qu'il puisse être à tout moment déprogrammé, dit précisément ici ce qu'est l'essence-même de la plasticité : tenter de faire coïncider des temporalités incompatibles : temporalité accélérée du progrès technique et temporalité



lente du déroulement d'une vie ; imprédictibilité du rythme biologique du patient et prédictibilité du cycle d'absorption du médicament ; immédiateté de l'exigence de normalité sociale dont le médecin est porteur comme représentant effectif de ce que Foucault appelle « biopouvoir » (prévention, contrôle et médicalisation des données existentielles) et lenteur des modifications d'un vécu singulier confronté aux réactions spécifiques d'une individualité. Fernand Braudel montrait déjà, en tant qu'historien, que la superposition de temporalités hétérogènes constituait à la fois

tique des saisons et celle de l'observation des cas, pour en tirer des données épidémiologiques de relation entre temps cosmique et temps biologique. Et cet acharnement méticuleusement attentionné au recensement et à la description manifeste, bien au-delà d'une simple intention statistique, la volonté de faire de la médecine le lieu d'une authentique généralisation : celle qui étend le biologique au cosmique par l'intégration des rythmes.

Car la temporalité du corps est elle-même une temporalité multiple : déroulement d'une vie,



l'une des clés et l'une des difficultés majeures du repérage historique. On peut dire à cet égard que la même difficulté de discordance des temps caractérise le travail du médecin : la nécessité que son temps lui-même se laisse, au sens propre du terme, altérer par ces temporalités contradictoires, dans la mesure où, pour soigner, il doit se faire aussi le chroniqueur de temps qui lui sont étrangers. C'est ce que montre, de façon particulièrement éloquente, et en même temps émouvante, l'ouvrage d'Hippocrate sur les épidémies. Il tente d'y faire coïncider la temporalité clima-

développement d'une maladie, intégration d'une information, choc d'un traumatisme, irruption d'une urgence, progrès d'une thérapie. Or c'est précisément l'ajustement à ces différents temps qui doit mobiliser l'attention médicale. Et c'est dans la pratique de la médecine générale que cet ajustement peut trouver son lieu. Cet ajustement est ce que Catherine Malabou, dans un ouvrage paru en 1996 et intitulé *L'Avenir de Hegel*, appelle la « plasticité », qu'elle définit comme capacité paradoxale à changer de forme en résistant à la déformation, c'est-à-dire, précisément, à s'adap-



ter. Si le verbe grec « plattein » signifie modeler, la plasticité désigne corrélativement ce qui est susceptible de changer de forme et ce qui a le pouvoir de donner forme. Par là, la plasticité est aussi ce qu'elle appelle « structure d'anticipation », puisque la métamorphose est toujours une forme en devenir, une « dynamique d'information ». Connaître, c'est être capable de se modifier soi-même pour s'ajuster à la forme de l'autre et, par là même, anticiper sur son devenir. Si Catherine Malabou désigne ainsi le travail de la dialectique dans la philosophie hégélienne, on peut y voir exactement la définition de l'exigence de la médecine praticienne, dans sa plus radicale authenticité.

Ainsi la médecine apparaît-elle d'abord comme un art de se produire soi-même pour se rendre plastique. Ce pour quoi l'apprentissage y est à la fois nécessaire et toujours insuffisant ; non seulement parce que toute pratique conduit à des réajustements de la théorie, mais parce que toute activité est nécessairement individualisée et conduit ainsi à réajuster les normes collectivement acquises.

Dans le dernier chapitre de *L'Évolution créatrice*, intitulé « Le mécanisme cinématographique de la pensée ou l'illusion mécanistique », Bergson montre comment toute science procède par fixation de son objet, présentant ainsi la science biologique comme une contradiction dans les termes, puisqu'elle doit figer ce qui est l'essence même d'une dynamique, à savoir la vie. Étudier la vie, c'est donc procéder à la manière du cinéma, qui décompose le mouvement en fixation d'instantanés successifs pour le reproduire artificiellement par la projection. Il montre ainsi que l'illusion scientifique « consiste à croire qu'on pourra penser l'instable par l'intermédiaire du stable, le mouvant par l'immobile ». Canguilhem, lui reprendra, dans un article sur « la pensée et le vivant », cette idée de « l'inadéquation de tout objet biologique à la pensée analytique ». Or c'est précisément à partir de cette inadéquation que doit s'organiser l'activité du praticien, en cor-

rélation avec la définition que Canguilhem donne de la santé comme « une certaine latitude, un certain jeu des normes de la vie et du comportement ». Autrement dit, précisément, une plasticité.

En ce sens, s'il existe bien des médecins qu'on appelle spécifiquement « biologistes », c'est bien que la pratique de la médecine ne s'identifie nullement à celle de la biologie, pour cette raison parfaitement élémentaire que donne Canguilhem dans un article sur « Machine et organisme » : « L'irréductibilité de l'organisme à la machine, et, symétriquement, de l'art à la science ». Dans cet article, il place la *Critique de la faculté de juger* de Kant au cœur d'un questionnement sur la médecine. L'ouvrage se compose, en effet, d'une première partie consacrée au statut de l'art dans sa dimension esthétique et d'une seconde consacrée au statut du savoir biologique. Canguilhem donne de cette structure binaire une interprétation épistémologique : c'est parce que l'être vivant n'est pas une machine, que sa connaissance s'apparente davantage à un art qu'à une science. A une approche plastique qu'à une analyse exhaustive.

C'est ainsi l'usage même du terme d'art, qu'il faut interroger à nouveaux frais, pour comprendre en quoi l'exercice de la médecine générale est peut-être le seul où se soit réfugié, non pas comme une survivance archaïque, mais au contraire de manière exponentielle, l'essence même de la pratique médicale : sa capacité de varier ses approches, de conjuguer des dimensions contradictoires, d'interpréter le réel dans sa mouvance et de s'adapter à l'infini de ses variables, son aptitude aussi à saisir l'individuel dans le champ du collectif et la nature dans le champ de la culture. En ce sens, si tout art a aussi une fonction politique dans le champ de la collectivité, le jeu de la plasticité doit aussi permettre au généraliste, situé au cœur du dispositif social, de saisir les rapports de pouvoir pour tenter, au moins, de les déjouer.

Résumé : Quel pouvoir peut confier un patient à un soignant ? Surtout quand il est lui-même soignant ? L'auteure, qui parallèlement à sa pratique d'infirmière, anime des travaux de recherche sur le soin et la transmission, évoque son absence de médecin traitant et les interlocuteurs dont elle s'est dotée.

Je n'ai pas de médecin « traitant »

Anne Perraut Soliveres

*Cadre infirmier de nuit,
chercheuse en sciences
de l'éducation*

Oserai-je le dire dans ce numéro entièrement consacré à ceux-là même dont je ne fais pas « usage » ? Cela remonte à mon enfance rurale où le médecin n'était convié qu'en de rares et grandes occasions, et où la santé de ma famille n'étant guère menacée, nous étions surtout soignés par les tisanes, les cataplasmes à la farine de moutarde et autres révulsifs camphrés ou goménolés... Lorsque quelques années plus tard, je me dirigeai vers les études d'infirmière, je passai du monde « normal » à un tout autre univers, puisque les études se déroulant exclusivement à l'hôpital, j'appris la maladie dans l'idée du découpage. Il n'était pas de mise de parler de l'homme malade, mais bien de la maladie dans tous ses états : classification, signes cliniques et biologiques et traitements.

Puis, j'ai rencontré une poignée de généralistes d'un genre particulier... Ceux-là se préoccupent des personnes, s'inquiètent de leurs conditions d'existence, tout en les examinant, au travers de leurs symptômes. Ils exercent leur savoir médical avec constance, mais ne s'y arrêtent pas. Ils ont développé bien d'autres savoirs, défendent les droits des plus démunis, non seulement ceux qu'ils reçoivent, mais également ceux qui n'ont même plus le réflexe de demander de l'aide. La culpabilisation sociale des conduites dites « à risque » quand rien n'est fait pour éduquer, l'absence de prévention quand on connaît les dégâts considérables sur la santé de l'environnement de travail, entrent dans leur cabinet en même temps que la toux, les douleurs lombaires et l'épuisement devant la tâche titanesque de tenir tout en éduquant des enfants sans grandes perspectives. Ces pathologies de l'âme et de l'humeur sont induites en grande partie par la frustra-

tion d'une confrontation mortifère entre l'offre mirobolante d'une société d'abondance et l'impossible accès d'un nombre de plus en plus grand de personnes au minimum vital. Ceux-là mettent leur personne à contribution avec tout ce qu'ils peuvent amasser de savoirs savants, de savoir-faire, de savoir être soignants, pour établir le lien sans lequel aucune médecine ne saurait toucher son but. Cette humilité rencontrée associée à ce qu'elle permet d'acquérir a éclairé d'une toute autre lumière ce métier de médecin qui me semblait si loin du mien.

Alors pourquoi n'ai-je toujours pas de médecin traitant ? C'est en fait assez simple, j'en sais assez pour assurer moi-même le minimum de vigilance devant les aléas de la pathologie banale et quand j'ai un doute, je les ai tous qui peuvent me guider vers la solution la plus appropriée. Je bénéficie de tout un réseau relationnel par ma familiarité avec ce monde complexe de la maladie. Mais, si je suis peut-être privilégiée, c'est davantage par mes engagements qui me permettent de faire le tri entre les différents événements qui m'affectent. Je me « soigne » à coup de bagarres contre les systèmes d'oppression, de réactions contre l'obscurantisme, de colères contre les inégalités et ce qui contribue à les créer et les entretenir. Mes médecins généralistes à moi sont des compagnons de route, des chercheurs de vie meilleure, des cousins germains de pensée, ceux avec lesquels je me lance en confiance dans la lutte pour une humanité qui ne se résume pas au tiroir-caisse. Ils m'ont aidée à identifier « le mal », à en repérer les racines, à apprendre à me défendre, à trier le « normal » du « pathologique »... A me soigner toute seule...

*Le savoir de la nuit,
Paris, PUF, 2002.*

Résumé : Pratiquer un bilan de prévention annuel est un acte nécessaire et utile pour la santé. Les certificats établis pour le sport ou l'école pourraient entrer dans ce cadre. Il n'en est peut-être pas tout à fait ainsi, c'est ce que tente de dire l'article qui suit.

Certificats parapluie...

Quand revient l'été et le mois de septembre, arrive le moment des certificats en particulier pour licences de sport, mais aussi pour entrer dans tel établissement scolaire.

Vu du côté des médecins, cela entraîne inéluctablement une augmentation de nos journées de travail. Vu du côté de nos patients, pour beaucoup, l'utilité de ce type d'examen paraît illusoire. Alors, qu'en penser ?

En ce qui concerne les certificats de non-contre-indication à la pratique d'un sport en compétition (c'est le titre exact), d'après les documents de référence, nous devrions faire un examen complet : articulaire, cardio-vasculaire (comportant un test clinique d'effort appelé Ruffier-Dickson) et sensoriel pour chaque sportif. Cet examen complet peut durer 15 à 20 minutes, voire plus. Dans cette période, la demande de rendez-vous est très augmentée et les clubs exigent le retour de leurs documents, en général très rapidement. Nous ne pouvons donc pas faire face à la demande et, dans les faits, la plupart des médecins signent les certificats en faisant simplement un examen cardiaque avec Ruffier-Dickson ou ne font aucun examen du tout.

Tout cela a un coût. L'Assurance maladie ne prenait pas en charge le coût de l'acte pour les certificats médicaux, mais réglait à l'aveugle les feuilles de soins. Aujourd'hui, le gouvernement dit d'abord qu'il refuse de payer et ensuite que le règlement sera fait dans le cadre d'un contrat de santé publique signé par chaque médecin, attendons la suite du feuilleton. Que seront ces contrats, cela doit faire objet de débat entre les médecins et les citoyens.

Cela serait donc l'occasion de faire un examen de prévention sans doute, mais mauvais examen, car fait dans un moment de bousculade, non programmé.

Ces examens, exigés par les assureurs des clubs sportifs, pratiqués dans ces circonstances, ne servent à rien et sont en lien avec cette société d'assistance et d'assurance individuelle pour tout acte de la vie. Les refuser est difficile, car cela pénalise les sportifs, signer comme cela dévalorise de façon définitive la signature du médecin. Au fait, il semble que très peu d'accidents sportifs soient pris en charge par l'assurance du sportif ! Logique ?

Alors que faire ? Qu'en pensez-vous ?

Dans notre région, nous voyons se multiplier d'autre part les demandes d'aptitude pour entrer dans tel collège ou lycée, alors que l'enfant ne fait pas systématiquement de compétitions sportives. Cela est le fait, souvent d'établissements privés, mais des établissements publics ont aussi cette exigence. En discutant avec les enseignants, il apparaît qu'un certain nombre de jeunes, avec souvent le soutien de leurs parents, se plaignent facilement de souffrances corporelles lors de tel ou tel exercice. Ces plaintes se multipliant auraient amené certaines directions d'établissements à se couvrir par des certificats médicaux d'aptitude. J'ai personnellement averti ces directions qu'aucun médecin du cabinet ne signerait de telles « aptitudes », en dehors de celles de non-contre-indication à la compétition sportive. Je pense, en effet, que ces problèmes doivent être réglés entre parents, enfants et enseignants et que ce n'est pas

Christian Bonnaud

Médecin généraliste



un médecin, même s'il connaît l'enfant, qui peut régler ce problème en quelques minutes. La plupart du temps, les parents comprennent notre attitude, du moins en face de nous, qu'en est-il dans la réalité ? Vont-ils solliciter d'autres médecins plus complaisants pour faire des certificats d'inaptitude ? En tout cas, je trouve très grave de signer de telles inaptitudes, qui ne vont certainement pas régler les problèmes corporels de ces jeunes. On peut toujours renvoyer le problème devant le médecin scolaire (s'il en existe encore !) afin qu'il envisage la situation de façon plus globale.

A travers ces certificats, nous sommes des médecins d'assurance, au service du patient, afin qu'il puisse effectuer son sport favori. Par contre, l'élève n'a pas besoin du médecin pour apprendre le sport, mais d'un bon éducateur, et il en existe.

Les rares cas de contre-indication à la pratique d'un sport valent-ils l'afflux de sportifs chez le médecin, pour un examen souvent précipité, la réponse est non, ce d'autant qu'il n'y a pas de raison pour que l'Assurance maladie les prenne en charge.

Il paraît qu'au Québec, les sportifs eux-mêmes signent leur licence et s'engagent ainsi personnellement, assumant leur responsabilité.

...Certificats de n'importe quoi

Evelyne Malaterre

Médecin généraliste

Pas un jour de consultation sans une demande de certificat.

Certificat de maturité physiologique et psychologique pour les enfants avant l'entrée en maternelle : l'école est obligatoire, oui, mais à six ans. Les médecins auraient-ils le pouvoir de décider de la scolarisation d'un enfant ?

Certificat de non contre-indication à l'exposition à des toxiques, demandés par une association de quartier accompagnant les chômeurs dans la recherche d'un emploi. Pour un emploi de jardinier, de femme de ménage... et c'est une façon de banaliser ces problèmes, de renvoyer sur des médecins généralistes ce que font les médecins du travail qui connaissent les postes et conditions de travail, les produits manipulés, les risques.

Les solliciteurs d'asile nous demandent souvent des certificats mettant en avant leurs problèmes de santé, ce qui leur permettra peut-être d'avoir un statut d'étranger malade, mais on sait aussi que sont exclus du territoire les étrangers présentant une tuberculose évolutive, des troubles mentaux de nature à compromettre l'ordre public... comment remplir de tels certificats ayant de telles conséquences ?

Bientôt, les personnes âgées que nous suivons dans une relation de confiance vont nous voir arriver comme des gendarmes capables de leur interdire de prendre le volant.

Certificats de non contre-indication à la pétanque, certificats de coups et blessures, de virginité, avant la signature d'un contrat d'assurance... jusqu'à quand les médecins acceptent-ils d'être payés pour établir de tels certificats parapluies ou de n'importe quoi, de jouer de leur pouvoir, d'être ainsi instrumentalisés pour servir les intérêts des clubs sportifs, de la sécurité routière, la course au moindre risque des assurances ?



La formation initiale

Le constat est simple pour les jeunes généralistes, le matin de leur premier remplacement, notre formation en tant que généraliste est insuffisante. Nous connaissons parfaitement une multitude de pathologies et de conduites à tenir, apprises et revues au cours de notre formation, mais nous sommes désemparés devant un petit problème dermatologique, une question sur l'allaitement, un suivi de nourrisson de deux mois (beaucoup ont réalisé leur stage de pédiatrie aux urgences pédiatriques... et ne sont pas habitués aux enfants en bonne santé...).

Et combien d'entre nous décident alors de passer des DU de gynécologie, de pédiatrie, de dermatologie, ce qui prouve notre envie de chercher des réponses appropriées pour le bien-être des usagers de soin qui viennent nous consulter.

Notre formation est prise en charge par les « grosses têtes professorales hyper-spécialistes » qui ont toujours réponse à toutes les questions, qui sont les rois de l'examen complémentaire.

La médecine généraliste est la médecine de l'incertitude, où il existe des échecs et donc, où le généraliste n'est pas tout puissant.

Au cours de nos études, nous avons souffert d'une grave carence, l'usager de soin est au centre de tout.

Nous, jeunes généralistes, savons qu'une blouse blanche à haute renommée qui regarde un dossier devant un patient alité et apeuré, ce n'est pas la médecine que nous avons choisie.

Que penser, aussi, d'un grand professeur qui signe des articles pour la nouvelle étude pharmaceutique, sponsorisée par l'industrie pharmaceutique...

Notre formation médicale initiale a manqué d'enseignement à l'indépendance, au respect du patient. Ce n'est que durant le troisième cycle des études médicales, dans certaines facultés avec des enseignants généralistes dévoués, que

sont abordés des sujets aussi vastes que les droits du patient, les dossiers médicaux, la gestion d'un cabinet, le traitement des pathologies chroniques avec la prise en compte du patient et des difficultés d'un suivi au long cours.

Notre formation médicale continue ne doit pas souffrir des mêmes carences, nous nous devons, pour nos patients, d'être indépendants des laboratoires pharmaceutiques qui s'approprient l'information médicale, par les visiteurs médicaux, par des congrès sponsorisés. Ce ne sont pas des mécènes, ils recherchent, avant le bien-être des patients, un retour sur investissement.

Nous devons nous informer de manière indépendante, lire la seule revue indépendante (la *Revue Prescrire*), adhérer à des groupes de formation médicale continue non labellisés par les labos et sans repas offerts, nous syndiquer pour suivre l'évolution de notre environnement et enfin, agir pour imposer une évolution de cet environnement en tendant vers un plus grand respect des patients et de notre travail d'acteur de soin.

Notre crédibilité en tant que soignant dépend de notre indépendance, de notre capacité de remise en cause après un échec, de notre envie d'être le premier maillon de la Santé le plus efficace et le plus responsable possible.

David Faria

Médecin généraliste,
président du Syndicat
National des Jeunes Médecins
Généralistes (SNJMG)

SNJMG
7 bis rue Decrès
75014 Paris
Tél : 01 45 41 38 10
<http://www.snjmg.com>



Résumé : Pour influencer les prescriptions des médecins généralistes, les firmes pharmaceutiques utilisent des moyens variés, plus ou moins cachés. Leur pression sur les patients-consommateurs est récente, et redoutable.

Résister à Big Pharma

Martine Devries

Médecin généraliste

Ce qu'il faut d'énergie, de ruse et de vigilance pour résister à l'influence des firmes pharmaceutiques, vous n'imaginez pas ! Voyez plutôt :

Installée en médecine générale, ça fait précisément 17 ans que je ne reçois plus les « visiteurs médicaux », c'est ainsi que l'on appelle les représentants des firmes. J'ai toujours pensé qu'ils ne pouvaient être « juge et partie », mais je n'osais pas les virer, jusqu'au moment où je me suis aperçu que je les recevais « mal » : irritée par la partialité et l'insuffisance de leurs présentations, j'étais discourtoise, expéditive, car je me sentais contrainte : ce fut une vraie libération que de leur dire que je ne leur voulais pas de mal en tant que personne, mais que je ne les recevrai plus. Il y a bien eu quelques pressions, par amis et collègues interposés, mais j'ai tenu bon, en affirmant, à juste titre, que je serai parfaitement informée des nouveautés par la lecture du journal indépendant qu'est *Prescrire*.

Mais le danger restait tapi au coin du bois : je fais partie d'une association locale de formation médicale continue, qui avait un partenariat avec différentes firmes ; en clair, elles offraient un repas et des stylos bille, lors des réunions de travail, c'est seulement cette année la première fois que l'association a courageusement décidé de se passer de repas et d'utiliser les salles de formation de l'hôpital. Pour les médecins généralistes, connaître le visiteur de telle marque, entendre ou lire la « réclame » de tel médicament à cette occasion a une influence sur ses prescriptions, c'est prouvé.

Autre zone d'influence : mes patients vont voir les spécialistes, à ma demande, ou de leur propre chef : dans les deux cas, le spécialiste, cardiologue, par exemple, au hasard, prescrit à sa manière habituelle, lui qui reçoit les visiteurs médicaux, qui accepte les « études » payées par les firmes, voire les voyages ou autres cadeaux autorisés par la loi. C'est ainsi que beaucoup de mes patients hypertendus se retrouvent avec la dernière mode et la plus coûteuse en matière de traitement, alors que seuls les diurétiques et les bêta-bloquants ont fait la preuve de leur efficacité en matière d'augmentation de la durée de vie d'un malade hypertendu⁽¹⁾. Et donc, moi, leur médecin généraliste, je renouvelle ces prescriptions... comment faire autrement ?

Plus fort, et plus récente, l'influence des firmes sur les patients eux-mêmes, ou plutôt dans ce cas appelons les « consommateurs » : que ce soit les fabricants des anti-migraineux, qu'on se rappelle la scandaleuse campagne des premiers triptans ; la campagne actuelle, à France-Inter, pour la vaccination des tout-petits contre le pneumocoque : le pneumocoque est la première cause de mortalité des nourrissons, disent-ils ! Quel parent un peu attentif peut résister à une telle sollicitation ? Il se sentirait indigne ! Mais la campagne, attribuée à la société française de pédiatrie, ne précise pas que l'efficacité de ce vaccin sur cette mortalité n'est prouvée que dans des conditions précises et rares⁽²⁾ donc en clair que ce vaccin n'est pas efficace pour le nourrisson habituel. Si ce n'est pas malhonnête !

La campagne de la CNAM (Caisse nationale d'Assurance maladie) pour la vaccination anti-grippe est excessive : la grippe, on peut en mourir, ce slogan s'adresse aux personnes de plus de 70 ans et à celles atteintes de certaines pathologies, en ce sens il est juste. Mais de là, on est passé à « ce serait bête que tout s'arrête » et maintenant, aux adultes sans pathologie, on dit, vaccinez-vous, la grippe peut vous mettre à plat. Le chiffre d'affaire des firmes réalisé grâce au vaccin anti-grippe est impressionnant. Je n'oserais pas penser que la CNAM a accepté des voyages, mais que certains des experts ont des conflits d'intérêt, j'en suis persuadée.

Et qu'est-ce que j'y peux, moi, modeste médecin généraliste ? Lire *Prescrire* et *Pratiques*, discuter avec les collègues, mettre en garde les étudiants, raconter aux patients qui veulent bien entendre et surtout aux personnes dans des associations ouvertes à cette analyse, participer au *Collectif Europe et Médicament*, qui a d'autres idées ?

1. La *Revue Prescrire*, avril 1999 p. 288 à 296 et La *Revue Prescrire*, avril 2003 p. 299 à 301.

2. La *Revue Prescrire*, février 2003, p. 102.

Mélasse de rentabilité

Dans notre métier de généraliste, tout tourne autour de l'argent. Nous sommes englués dans une mélasse de rentabilité et de profit que nous masquons par un jeu d'humanisme, d'empathie et de conscience médicale.

En début d'installation, je finissais de payer les charges du cabinet le vingt-cinq de chaque mois, il me restait donc cinq jours « pour faire du bénéf » !

Dans ce contexte, la moindre épidémie est une aubaine, une bonne petite varicelle dans une famille nombreuse, l'examen clinique est plus que sommaire, de toute façon les complications pulmonaires et cérébrales n'apparaissent pas au début de la maladie. En plus, on est sûr de revoir la famille dans deux semaines. Et avec un peu de chance, si un des enfants a résisté pendant la première vague, et bien, c'est quatre semaines après que l'on ré-encaisse une consultation.

Il n'y a pas de finalité médicale à ce type de consultation. Soit la varicelle n'est pas compliquée et ce sont des soins de nursing qu'il faut mettre en place, soit la varicelle se complique (ce qui est exceptionnel) et ce n'est que secondairement qu'il faut voir les enfants.

La seule justification de ces consultations est le besoin qu'a le médecin de financer ses vacances ou d'acquérir une automobile en rapport avec son standing de vie.

En stage chez le praticien, mon maître de stage m'a expliqué une base du métier : « Tu as deux sortes de patients : ceux qui t'intéressent, que tu vois avec plaisir, ils te payent tes charges et ton casse-croûte et puis ceux qui sont désagréables ou qui t'irritent, reçois-les quand même bien, ils te paient tes vacances. »

A quand un système où la logique financière ne sera plus là pour brouiller notre plaisir de travailler ?

Jean-Louis Gross

Médecin généraliste

Résumé : Pourquoi les médecins généralistes ne s'investissent-ils pas davantage dans le travail coordonné avec les autres professionnels de santé ? C'est la question posée au sein d'un CLIC.

CLIC !

Pardon si ça dérange

Emmanuelle Simon
et Estelle Gouret

Coordinatrices

C.L.I.C., Centre Local d'Information et de Coordination... gérontologique... un lieu d'accueil, d'information, d'orientation, d'évaluation et d'accompagnement pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

« ATOUT'AGE », tel est le nom de notre association labellisée CLIC en 2001. Ce projet de réseau de Coordination gérontologique a vu le jour en 2000, résultat d'un travail de réflexion réunissant une équipe pluridisciplinaire de l'hôpital local et différents professionnels de l'aide et du soin à domicile, des services sociaux, d'établissements d'accueil et des élus. Dans la phase projet, aucun médecin généraliste n'a souhaité s'y investir ! Pourtant, la plupart y ont vu un relais intéressant pour fournir des informations sur les différentes aides. Tous ont accepté d'être sollicités, avec l'assurance du respect du secret médical, pour donner leur avis sur le réalisme du projet de leur patient, soit pour un maintien à domicile ou un accompagnement vers un hébergement collectif. Certains espéraient une cellule permettant de répondre à l'urgence... La pratique a montré que cela était possible mais pas systématiquement... Le coordinateur est alors facilitateur, activateur de la communication pour que les différents dispositifs se mobilisent temporairement pendant la crise et se coordonnent à moyen terme.

Dans notre pratique quotidienne, nous n'avons pas de contacts réguliers avec tous les médecins généralistes du secteur : certains disent avoir peu de patients très âgés dans leur clientèle... Nous ne désespérons pas de travailler un jour en partenariat avec eux, leurs patients vont bien finir par vieillir ! Cependant presque tous ont déjà orienté des per-

sonnes âgées ou leur entourage vers ATOUT'AGE. Certains nous contactent directement. Les rares fois où l'un d'entre eux a participé à une réunion de coordination à domicile, il a exprimé sa satisfaction de voir une équipe mobilisée autour de son patient avec le même objectif : concourir au bien-être de la personne, préserver son autonomie et celle de son entourage. Au sein de cette « équipe », le médecin est l'expert médical ; l'auxiliaire de vie, l'experte de l'aide aux gestes de la vie quotidienne... Deux professionnels égaux dans l'évaluation des besoins de la personne dépendante, deux points de vue, deux analyses qui se valent dans la définition du plan d'accompagnement. Pour cette raison, nous regrettons l'absence des médecins dans nos groupes de travail et dans les temps de coordinations formalisées.

Notre questionnement actuel est donc le suivant : pourquoi certains professionnels libéraux (infirmières, orthophonistes) arrivent à se rendre disponibles... mais pas les médecins généralistes ? Est-ce réellement un problème de temps ? Sont-ils moins convaincus de la prise en charge globale ? Ont-ils peur de l'échange dans la coordination ? Est-ce difficile pour eux de prendre en compte l'avis d'autres professionnels dans l'analyse d'une situation ? Est-ce un problème d'indemnisation du temps consacré à la coordination ? Les expériences, rares, de CLIC qui ont pu trouver un financement pour la participation des professionnels libéraux ne révèlent pas forcément un plus grand investissement de leur part.

Des gériatres nous ont soufflés que leur spécialité souffrait d'un réel manque d'intérêt de la part de leurs confrères. Qu'en pensez-vous ?

CLIC ATOUT'AGE
2 rue des Nonnains
44430 Le Loroux Bottereau
Tél : 02 51 71 95 89
Fax : 02 51 71 96 28
e mail :
ATOUT-AGE@wanadoo.fr

La prévention

« Moi, j'ai jamais été malade moi ! En 75 ans, pas un toubib ! Rien ! »

Intérieurement, je continue à sa place : « ...Alors venez pas me faire chier avec vos discours, vos examens, remettez-moi sur pied, un point c'est tout... »

C'était son expérience à monsieur Robert. 45 ans dans son garage de quartier à réparer les pannes des voitures. Et lui, jamais en panne. Toujours en marche.

Sauf maintenant, cette douleur à l'épaule qui ne passe pas, un mois après cette chute de l'échelle. Il remettait des tuiles sur son toit. Et cette douleur qui ne passe pas...

Oh ! y avait pas besoin d'être un grand garagiste du corps pour s'apercevoir, après quelques questions, un petit tour sur la balance, un petit examen, que sa douleur de l'épaule qui veut pas partir, elle me faisait penser à autre chose qu'une simple petite panne, moi le petit garagiste de quartier des âmes et des corps.

Seulement voilà, pour monsieur Robert, même la petite prise de sang, c'est trop pour lui. « M'emmerdez pas avec ça docteur » Je m'en étais voulu. Je n'avais pas réussi.

C'est quatre mois plus tard qu'il est revenu avec sa femme, monsieur Robert, pour me tendre la

lettre de sortie de l'hôpital. Avec le sourire triste de l'enfant qui s'est fait prendre, qu'on lui avait bien dit, qu'il a compris maintenant...

Trois semaines plus tôt, pendant ses vacances, il s'y était rendu, aux urgences. C'était plus possible. Il avait trop mal monsieur Robert et puis, il était essoufflé.

Et puis trois semaines d'hôpital, ça n'avait pas été de trop pour calmer les douleurs de ses métastases osseuses, et pour trouver l'organe qui les fabriquait les métastases.

C'est ça qui m'a mis en colère, vous comprenez. Parce que monsieur Robert, il a un médecin depuis 10 ans en face de chez lui et que, en 10 ans, un doigt dans son derrière, un petit toucher rectal, ça lui aurait peut être fait économiser de la souffrance à monsieur Robert, à la Sécurité de l'argent et aux médecins des urgences un peu du temps et des moyens qu'ils réclament pour s'occuper des « vraies » urgences. Et que si j'avais écrit un jour à monsieur Robert : « Monsieur Robert, je vous connais pas, mais si vous venez vous faire mettre un doigt dans le derrière, chez moi ou chez un autre, ça pourrait vous être bénéfique », si j'avais écrit ça, on aurait pu porter plainte contre moi pour publicité...

Julien Bezolles

Médecin généraliste

Résumé : Dans la place paradoxale du médecin généraliste dans le système de soins, l'auteure souligne l'attitude ambivalente des médecins généralistes : ils aiment leur métier, mais se plaignent des contraintes et d'une perte de prestige. La médecine générale, de définition récente, plus par défaut que par choix, peut se déployer actuellement du fait des exigences de prise en charge globale et de coordination dans les soins. Son développement est entravé par le mode de rémunération à l'acte. Une formation et une recherche spécifiques seront des outils pour une évolution satisfaisante.

Evolution de la médecine générale

Entretien avec
Martine Bungener

*Economiste, sociologue,
directeur de recherche CNRS
(unité Inserm)*

Pratiques : Comment comprendre que le médecin généraliste soit accusé de tout : les morts de la canicule, le trou de la Sécu, l'excès de prescription, etc. et en même temps crédité de... tout aussi : pivot des soins, médecin de premier recours, empathique, écoutant, etc.

Les médecins généralistes occupent aujourd'hui une place paradoxale dans le système de soins français. Médecins de premier recours susceptibles de recevoir les plaintes de toute nature et d'identifier n'importe quel symptôme, ils sont considérés comme les pivots du système médical tout en se situant au bas d'une hiérarchie professionnelle largement marquée par un processus de spécialisation et la valorisation de concours tels l'internat ou de titres universitaires. L'organisation actuelle du système de santé subordonne, depuis la réforme de 1958, la formation de tous les médecins au segment le plus élevé de la profession : les spécialistes hospitaliers – professeurs des universités, groupe dont les généralistes ne feront jamais partie même si certains depuis peu occupent une fonction professorale temporaire, alors que leurs confrères spécialistes de ville, plus titrés, souvent internes des hôpitaux, partagent avec les hospitaliers, même de façon restreinte, une position supérieure sur le plan professionnel, mais aussi sociale et symbolique. C'est

ainsi dès leurs études que les médecins futurs généralistes intériorisent une définition subordonnée de leur métier.

Soignant en plus grand nombre les personnes âgées et les groupes sociaux les moins favorisés, les médecins généralistes sont aussi les premiers prescripteurs de produits pharmaceutiques et d'examen complémentaires et sont, à ce titre, identifiés comme participant largement à l'accroissement de la consommation médicale. Mais, du fait de leur position hiérarchiquement dominée, ils sont parfois présentés par certains de leurs confrères, plus spécialisés, comme moins précis dans leurs diagnostics, moins performants dans la définition de leurs thérapeutiques et à ce titre générateurs d'actes et de gestes indus ou inutiles et, donc, responsables pour une large part d'un gaspillage des dépenses de santé. Ils doivent être tout à la fois largement disponibles pour les patients, mais simultanément pouvoir résister à leurs demandes excessives, capables de répondre à des plaintes plus ou moins précises sans méconnaître les symptômes susceptibles de se trouver masqués derrière, mais aussi sans abuser des réponses les plus techniques peu appropriées, capables enfin, face à l'éclatement des soins spécialisés prodigués par des professionnels aux compétences de plus en plus pointues, d'assurer la prise en charge globale de la personne que

Quelle médecine voulons nous ?
Isabelle Baszanger, Martine
Bungener, Anne Paillet
L'Etat des lieux, la Dispute 2002

requièrent les atteintes chroniques et que souhaitent les patients.

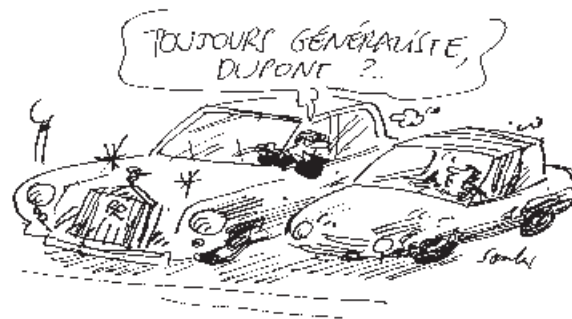
Comment comprendre que les médecins généralistes se lamentent autant, et que, les enquêtes le disent, pourtant ils disent aussi : c'est un beau métier ?

Les médecins généralistes se ressentent fortement en position de subordination professionnelle vis-à-vis de leurs confrères spécialistes ou hospitaliers, plus diplômés et mieux honorés ; mais également vis à vis de leurs patients, qu'ils décrivent comme de plus en plus exigeants et critiques, de moins en moins compliants et respectueux de leurs prescriptions, alors même qu'ils sont largement dépendants d'eux sur le plan financier. Ils sont, en outre, confrontés à de multiples et profonds changements qui affectent leurs pratiques au quotidien et sur lesquels ils considèrent n'avoir aucune maîtrise ni en terme technique (le savoir médical s'accroît largement en dehors d'eux), ni en pouvoir de négociation financière. Enfin, ils ressentent et déplorent fortement l'accroissement des charges financières et administratives qu'ils subissent, dénoncent la concurrence des spécialistes et la diminution relative de leurs revenus. Mais leur plainte concerne aussi plus largement un sentiment de perte de prestige social qui renvoie à une image passée de l'exercice de la médecine, souvent idéalisée, où le médecin était un notable. Néanmoins, ils sont et restent conscients de la richesse relationnelle que leur apporte l'exercice de leur métier, de la liberté d'action qu'il leur procure, de son intérêt social et personnel, restant fidèles à leur choix initial : « Si j'ai fait médecine, c'est parce que je trouvais que c'était un beau rôle... ». Et ils sont nombreux à prendre en main la destinée de leur profession en s'investissant dans des activités de formation de leurs confrères, ou encore de mise en place de nouvelles de pratiques tels que les réseaux de soins, etc.

Pouvez-vous faire un « historique » du métier de médecin généraliste ?

La médecine générale, en tant que segment professionnel clairement identifié, a une existence

relativement récente qui procède a contrario du processus de spécialisation dont l'essor date en France des années cinquante. Bien qu'accompagnant le développement des connaissances biomédicales dès le début du XX^e siècle, ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale que sont créés les certificats universitaires de spécialité (les CES) et, fin 1949, qu'un décret fixe une première liste de spécialités ou compétences reconnues et les modalités de cette reconnaissance. Deux ans avant, des commissions d'homologation avaient accordé ce statut à certains médecins qui exerçaient déjà, de fait, parfois depuis plusieurs années, une médecine technique particulière. 10 ans après, en 1957, ce sont 46 % des médecins qui sont qualifiés comme spécialistes par l'Ordre des Médecins. La médecine générale se trouve alors essentiellement définie par ce qu'elle n'est pas, par ce qui ne relève pas d'une approche plus spécialisée ou plus technique. Elle est en fait ce qui « reste », ce que les spécialistes ne font pas. Et parmi ceux qui sont généralistes, certains évoquent également un choix par défaut : l'obligation de s'installer vite, les difficultés de finance-



ment d'études de spécialité prolongées, l'échec à un examen... Pourtant, on peut considérer qu'aujourd'hui, une nouvelle phase s'ouvre à la médecine générale du fait de l'expansion des atteintes chroniques, de la montée des pathologies liées au vieillissement qui se prêtent de plus en plus mal à une approche morcelée des soins. Ces situations pathologiques exigent une prise en charge globale et un travail de coordination largement inédit que ne sauraient accomplir des praticiens toujours plus spécialisés et des gestes essentiellement techniques. Ainsi, si l'espace d'intervention de la médecine générale est de prime





abord entendu négativement et de manière restrictive, son domaine d'activité peut, à l'inverse dans le contexte épidémiologique des sociétés développées, se concevoir comme quasi-illimité, qu'on l'analyse comme la conséquence d'un renversement total de perspective des soins ou comme le retour à la fonction d'antan et la reconquête d'une place perdue...

En quoi le paiement à l'acte, mode actuel de rémunération du médecin généraliste en France, est-il délétère pour l'évolution de la pratique de la médecine générale ?

Par définition, le paiement à l'acte, mode de rémunération essentiel des médecins généralistes libéraux, exerçant en cabinet de ville, n'apparaît absolument pas adapté par exemple à ce travail de coordination des soins, d'accompagnement personnalisé des patients, de prise en charge éventuelle des fins de vie à domicile... comme d'ailleurs à toute forme de travail en réseau ou coopératif, articulant les savoirs et les compétences de plusieurs catégories de professionnels médicaux ou sociaux. Il apparaît ainsi comme un frein à toute évolution des pratiques de soins de ce type ! En outre, il place le médecin généraliste dans une situation peu confortable vis-à-vis de ses patients. Enfin, la valorisation inférieure de la consultation ou de la visite du généraliste par rapport à celle du spécialiste (entérinée par les premières conventions collectives) pose la question de la reconnaissance sociale de son activité et de la définition de son rôle.

Quelles seraient les mesures qui favoriseraient une évolution de la médecine générale dans un sens satisfaisant ?

Il importe d'inventer collectivement de nouvelles formes de soins plus coopératives qui répondent au fait que l'exercice de la médecine, du fait de la diversité des savoirs et compétences nécessaires, ne saurait plus être un exercice individuel. Il faut également faire reconnaître que le rapport social particulier que recouvre la pratique de médecine générale, les besoins d'une prise en charge globale des patients, d'une approche autant relationnelle que technique, sont aujourd'hui au

moins aussi indispensables à l'efficacité de la médecine que tout autre geste le plus technique. Cela justifierait de faire de la médecine générale une spécialisation à part entière, d'envisager une formation de même durée et de l'honorer financièrement dans les mêmes proportions. Mais s'il apparaît légitime de revendiquer plus pour la médecine générale, il importe en retour que les médecins généralistes, comme la profession dans son ensemble, comprennent et acceptent que la pratique médicale doit être évaluée à l'aune de la mission que la société leur confie et des moyens collectifs qu'elle mobilise pour cela.

Par ailleurs, une des solutions se trouve sans doute dans l'évolution même des modalités de formation des médecins qu'ils soient tentés par une carrière de généralistes ou de spécialistes. L'ensemble est à revoir. Dans cette perspective, la mise en place de départements universitaires de médecine générale, la diffusion des stages de formation en médecine générale pour les étudiants futurs généralistes, la reconnaissance d'un statut de maître de stage, sont à l'évidence des mesures intéressantes pour mieux définir et mieux identifier la fonction spécifique que remplit le médecin généraliste au sein du système de santé. On ne peut aussi qu'encourager l'intérêt des médecins généralistes pour la recherche, l'élaboration d'une véritable recherche en médecine générale et l'accès de médecins généralistes à des positions de chercheur, jusque-là réservées aux seuls spécialistes, comme tente de le mettre en œuvre une expérience récente de l'Inserm soutenue financièrement par la Caisse Nationale d'Assurance maladie. Dans la même logique, la médecine générale, bien que beaucoup plus tardivement que les autres disciplines médicales, il est vrai, bénéficie dorénavant au même titre que les autres spécialités, d'un comité d'interface Inserm. Il s'agit d'un lieu d'échange privilégié avec le monde de la recherche qui, s'il ne saurait résoudre tous les problèmes que dénoncent les médecins généralistes, témoigne néanmoins aujourd'hui du fait qu'elle n'est plus tout à fait une discipline à part du monde médical. A charge pour les médecins généralistes de faire vivre leur discipline...

La santé publique, un pilier du métier

La catastrophe sanitaire liée à la canicule de l'été 2003 n'est pas isolée. Elle est à relier à d'autres causes de maladies moins soudaines, plus lentes à émerger dans le visible, mais tout aussi importantes par la gravité des pathologies et le nombre croissant de personnes concernées : cancers professionnels ⁽¹⁾ et environnementaux, obésité, accidents du travail, pathogénies liées à la situation de précarité socio-économique d'une part croissante de la population. L'organisation actuelle des professions et des structures de soins est cantonnée dans la seule logique de réparation des corps malades. Elle est incapable structurellement de fournir une réponse adéquate face à ces enjeux majeurs de santé publique ⁽²⁾. Seule une transformation de notre système de soins favorisant, dans les pratiques quotidiennes des soignants et des soignés, l'identification des facteurs pathogènes à l'origine des maladies observées dans la population pourra améliorer la situation.

Cela vaut tout particulièrement pour les médecins généralistes qui, au côté des autres acteurs de santé de « la première ligne » que sont les infirmières libérales, les travailleurs sociaux, les médecins et infirmières, scolaires, de PMI et du travail sont à même, au contact de la population locale qu'ils ont en charge, de repérer puis de lutter rapidement sur les causes des maladies identifiées ou suspectées sur le terrain.

Un médecin généraliste ne pourra pas participer à un travail de santé publique de ce type tant que son revenu dépendra uniquement du nombre de consultations dans son cabinet médical ou des visites à domicile. Cela suppose donc de favoriser économiquement dans la semaine de travail du médecin généraliste les pratiques régulières de col-

laboration et d'articulation professionnelles telles qu'elles ont été développées avec succès depuis plusieurs années dans les réseaux de santé de proximité. Ces pratiques sont nées en raison de pathologies qui « résistaient » au modèle dominant du soin : le Sida, la toxicomanie. Elles ne demandent qu'à être généralisées à l'ensemble des problèmes de santé publique, quels qu'ils soient, du recueil de données épidémiologiques en passant par le maintien à domicile des personnes âgées. Dans ce but, il est indispensable de revoir le mode de rémunération des médecins généralistes (comme celui d'ailleurs des infirmières libérales) avec la nécessaire sortie du paiement à l'acte pour avoir du temps rémunéré pour ce type d'action. Aujourd'hui, le Syndicat de la Médecine Générale demande une rémunération forfaitaire qui puisse permettre au médecin de se consacrer une demi-journée par semaine à des actions de prévention et de santé publique pour aller demain vers une rémunération globale de type salariale pour l'ensemble de son activité médicale incluant le soin, les actions de santé publique et la formation professionnelle continue. Ces pratiques nouvelles dans le champ de la médecine de première ligne donneront naissance à de meilleures approches collectives de la santé. Elles sont le seul garant pour éviter ou minimiser les catastrophes sanitaires actuelles ou à venir.

Patrice Muller

Médecin généraliste,
président du Syndicat
de la Médecine Générale

1. En France, on estime qu'actuellement 2 000 décès par an sont en rapport avec l'amiante et on attend que ce chiffre monte à 5 000 décès par an en 2020, compte tenu du retard pris en France pour les mesures préventives en la matière : cf. *Cancers professionnels*, tome 1 p.339, Marcel Goldberg, Ellen Imbernon, éd. Margaux Orange, 2000.

2. Cf. *Les inégalités sociales de santé*, Inserm, éditions La Découverte, Paris 2000.

Résumé : Quelles places respectives pour les différentes techniques d'imagerie médicale qui ont supplanté en vingt ans la radiologie conventionnelle ? Quelles conséquences induites par ces nouvelles machines pour les malades et les professionnels du soin ? Entretien avec le professeur Dominique Musset, chef d'un service de radiologie d'un centre hospitalo-universitaire de la région parisienne.

Entretien avec
Dominique Musset

Chef du service de radiologie
de l'hôpital Antoine Béclère
(92 - Clamart).

L'invention de la radiographie, à la fin de l'année 1895, marque la naissance de l'imagerie médicale. Permettant de déceler des signes pathologiques, de soigner, voire de guérir, cette dernière autorise des lectures du normal, du pathologique, qui lui appartiennent en propre. Sans se limiter à n'être que l'un des instruments de l'activité clinique, elle est tributaire d'un parc de machines structurant les pratiques hospitalières et médicales. Un tel outillage, en perpétuelle mouvance, oblige à des aménagements spécifiques (architecture hospitalière, emplois du temps et trajets des malades, hiérarchies professionnelles...). Le radiologue ajuste en permanence les relations avec le médecin, le chirurgien, le patient. Loin de rester un observateur-lecteur habile et compétent, il prescrit, pratique la chirurgie par radiologie interventionnelle, invente des gestes, use de nouveaux vocabulaires. C'est ainsi que les images de la médecine organisent les mots, l'espace et le temps.

A terme, ces dispositifs producteurs d'images constituent un nouveau milieu, génèrent de nouvelles représentations collectives du corps et de la maladie. Partant, une autre médecine. En imposant de nouvelles contraintes, cet environnement iconique et machinique propose un nouvel ordre du regard, invitant à pratiquer des observations, des examens, des actions qui, sans lui, n'auraient pas existé. L'archéologue André Leroi Gourhan l'affirmait élégamment : ce n'est pas parce que le gisement de cuivre natif existe que de les outils de cuivre ont vu le jour, mais sans ce gisement, l'outillage ne cuivre n'aurait jamais existé.

Regards sur la radiologie

Du moyen à la machine, de la machine au milieu : l'évolution du statut de l'imagerie médicale est porteuse de réorganisations profondes. Nous serions passés simultanément de l'observation à l'intervention avec le même écart épistémologique – toutes proportions gardées – qui lie les naturalistes du XIX^e siècle et la médecine expérimentale de Claude Bernard.

Au-delà des questions strictement médicales, ce qui est en jeu est l'irruption au sein de nos cultures d'un immense corpus d'images lié à d'importants circuits économiques où se côtoient gestion privée et gestion publique.

Il y a urgence à développer une véritable pensée de l'image dans ses relations à la connaissance : l'importance des enjeux humains et éthiques de l'imagerie médicale la conduisent à s'imposer en chef de file. Elle devrait aider à comprendre non seulement la médecine et le corps humain, mais, de manière plus ample, le fonctionnement de nos civilisations occidentalisées où règnent en maîtres les atlas visuels.

Pratiques : Dominique Musset, vous dirigez un important service de radiologie : celui de l'Hôpital Antoine Bécère à Clamart, où vous êtes arrivé en tant qu'interne en 1978. Avez-vous le sentiment que la liberté des radiologues de l'hôpital public s'accroît ou qu'elle diminue ?

Dominique Musset : La liberté est en train de diminuer par manque de moyens financiers, par absence des autorisations nécessaires pour nous procurer les machines dont nous aurions besoin afin d'améliorer les diagnostics et la qualité des soins.

En 1977, au début de mon internat, j'ai vécu les années fastes de la radiologie hospitalière jusqu'en 1985. Nous avons connu une évolution rapide, de la radiologie conventionnelle à l'IRM et la radiologie interventionnelle, en passant par l'échographie et le scanner.

Les radiologues alors souhaitaient majoritairement rester à l'hôpital. La situation s'est ensuite inversée au profit du secteur privé du fait des contraintes financières imposées au secteur public. Cela a entraîné progressivement une dégradation des matériels dont les taux de renouvellement ont été réduits et une désaffection des jeunes radiologues que nous formons à l'hôpital au profit du secteur libéral.

Quelles sont les conséquences pratiques d'une telle situation ?

Concrètement, nous n'avons pas d'IRM à Bécère. Nous nous sommes battus, avec un très bon dossier élaboré en partenariat avec d'autres structures publiques et privées depuis 1996 pour obtenir une autorisation et ce combat a été difficile : il a duré cinq ans. Nous l'avons défendu auprès de personnes de tous bords, des responsables de l'Assistance publique, du ministère... pour que finalement, en 2001, nous obtenions cette autorisation. L'IRM, cependant, ne sera pas installée avant l'année prochaine. Ceci est dû aux grandes difficultés que nous rencontrons dans le domaine

des travaux, plombés par les lenteurs et les incohérences du code des marchés publics.

Un hôpital universitaire qui ne dispose pas des moyens nécessaires pour soigner ses patients ! Nous sommes obligés d'envoyer les malades ailleurs, loin de l'hôpital. Pour les patients hospitalisés, cela pose des problèmes parfois graves.

Le secteur privé aurait donc été doté avant le secteur public ?

Non. Le secteur privé rencontre également des difficultés pour l'obtention de ces fameuses autorisations (dont on nous dit qu'elles devraient disparaître...). Mais une fois qu'elles ont été obtenues, le délai pour la mise en œuvre de la technologie (scanner, IRM,...) est très court et les taux de remplacement beaucoup plus élevés.

N'y a-t-il pas, à terme, le risque de voir les cliniques privées chercher, inconsciemment ou consciemment, à rentabiliser leurs machines en multipliant des examens images dont, par ailleurs, on ne cesse de souligner l'innocuité ?

Actuellement non, parce que les machines sont en trop petit nombre. Mais le risque à terme n'est peut être pas nul.

Un scanner coûte entre 5 et 6 millions de francs. Il faut le rentabiliser. Aujourd'hui les files d'attente sont longues (jusqu'à trois mois pour certains examens IRM). Mais demain ?

L'hôpital universitaire sert de rampe de lancement pour les nouvelles molécules. Mais les nouvelles machines passent-elles obligatoirement par la filière universitaire ? Il semblerait que certaines s'implantent directement dans le parc privé en l'absence même de recherche et d'évaluation.

Les constructeurs d'imagerie sont de moins en moins nombreux sur le marché. Les entreprises se rachètent l'une l'autre. Le nombre des entreprises importantes se limite à quatre ou cinq : General Electric aux Etats-Unis, Siemens en Allemagne, Philips en Hollande et Toshiba, Hitachi... au Japon.

Ces gros constructeurs signent des contrats de partenariat avec les hôpitaux proches des lieux de fabrication. General Electric possède un site d'expérimentation à Milwaukee. Celui de Philips se situe à Eindhoven. Nous, experts médicaux répondant aux appels d'offres communautaires pour l'évaluation du matériel, nous allons visiter les centres en question une fois que l'expérimentation a été réalisée. L'hôpital universitaire, hors quelques exceptions, n'est plus un lieu d'expérimentation des machines. Il ne constitue plus, non plus, pour les constructeurs, une vitrine de vente.

Il convient cependant de relativiser une telle situation. Certes, les cliniques privées ne sont pas obligées de passer par les CHU ou les centres de recherche pour choisir leurs appareils. Néanmoins, il existe des groupes de veille technologique, en particulier à l'AP-HP. Des experts de l'AP-HP (trois ou quatre par appareil) nommés par le syndicat des radiologistes, sont chargés d'identifier d'une année à l'autre toutes les innovations technologiques. Ce sont eux, également, qui expertisent les machines en réponse aux appels d'offres de l'Assistance publique. Ainsi est établi un classement de ces machines qui nous aide à choisir les meilleures en fonction des caractéristiques des sites demandeurs. Les rapports d'expertise très complets ne bénéficient, hélas !, que d'une diffusion trop limitée. Ils devraient être aisément accessibles à tous : radiologues, spécialistes ou généralistes, pratiquant une médecine publique ou privée.

Est-ce que les besoins en matière d'images sont les mêmes en France, aux Etats-Unis, au Japon ? Attend-on en Occident, en Orient... la même qualité de machines ?

Il semble que l'on attend partout la même chose des équipements lourds (scanners, IRM). L'image obtenue, la lecture qui en est faite, sont peu dépendantes de l'opérateur. Ce n'est pas le cas en ce qui concerne les échographes.

Aux Etats-Unis, ce ne sont pas les médecins, mais des techniciens qui font les échographies. Le

médecin, lui, contrôle ce qui a été effectué. Il n'interprète pas en direct. Aussi peu de travaux de recherche relatifs à l'échographie sont publiés aux Etats-Unis. Leurs publications sont plus nombreuses en ce qui concerne le scanner ou l'IRM.

En France, ce sont les médecins eux-mêmes qui réalisent les images et ils sont exigeants, très attentifs notamment aux caractéristiques des machines.

Cela signifie que l'échographie exige plus de savoir-faire, plus de métier que les autres techniques d'imagerie ?

Il est certain que la formation à la technique de l'échographie est beaucoup plus longue et plus lourde que celle nécessaire aux autres techniques. Et l'on sait bien que la qualité d'une interprétation dépend en premier lieu de la qualité de la réalisation de l'examen.

Quelles sont aujourd'hui les nouveautés techniques en matière d'imagerie ?

Dans le domaine de l'échographie, l'imagerie tridimensionnelle développée en temps réel constitue une nouveauté. Il ne s'agit pas seulement d'un 3 D de surface qui permet de voir le faciès ou la main d'un fœtus, mais d'un 3 D en mouvement (appelé 4 D). Il est désormais possible de visualiser un cœur ou un foie en entier. Je ne crée pas personnellement de telles images, parce que nous ne disposons pas de l'appareil...

En outre, il y a quelques années, sont apparus des produits de contraste destinés à l'échographie, que l'on commence à utiliser en pratique clinique pour les pathologies tumorales ou vasculaires.

Concernant le scanner, la dernière évolution vient de l'apparition du scanner multi-barrettes et du raccourcissement consécutif de la durée des examens.

Ainsi, en une seule apnée, on peut « découper » très rapidement un sujet sur un grand volume. Le scanner 16 barrettes est plus rapide que le scanner 8 barrettes, lui-même plus rapide que le mono-



barrette. Mais d'un autre côté, on perd en qualité d'images ce que l'on gagne en rapidité. Si, pour l'imagerie vasculaire, la rapidité peut constituer un progrès, il n'est pas sûr qu'elle en soit un pour d'autres examens. Le problème est que ces machines, très constructeur-dépendantes, sont vendues avant d'avoir été évaluées. Un besoin est créé ; il faut le multi-barrettes le plus perforant (le 32 barrettes est en préparation). Les patients eux-mêmes réclament les nouveautés. Si une structure n'en dispose pas, ils n'hésitent pas à s'adresser ailleurs.

Dans le domaine du scanner et de l'IRM, la rapidité des reconstructions des images obtenues en 2 ou 3 dimensions ont considérablement amélioré leur analyse. Le corollaire de ces développements est l'acquisition d'un très grand nombre de coupes par examen qui pose le problème de l'archivage.

D'autre part, toutes les imageries sont numériques. L'échographie, la radiographie par plaques ou capteurs, le scanner sont numériques. L'imagerie vasculaire, l'IRM sont numériques. Ce qui se profile à l'horizon et dont j'espère qu'elles verront le jour le plus vite possible, ce sont les mises en réseaux. Nous attendons avec hâte l'installation de serveurs dans les services de radiologie des hôpitaux publics. Dans un second temps, nous espérons la diffusion directe d'images dans et hors de l'hôpital. L'hôpital Georges Pompidou est novateur dans ces domaines et, quoiqu'on en dise, cela marche.

Ces nouveautés techniques représentent-elles un progrès en matière de santé publique ?

Il y a une vingtaine d'années, on regardait l'homme du dehors et par nos radiographies, nous avions une image plane du sujet. Le grand changement vient de ce que l'être humain, désormais, est vu de l'intérieur.

Une radio de poumon est très difficile à interpréter, car elle est la projection d'un volume sur un plan. Avec le scanner,

l'IRM, l'échographie, bref, l'imagerie en coupe... on obtient, par reconstitution à partir des plans de coupe, une imagerie volumique de meilleure définition que celle de la géométrie planaire sur laquelle il y a superposition de différentes structures, tous plans confondus. Nous avons à fournir moins d'efforts d'interprétation ; l'examen requiert moins d'intuition. Nos comptes-rendus sont moins subjectifs.

Le seul examen d'imagerie pour lequel figure sur le compte-rendu les caractéristiques de l'appareil de prise de vue, c'est l'échographie. Quelle en est la raison ?

C'est réglementaire. Nos collègues du privé auxquels ce règlement s'adresse doivent mentionner le type d'appareil, de sonde et surtout la date de 1^{ère} mise en service de l'appareil. Car la cotation de l'acte n'est pas la même quand un appareil a moins de 7 ans ou quand il a plus de 7 ans.

Moi, médecin généraliste, je ne dispose pas des outils de la compréhension. Je n'ai aucune grille d'évaluation. On me dit : « C'est un Toshiba fabriqué en telle année, muni de telle sonde... », mais qu'est-ce que cela signifie en matière de qualité d'images ?

Les rapports d'expertise dont nous avons parlé ci-dessus devraient constituer une aide pour les généralistes, si leur diffusion était assurée.

Cette année, les experts médicaux de l'AP-HP ont séparé les échographes en quatre catégories (hors les échographes portables) : haute technologie, haut de gamme, moyenne gamme, bas de gamme. Avec les appareils dits « bas de gamme », il est possible de faire le même type de diagnostic, d'avoir la même précision qu'avec un appareil haut de gamme en matière de pathologies simples (calcul dans la vésicule, épanchement abdominal...). Ensuite, tout dépend des usages. Mais un appareil bas de gamme devrait être suffisant pour prolonger la main du généraliste, constituer une aide aux diagnostics simples.

Il n'est pas prévu, dans le mode de rémunération actuelle du médecin généraliste, que ce dernier puisse effectuer des examens d'imagerie et cela limite sûrement la mise en œuvre des nouvelles technologies en médecine. Ainsi, il existe à l'étranger des petits automates de diagnostic biologique dont nous pourrions nous servir, mais nous n'y avons pas recours. Nous pourrions, par exemple, nous diriger, en matière d'imagerie, vers deux directions différentes : une lignée de machines sophistiquées, une lignée de machines d'utilisation légère.

Oui. Il y aurait d'un côté des machines sophistiquées, pour les examens difficiles, effectués par les centres spécialisés en imagerie. D'un autre côté, des machines simples pour les examens de débrouillage faits pratiquement au lit du malade par les médecins généralistes, les urgentistes, les réanimateurs.

Et la radiologie interventionnelle ?

Elle se développe bien, mais reste soumise aux lobbies. Qui va pratiquer ? Qui va prendre la responsabilité du geste ? Les cardiologues, par exemple, se sont très vite emparés de la cardiologie interventionnelle coronaire.

Dans les années 60, le Professeur Djindjan, radiologue, fut le premier à dilater des sténoses de

vaisseaux. Ensuite, les cardiologues se sont emparés des gestes d'angioplastie sur les vaisseaux coronaires. Les chirurgiens cardio-vasculaires jugeaient, de leur côté, ces pratiques non nobles. Mal leur en a pris, car la plupart des interventions cardiaques et vasculaires ont dérivé vers l'angioplastie et ne s'effectuent plus sur le seul mode chirurgical.

Le partage des tâches n'est pas codifié. La compétence joue évidemment un rôle important, mais elle n'est pas le seul critère de ce partage... Toutefois, je pense que, dans ce domaine, l'auto prescription devrait être interdite.

Les interventions sur les voies biliaires, par exemple, peuvent concerner les radiologues, les chirurgiens, les gastro-entérologues suivant les cas. De la même manière, les interventions sur le foie ou les poumons peuvent être pratiquées par le radiologue, le chirurgien, le spécialiste de médecine. C'est le rôle des staffs multidisciplinaires de préciser l'indication et la stratégie thérapeutique.

Est-ce à dire que l'imagerie s'impose au cœur de l'hôpital, même si ses avancées s'effectuent de manière disparate selon les spécialités ?

Mais elle y est déjà ! Il faut que le service d'imagerie soit proche des urgences, du bloc opératoire, des réanimations.

Des hôpitaux, comme Cochin à Paris, ont créé un plateau d'imagerie dédié aux urgences afin d'éviter de perdre du temps.

N'oublions pas cependant qu'un médecin a besoin également d'autres données que celles de l'imagerie pour ces patients, celles des examens de laboratoire par exemple. Plus que la seule imagerie, c'est le plateau technique qui s'imposera de plus en plus au cœur de l'hôpital.

*Propos recueillis
par Patrice Muller et Monique Sicard*

Le manifeste du réseau européen de santé

Lors du Forum Social Européen 2003 du 13 au 15 novembre à Saint-Denis, le Syndicat de la Médecine Générale a animé des séminaires et ateliers aux côtés de différentes associations, ATTAC entre autres, sur le Collectif Europe et médicament, aux côtés de la Confédération Paysanne sur les pesticides et avec des associations de Saint-Denis sur la question centrale des usagers. Il a même produit un spectacle burlesque comedia dell'arte « Les dessous de la santé ». Surtout, cela a été l'occasion de rencontres entre associations européennes sur le front de la santé.

Une année après Florence, le Réseau européen pour le droit à la santé souligne à nouveau avec force le besoin, pour le mouvement, de considérer la santé en tant qu'un droit social, universel et non commercial.

À Paris, nous avons transformé une charte d'intentions, comme celle établie au Forum Européen de Salonique, en une plate-forme pour le droit contre la privatisation et la destruction du système national de santé publique.

Nous exigeons que l'accès aux services de santé soit gratuit, qu'il satisfasse aux besoins en santé de la population et qu'il ne soit lié à aucune forme de profit.

Nous demandons que le système de santé soit financé en juste proportion afin d'accorder à chacun, sans discrimination : la promotion de la santé, le bien-être, la protection au travail et dans la vie, les traitements, l'attention aux problèmes psychiatriques, la réadaptation de ceux affectés par tout type d'infirmité, l'humanisation du processus de soin et le respect des individus, à tout moment, entre système de santé et citoyen.

Nous voulons une politique européenne transparente de la médecine, indépendante de l'industrie et sous contrôle de la population.

Nous soutenons la construction de réseaux sociaux, avec pour but essentiel la reconnaissance des droits des citoyens de participer à la décision et au contrôle de tous les aspects du processus de santé.

Nous voulons une réorganisation du Service national de santé – particulièrement au vu des transformations en cours en Europe et dans ses pays – basé sur le respect et l'application des conditions de travail et de formation des travailleurs de la santé, conditions préalables indispensables pour une meilleure qualité des services.

Nous considérons comme une grave erreur que le traité pour la Constitution européenne ne comporte pas – et il en est de même pour d'autres droits fondamentaux – le principe du droit à la santé comme droit fondamental, indépendant de tout profit.

Nous croyons en la construction d'un processus commun, réunissant travailleurs, citoyens, associations, syndicats et mouvements, constituant un élément essentiel pour revendiquer le droit inaliénable à la santé.

Nous pensons que, pour atteindre de tels objectifs, il est indispensable d'élargir et de renforcer les réseaux locaux, nationaux et internationaux.

Nous proposons aux mouvements de se mobiliser sur deux campagnes :

1. l'augmentation des fonds publics attribués au système de santé, afin de couvrir tous les besoins en santé de la population ;
2. l'accès au service public de santé sans restrictions.

Nous proposons d'organiser le 1^{er} décembre une journée européenne de sensibilisation sur les questions liées à la privatisation du service de santé. Nous déclarons notre détermination à participer, en tant que réseau, à cette journée européenne de mobilisation que l'Assemblée du mouvement social organisera contre la privatisation de tous les services publics donnant ainsi notre contribution dans cette lutte.

Paris, le 15 novembre 2003

Résumé : Le 6 septembre 2003, à Lille, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) a proposé aux professionnels de santé, institutionnels, experts et représentants de patients une réflexion éthique sur le thème de la permanence des soins. L'objectif était d'échapper au discours politico-syndical afin de nous recentrer davantage sur le patient, acteur essentiel en tant qu'usager du système de santé et sans lequel le concept même de la permanence des soins ne peut s'envisager.

Sandrine Buscail

Médecin généraliste,
vice-présidente
du Syndicat National
des Jeunes Médecins Généralistes
(SNJMG)

Aujourd'hui nous assistons, pour diverses raisons, à une nette fragilisation de la relation médecin-patient, pour ne pas dire à un « divorce ». Mais dans le domaine de la médecine d'urgence, aboutir à une rupture « tue » l'essence même de la médecine s'il n'y a plus de rencontre avec l'autre.

La profession médicale, en pleine mutation, doit faire face aux réalités du XXI^e siècle : pénurie démographique qui se profile, féminisation massive de la profession, dégradation des conditions de travail liées à un contexte économique difficile, insécurité grandissante.

Alors que le médecin s'engage depuis des années à répondre et satisfaire la demande de ses patients, nous assistons parallèlement à l'évolution de la société vers une société d'hyper consommation, en particulier dans le domaine de la santé. Le patient est devenu « roi », parce qu'il a « le droit de », parce qu'il « cotise », parce qu'il a appris par cœur cette loi de la « non-assistance à personne en danger » et qu'il l'utilise parfois sciemment pour faire pression sur son médecin ; enfin, parce qu'il n'hésite pas à porter plainte même à l'encontre de son médecin de famille.

Pour quelles raisons le médecin devrait-il donc se taire face à un patient devenu exigeant, voire menaçant ? Cependant, par quel moyen le patient peut-il cerner la différence entre nécessiter des soins et consommer des soins ?

Ethique et permanence des soins

Aujourd'hui, les professionnels de santé saturent, ils sont pour certains à la limite du « burn-out », répondant quotidiennement à une charge de travail de plus en plus lourde, certes parce que le comportement du patient s'est modifié, mais aussi parce que

l'offre est devenue inférieure à la demande ⁽¹⁾. Epuisés physiquement, psychologiquement, ces mêmes médecins déclarent forfait sur les gardes en ville, pour économiser leurs forces. Il est de plus en plus difficile pour un patient de trouver un médecin la nuit ou pour un médecin un remplaçant le week-end. Pourtant, n'est-il pas légitime que le médecin prétende récupérer au terme de 60 à 70 heures de travail en moyenne par semaine ou qu'il refuse de se lever la nuit pour un appel « injustifié » ? N'a-t-il pas le droit, en tant que citoyen, d'aspirer à une meilleure qualité de vie et de trouver un équilibre professionnel et familial, même s'il a prêté un jour le serment d'Hippocrate ? N'est-il pas légitime pour le patient d'interpréter cette démission comme un réel abandon de la part de son médecin, d'autant plus s'il ne lui fournit ni explication ni solution alternative ? Comment reprocher ensuite au patient de se diriger spontanément vers les urgences de l'hôpital par défaut ou de se rebeller contre les acteurs de santé ?

Est-ce donc utopique ou éthique que d'ouvrir le débat sur la permanence des soins aux médecins (libéraux et hospitaliers), aux institutionnels et aux patients ? Rétablir une relation médicale devenant conflictuelle, restaurer un climat de confiance mutuelle passe par le dialogue. L'éthique dans notre pratique médicale, tout comme dans le comportement du patient en situation d'urgence, peut-elle nous aider à pérenniser la permanence des soins ?

Notre but avoué, au sein du SNJMG, était donc de permettre, par une réflexion commune, la mise en évidence d'un changement de paradigme en ce qui concerne le système de la garde médicale et de s'y préparer en adoptant plutôt une conduite éthique, tant en ce qui concerne le médecin que le patient !

SNJMG
7 bis rue Decrès
75014 Paris
Tél. : 01 45 41 38 10
Site : <http://www.snjmg.org/>

1. Je parle ici de la médecine libérale, étant entendu que l'hôpital connaît les mêmes déboires.

Résumé : Le gouvernement est aujourd'hui prêt à supprimer tout accès aux soins médicaux pour les étrangers les plus précaires. MSF a publié le 1^{er} décembre ce communiqué auquel le SMG s'est associé.

Communiqué de presse de Médecins sans Frontières

Par le biais de différents textes contenus dans le projet de loi de finances 2004 et la loi de finances rectificatives 2003, assorties de décrets à venir, le gouvernement prévoit d'interdire purement et simplement l'accès aux soins des personnes étrangères vivant en France sans titre de séjour.

Actuellement, toute personne résidant en France, qu'elle soit ou non en séjour régulier, peut, si elle est démunie, bénéficier d'un accès gratuit aux soins médicaux. Si sa situation l'exige, ce droit peut être ouvert immédiatement. Il n'est pas nécessaire pour cela d'être entre la vie et la mort : chacun d'entre nous souhaite pouvoir consulter pour un enfant malade, être traité pour une bronchite ou simplement cesser d'avoir mal aux dents. Il en est de même pour les plus pauvres.

Le projet de loi prévoit pourtant de supprimer la procédure d'admission immédiate à l'aide médicale de l'Etat. Désormais, ces patients seront mis en demeure d'attendre, au mépris de l'aggravation de leur état de santé.

A défaut d'être admis immédiatement, ces patients entameront donc une procédure normale auprès de la Caisse primaire d'Assurance maladie. Or, plusieurs mesures sont annoncées visant à exiger, dans le cadre de cette procédure d'instruction, des pièces impossibles à fournir. Des personnes sans papiers et sans droit au travail ne pourront, par définition, faire la preuve de leurs ressources, elles ne pourront donner leur adresse sans mettre en danger ceux qui les hébergent. Aucun délai maximum n'étant fixé pour l'instruction des dossiers, l'attente menace d'être interminable, voire éternelle. Au cas où ces personnes obtiendraient enfin l'ouverture de leur droit, elles devront régler une partie des soins, ce qui leur sera impossible. Un décret fixera le montant de cette participation, qui met fin au principe de la gratuité des soins aux plus pauvres.

Que feront ces personnes lorsqu'elles seront gravement malades ? Elles risquent de se présenter à l'hôpital. L'article 49 de la loi de finances rectificative prévoit que l'hôpital qui les reçoit pourra facturer ses soins à la Caisse d'Assurance maladie, dès lors « que le pronostic vital est menacé » ou que la santé est menacée de façon « grave et durable ». En revanche, même dans ces situations, la continuité du soin n'est aucunement envisagée, puisque aucune ouverture du droit n'est prévue pour les malades concernés. Que deviennent ces patients à l'arrêt des soins hospitaliers ? Retourneront-ils attendre l'ouverture improbable de leur droit à l'aide médicale ? Comment achètent-ils leur traitement ? Comment consultent-ils pendant les délais de carence interminables qui vont s'installer entre la maladie et l'ouverture du droit ? Que fait-on d'un nourrisson qui a 39° de fièvre et une double otite ? Son pronostic vital est-il menacé et, dans le cas contraire, de quelle situation relève-t-il ? Comment sa mère se procure-t-elle le traitement antibiotique ? Ces situations de non-soin, d'arrêt des soins, d'exclusion des soins, sont délibérément ignorées par le projet de loi.

En tant que médecins, nous rappelons que le soin médical est un geste continu qui ne s'arrête pas à la prise en charge de l'urgence et ne peut faire l'économie de la prévention. Qu'il ne peut, par ailleurs, être question de délivrer des soins médicaux différents à une partie de la population résidant en France, en la sélectionnant au faciès à l'accueil des urgences.

Pour la première fois depuis plus de cinquante ans, en violation de tous les principes de l'aide sociale, le principe d'un véritable droit aux soins médicaux pour toute personne résidant en France est rendu impossible. Avec les 100 000 personnes qui se sont opposées, il y a quelques mois par voie de pétition, à toute forme d'exclusion des soins, Médecins Sans Frontières réclame l'abrogation de la totalité de ces mesures.

Soins aux étrangers

Médecins Sans Frontières
23 passage Dubail
75010 Paris
Tél. : 01 45 23 16 16
Site : <http://www.paris.msf.org/>

Marie Kayser

Membre de la commission
exécutive du Syndicat
de la Médecine Générale

Premier épisode : passage en première lecture du projet de Directive et de Règlement européen sur le médicament au Parlement en octobre 2002 ⁽¹⁾.

La mobilisation menée par le Collectif Europe et Médicament ⁽²⁾ a abouti à l'adoption d'amendements fondamentaux concernant l'évaluation des médicaments, la transparence des décisions prises par l'Agence européenne du médicament et une information des médecins et du public indépendante de l'industrie pharmaceutique.

Deuxième épisode : décisions du Conseil européen des ministres de la Santé, juin 2003.

Malgré la contre-offensive de l'industrie pharmaceutique relayée par la Direction Générale Entreprise de la Commission européenne, le Conseil des ministres de la Santé a suivi le Parlement sur trois points : amélioration de la transparence du fonctionnement de l'Agence, réévaluation des autorisations de mise sur le marché après cinq ans de commercialisation des médicaments, interdiction de la publicité pharmaceutique auprès du public pour les médicaments sur prescription.

D'autres amendements importants pour la santé publique n'ont pas été repris par les ministres.

Troisième épisode : la Commission santé, protection du consommateur du Parlement détermine fin novembre les amendements qui seront proposés au vote des parlementaires à la mi-décembre.

Mobilisation de l'industrie pharmaceutique auprès des députés européens allant dans certains cas jusqu'à leur offrir des « pots de vin ».

Mobilisation du Comité Europe et Médicament et de quelques députés européens qui déposent des amendements au nouveau texte proposé par la Commission européenne pour :

- renforcer la transparence de fonctionnement et le financement public des Agences européennes et nationales du médicament ;
- obtenir une meilleure évaluation des médicaments ;
- obliger l'industrie pharmaceutique à respecter les mêmes règles de bonnes pratiques pour les essais réalisés hors Union européenne que celles imposées au sein de l'Union ;
- mettre en place une pharmacovigilance efficace en impliquant aussi les patients ;

- fournir aux patients et aux prescripteurs une information sur le médicament indépendante de l'industrie pharmaceutique ;

- permettre aux patients en impasse thérapeutique d'avoir un réel accès aux nouveaux médicaments à titre compassionnel ;

- supprimer les artifices utilisés pour allonger de façon excessive la durée de protection des médicaments princeps et retarder la sortie des génériques.

Le SMG et ATTAC lancent le 25 novembre un appel public signé par une vingtaine d'organisations (associations, mutuelles, partis, syndicats) pour une politique européenne du médicament au service de la santé et en soutien aux amendements déposés par le Collectif Europe et Médicament ⁽³⁾.

Conclusion provisoire :

La mobilisation des acteurs sociaux a permis jusqu'à ce jour d'exercer un contre-pouvoir face aux pressions considérables de l'industrie pharmaceutique qui veut imposer une libéralisation accrue de la politique du médicament au détriment de la santé des citoyens.

Les amendements déposés devraient être retenus et adoptés en deuxième lecture par tout élu soucieux de la santé des citoyens et d'une juste utilisation des finances publiques.

Tout ceci se joue au niveau de l'Europe, rendant difficile le contrôle et la mobilisation citoyenne, d'autant que les médias se sont jusqu'ici très peu intéressés à la question de la politique européenne du médicament.

1. Pour les détails du premier épisode, cf. *Pratiques* N° 21, avril 2003, page 59.

2. Collectif Europe et Médicament : créé en mars 2002, le Collectif regroupe au niveau européen des associations et organisations familiales et de consommateurs, des associations de malades, des organismes d'Assurance maladie, des associations et organisations de professionnels de santé - site de *Prescrire* : www.prescrire.org

3. Pour la liste des signataires de cet appel, cf. le site du SMG : www.smg-pratiques.info

Législation européenne sur le médicament

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste

Marre de subir ces campagnes culpabilisatrices de vaccination contre la grippe, vaccin rappelons-le, cher, non remboursé pour les patients de moins de 65 ans et contenant aux Etats-Unis des mises en garde bien en évidence quant à l'éventualité de survenue d'un syndrome de Guillain Barré...

Par contre, pour la diphtérie, peu de publicité : la Direction générale de la Santé (DGS) nous prévient d'une épidémie galopante dans l'ex-URSS, mais de vaccins, que nenni ! En dehors du Revaxis®, rappelons-le, qui n'est indiqué qu'en cas de rappel, les doses de diphtérie étant 6 fois moins importantes que dans le DTPolio, ce dernier est en rupture de stock de façon chronique, les pharmacies ne l'obtenant qu'au compte goutte tous les trois mois environ ! Et qu'il n'existe aucune autre forme de vaccin contre la diphtérie, sauf à supporter une quadri ou penta association préconisée pour les enfants.

Pourquoi peut-on en France fabriquer autant de vaccins anti-grippe que l'on veut et pas de DTPolio ? Il faut remarquer que ces ruptures de stocks ont été très présentes à partir de la commercialisation du Revaxis® qui coûte bien sûr plus cher...

Moralité, dans notre pays civilisé, personnes âgées qui avez souvent oublié vos rappels de DTPolio, vous ne mourrez pas de la grippe, mais bientôt de la diphtérie !

J'en ai marre !!!



Extrait du BIP,
Bulletin d'information
de pharmacologie,
2003, 9 suppl. S1-S4

Dans un article récent du très sérieux et glorieux *British Medical Journal*, des auteurs nord-américains (Wald et Law, BMJ, 2003, 326, 1419) évoquent la possibilité de commercialisation d'un médicament à effets multiples. Cette « polypill » qui comprendrait une association d'une statine, d'un bêta-bloquant, d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion, d'un diurétique thiazidique, d'acide folique et d'aspirine serait utile chez un tiers des sujets âgés de plus de 55 ans ! Les auteurs ont même calculé (point n'est besoin d'essais cliniques !) un bénéfice de 88 % sur les maladies cardiovasculaires, de 80 % sur les accidents vasculaires cérébraux et finalement un

gain de survie de 11 ans. Quant aux effets indésirables, ils surviendraient chez 8 à 15 % de la population. Grâce à ce nouvel exemple de « médication » de notre société, l'avenir de notre appareil cardiovasculaire s'avère radieux... On attend ensuite la « polypill » contre le cancer, puis celle contre les maladies dégénératives liées à l'âge...

La pilule « magique »

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue
hospitalier

Le malade, le médecin, la mère et le président

Il n'en pouvait plus. La vie lui était devenue insupportable. Il l'a dit, il l'a crié comme un appel au secours. La souffrance brutale, au quotidien. Le corps qui ne répond plus. Quoi de pire ! Et pourtant si, il y a pire. Beaucoup de quadriplégiques vous le diront : à la paralysie invalidante, humiliante, viennent se greffer souvent des névralgies extrêmement douloureuses nécessitant de fortes doses de morphine. Qui peut imaginer pareille destinée, même pour son pire ennemi ? L'un de ces handicapés que je connaissais bien m'a dit : « Le pire dans ma situation est de ne pas avoir la possibilité de mettre fin à mes jours. Je ne sais pas si je le ferai, mais j'aimerais disposer de cette dernière liberté. »

A son appel au secours lancé au président de la République, Vincent Humbert obtint une réponse surprenante, surréaliste : on va vous donner de quoi retrouver le goût de vivre. Difficile d'être plus sourd au désarroi de l'autre. A la limite, il aurait été plus humain de confesser sa faiblesse, son impossibilité officielle à proposer une solution. Ou encore eût-il été acceptable de saisir l'occasion pour ouvrir le débat, exposer ce vrai problème à la société. Nous en sommes restés au niveau du dogme, du faux discours, des encouragements déplacés. Il ne restait plus à la mère qu'une solution, agir seule, faire ce que seul l'amour autorise : transcender les dogmes, les principes et les lois pour être tout simplement humain. Car il lui en a fallu de l'amour pour, non seulement entendre l'appel de son fils, mais y répondre.

Quant au chef de service de réanimation, il n'avait ni l'immunité que confère une fonction présidentielle ni l'assurance que la justice aurait la pudeur de rester à distance et pourtant, il l'a fait. Il l'a fait avec courage et dignité, prenant sur lui la responsabilité de l'acte pour déculpabiliser la mère. Frédéric Chaussoy a agi tout simplement en médecin qui se doit de lutter contre la souffrance sous toutes ses formes et surtout ne rien faire pour la prolonger. Cette histoire illustre le fossé creusé entre ceux qui pérorent tranquillement à distance et les soignants qui se confrontent quotidiennement à la souffrance extrême. Qu'il est facile de juger loin des regards désemparés, des pleurs, de cette barbarie qui dégrade au jour le jour les êtres auxquels on est attaché ! Dans le domaine de la souffrance extrême, nous vivons dans l'hypocrisie la plus absolue. Pas question d'utiliser le mot « euthanasie », totalement tabou. Et pourtant, ne m'a-t-on pas enseigné, il y a une trentaine d'années quand je commençais mes études médicales, dans un service dirigé par un chef de service très catholique, qu'il existait des associations médicamenteuses aux effets certains, mélange de dérivés morphiniques et de tranquillisants qu'on appelait du nom étrange de cocktails lytiques. Tous les médecins de ma génération en connaissent la composition. Rien d'écrit, bien sûr, seulement une hypocrite

transmission orale. Certes, depuis, les produits ont changé. On a découvert de nouveaux dérivés morphiniques plus maniables pour traiter la douleur et des anxiolytiques plus sélectifs, mais face à la douleur extrême, l'esprit de cette pratique secrètement enseignée a-t-il changé ? Dans une enquête récente, non encore publiée, réalisée lors d'un congrès scientifique auprès de 56 participants représentant des médecins de toute obédience et appartenant à une cinquantaine de services hospitaliers, j'ai découvert que 88 % avaient recours à des associations de produits morphiniques et de tranquillisants pour atténuer les souffrances des malades en fin de vie, que 40 % utilisaient comme tranquillisant un médicament puissant employé en anesthésie (l'Hypnovel®). A la question : « En cas d'évolution terminale et de persistance des phénomènes douloureux, augmentez-vous les doses de morphine jusqu'à ce que le malade ne souffre plus, quels que soient les risques ? », 82 % répondent oui. Alors, peut-être est-il temps de rappeler la définition du *Petit Robert* du mot euthanasie : médicalement, euthanasie signifie : « mort douce et sans souffrance » et, en langage courant, le dictionnaire précise : « Usage des procédés qui permettent de hâter ou de provoquer la mort pour délivrer un malade incurable de souffrances extrêmes ou pour tout motif d'ordre éthique. » Si l'attitude de 82 % des médecins cités ne correspond pas à la définition médicale de l'euthanasie du *Petit Robert*, elle n'en est vraiment pas très éloignée...

La mise en examen du chef de service de réanimation qui a aidé Vincent Humbert à partir prouve que la loi existe bien. Une loi simpliste, avec d'un côté la vie et de l'autre, la mort, d'un côté, le bien, et de l'autre, le mal. Ceux qui, aujourd'hui, s'interrogent pour savoir s'il faut ou non légiférer, font mine de méconnaître la réalité : la loi brutale condamne sévèrement les contrevenants. La vraie question est de savoir s'il ne faut pas changer cette loi inique comme nos voisins belges ou hollandais. Eux ne se targuent pas, en permanence, d'être les champions des droits de



l'Homme, mais ils nous ont largement précédés dans la réflexion et dans la recherche d'une solution plus humaine.

Notre société ne pourra faire longtemps l'économie d'une réflexion sur la souffrance extrême des situations désespérées ou de la fin de la vie. N'est-ce pas de sa responsabilité que de définir les règles, de les faire respecter et de les modifier lorsqu'elles se révèlent en décalage absolu avec la réalité ? Voilà un vrai débat de société, qui, à bien des égards, rappelle celui sur l'avortement qui enflamma les esprits dans les années soixante et soixante-dix : même opposition violente des défenseurs de dogmes aux consonances religieuses ; même décalage entre une législation purement répressive et une réalité humaine ; même terminologie (criminels, meurtriers, assassins) pour ceux qui entendent soulager la souffrance ; mêmes sanctions majeures pour les contrevenants. A l'instar de l'avortement qui a été posé comme un débat sur quelle société voulons-nous pour les femmes et les hommes, le problème du droit de mourir dans la dignité nous concerne tous, sans exception. Autre différence, le sujet, curieusement, ne mobilise ni les partis politiques, ni les mouvements citoyens, ni même les médecins les plus engagés dans la recherche d'une autre santé publique. Il est vrai que ce débat n'a rien d'économique, d'institutionnel ou d'idéologique. Il est tout simplement essentiel, intrinsèquement social. Il aborde le problème de la liberté du citoyen, de sa dernière liberté.

Résumé : Nos sociétés vivent une situation alimentaire paradoxale. Le système agricole s'est adapté aux exigences de la production de masse, les procédés industriels ont permis de transformer les produits sous mille et une formes, les canaux de diffusion les ont rendus accessibles au plus grand nombre. Et en même temps l'alimentation actuelle, déséquilibrée, est devenue un risque pour la santé publique. L'accroissement des exigences de qualité, sécurité, et transparence ne résoudra pas la question de savoir quelle alimentation nous voulons. Le temps aura manqué pour discuter de la traduction de ces exigences pour les agricultures du Sud. Le débat a eu lieu au Palais de la Découverte le 11 juin 2003, dans le cadre des *Cafés du Vivant*.

Laurent Dianoux

CNRS, Association Génétique
et Liberté

Pourquoi et comment élaborer des aliments conformes aux goûts des consommateurs ? Quelles sont les stratégies des laboratoires, des producteurs et des entreprises en lien avec les marchés mondiaux ? Quelle confiance peut-on avoir dans les contrôles des fraudes et des trafics alimentaires à l'heure de la mondialisation ?

La nutrition a beaucoup évolué depuis cinquante ans, nos habitudes ont changé et le constat est clair : notre alimentation est déséquilibrée, trop riche, trop grasse, trop sucrée, trop salée. De sorte que l'amélioration de la qualité,

notion plus globale qui inclue l'environnement et l'éthique, et de l'équilibre de l'alimentation est devenue une nécessité de santé publique. La définition d'une vision prospective sur les comportements alimentaires et les aliments de demain bute sur la complexité

Alimentation : qui dicte nos désirs ?

de l'objet même qu'est l'aliment au regard de sa dépendance aux modes de vie et de travail, à l'évolution des revenus comme des techniques agricoles, aux modes de production comme à la segmentation de la société. Cette complexité encore mal comprise rend compte de la difficulté d'agir et l'exemple de l'obésité croissante chez l'enfant le montre bien. Nous sommes passés en vingt ans de 5 à 16 % (contre 23 % aux Etats-Unis) et ce phénomène épidémique est typiquement lié à ce réseau de dépendance. Les relations que l'aliment entretient avec la prévention de certaines maladies sont établies et le programme national Nutrition-Santé (PNNS) conçoit l'alimentation comme facteur de protection de la santé ; la recherche nutritionnelle développe des

Génétique et Liberté

45 rue d'Ulm

75005 Paris

Tél. : 01 53 72 40 96

Fax : 01 53 72 40 90

e-mail :

gel@genetique-et-liberte.asso.fr

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

aliments, molécules encore non réglementées mais que le Conseil de l'Europe définit ainsi : un aliment est un aliment s'il a été démontré de façon satisfaisante qu'il affecte de manière bénéfique plusieurs fonctions cibles dans le corps au-delà de ses effets nutritionnels. La nutrition a un lien direct avec la santé publique et la prévention des maladies cardiovasculaires, principal facteur de mortalité, passe par la maîtrise des risques d'incident cardiaque caractérisés par le cholestérol, les acides gras saturés, le sel... De la même façon, les relations entre facteurs nutritionnels et carcinogénèse sont établis mais il reste à les expliquer. Mais plus encore l'alimentation ne peut se concevoir sans le facteur plaisir et l'aspect convivial.

Les crises sanitaires récentes ont entamé la confiance du consommateur. Face à celles-ci, il a exprimé son exigence : être informé de la façon dont sont produits, transformés et distribués les aliments. Les produits alimentaires ont beau n'avoir jamais été aussi sûrs et bon marché (le consommateur consacre 17 % de ses revenus à l'alimentation), l'obligation de sécurité impose la mise en place de contrôles efficaces au long de la chaîne alimentaire et d'un standard de l'agriculture autour du développement d'une agriculture raisonnée. La communication au consommateur est devenue un marché d'avenir à la recherche de règles claires, les industriels sont demandeurs, pour devenir crédible et durable.

La table ronde réunissait Pierre Feillet, chercheur INRA, directeur du GISRIA (Groupement d'Intérêt Scientifique Recherche-Industrie-Alimentation); Gildas Le Bozec, sous-directeur de la réglementation, de la recherche et de la coordination des contrôles à la DGAL (Direction Générale de l'Alimentation) ; Jean-François Narbonne, Professeur à Bordeaux-2, toxicologue, expert de l'AFSSA; Vincent Perrot, délégué général de la FNAB (Fédération Nationale de l'Agriculture Biologique) ; Patrick Etievant, chercheur INRA, directeur de l'Unité Mixte de Recherches sur les arômes à Dijon.

Le débat a d'abord porté sur le constat du faible nombre d'innovations mises sur le marché dans le domaine de l'alimentation.

P. Etievant parle de la difficulté à construire un aliment comme produit idéal de fabrication alors que les consommateurs sont très segmentés et les préférences changent suivant l'âge. L'étude des rejets alimentaires chez les enfants montre qu'ils se stabilisent peu à peu et qu'il existe des sensibilités particulières comme celle au chou-fleur.

V. Perrot détaille la façon dont le consommateur est espionné pour déterminer ses achats préférés, le producteur en circuit long est bridé par les grandes surfaces et l'agriculture biologique (AB) relativement ignorée par l'information générale. L'AB, c'est d'abord le respect de l'environnement avant le goût et le terroir de sorte que le produit bio peut de prime abord décevoir l'attente, par exemple, les tomates en plein champ. Il défend une agriculture raisonnée qui respecte la réglementation et informe sur les procédés. La chaîne Monoprix fait un effort d'information sur les éco-produits mais les préceptes diététiques ne doivent pas cacher l'ignorance du consommateur. 70 % d'entre eux ne savent pas utiliser le fenouil par exemple. Les choix individuels sont très liés à l'information, la sécurité alimentaire et la compréhension des messages. Car la publicité est dangereuse quand elle est mal faite au sujet de la santé. Par exemple celle sur les yaourts de Danone qui fait croire qu'on peut manger n'importe quoi puisque ce yaourt nettoie.

Pour P. Feillet, de fait il y a peu de produits nouveaux mais des adaptations qui ont un turn over rapide, le temps de tester leur accueil par le consommateur. Pour maintenir sur le marché le blé de marque Ebly, une réelle nouveauté qui est un blé dur transformé en blé tendre, il faut dépenser 3 à 5 millions d'euros en publicité annuelle ce qui correspond à ce qui a été dépensé en recherche et développement sur ce produit. Quel est le bon sens du consommateur ? C'est celui de ne pas se laisser imposer la loi des indus-

tries. Quand on regarde les produits laitiers et les desserts il n'y a rien de nouveau, il n'y a que des déclinaisons. Le blé, voué à 60 % à l'exportation, reste très peu différent, seul augmente le nombre de quintaux à l'hectare (+ 1,7 qh/an). Malgré quelques produits exotiques, il n'y a rien de nouveau dans l'assiette ; l'innovation s'arrête à la cuisine sous la forme d'une nouvelle variété de farine ou de la pâte surgelée. Pour faire croire qu'on

Mais surtout il se révolte contre le traitement fait au produit alimentaire en terme de prix. Il dénonce son utilisation comme produit d'appel qui favorise le dumping alimentaire : poulet à 1,5 euros alors qu'on ne peut en avoir un de bon à moins de 8, les crevettes à 7 euros le kilo alors qu'il faut compter le double. Il propose l'interdiction de la publicité sur le prix du produit alimentaire et une réforme de l'indice des prix. Le prix



a affaire à un produit nouveau on ajoute une nouvelle information ; l'exemple est celui des dérivés liés aux aliments doués du pouvoir de guérir : les industriels sont interdits de toute allégation de santé, pourtant, ils développent des messages d'association du genre : « en mangeant des fibres, vous évitez le cancer ».

A la question sur la nouveauté des plats préparés, J.F Narbonne répond que l'innovation s'est faite dans le mode de production et de conservation.

est devenu artificiel, il ne rend pas compte du prix des matières premières ni des subventions : on ne paye que 44 % du prix de la viande et 33 % de celui du maïs. Il plaide pour l'arrêt des subventions.

Il revient sur le souci de transparence concernant la composition des aliments. Il retient qu'on continue d'ignorer leur composition complète, on découvre encore des composants comme les polyphénols des huiles et les macronutriments, y

compris celle du blé ; on construit des aliments silhouettes mais on ne connaît pas tous les composants industriels. Sur la date limite de consommation, il retient que les aliments sont traités pour être conservés et ces traitements sont bien à l'origine du transfert du génie chimique dans l'alimentation. Sur les plats préparés, il considère qu'ils sont le symbole de la déstructuration de la famille, ils se veulent l'image du nouveau consommateur célibataire, campeur et urbain et ils uniformisent les goûts. Pour lui, les deux grandes évolutions sont le fait de la production et de la consommation. La sécurité hygiénique et alimentaire est assurée, on utilise de moins en moins de conservateurs mais c'est la qualité gustative et nutritionnelle qui se dégrade. Il défend le développement durable et le commerce équitable et considère qu'il faut travailler à une alimentation qui allie qualité, sécurité, nutrition et environnement.

V. Perrot revient sur le rôle des engrais dans la sélection des produits, l'huile de colza est très bonne mais non commercialisable, et dénonce la légalité de la vente à perte.

A. Picot est en désaccord avec P. Feillet sur le blé. Il considère qu'il a changé avec les pratiques agricoles : son taux de phosphate a augmenté et donc son taux de cadmium, élément toxique, aussi. Pour ce dernier le vrai changement est bien plus le passage de sa hauteur de 2,2 m du temps de Manet à 0,5 m actuel, faire du grain plutôt que de la paille.

Pour G. Le Bozec, le consommateur est responsable. La prise de conscience d'un manque de vitamines et minéraux doit permettre la mise sur pied d'une alimentation fonctionnelle permettant des allégations à la santé. La maîtrise de l'alimentation est tentée par le PNNS, la maîtrise de la sécurité est aux mains des industriels : la DGAL a 4 000 agents à la recherche des risques avérés (*listeria*, salmonellose, métaux lourds) et des risques émergents (cadmium, nitro-furanne, dioxine). La difficulté réside dans la définition des limites maximales des résidus donc des risques

acceptables. Il faut développer des repères nutritionnels.

J.F Narbonne revient sur les questions de santé publique et de formation. Il considère que le ministère de la santé est celui de la maladie et non de la prévention. Un observatoire de la santé publique et de l'environnement devrait pouvoir faire le lien entre ces deux grands thèmes. Car la difficulté est l'étude des atteintes subtiles à l'environnement, par exemple, la diminution des vers de terre, la gestion des risques, la toxicologie qui est en perdition, et la pharmacovigilance, qui n'existe pas. Les produits agricoles sont sûrs puisque moins de 5 % dépassent le taux de résidu sec autorisé mais il n'y a pas de toxicologie sur les cocktails de produits ajoutés et contaminants. Comment définir la limite acceptable par la société : un cancer supplémentaire par million d'habitants par vie entière ? Le développement des bio-tests aura un coût. Sur la formation, il pense que l'école n'enseigne plus, et dans ce domaine encore moins, depuis qu'elle prétend vouloir professionnaliser, elle ne forme plus des citoyens mais des robots au service de l'ordre social. Même la famille n'est plus le lieu de transmission d'un savoir culinaire. Une chaîne câblée sur la cuisine doit pouvoir aborder ces aspects de formation à l'alimentation, la nutrition, la toxicologie...

P. Feillet revient au principe de précaution qu'il considère utile si on met en place les moyens pour faire revenir la confiance du public, redéfinir le rôle des scientifiques et la protection des consommateurs. Les risques ne résident pas dans les métaux, les microbes, les agents chimiques etc., mais dans les déséquilibres de la ration alimentaire : on pourrait diminuer de 30 % le risque de cancer.

Pour V. Perrot, la science avance toute seule, y a-t-il toujours un bénéfice sociétal ?

Pour P. Etievant, il y a un rôle de la science dans la formation du goût. Il faut associer tous les acteurs pour répondre au mieux aux besoins et désirs des consommateurs.

Résumé : Cet article vise à analyser le discours des altermondialistes sur la santé à travers sa dimension désobéissante. La désobéissance civile, dans le domaine sanitaire, suppose d'abord de refuser le modèle alimentaire, industriel et standardisé, imposé au consommateur, à savoir le productivisme. De plus, il s'agit d'être très critique à l'égard de l'Etat qui peut être complice des méfaits du productivisme. Ensuite, il est nécessaire, pour les altermondialistes, de proposer l'alternative d'une santé responsable fondée sur le droit et l'autonomie de l'individu. En fin de compte, cet ensemble de représentations induit un brouillage dans la distinction traditionnelle entre vie privée et engagement public.

Mario Pedretti

Politologue

Les questions de santé occupent une place importante dans les actions et le discours des groupes luttant pour une alternative à la « mondialisation libérale », à savoir les « altermondialistes ». L'objet de cet article est de comprendre la logique de ce discours sur la santé. L'hypothèse avancée est que ce dernier comporte une dimension désobéissante. Autrement dit, les thématiques liées à la désobéissance civile sont mobilisées par les altermondialistes à travers un message fondamental sur la nécessaire et légitime désobéissance à différents pouvoirs.

La désobéissance civile peut se définir « *comme un acte public, non-violent, décidé en conscience, mais politique, contraire à la loi et accompli le plus souvent pour amener à un changement dans la loi ou bien dans la politique du gouvernement* »⁽¹⁾. L'originalité de cette réflexion réside dans l'idée qu'il est possible de désobéir en faisant preuve de civilité dans la transgression. La civilité se définit comme un ensemble de contraintes, en nombre variable, que doit respecter le désobéissant : il s'agit de désobéir sans violence contre les personnes et publiquement, de justifier sa position par des « motifs de conscience », voire d'en accepter les sanctions pénales. Dans cette logique normative, la désobéissance civile est pensée comme une valeur ajoutée à la démocratie.

La santé par la désobéissance

Pendant, une difficulté préalable à notre étude réside dans le caractère disparate du mouvement altermondialiste. Il est vrai, pour se limiter à la France, que sous cette étiquette, des groupes très divers coexistent, allant de l'extrême gauche aux Verts. Cependant, un « noyau dur » altermondialiste apparaît repérable autour de trois thématiques fondamentales : « *une critique radicale du fonctionnement jugé non démocratique et non transparent des structures internationales (...) des revendications sociales et environnementales, le désaccord sur la libéralisation des services de santé et d'éducation* »⁽²⁾. Concrètement, ces thèmes ont structuré le rassemblement « Larzac 2003 » organisé du 6 au 8 août par ATTAC, la Confédération Paysanne, le « groupe des dix », les Verts, etc.⁽³⁾. Plus précisément, la désobéissance irrigue le discours altermondialiste à travers le refus d'une santé marchandisée, la dénonciation des complices des marchands, la promotion d'une santé responsable.

Le refus d'une santé marchandisée

Le refus d'une santé marchandisée

Une première thématique essentielle dans le discours altermondialiste sur la santé renvoie à une dénonciation du « productivisme », notion définie à travers différentes caractéristiques. Le productivisme se caractérise tout d'abord par une spécialisation aliénante des travailleurs au nom de

La figure du désobéissant en politique : étude de pratiques de désobéissance civile en démocratie, Paris, L'Harmattan, 2001.

la productivité. De plus, il suppose l'exploitation à outrance des ressources naturelles afin d'augmenter sans cesse le niveau du profit. Le productivisme repose ensuite sur une logique strictement quantitative, celle de la production continue sans se soucier de l'utilité écologique et sociale des biens créés. Enfin, il promeut une marchandisation de l'ensemble des activités sociales, y compris le « vivant » (procréation, génétique, clonage...). Nous sommes là au cœur de la thèse altermondialiste, à savoir la dénonciation d'un projet concerté, celui de libérer sans entrave le commerce des biens et services. Dans cette optique, l'homme et donc, sa santé, deviennent des biens comme les autres.

En fait, le productivisme, s'il veut demeurer performant, est amené à créer des conditions de travail toujours plus difficiles, d'où le développement de la flexibilité et de la précarité et une dégradation de la santé des travailleurs : « *Cette négation de droit [à la santé] s'insère dans le processus de destruction de l'Etat social, et passe à travers le démantèlement des systèmes nationaux et toutes les préconditions nécessaires pour la santé (salaire, droit au logement, retraite, temps libre...)* » ⁽⁴⁾. Le modèle productiviste est également montré comme ayant un impact négatif sur la santé des consommateurs. Pour la Confédération Paysanne, les dangers sont anciens, car depuis les années 1960, de nombreux agriculteurs utilisent dans leurs productions des hormones et pesticides qui nuisent à la qualité des produits vendus. Dans la même optique, les antibiotiques massivement utilisés depuis une quarantaine d'années pour soigner les animaux malades ne disparaîtraient pas totalement dans la chaîne alimentaire. Enfin, plus récemment, le développement des OGM (organismes génétiquement modifiés) est jugé à la fois inutile pour les agriculteurs et dangereux pour la santé, au moins en l'absence d'études précises sur leur impact sanitaire. Il s'agit donc de développer une « agriculture soutenable », de « *changer la PAC (ndlr : politique agricole commune), changer les règles du commerce international agricole, produire*

une alimentation saine et sûre, lutter contre les OGM » ⁽⁵⁾.

Il faut bien comprendre ici la logique du discours : aucune de ces nuisances n'est l'œuvre du hasard. Elles résultent de groupes de pression industriels, comme certains groupes pharmaceutiques, qui, dans une logique de profit, n'hésitent pas à mettre en danger, sur le long terme, la vie d'autrui : « *le complexe médico-industriel s'empare progressivement de tous les aspects de la santé, depuis les médicaments jusqu'aux assurances en passant par les diagnostics et l'hospitalisation* » ⁽⁶⁾. Pour l'individu, défendre sa vie suppose donc la désobéissance, c'est-à-dire ici le refus de participer à la logique productiviste pour aller vers « autre chose », nous y reviendrons. En fait, nous nous trouvons devant une des caractéristiques générales de la désobéissance civile, à savoir l'affirmation collective de la puissance de la conscience individuelle face à des puissances jugées comme potentiellement mortifères. C'est en ce sens qu'il devient légitime d'arracher des OGM, initiative que soutiennent ATTAC, la Confédération paysanne, Droits Devant et Greenpeace.

Reste que la dénonciation et le refus de ces puissances financières ne peuvent pas suffire, car ces dernières disposent de complices.

Les complices des marchands

Les organisations internationales apparaissent comme les premières complices des marchands : « *l'OMC est une réelle organisation internationale dotée d'un pouvoir de sanction, et ayant des mandats précis : diminuer les tarifs douaniers et favoriser l'ouverture des marchés* » ⁽⁷⁾. L'Organisation Mondiale du Commerce est ainsi perçue comme une institution qui cherche à promouvoir un libre-échange généralisé au détriment de la santé des populations. En conséquence, tout traité commercial devient suspect aux yeux des altermondialistes. Un exemple significatif renvoie à l'accord du 1^{er} septembre 2003, adopté dans le cadre de l'OMC, et permettant, sous conditions, l'importation par les pays en voie de développement de

médicaments génériques. Pour les altermondialistes, cet accord risque de demeurer lettre morte en raison de la complexité des procédures prévues afin d'accéder aux médicaments. En d'autres termes, l'OMC porterait la responsabilité d'avoir laissé les Etats-Unis et les compagnies pharmaceutiques imposer leurs volontés : « *Aujourd'hui, l'OMC accepte que les intérêts économiques de quelques multinationales puissent avoir un impact déterminant sur la santé des populations, et conduisent à la mort de millions de personnes* »⁽⁸⁾.

L'Etat national devient ainsi progressivement une coquille vide aux mains des groupes de pression : « *Les Etats-Nations qui ont choisi d'avoir un service public de la santé puissant, comme c'est le cas en France, doivent prendre conscience qu'ils perdent chaque année du terrain face au complexe médico-industriel* »⁽⁹⁾. Les Verts estiment, par exemple, qu'une véritable réforme de l'Assurance maladie demande de rompre avec un modèle spécifique de soins fondé sur une complicité entre les lobbies pharmaceutiques, une partie du corps médical et l'Etat afin d'augmenter fortement les dépenses de santé. En conséquence, dans la nouvelle organisation à venir de l'Assurance maladie, la gestion des prestations ne doit ni être du ressort de la C.N.A.M ni de celui de l'Etat, mais doit être « *démocratisée et rapprochée des citoyens, impliquer les syndicats et le mouvement associatif* »⁽¹⁰⁾.

On comprend donc que la désobéissance devient un moyen de rompre une collaboration avec des pouvoirs politiques indirectement mortifères. S'inspirant de Henri-David Thoreau, José Bové et les Verts énoncent que la force des injustices réside dans la collaboration passive des citoyens avec l'Etat. La désobéissance civile aurait donc le pouvoir, afin de protester contre une injustice précise, de déstabiliser l'Etat en contestant les fondements de sa domination, le but affiché étant d'améliorer la loi. Le nombre de désobéissants est, dans un premier temps, secondaire car : « *Je suis convaincu que si un millier, si une centaine, si une dizaine d'hommes que je pourrais nommer – si seulement dix honnêtes gens – que dis-je ? Si un seul*

HONNÊTE homme cessait, dans notre Etat du Massachusetts de garder des esclaves, venait vraiment à se retirer de cette confrérie, quitte à se faire jeter dans la prison du Comté, cela signifierait l'abolition de l'esclavage en Amérique »⁽¹¹⁾.

En fin de compte, aux yeux des altermondialistes, l'Etat ne peut à lui seul favoriser la santé des individus. Il devient donc nécessaire de leur opposer un contre modèle, celui d'une santé responsable.

Une santé responsable

Trois éléments apparaissent ici essentiels. En premier lieu, les pouvoirs politiques se doivent d'intervenir afin de contrer la puissance des groupes financiers défenseurs du productivisme. Il s'agit concrètement d'édicter du droit contre le marché, par exemple en obligeant les entreprises agroalimentaires à fournir une traçabilité complète de leur produit. De plus, il est nécessaire de promouvoir une expertise indépendante des pouvoirs politiques et économiques sur les questions de santé. C'est dans cette optique que la Confédération Paysanne demande la création d'une « *Agence sanitaire européenne* »⁽¹²⁾. Enfin, et surtout, ce sont les consommateurs eux-mêmes qui doivent retrouver la maîtrise de leur santé. Cela passe, d'une part, par une implication dans les débats autour de ces questions ; d'autre part par des pratiques quotidiennes qui refusent l'alimentation standardisée.

En fait, la thématique essentielle qui est mobilisée est celle de la responsabilité qui possède ici une double dimension. Dimension privée d'abord, au sens où l'acteur doit agir sur lui-même afin de mettre en accord ses paroles et ses actes. Ce thème de la cohérence apparaît clairement dans les discours des altermondialistes en tant que recherche d'une adéquation entre le « dire » et le « faire », l'idéologie et les pratiques concrètes. Il s'agit, en fait, d'être exemplaire pour convaincre « l'opinion publique » de la justesse de ses revendications. La cohérence est donc tout autant un souci de consistance interne qu'une ressource essentielle pour la réussite de l'action.

La vie privée apparaît ainsi comme politique. Or, comme le souligne Jacques Chevallier, la séparation « public/privé » constitue une des pierres angulaires de la démocratie libérale⁽¹³⁾. En ce sens, le pouvoir politique ne doit pas empiéter sur le monde privé de l'individu. Dans la même logique, l'élu n'est responsable politiquement que de ses engagements publics et en aucune manière de ses comportements privés. Or, l'altermondialiste désobéissant introduit un brouillage dans cette dichotomie, puisque devant être exemplaire tant dans son engagement public que dans sa vie privée, il pourra rendre compte de la totalité de ses comportements.

La responsabilité possède ensuite une dimension publique, car être responsable suppose l'expression du discours dans l'espace public. Le désobéissant responsable se doit de s'engager de manière conventionnelle dans un syndicat ou un parti politique. Dans le même temps, il faut essayer d'introduire dans l'espace public les justifications qui structurent son refus. Ainsi, il devra dire publiquement « non », convaincre l'opinion publique de la justesse de ses positions. Il s'agit ici de l'aspect le plus exigeant de la responsabilité, car en agissant de la sorte, il va se heurter à certaines contraintes qui structurent l'espace public. Par exemple, il devra accepter le fonctionnement des médias ou les sanctions pénales qui découlent d'une transgression...

Cette insistance sur les « alternatives » possède une dimension stratégique. Il s'agit pour les mouvements altermondialistes de souligner leurs différences avec des groupes qui pratiquent des actions illégales sans toujours proposer d'autres solutions à ce qu'ils contestent. Les anarchistes sont principalement visés et ils peuvent constituer la figure type d'une désobéissance primaire, au sens où le refus ne présente pas d'aspect constructif. En se démarquant de la sorte, le désobéissant pense valoriser son image auprès des différents acteurs du champ politique, donc accentuer sa visibilité sociale, voire provoquer un début de reconnaissance de certains de leurs

thèmes. En bref, il espère mobiliser l'opinion publique.

Pour les altermondialistes, la défense de l'individu apparaît indissociable de la désobéissance civile. En conséquence, une bonne santé nécessite une attitude de défiance responsable à l'égard des pouvoirs présents dans ce secteur (industriels, pharmaciens, médecins, etc.). En d'autres termes, penser la santé hors du politique est illusoire et dangereux, car cela revient à abandonner l'individu dans des rapports de forces qui le dépassent. Dans le même temps, une telle attitude de « surpolitisation » conduit à s'interroger sur l'engagement « total » qu'il induit : la vie privée devient ainsi politique et tout acte quotidien encourt le danger d'une exigence de transparence excessive.

1. John Rawls, *Théorie de la justice*, Paris, Seuil, 1987, p 405.

2. Isabelle Sommier, « La France rebelle au-delà de l'hexagone » dans Xavier Crettiez, Isabelle Sommier (dir), *La France rebelle*, Paris, Michalon, 2002, p 531.

3. NDLR : Le SMG était présent. Voir *Pratiques* n° 23 page 76.

4. « Une autre santé est possible : appel de Florence », site Internet, SUD-Santé.

5. Programme du Forum Social Européen dans Bernard Cassen, *Tout a commencé à Porto Alegre : mille forums sociaux !*, Paris, Mille et une nuits, 2003, p 215-216.

6. Jacques Testart, « La mercantilisation du vivant » dans ATTAC, *Inégalités, crises, guerres : sortir de l'impasse*, Paris, Mille et une nuits, 2002, p 107. Voir également, ATTAC, *Le complexe médico-industriel*, Paris, Mille et une nuits, 2003.

7. Christophe Aguiton, *Le monde nous appartient*, Paris, Plon, 2001, p 59.

8. « Accord sur les génériques à l'OMC : mort sous brevet », site Internet, Act-up Paris.

9. Jean-Claude Salomon, « Le complexe médico-industriel et (la fragilité de) sa construction idéologique, dans ATTAC, *Inégalités, crises, guerres : sortir de l'impasse*, op cit, p 96.

10. Alain Lipietz, *La société en sablier : le partage du travail contre la déchirure sociale*, Paris, La Découverte, 1996, p 286.

11. Henri-David Thoreau, *La désobéissance civile suivie de plaidoyer pour John Brown*, Paris, Climats, 1992, p 64.

12. José Bové, François Dufour, *Le monde n'est pas une marchandise : des paysans contre la malbouffe*, Paris, La Découverte, 2000, p 141.

13. Jacques Chevallier, *Public/privé*, Paris, P.U.F, 1995, p 6.

Résumé : L'analyse de cas de décès chez des femmes, sur les lieux de travail, débouche sur des interrogations théoriques, cliniques et juridiques sur la santé des femmes lorsqu'elles décident de « faire carrière » tout en continuant à assumer la sphère privée. Les femmes, pour tenir la confrontation avec les hommes au travail vont-elles, en adoptant les mêmes conduites (moindre attention à la souffrance, au soin du corps, recours au tabagisme et autres addictions), cumuler les mêmes facteurs de risques d'affections cardiovasculaires ? La face sombre de la montée en puissance des femmes sur le marché du travail est leur confrontation aux mêmes pathologies que les hommes, mais l'invisibilité totale sur les contradictions spécifiques qu'elles doivent gérer.

Marie Pezé¹

Paul Bouaziz²

Chantal Buigues³

Martine Depuille-Imbeaux⁴

Georges Jacob⁵

Irith Leker⁶

Nicolas Sandret⁷

Marie-Christine Soula⁸

Claire Thomassin⁹

Le temps est un voleur de vie

Les cibles de la détérioration des conditions de travail

Au cours du siècle dernier, les modifications de l'organisation du travail n'ont pas manqué d'entraîner des conséquences sur la santé des salariés. Les dernières enquêtes du ministère du Travail le démontrent statistiquement, les conditions de travail se détériorent rapidement et gravement. Les troubles musculosquelettiques, les syndromes anxio-dépressifs, les décompensations psychosomatiques, les passages à l'acte violents, les suicides, les névroses traumatiques dans les suites d'accident du travail ou de situation de harcèlement professionnel, ne sont plus des phénomènes mineurs.

Les cibles « privilégiées » de cette détérioration sont les plus âgés, les plus jeunes, les femmes, les travailleurs à statut précaire, les non-qualifiés, caractéristiques se croisant avec l'origine ethnique. Il semble préférable d'être un homme de 30-35 ans, qualifié, en CDI, européen, qu'une femme intérimaire, ayant des enfants à charge, non qualifiée et issue d'un pays du Sud, pour conserver sa santé au travail.

Une pathologie signalée, la mort subite de femmes au travail

Le signalement par les médecins du travail du réseau de plusieurs cas d'accident vasculaire-cérébraux ou de rupture d'anévrisme **chez des femmes**, sur les lieux de travail, entraînant le décès immédiat ou des séquelles graves, a donc débouché sur des interrogations théoriques, cliniques et juridiques.

Du côté épidémiologique, le lien entre mort brutale et travail est établi depuis longtemps dans la littérature scientifique, notamment au Japon et aux USA, sous des formes propres aux descriptions cliniques des différents pays.

– Au Japon, la question est traitée sous l'angle du Karoshi, ultime évolution d'un stress d'origine professionnelle, avec comme cause apparente, un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde massif entraînant la mort. Il existe au Japon, depuis 1987, une loi qui permet de reconnaître et

d'indemniser chaque année entre vingt et soixante victimes du Karoshi. Le premier cas de Karoshi a été décrit en 1969 avec la mort par arrêt cardiaque d'un salarié de 29 ans, marié, appartenant au département des expéditions d'une des plus grandes entreprises de presse japonaise. Au Japon, dix mille salariés, selon le Conseil National de Défense des Victimes de Karoshi, mourraient chaque année de surmenage.

Une étude descriptive sur les caractéristiques des morts naturelles des travailleurs a été menée au Japon (Park, Cho et col. , 1999) ainsi qu'une étude cas-témoin sur les facteurs de stress. Les accidents cérébro-vasculaires sont la cause du décès la plus souvent rencontrée (47 %) parmi les demandes de dédommagement dus au stress au travail. Les maladies des artères coronaires viennent en seconde position (29,9 %). Dans la moitié des cas réunis, la mort survient dans les 24 heures suivant l'attaque. Celle-ci a lieu le plus souvent sur les lieux de travail, et pendant le travail. Le stress dû au travail a été classé en 4 catégories :

- l'effort physique soudain,
- un stress psychologique soudain,
- une prolongation du temps de travail,
- un changement de responsabilité.

Dans une autre étude (Uchata, 1991), 203 victimes de Karoshi ont été étudiées : 196 hommes et 7 femmes, d'âge moyen, incluant 126 congestions cérébrales, 50 arrêts cardiaques, 27 infarctus du myocarde et 4 ruptures aortiques. Deux-tiers des victimes travaillaient plus de 60 heures par semaine, faisaient plus de 50 heures supplémentaires par mois et plus de la moitié d'entre eux avaient prévu des vacances avant l'attaque. Parmi les employés de bureau, on recense une durée importante du temps de travail, des problèmes de carrière, des voyages professionnels fréquents, des procédures de travail strictes, des changements de lieux de travail. Dans les 24 heures précédant l'attaque, on retrouve une charge accrue et brutale de travail, des ennuis au travail imprévus.

Si le nombre de morts par Karoshi est sous-estimé, eu égard aux difficultés de reconnaissance médico-administrative de ce syndrome, la quantité globale de morts liées à une maladie cardiovasculaire ou vasculaire cérébrale dans la tranche d'âge de 20 à 59 ans, au Japon, est aux alentours de 35 000 par an selon les statistiques disponibles. En 1994, l'agence gouvernementale japonaise des prévisions économiques a estimé le nombre de morts par Karoshi aux alentours de 1 000 personnes, soit 5 % de tous les décès par maladie cardiovasculaire ou accident vasculaire cérébral (Nishiyama et Johnson, 1997).

Les études épidémiologiques américaines indiquent, elles aussi, des associations significatives en termes statistiques entre les facteurs psychosociaux et la mortalité par accident cardio-vasculaire. Trois facteurs sont décrits sur une cohorte de 117 patients (Reich P, Desilva RA, Lown B, Murawski BJ, 1981) :

- l'existence d'une instabilité électrique du myocarde,
- une vie quotidienne vécue comme un fardeau soit sur fond de dépression ou dans une situation décrite comme sans issue,
- enfin un événement à charge psychique forte, proche de l'épisode d'arythmie, moins d'une heure dans 21 % des cas.

Du côté sociologique, la part des femmes dans l'organisation du travail se construit, entre épanouissement et contraintes. Des transformations notables ont été observées, en termes de croissance de l'activité féminine, ces trente dernières années, dans le monde entier. Mais, à niveau de formation égal, hommes et femmes ne se voient toujours pas affectés aux mêmes postes de la division sociale du travail. Les inégalités de distribution dans les différents étages de l'économie nationale s'accompagnent de dissymétries dans l'accès aux postes de responsabilités et d'importantes disparités de rémunération : le salaire féminin est inférieur de 27 %. Certaines tendances dans l'évolution de l'emploi féminin sont par

ailleurs préoccupantes : temps partiel imposé, accroissement du travail en horaires décalés, déqualification à l'embauche, augmentation des contraintes de rythme, répétitivité des tâches.

En France aujourd'hui, 80 % des femmes âgées de 25 à 49 ans sont actives, 34 % d'entre elles en 1998, appartiennent à la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures ». Mais, comme le souligne Helena Hirata, « *Ces changements dans la division sexuelle du travail professionnel n'ont pas été accompagnés par des changements similaires dans la division sexuelle du travail domestique et familial, où la responsabilité de la gestion et de l'exécution continuent à être assignées aux femmes.* » (Hirata, 2002).

Toutes les études, répétitivement, soulignent la persistance de la répartition sexuée du travail productif et/ou reproductif, l'absence récurrente de valorisation sociale de ce dernier avec pour corollaire la surdité de l'organisation du travail à la charge temporelle et mentale des « impondérables » familiaux qui incombe systématiquement aux femmes. Les absences qui en découlent, tout comme les congés maternité, relèvent de « l'absentéisme féminin ».

Tandis que pour les hommes, les valeurs fournies par l'organisation du travail s'inscrivent dans le droit fil de leur identité de genre, les femmes doivent tenir la contradiction entre d'un côté, le désir affirmé de travailler et de l'autre, continuer à assumer la sphère familiale. Sans se plaindre, de surcroît, des tensions que provoque leur activité professionnelle au sein de la famille, et des tensions que provoque la charge mentale de leur famille dans leur travail. Ces paradoxes sont confirmés par les résultats de l'enquête « travail et modes de vie » (Baudelot, Gollac, Gurgand, 1999), où hommes et femmes se distinguent assez peu sur leurs motifs de satisfaction et d'insatisfaction au travail. Les jugements portés sur leurs salaires respectifs n'offrent quasiment aucune différence. Les femmes semblent donc avoir intériorisé jusqu'aux inégalités de salaire, l'essentiel étant l'autonomie conquise par l'accès au travail.

Mortalité au travail, la part des femmes

L'approche clinique de la mort subite des femmes au travail n'autorise pas l'impasse sur la moindre longévité des hommes et leur taux de mortalité supérieur. Il faut rappeler qu'un ouvrier sur cinq n'atteint pas la retraite et que les inégalités sociales sont beaucoup plus prononcées pour les hommes que pour les femmes. Si la domination qui s'exerce sur les femmes et sur les hommes au travail n'est pas de même nature, elle produit ses effets délétères sur les deux.

Incontestablement, les postes dans lesquels la subjectivité, le comportement et le corps sont les plus fortement contraints sont les postes de travail féminins tandis que les postes comportant des risques physiques sont masculins. Le destin des hommes, tel qu'il est socialement prescrit, est de risquer leur vie. Par ailleurs, même sur des emplois plus dégradés, les femmes déploient une meilleure résistance, qui statistiquement se traduit par une mortalité moindre. Cette résistance est généralement associée au fait que la maternité et l'éducation des enfants constituent certes une charge, mais aussi un socle identitaire précieux. C'est aussi ce qui les pousse à rechercher un travail qui permette des compromis entre vie professionnelle et vie privée. Les femmes ont aussi un rapport au corps qui ne passe pas par le déni de la souffrance puisqu'elles sont en charge, dans la plupart des cas, de tout ce qui concerne la maladie, l'hygiène des corps, l'éducation des enfants. Prendre soin du corps est une valeur féminine peu compatible avec les valeurs viriles de force, de résistance et de puissance.

Les excès héroïques masculins ont donc souvent pour corollaire les postures héroïques invisibles des femmes, où le don de soi/oubli de soi ressortirait aussi d'une conduite ordalique. Excès de mise en avant pour les uns, excès de retrait pour les autres. « *En l'absence de descriptions subjectives et féministes des modes opératoires, le courage au féminin reste méconnu, occulté et dénié par des stratégies collectives de défense viriles.* » (Dejours, 2002.)

Ces éléments d'analyse conduisent à s'interroger sur la santé des femmes lorsqu'elles entrent dans des métiers considérés comme masculins. Cela voudrait-il dire que les femmes vont être amenées à faire face aux risques en adoptant plus ou moins les stratégies de défenses des hommes, moindre attention à la souffrance, au soin du corps, recours au tabagisme et autres addictions ? Dans la population active, la pathologie cardiovasculaire est majoritairement une pathologie masculine. Les femmes, pour tenir la confrontation avec les hommes au travail, vont-elles, en adoptant les mêmes conduites, cumuler les mêmes facteurs de risques d'affections cardiovasculaires ?

La réponse du droit

La prise en charge médico-administrative peut se décliner sur un versant individuel par le biais d'une déclaration de l'accident cardio-vasculaire au titre des accidents de travail, d'après les règles du code de la Sécurité sociale. Un accident peut être déclaré en accident du travail s'il est survenu par le fait ou à l'occasion du travail. La relation de causalité entre l'accident déclaré par la victime ou ses ayants droit sera confirmée par le service administratif de la Cram ; la matérialité entre la pathologie caractéristique ⁽¹⁰⁾ et l'exposition ou la survenue sur le lieu de travail sera confiée au médecin conseil. Une reconnaissance en accident du travail permettra à la victime ou à ses ayants droits de plaider la faute inexcusable de l'employeur avec une majoration des indemnités versées.

En guise de conclusion...

La séparation entre le temps du travail et le temps hors travail ne relève pas d'une articulation mécanique, mais de l'organisation sociale. Sexuée de surcroît. Tandis que les hommes, plus généralement dispensés du travail domestique, peuvent cliver la sphère du « privé » de celle du « public », pour les femmes, il y a une forte porosité entre travail salarié et travail domestique. Où et quand

est-on vraiment dans le « hors travail » ? Les aléas du travail « reproductif » (maladies des enfants, vacances, activités extra-scolaires, réunions avec les professeurs...) entrent fréquemment en conflit avec les contraintes d'un emploi. Si plus personne ne conteste le droit au travail pour les femmes, leur place est tolérée à condition que la prise en charge des enfants et de la vie domestique qui leur incombe traditionnellement et socialement soit assurée et invisible. Pour une femme, travailler ne change rien dans la répartition des responsabilités familiales. Ne pas avoir le temps de tout assumer entraîne souvent le sentiment de ne pas être à la hauteur, de tout faire « à peu près ». *« Pour les femmes qui occupent des emplois qualifiés, il est notoire que le fait de prendre le mercredi pour les enfants se solde souvent par le fait de devoir ramener du travail à la maison. Quand les « femmes actives » surveillent les devoirs d'un œil, tout en enfournant la pizza surgelée de l'autre, tandis qu'elles répondent sur leur mobile à des appels professionnels en même temps qu'elles bouclent un rapport pour le lendemain et démarrent une lessive, il devient une gageure de décrire leur activité et les savoir-faire mobilisés, comme de calculer avec certitude un « temps de travail ».* (Molinier, 2003.)

La face sombre de la montée en puissance des femmes sur le marché du travail est donc leur confrontation aux mêmes pathologies que les hommes, mais l'invisibilité totale sur les contradictions spécifiques qu'elles doivent gérer. Cela signifierait que l'on peut s'attendre chez elles à une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Les morts brutales des femmes et des hommes au travail ne devraient pas passer inaperçues.

Des consultations spécialisées mises en réseau

L'approche psychodynamique de la centralité du travail dans la construction identitaire et de ses effets sur la santé a conduit à l'émergence de consultations hospitalières spécialisées, en parallèle avec les consultations de pathologies professionnelles déjà existantes.

La première consultation hospitalière « Souffrance et Travail » a ouvert en 1996, au CASH de Nanterre. Consacrée à la prise en charge pluridisciplinaire des troubles musculosquelettiques, des tableaux douloureux chroniques, des névroses traumatiques souvent trop tardivement diagnostiquées après accident de travail, elle s'est aussi engagée, devant la montée en puissance des plaintes pour harcèlement moral, dans la prise en charge de ce phénomène social complexe ⁽¹¹⁾.

Une deuxième consultation « Souffrance et Travail » s'est ouverte, au sein du service de pathologies professionnelles de Garches en 1999, puis au CHI de Créteil la même année.

Ces consultations ont la particularité de permettre une prise en charge pluridisciplinaire pour des pathologies à l'interface de l'intrapsychique, du social et de l'organisationnel. La complexité, la densité, l'hétérogénéité de cette clinique imposent l'articulation des savoir-faire de chacun dans le respect des règles de métier, des notions de secret, de déontologie et infléchit, de fait, la pratique de chacun. Cette mise en réseau a permis une prise en charge plus réactive des patients en difficulté et la mise en place de fortes pratiques de coopération entre les cliniciens de ces consultations, ceux des services de pathologies professionnelles, avec les médecins inspecteurs du travail, les médecins du travail, les médecins généralistes, des avocats et juristes, des psychiatres et psychothérapeutes.

En parallèle, un groupe de réflexion pluridisciplinaire ⁽¹²⁾ travaillant les questions théorico-cliniques, médico-juridiques et médico-administratives a permis l'amélioration progressive des procédures de prise en charge.

Le temps est un voleur de vie

Eliane est une jeune femme de 34 ans, que son médecin du travail, inquiet de sa fatigue lors de la visite annuelle, adresse à la consultation « Souffrance et Travail ». Malgré des empreintes physiques visibles, elle se montre au cours de ce premier entretien, tonique, déterminée. Elle a été

formée au secrétariat de direction, au marketing. Elle est trilingue. Elle dit s'être lassée de son premier poste d'assistante de direction qu'elle considérait comme un poste d'exécutante et avoir aspiré à plus de responsabilités et de créativité dans son travail. Mais pendant cette période, elle s'est mariée, est tombée rapidement enceinte et a tenté, jusqu'au bout d'une grossesse difficile, de tenir son rôle au travail. A son retour de congés maternité, Eliane raconte qu'elle n'a pas retrouvé son poste d'assistante. Elle a été arbitrairement déplacée sur un poste de marketing dans une société satellite de celle qui l'emploie. Sa DRH lui a fait comprendre qu'elle devait se plier à cette décision, car « mère », elle serait forcément moins investie au travail. Eliane décrit sa DRH comme une femme sans empathie, sans identification aux difficultés spécifiques des femmes dans le monde du travail.

Eliane a entamé un recours juridique afin de réintégrer son poste initial et depuis quelques mois, elle est assistante de direction auprès d'un des DG. La charge de travail est majeure, les réunions ont lieu en fin de journée, peuvent durer jusqu'à 21 heures. Les travaux urgents sont à exécuter en fin d'après-midi quand son DG revient de ses rendez-vous.

Se battre pour retrouver sa place, se battre pour mener de front travail et vie privée semblent avoir eu raison de sa résistance émotionnelle et physique. Eliane dit que des signes d'hypothyroïdie sont apparus depuis quelques mois. Elle avait du mal à faire la part entre son état d'épuisement et les symptômes liés au tableau clinique. Elle a vu un généraliste une seule fois, elle prend son traitement sans faire les examens sanguins de surveillance.

Bref, elle se néglige. Je le lui dis. « *Je n'ai pas le temps de m'occuper de moi. Je dois être au top tout le temps, être malade n'est même pas pensable.* »

La solitude d'Eliane est devenue majeure. De ses difficultés, elle ne dit rien à son mari, à sa famille. Son salaire est nécessaire pour éponger les emprunts, financer la garde des enfants. Au

bureau, rien ne doit filtrer. Elle pleure dans les toilettes quand elle n'en peut plus. Elle VEUT travailler, progresser, accéder à plus de responsabilités. Son usure physique et mentale s'est accrue sans qu'elle en tienne compte et au bout d'un moment, sans même qu'elle la perçoive. De toutes façons, la fatigue est irrecevable au travail. La verbaliser publiquement implique de se déterminer, de faire un choix, de renoncer : travail ou enfants. Les mâchoires du piège temporel se resserrent. Charge mentale et physique du côté du travail, charge mentale et physique du côté de la vie familiale. La construction identitaire des femmes au travail vient se heurter au fait que s'occuper des enfants et du foyer « va de soi ».

Le temps peut devenir une règle adaptative s'appliquant à l'encontre des rythmes du corps. Cet envahissement est lié au fait de ne pouvoir dire non, car dire non implique d'échapper à l'anxiété spécifique d'être autonome face à l'autorité, d'imposer des limites, de se préserver (Sami Ali, 1990). Entre les ressorts intrapsychiques de la culpabilité et les verrous imposés par l'organisation du travail, l'interdiction d'avoir du temps pour soi, c'est-à-dire pour le plaisir, devient majeure. Le temps devient un voleur de vie.

Depuis peu, le projet de création d'un secteur informatique a été lancé pour lequel elle s'est passionnée et autour duquel « on » lui a fait des promesses, lui faisant miroiter une promotion possible et des responsabilités de direction de service. Elle est d'ailleurs, me dit-elle, la seule à avoir suivi un stage de formation sur le sujet, ce qui lui apparaît comme une confirmation implicite de sa future nomination. Elle travaille à la présentation publique qu'elle doit faire bientôt. L'inquiétude à la voir se déplier sur tous les fronts au détriment de son équilibre psychosomatique lui est renvoyée par le clinicien qui lui propose de revenir parler de sa présentation, avec en filigrane, l'espoir qu'elle parlera de ce qui se joue de son identité dans cet itinéraire.

Eliane va plus mal lorsqu'elle téléphone pour annuler son rendez-vous. La présentation orale

du projet de création d'un secteur informatique a soulevé un tel enjeu identitaire qu'elle n'en a pas dormi les nuits d'avant, qu'elle a eu l'impression de perdre le souffle au moment de prendre la parole. Elle a pu se reprendre et pense s'être montrée brillante, professionnelle. On l'a félicitée sur son travail. On lui a aussi demandé ses sources d'information et elle a compris qu'on voulait probablement la court-circuiter. Elle a refusé et son refus a été mal vécu par tous les responsables présents à la dernière réunion. Décidément, Eliane n'adhère pas à la stratégie de l'entreprise. Elle veut juste bien travailler. Être reconnue pour ce qu'elle peut apporter. Sa détermination n'a d'égale que sa détresse.

Pour tenter de la faire accrocher à une prise de recul sur elle-même, on lui propose un troisième rendez-vous auquel elle ne viendra jamais puisqu'elle va mourir. C'est son mari qui reconstruit les événements des derniers jours. Dès le lendemain, elle apprend qu'on a démembré le poste informatique qu'on lui avait promis en répartissant les tâches sur plusieurs personnes. Effondrée, Eliane passe un mauvais week-end, mais décide de voir le lundi suivant sa DRH pour obtenir des explications. Lorsqu'elle sort de l'entretien, elle appelle son mari sur son portable et lui restitue le dialogue violent qu'elle vient de vivre : « *Le travail que vous avez fourni est excellent, mais pas suffisant pour que vous obteniez une promotion. Il faudra faire plus... En tous cas, le poste informatique n'est pas pour vous. Les recherches, le travail déjà accompli ont bien servi l'entreprise. Qu'est ce que vous imaginiez ?* »

Eliane dit sa colère car la situation d'injustice est flagrante. Aucune reconnaissance n'est obtenue sur la qualité du travail accompli. Les recherches faites, le stage suivi ont été des investissements absurdes. La barre est repoussée un cran plus haut. L'imposture est flagrante. Elle a mobilisé énergie, compétences pour rien. Son mari la décrit comme sonnée, la voix atone, éteinte. Elle raccroche. Des témoins la verront ranger son portable, s'appuyer contre le mur du bâtiment, puis

s'effondrer. L'arrêt cardiaque est massif. L'infirmière pratique les premiers gestes de réanimation jusqu'à l'arrivée des pompiers et du SAMU. Aucune des procédures ne permettra de la sauver.

Bibliographie :

Baudelot, Gollac, Gurgand, 99-9, n°35-2, *Premières Synthèses*, DARES.

Dejours C., « Différence anatomique et reconnaissance du réel dans le travail », *Les Cahiers du genre*, 29, 2001, L'Harmattan.

Dejours C. 1993, *Travail usure mentale*, Paris, Bayard.

Hirata Helena, « Travail et affects : les ressorts de la servitude domestique », *Travailler*, 8, 2002, Martin Média.

Lown B., « Mental stress, arrhythmias and sudden death », *The American journal of medicine*, February, 1982.

Molinier Pascale, *L'énigme de la femme active*, Payot, 2003.

Nishihama K., Johnson J., 1997 : « Karoshi-death from overwork: Occupational health consequences of the japanese production management », *Journal and Journal*, 27(4) : 625-41.

Pezé Marie, *Le deuxième corps*, La Dispute, 2002.

Park J., Cho YS, Yi KH, Rhee KY, Kim Y, Moon YH : « Unexpected natural death among korean workers », *Journal of Occupational health*, 41(4) :238-243 October 1999.

Reich P, Desilva RA, Lown B, Murawski BJ, « Acute logical disturbances preceding life-threatening ventricular arrhythmias », *JAMA*, 1981: 246-: 233-235.

Sami Ali, *L'espace, le corps et le temps*, Dunod, 1990.

1. Docteur en Psychologie, psychanalyste, consultation « Souffrance et Travail », Département de Consultations et de Santé Publique du professeur HERVE, CASH de Nanterre.

2. Avocat.

3. Psychologue stagiaire.

4. Médecin du travail.

5. Médecin du travail, psychologue du travail.

6. Psychologue clinicienne, psychothérapeute. L'Élan retrouvé, consultation de psychothérapie et de psychopathologie du travail, Paris. Service de pathologies professionnelles, CHIC de Créteil.

7. MIRTMO, service de pathologies professionnelles, CHIC de Créteil.

8. MIRTMO, consultation « Souffrance et Travail », service de pathologies professionnelles, hôpital Raymond Poincaré, Garches.

9. MIRTMO.

10. L'avis de la Cour de Cassation du 2 avril 2003, visant l'article L 411-1 du Code de Sécurité sociale, stipule : « Constitue un accident du travail, un événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail, dont il est résulté une lésion corporelle. » La notion d'AT est donc redéfinie en élargissant la « soudaineté des faits ». La prescription d'imputabilité évoquée dans l'accident de travail est étendue et peut parfaitement cadrer avec la pathologie évoquée dans cet article. La déclaration tardive de l'accident n'est plus pénalisante de ce fait pour la victime de l'AT.

11. Concours Médical, octobre 2001, *La maltraitance dans les relations de travail*.

12. Groupe de Réflexion sur la Maltraitance au Travail.

Résumé : Le scandale de l'amiante a mis au premier plan les risques de cancer en milieu professionnel, mais si l'on n'y prend garde, l'attention portée à ce seul cancérogène risque de participer à la dissimulation des risques liés aux autres cancérogènes des milieux de travail, risques qui n'ont pas diminué et même, pour certains, ont augmenté.

Cancers professionnels : réparer, faire reconnaître

Quelques données

Le tableau 1 montre l'état des statistiques, arrêtées au 30 juin 2003, des cancers professionnels reconnus dans le régime général, à l'exception donc des régimes particuliers (fonctionnaires, militaires, etc.)

Que remarque-t-on :

- Que 85 % des cancers reconnus sont imputés à l'exposition à l'amiante et qu'environ 6 % sont imputés aux poussières de bois, soit 91 % des cancers reconnus. A priori, au vu des données sur la distribution des cancérogènes, ce résultat est absurde et montre le dysfonctionnement du système, car il est hautement probable que l'ensemble des produits chimiques simples ou en mélange, indépendamment des deux matériaux cités, entraîne au minimum 75 % des cancers professionnels (de l'ordre de 9 000 sur 12 000 comme on le verra plus loin, en hypothèse la plus basse).
- Ainsi, si l'on excepte les cancers dus aux bois, seul cas où l'on a une réponse relativement correcte des spécialistes médicaux, les ORL, la sensibilisation sur les cancers professionnels s'est arrêtée au seul matériau sur lequel il y a eu une large information sur les risques auprès des victimes, des institutions et des médecins... bien que l'on voie encore des pneumologues passer à côté du diagnostic de mésothéliome !
- Qu'en 20 ans, le nombre de cancers reconnus comme professionnels a été multiplié par un facteur de l'ordre de 15, mais essentiellement en raison de l'action des mouvements sociaux et en particulier des associations des victimes de l'amiante. Si l'on prend les 14 agents cancérogènes des tableaux (hors amiante et bois), la sous déclaration des cas de cancers est restée sensiblement la même.
- Que le nombre restreint de cancérogènes, pris en compte dans les tableaux, ne rend pas compte de l'importance et de la diversité des produits et mélanges de produits susceptibles de générer des cancers.

Les dysfonctionnements majeurs de la réparation

Dans le tableau 2, nous donnons, par référence aux données obtenues par le réseau Francim par extrapolation des quelques registres français, l'incidence chez l'homme, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas annuels, en 1980 et en 2000, des cancers en augmentation pour les sites où l'on peut le plus légitimement suspecter une proportion non négligeable de tumeurs d'origine professionnelle ; cela ne signifie pas, bien sûr, l'absence de cancers professionnels pour l'œsophage, l'estomac, etc.

Par référence à ces données pour l'homme, l'évaluation la plus basse, soit globalement 10 % de l'incidence pour les sites retenus, conduit à environ 10 000 cas attribuables à une exposition professionnelle soit, rapportée au total (161 000 cas annuels), environ 6 % des cas. En prenant en compte des valeurs plus faibles chez les femmes, on retrouve un minimum de l'ordre de 4 % de tous les cancers, soit 12 000 à 13 000 nouveaux cas annuels. On est donc, avec 1 300 à 1 600 cas reconnus (pour tenir compte des autres régimes de Sécurité sociale) à un peu plus de 10 % de cas reconnus en maladie professionnelle, estimation minimum que l'on peut conforter à partir de deux exemples concernant les cancers broncho-pulmonaires et les cancers de la vessie, ce niveau de 10 % n'étant dû qu'à la hausse

Henri Pézerat

Directeur de recherche honoraire
au CNRS

Tableau 1 :
Bilan définitif pour 2000 et semi-définitif pour 2001 des cas de cancers professionnels
reconnus dans le régime général

AGENT	TABLEAUX (*)	SITES	2000	2001
Amiante	30 et 30 bis	Poumons Plèvre	561 279	785 364
Bois	47	Sinus face	87	84
Rayonnements ionisants	6	Os Poumons Leucémie	1 8 11	2 12 11
Benzène	4	Leucémie Syndrome myéloprolifératif	17 4	28 6
Goudron, brai, suie	16 bis	Peau Poumons Vessie	3 12 3	5 11 4
Amines aromatiques	15 ter	Vessie	8	12
Arsenic	20 et 20 bis	Peau Poumons	0 0	0 1
Chromates	10 ter	Poumons	8	7
Oxydes de fer	44 bis	Poumons	7	7
Huiles minérales	36 bis	Peau	2	3
Bis-chloro-méthyl-éther	81	Poumons	0	0
Dérivés des nitrosoguanidine et nitrosoudre	85	Glioblastome	0	0
Carbures métalliques	70	Poumons	1	2
Hépatites	45	Foie	0	0
Chlorure de	52	Foie	1	1
Nickel	37 ter	Poumons Sinus, ethmoïde	0 0	0 0
TOTAL			1013	1345
(*) Les maladies professionnelles indemnisables figurent dans les tableaux en trois colonnes : nature des pathologies, délai de prise en charge, nature des travaux à l'origine des pathologies en cause.				

importante des cancers reconnus suite à une exposition à l'amiante.

A partir d'un certain nombre de données internationales, Ellen Imbernon ⁽¹⁾ a récemment publié des estimations chez les hommes de l'incidence du cancer professionnel broncho-pulmonaire. Elle la situe entre 2 400 et 5 400 cas. Pour hommes et femmes, admettons environ 4 000 cas, dont environ 2 000 dus à l'amiante et 2 000 à d'autres cancérigènes. Le tableau 1 montre que – hors amiante – on reconnaît environ 40 cas, soit 2 % du nombre de cas estimés.

Second exemple, Elle Imbernon, toujours, estime les cancers de la vessie d'origine professionnelle à environ 1 000 nouveaux cas annuels. On en reconnaît 16, soit moins de 2 %.

Cette énorme sous-estimation est en grande partie due à la sous-déclaration des maladies professionnelles et à la rédaction des tableaux, ultra pénalisante pour les victimes, en raison de l'influence, totalement négative, des délégations d'employeurs à la commission des maladies professionnelles.

A ces données, suffisantes pour révéler les graves dysfonctionnements du système de réparation, il faut ajouter les inquiétudes relatives à l'augmentation d'incidence de certains cancers, augmentations relevées pour partie dans le tableau 2 entre 1980 et 2000.

Et encore faut-il noter que les principales augmentations portent, entre 1980 et 2000, sur d'autres cancers, non pris en compte dans ce

tableau, soit sur les deux principaux cancers hormono-dépendants, celui du sein avec passage de 21 211 à 41 845 cas et celui de la prostate (augmentation de l'incidence de 10 856 à 40 309) : ceci très probablement en relation avec l'accumulation dans l'environnement de certains produits organiques persistants (les POP), connus comme de graves perturbateurs endocriniens. Parmi ces produits, il y a nombre de pesticides organo-halogénés, de plastifiants, de surfactants, de PCB, de dioxines, etc. qui sont non seulement des polluants de l'environnement, mais également de certains milieux de travail, y compris dans l'agriculture, d'où la conclusion qu'une partie de ces augmentations – très inquiétantes – est due à des expositions professionnelles.

Le repérage du risque CMR (cancérogène, mutagène, toxique pour la reproduction)

Il y a quelques listes de produits cancérogènes ou de procédés ou industries pour lesquels on observe une augmentation des cancers, liste du Centre International de recherche sur le cancer (cat. 1, 2A et 2B), de la communauté européenne, de l'Environmental Protection Agency (USA), etc. Quand des enquêtes sont menées dans des services hospitaliers, avec reconstitution des parcours professionnels des malades atteints de cancers, et consultation d'experts, il apparaît systématiquement que seule une petite minorité des personnes à même de déclarer un cancer professionnel, aurait été en mesure de faire cette démarche en absence de l'enquête.

Ces mêmes enquêtes font également apparaître un pourcentage important de victimes ayant subi des expositions à plusieurs cancérogènes dans une quantité de postes et de métiers différents, ce qui rend d'autant plus difficile la reconnaissance en maladie professionnelle par la Sécurité sociale par référence au système des tableaux.

En amont, sur le terrain, le repérage des expositions possibles est d'autant plus difficile que les essais de toxicité à long terme n'ont été menés que sur une minorité des produits existants, d'où le caractère extrêmement restrictif des listes de cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR).

Dans son livre blanc, en 2001, la Commission de la Communauté européenne révèle que 99 % des substances sur le marché sont dites « existantes avant 1981 ». Cette catégorie contient approxi-

Tableau 2 :
Incidence en 1980 et 2000, pour les sites où il y a une augmentation d'un certain nombre de cancers (selon le réseau Francim), par sites susceptibles d'être concernés par une exposition professionnelle.

	Année 1980	Année 2000
Lèvres, cavité buccale, pharynx		12 990
Œsophage		4 040
Estomac		4 520
Colon, rectum	12 510	19 431
Foie	1 544	5 014
Larynx		3 865
Poumons	16 395	23 150
Plèvre (**)	207	670
Vessie.....	5 591	8 986
Reins.....	2 481	5 306
Cerveau, SNC.....	1 466	2 697
Lymphome non hodgkinien..	2 101	5 527
Leucémie	2 901	3 609

(**) Valeurs nettement sous estimées pour les mésothéliomes, par comparaison avec les données de mortalité.

mativement 100 000 produits dont 30 000 commercialisés à plus d'une tonne par an et seuls 140 « font l'objet d'une évaluation exhaustive des risques par les Etats membres » !

Cette situation a amené la Commission à demander aux industriels, après moult concessions, à faire eux-mêmes cette évaluation, ce qu'ils refusent car le lobby international de la chimie dispose d'une influence considérable. On en est là !

Qui plus est, même si la Commission devait obtenir quelques concessions des industriels, par exemple sur un ou deux tests de génotoxicité in vitro sur une fraction probablement très minoritaire des produits, ce n'est pas pour autant que seront repérés les perturbateurs endocriniens qui jouent à très faible dose par des mécanismes non repérables par ces tests.

Ceci étant, dès maintenant, dans les entreprises où sont utilisés des produits ou des mélanges de produits non testés pour leur toxicité à long terme, il est nécessaire que syndicats, médecins du travail et Comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT) demandent au minimum deux tests de génotoxicité sur cellules en culture, avec et sans activateur, le test d'Ames et le test des micro-noyaux. Ces tests sont réalisables même sur des mélanges ou des terres, après



extraction des fractions solubles dans des solvants appropriés.

Dans les cas où ce sont des poussières inorganiques qui risquent d'être en cause, il faut, dans la mesure du possible, obtenir un test portant sur la transformation morphologique de cellules d'embryons de hamster en cultures. L'Institut national de la recherche sur la sécurité (INRS) dispose de moyens pour de telles études. Mais il serait illusoire de se cacher qu'obtenir de tels tests auprès de l'INRS, de Pasteur, etc. est difficile. Il est des couples de médecins du travail-CHSCT qui y parviennent, mais rares sont encore les entreprises où le rapport de force permet de telles évaluations, bien qu'à l'occasion des discussions sur l'établissement des fiches d'expositions aux CMR (art. R 231-56-10) et du « document unique sur l'évaluation des risques » (novembre 2002), il existe des opportunités qu'il faut saisir.

Qui plus est, résultats de génotoxicité en main, il n'est pas toujours aisé de les exploiter.

Il est même des entreprises qui vont payer des pseudo-experts pour en nier la valeur. Dans le meilleur des cas, médecins du travail et CHSCT vont pouvoir les utiliser pour obtenir un renforcement des mesures de prévention (confinement, équipements de protection individuelle, etc.). Mais les demandes de substitution d'un cancérigène par un produit moins dangereux, mesures pourtant prescrites par le code du Travail, sont quasi systématiquement refusées. Sauf les mesures peu coûteuses, comme par exemple le remplacement de fibres céramiques par des « super wools ». Encore faut-il que ces mesures soient réclamées avec la force nécessaire, jusqu'à l'exercice du droit de retrait.

A l'inverse, on voit nombre d'entreprises ne prendre en compte que l'efficacité technologique et remplacer, par exemple, des composés peu dangereux par d'excellents cancérigènes, ce qui explique par exemple le large usage du chlorure de vinyle (un cancérigène notoire) comme intermédiaire de synthèse, alors qu'il est possible d'utiliser des produits posant beaucoup moins de problèmes.

Que faire après repérage de l'usage d'un produit CMR ?

Le problème posé relève prioritairement du champ social.

Pour les médecins du travail et CHSCT, après étude des mesures de prévention et des possibilités de substitution, il est en premier lieu nécessaire de saisir la hiérarchie de l'entreprise et les divers échelons institutionnels concernés : inspection du travail, direction du travail, médecin inspecteur du travail, Caisse Régionale de l'Assurance maladie, INRS, Institut national de veille sanitaire, ministère du travail et ministère de la Santé, sans crainte de leur adresser des lettres recommandées avec accusé de réception, afin qu'ensuite, face aux victimes, personne ne puisse dire qu'il n'était pas informé du risque.

Quand le rapport de force s'y prête, il faut évidemment que les organisations syndicales appellent à utiliser droit d'alerte, droit de retrait, droit de recours pour le CHSCT à l'expert de son choix. Ce sont certes des tâches difficiles, d'autant que si l'enquête syndicale, appuyée par la médecine du travail – c'est aussi son rôle – révèle par exemple un excès de cancers chez les actifs et les retraités et qu'en face, côté employeurs et institutions, c'est l'immobilisme et l'inertie qui dominent, le syndicat devra passer à la médiatisation et à l'extrême à la procédure judiciaire en référé. Pour les ouvriers et leurs syndicats, c'est un pas difficile à franchir, face au chantage au chômage. C'est une étape qui demande beaucoup de courage et qui demande d'expliquer en permanence qu'il n'y a ni fermeture d'entreprise, ni licenciement qui soient liés au respect de la prévention. Ces mesures sont toujours le résultat de calculs de profit, en relation avec la situation du marché et les exigences des actionnaires. Même AZF à Toulouse restera fermée, non en raison de sa dangerosité, mais bien parce que Total avait déjà programmé la fermeture du site en fonction de l'état du marché des engrais.

Pour sa part, le médecin du travail ne peut se contenter du rôle de témoin, au risque de se déconsidérer et de déconsidérer la fonction elle-même. L'aide que le médecin du travail doit apporter aux organisations syndicales, en terme d'information et de formation, est un élément essentiel de sa mission dans la lutte contre les maladies professionnelles.

1. Ellen Imbernon, *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*, rapport InVS, 2003.

Résumé : Il y a trop peu d'informations sur les effets délétères des pesticides, trop peu d'actions pour diminuer leur utilisation. Les pesticides représentent un énorme marché pour les groupes industriels : les pouvoirs politiques doivent intervenir.

Dominique Prime

Médecin généraliste

Début 1990, des scientifiques, dont Théo Colborn, auteur de *L'homme en voie de disparition* mettaient en évidence, à partir d'études épidémiologiques, la baisse alarmante de la fécondité chez l'homme. L'incidence croissante des cancers d'après l'institut de veille sanitaire, augmentation de 63 % en vingt cinq ans, devrait inciter à en examiner les causes, pour envisager une véritable politique de prévention..

Actuellement, à partir de très nombreuses études épidémiologiques surtout aux Etats Unis, études facilitées par le travail en réseau d'organisations non gouvernementales du monde entier regroupées dans le PAN (Pesticide Action Network) et l'IPEN (Internationale Pops Elimination Network), on peut affirmer que certains cancers, la stérilité masculine, certaines malformations congénitales ont très souvent une cause commune scientifiquement établie : la pollution chimique de notre environnement, en particulier par les pesticides.

Les pesticides sont des produits utilisés essentiellement dans l'agriculture : insecticides, fongicides, herbicides (dont le trop célèbre Round Up de la maison Monsanto) et aussi en usage

domestique, de façon inconsidérée et incontrôlée. Contrairement aux discours officiels qui se veulent rassurants, leur usage ne fait qu'augmenter, surtout pour les herbicides, avec des molécules de plus en plus puissantes. Les services de l'équipement et les services municipaux sont aussi de gros consommateurs d'herbicides.

Un travail d'information et désensibilisation pourrait être fait : pour la ville de Rennes, il a abouti à une diminution de 62 % de la consommation d'herbicides.

Pesticides

Effets environnementaux et humains

Le constat est accablant : la concentration de pesticides est supérieure aux maxima admissibles dans trois quarts des eaux souterraines des régions agricoles d'Europe, dans l'air, les brouillards, les pluies et dans l'eau de boisson ; même les eaux de source deviennent contaminées. Plus de 40 % des échantillons de fruits et de légumes analysés en Europe contiennent des résidus de pesticides.

Dans le corps humain : tout adulte européen a accumulé dans les graisses jusqu'à 500 produits chimiques industriels dont beaucoup de pesticides. Plus de 350 substances chimiques différentes ont été retrouvées dans le lait maternel à ce jour.

Quels effets sur la santé?

Les effets de l'intoxication aiguë sont plus faciles à mettre en évidence : symptômes banaux le plus souvent, mais 15 % de cas graves sont hospitalisés.

L'intoxication chronique est responsable des effets les plus graves, car d'installation silencieuse et n'émergeant souvent qu'après 20 à 30 ans. Du fait de la multiplicité des matières actives et des solvants, du temps d'induction, pour le développement des cancers, il est difficile d'établir



un lien de causalité direct entre pesticides et pathologies (comme pour les faibles doses de radiations ionisantes), mais leur toxicité est fortement présumée dans l'augmentation significative de certains cancers chez les professionnels (estomac, prostate, vessie, lèvres, lymphomes non hodgkiniens, leucémies). En

France, J.-F. Viel a montré une surmortalité de 25 % par cancer du cerveau chez les vignerons de l'Est de la France, ainsi qu'un lien entre cancer du pancréas et du rein et une exposition de pesticides utilisés en terre labourable. Aux Etats-Unis et en Norvège, plusieurs études ont mis en évidence une fréquence plus élevée des tumeurs du cerveau et des lymphomes chez les enfants dont les parents utilisent des pesticides professionnellement ou simplement dans leur jardin familial ou dans leur maison. Dans le monde entier, la baisse préoccupante de la fertilité dans les pays riches, la contamination du fœtus, responsable de malformations, mettent en cause les faibles doses et la synergie de plusieurs molécules dans la genèse de nombreuses maladies...

Un silence médiatique règne sur ce problème majeur de santé publique : rien sur la prévention ou alors de façon caricaturale en ne mettant en cause pratiquement que le rôle du tabac (certes très néfaste !) responsable de 30 000 décès par an. En France, le cancer provoque 150 000 morts par an et le tabac ne rend pas compte des 120 000 morts liés à l'environnement et à notre mode de vie.

Des alternatives sont possibles pour peu qu'on sorte d'une politique d'agriculture intensive qui, de plus, ne résout pas le problème de la faim

dans le monde ; les crédits consacrés à l'agriculture biologique sont dérisoires par rapport à ceux de la recherche en agriculture conventionnelle et mettre au point des OGM pour sélectionner des plantes résistantes aux pesticides ne fait qu'aggraver le problème.

Mais les pesticides représentent un marché énorme : 27,83 milliards de dollars en 2000. La France est le 3^e consommateur mondial (1^{er} européen), c'est le pays d'Europe qui a le plus de substances autorisées sur le marché : 527 en 2000. A croire qu'il existerait des lobbies qui profiteraient bien des cancers ? D'ailleurs, au niveau mondial, les premiers groupes industriels de médicaments (et de la chimie) sont en même temps les premiers groupes intervenant dans l'agriculture avec les semences, les pesticides, les OGM (Dupont, Monsanto, Novartis, Astra Zereca, Aventis pour les cinq premières sociétés)... et cette industrie est de loin la plus profitable du monde.

Les pouvoirs publics doivent prendre rapidement des décisions basées sur les résolutions du Parlement européen adoptées en mai 2003, demandant une révision complète des modalités de la mise sur le marché des pesticides assortie d'un programme précis de réduction de l'utilisation de ceux-ci. A nous, médecins, d'être des relais d'information et d'impulsion d'un travail en réseau, avec les associations locales, les ONG, les syndicats et organisations de consommateurs pour faire pression sur ces décisions gouvernementales.

Bibliographie :

- *L'homme en voie de disparition*, Théo Colborn, Terre vivante
 - *Pesticides le piège se referme*, François Veillerette, Terre vivante
 - *L'Ecologiste N°1 dossier cancer*, Edition française de The Ecologist
 - *Source d'information sur les pesticides* : MCE, bd Magenta, 35000 Rennes
- Tél : 02 99 30 35 50 - Fax : 02 99 35 10 67

Résumé : Dans les discours d'accueil des internes de l'Assistance publique de Paris, faits par les directeurs successifs (des médecins), au XIX^e siècle, l'accent est mis sur les qualités humaines qu'ils doivent développer auprès des malades. A cette époque, la formation de l'élite des médecins devient clinique, au contact des malades et des corps, et c'est un grand changement.

La pratique de l'humanité :

discours aux médecins en formation dans les hôpitaux de Paris au XIX^e siècle

1^{re} partie : Consoler l'homme souffrant

« En vous ouvrant les portes de ses hôpitaux, l'Administration a compté sur votre concours comme hommes de cœur autant que comme hommes d'intelligence. Il ne s'agit pas seulement pour vous de faire l'apprentissage de la pratique de l'art, mais celui de la pratique du bien »⁽¹⁾. Ces mots, le directeur des hôpitaux de Paris les prononce en 1850, dans son discours de réception des internes nommés au concours. En dissociant intelligence et cœur, pratique de l'art et pratique du bien, il souligne la dualité de la médecine hospitalière - discipline de connaissance et outil d'assistance - et l'importance pour les médecins de posséder des compétences complémentaires. Renonçant d'emblée à couvrir la totalité de ces qualités, cet article se propose d'explorer le registre de celles exigées des médecins en apprentissage de la « pratique du bien ».

Les archives de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) conservent la série des discours⁽²⁾ prononcés aux internes dans le cadre des concours de recrutement organisés depuis 1802 par l'administration hospitalière parisienne⁽³⁾. Ces discours sont l'occasion de rappeler aux jeunes médecins les règles qui président à leur vie et à leur travail dans les établissements hospitaliers. Ils contiennent des conseils sur leur « conduite à tenir dans les salles d'hôpital »⁽⁴⁾ et sur la façon dont ils doivent pratiquer la médecine dans « un devoir d'humanité et de conscience »⁽⁵⁾.

L'internat, formation médicale et fonction hospitalière

Présenté comme « le plus vaste système d'instruction médicale qui ait jamais existé »⁽⁶⁾, l'internat des hôpitaux de Paris est organisé au début du XIX^e siècle dans un contexte médical en pleine mutation. La pensée qui domine est qu'il n'y a « de bonne doctrine en médecine que celle puisée au sein de la nature, au lit des malades, sous l'égide de l'observation et de l'expérience »⁽⁷⁾. Après des siècles d'enseignement théorique, la certitude s'impose que « la médecine n'est pas seulement dans les livres, et que le lit du malade est sa plus sûre comme sa meilleure école »⁽⁸⁾. En ouvrant ses salles de malades à l'élite des étudiants, l'administration hospitalière leur « offre une source féconde d'instruction »⁽⁹⁾, la pratique clinique étant alors considérée comme la meilleure voie d'apprentissage et les hôpitaux comme un « précieux laboratoire de médecine clinique »⁽¹⁰⁾. D'emblée investis d'une fonction scientifique, les internes se vouent à « l'observation exacte et scrupuleuse des phénomènes qui caractérisent les maladies »⁽¹¹⁾. Ce travail les place en relation constante avec

Françoise Salaün

Historienne
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

francoise.salaun@sap.ap-hop-paris.fr
www.aphp.fr

les malades, les corps et les cadavres - soumis à une autopsie systématique. Dès le début de leur internat, les élèves sont confrontés à cette réalité : « le principe et le fond de notre travail est l'étude directe de l'homme malade sur son lit de misère »⁽¹²⁾.

Dans ce système, l'administration hospitalière trouve aussi son compte en disposant d'une main d'œuvre bon marché et motivée. Pour autant, ce sont les internes qui lui sont redevables : « zèle, exactitude dans vos fonctions, telle est la dette sacrée que vous contractez »⁽¹³⁾, exige-t-on des jeunes médecins. Recourir à la formule « dette sacrée » n'est pas anodin. C'est affirmer que le travail des internes ne relève pas d'un simple contrat, mais d'un engagement moral et que cet engagement doit se hisser au niveau de l'exigence de l'institution hospitalière : « Ce n'est pas assez d'avoir dispensé aux malades les soins matériels que comporte leur état, l'humanité vous impose encore un devoir, celui de leur prêter votre assistance morale »⁽¹⁴⁾. En quoi consiste ce devoir d'humanité ?

Le malade n'est pas (seulement) un objet d'études

Beaucoup de discours aux internes insistent sur le fait que leur travail ne peut se réduire à son aspect scientifique et qu'il « a aussi, et avant tout, un but d'humanité »⁽¹⁵⁾. La soif d'apprendre qui anime les internes ne doit pas les empêcher de voir « des hommes dans [leurs] malades avant d'y voir des sujets d'observation »⁽¹⁶⁾. Sans doute l'enthousiasme scientifique des anatomo-cliniciens du premier XIX^e siècle nécessitait-il d'être tempéré par un propos qui recentrât l'exercice de la médecine hospitalière sur l'homme souffrant. C'est tout l'esprit de cet avertissement formulé aux internes par le directeur des hôpitaux : « Ne vous laissez pas emporter par l'amour de la science, jusqu'à ne voir dans le malade qu'un objet d'étude, qu'une source d'observations, soyez humains avant tout »⁽¹⁷⁾.

Cette exigence d'humanité, récurrente dans les discours, est fondée sur la conviction que le travail sur « l'homme vivant et souffrant » réclame « réserve et délicatesse »⁽¹⁸⁾. Ce qui est en jeu ici n'est autre que la sauvegarde de l'individualité de chaque malade. Dans un discours de 1854, le directeur des hôpitaux alerte les internes sur les dérives de la médecine clinique : « Quoi de plus affligeant, de plus humiliant, pour l'infortuné recueilli dans nos hôpitaux, que de faire le sacrifice de son individualité, que de se voir contraint d'abdiquer sa qualité d'homme pour devenir l'être abstrait, le numéro, la chose que, dans le langage de l'école, vous appelez un sujet ! Evitez donc que l'homme ne disparaisse entièrement à vos yeux et que le sujet seul ne demeure »⁽¹⁹⁾. Sont plus particulièrement pointés ici les défauts de droit à la pudeur et les humiliations qualifiées d'odieuses⁽²⁰⁾ liés à une pratique déshumanisée de l'observation et de l'enseignement cliniques. Il s'agit de faire comprendre à chaque jeune médecin que, dans sa pratique quotidienne, c'est à une personne, à une situation singulière qu'il a affaire et non à un cas.

Accueillir le pauvre comme un frère

Pour corriger une pratique hospitalière qui réduit l'individu à son corps, les discours enseignent aux internes qu'ils travaillent pour une institution dont le but n'est autre que « le bien des malheureux qu'elle secourt »⁽²¹⁾. Agents au service de la cause des pauvres, les internes, en prenant leurs fonctions dans les hôpitaux, deviennent « les serviteurs des malades que l'Assistance publique y recueille »⁽²²⁾ et, par là, les dépositaires de l'héritage de l'hôpital chrétien, dédié au soin de l'âme autant qu'à celui du corps⁽²³⁾. Les discours contiennent beaucoup de références à la mission originelle de l'hôpital : « Vous êtes appelés à exercer l'hospitalité, c'est-à-dire à faire tous vos efforts pour que les pauvres qui viendront s'abriter sous le toit de l'hôpital auquel vous serez attachés, y trouvent soulagement de corps et d'esprit »⁽²⁴⁾.

L'accueil, dans sa dimension chrétienne, est au cœur des missions de l'interne : « L'hôpital c'est l'hôtel de Dieu. Le malade, c'est donc un hôte pour vous »⁽²⁵⁾. Les hôpitaux étant des « asiles de la pauvreté et de l'infortune »⁽²⁶⁾, ce devoir d'hospitalité s'exerce traditionnellement auprès des plus miséreux. « Dès que les pauvres ont besoin de vous, ils deviennent vos frères »⁽²⁷⁾, répète-on à l'envi aux internes : « Soignez-les avec douceur, avec charité, car ce sont vos frères, vos frères souffrants et malheureux »⁽²⁸⁾. Les valeurs chrétiennes inspirent de nombreux discours, certains proposant même aux internes le modèle des sœurs hospitalières dévouées « au soulagement de l'humanité souffrante », exemples vivants de « vraie charité »⁽²⁹⁾. Au point que le service hospitalier est parfois présenté comme une œuvre de religion : « Faites chaque matin aux pauvres souffrants la noble aumône de votre temps, de vos soins et de votre savoir »⁽³⁰⁾.

Compassion et douceur, vertus thérapeutiques

Parmi les vertus proposées aux jeunes médecins qui s'engagent dans la carrière hospitalière, la compassion et ses sœurs, « miséricorde » et « sollicitude », émergent comme des qualités primordiales. « La compassion est une de ces vertus morales aussi anciennes que l'homme. Née avec lui et de ses premières douleurs, elle a enfanté la médecine »⁽³¹⁾. Le médecin est invité à cultiver la compassion, car elle englobe tout un ensemble de sentiments, comme la pitié, le zèle, la patience, la tendresse⁽³²⁾ qui garantissent la qualité de sa rencontre avec le malade. « Ministère de bienveillance et de sollicitude »⁽³³⁾, la médecine exige de ceux qui la pratiquent la capacité à s'adresser aux malades avec de « bienveillantes paroles » et à leur témoigner une « compatissante sollicitude »⁽³⁴⁾. Compatir, manifester de la sympathie envers celui qui souffre, c'est participer avec affection à sa souffrance, se défendre d'y rester indifférent. Par « ce sentiment de compassion affectueuse qui porte à voir dans le pauvre souffrant un frère malheureux »⁽³⁵⁾, le médecin adopte une atti-

tude de proximité fraternelle et de disponibilité attentive à l'égard du malade. Les discours aux internes abondent de tels conseils : « Soyez bons, compatissants, complaisants même pour le malheureux ; supportez avec patience ses plaintes et ses gémissements »⁽³⁶⁾. Le jeune médecin doit rester compréhensif, quand la souffrance rend le malade difficile : « Que l'habitude d'entendre se plaindre n'endurcisse pas votre cœur »⁽³⁷⁾.

Pour se défendre de la dureté de cœur, quel meilleur remède que la douceur ? « Soyez doux et humains »⁽³⁸⁾, demande-t-on aux internes pour qui le service hospitalier est « apprentissage de douceur et de patience »⁽³⁹⁾. Les médecins doivent adoucir le séjour de ceux qui souffrent de solitude dans les salles communes⁽⁴⁰⁾ : par leurs « soins affectueux », ils remplacent auprès de ces infortunés « la famille absente »⁽⁴¹⁾. « Abordez les [malades] avec douceur, traitez-les avec ménagement »⁽⁴²⁾, ne cesse-t-on de répéter aux internes. Ceux qui cumulent misère et maladie⁽⁴³⁾ ont droit à des considérations : « Jamais de brusquerie, le malheur mérite des égards »⁽⁴⁴⁾. Par sa « douceur inaltérable »⁽⁴⁵⁾, le médecin hospitalier développe sa capacité à accueillir et à écouter, à faire œuvre de consolation.

Consoler l'humanité souffrante

« Que la main qui soulage soit guidée par le cœur qui console »⁽⁴⁶⁾. Don du cœur, la consolation témoigne d'une attention à autrui et à sa souffrance. Les médecins hospitaliers doivent « trouver dans [leur] cœur des paroles consolatrices »⁽⁴⁷⁾ pour rassurer les malades en « relevant leur courage abattu »⁽⁴⁸⁾ et faciliter leur guérison en leur redonnant espoir. En cela, la consolation a des vertus thérapeutiques⁽⁴⁹⁾. Véritable « guérison de l'âme »⁽⁵⁰⁾, la consolation est aussi l'ultime secours offert à ceux pour qui la médecine ne peut rien⁽⁵¹⁾. Car « il n'est pas donné au médecin de guérir toujours ; mais souvent il soulage et toujours, il peut consoler par des paroles humaines et douces que les malades recherchent »⁽⁵²⁾. Ne pas savoir

guérir oblige le médecin à un devoir de consolation. Mais cette obligation morale découle plus largement de la mission élevée à laquelle il se voue : « le soulagement de l'humanité »⁽⁵³⁾.

Les internes doivent comprendre que le métier de médecin hospitalier est « moins une profession qu'une sorte de sacerdoce qui [les] consacre au soulagement de l'humanité »⁽⁵⁴⁾. Lieu par excellence où « l'humanité réclame tous ses droits »⁽⁵⁵⁾, où « toutes les douleurs de l'humanité souffrante »⁽⁵⁶⁾ sont accueillies, l'hôpital ne parle que de la finitude de l'homme. « Les jours inquiets et douloureux »⁽⁵⁷⁾ que les malades vivent à l'hôpital ne figurent-ils pas le court séjour sur terre accordé à la « fragile nature »⁽⁵⁸⁾ humaine ? Chaque malade est « chose sacrée » et « ce qui fait sa grandeur et sa dignité »⁽⁵⁹⁾ doit demeurer intact aux yeux du médecin, le lui rendre encore plus respectable. Car « l'infortune conserve un droit imprescriptible, celui du respect qui lui est dû »⁽⁶⁰⁾.

1. Directeur de l'Administration, 26 décembre 1850.
2. Nomination des élèves et distribution des prix, Archives AP-HP, (680 Foss) ; la série couvre les années 1810-1884 ; seront indiqués pour chaque référence le nom de l'auteur du discours et la date à laquelle il a été prononcé.
3. Le Conseil Général des Hospices de 1801 à 1848 puis à partir de 1849, l'Assistance Publique.
4. Dr Sée, 27 décembre 1853
5. Dr Moissenet, 26 décembre 1850.
6. Dr Dupuytren, 5 décembre 1810.
7. Dr Lerminier, 11 décembre 1811.
8. Dr Emery, 26 décembre 1834.
9. Dr Geoffroy, 5 décembre 1810.
10. Dr Marrotte, 22 décembre 1849.
11. Duc de la Rochefoucauld, décembre 1814.
12. Dr Barthez, 27 décembre 1856.
13. Dr Geoffroy, 11 décembre 1811.
14. Dr Hervieux, 26 décembre 1857.
15. Dr Léger, 22 décembre 1849.
16. Dr Piorry, 26 décembre 1828.
17. Directeur de l'Administration, 28 décembre 1872.
18. Dr Woillez, 24 décembre 1855.
19. Directeur de l'Administration, 26 décembre 1854.
20. « quelles angoisses, quelles tortures morales infligent [...] ces investigations quotidiennes et presque publiques que le besoin de votre instruction com-

mande, je le sais, mais qui deviennent odieuses, si l'on n'y apporte au moins toute la discrétion compatible avec cette inexorable nécessité ! », Directeur de l'Administration, 26 décembre 1854.

21. Dr Désormeaux, 24 décembre 1855.
22. Dr Parrot, 27 décembre 1862.
23. « Les malades sont comme nous un composé de corps et d'âme ; or, il me paraît difficile de traiter l'un sans se préoccuper de l'autre », Dr Hervieux, 26 décembre 1857.
24. Dr Chappotin de Saint-Laurent, 27 décembre 1852.
25. Dr Oulmont, 27 décembre 1853.
26. Dr Bosquillon, décembre 1812.
27. Dr Bally, 16 décembre 1822.
28. Dr Lailler, 26 décembre 1854.
29. Dr Bally, 16 décembre 1822.
30. Dr Cucco, 26 décembre 1854.
31. Dr Bouchut, 26 décembre 1850.
32. « Soulager la douleur et l'infortune. Est-il une occupation qui demande plus de vertus ? Quelle pitié, quel zèle, quelle patience, quelle tendresse ne faut-il point avec les malades ? », Dr Pariset, 31 décembre 1818.
33. Dr Michon, 26 décembre 1834.
34. Directeur de l'Administration, 27 décembre 1853.
35. Directeur de l'Administration, 22 décembre 1849.
36. Dr François, 26 décembre 1823.
37. Dr Piorry, 26 décembre 1828.
38. Directeur de l'Administration, 28 décembre 1872.
39. Dr Guérard, 26 décembre 1828.
40. « Vous n'oublierez jamais que les infortunés qui reçoivent vos soins, sont là, loin de leur famille et de leurs amis, dans le dernier refuge de la misère et qu'il vous appartient, à vous, de leur en adoucir le séjour », Dr Morel-Lavallée, 26 décembre 1848.
41. Dr Morel-Lavallée, 27 décembre 1847.
42. Dr Hervieux, 26 décembre 1857.
43. « Les égards et la douceur envers celui qui souffre, qui est pauvre », Directeur de l'Administration, 29 décembre 1879.
44. Dr Piorry, 26 décembre 1828.
45. Dr Bally, 16 décembre 1822.
46. Directeur de l'Administration, 22 décembre 1849.
47. Dr Lancereaux, 27 décembre 1869.
48. Dr Morel-Lavallée, 27 décembre 1847.
49. « travailler avec un zèle toujours renaissant à la guérison et à la consolation des malades », Dr Bosquillon, décembre 1812.
50. Dr Pidoux, 22 décembre 1849.
51. « Par la charité, vous montrerez aux pauvres malades que vous aurez à soigner, que si votre science ne peut pas toujours les guérir, votre cœur peut toujours les consoler », Dr Oulmont, 27 décembre 1853.
52. Pr Andral, 28 décembre 1830.
53. Dr Marjolin, 26 décembre 1820.
54. Dr Manry, 20 décembre 1821.
55. Dr Guersent, 31 décembre 1816.
56. Dr Moissenet, 27 décembre 1847.
57. Dr Michon, 26 décembre 1834.
58. Dr Pariset, 16 décembre 1822.
59. Dr Gueneau de Mussy, 22 décembre 1827.
60. Dr Bally, 16 décembre 1822.

Résumé : Le trimestriel *Manière de voir*, supplément bimestriel du *Monde diplomatique*, rassemble dans un numéro intitulé « Apartheid médical » une somme d'articles qui dresse un tableau passionnant et effrayant de la faillite de différents systèmes de soins, qu'il soient situés dans nos pays développés ou dans les pays du Tiers-Monde. Nous en publions le sommaire.

Apartheid médical

1 – Insécurité sociale

La canicule de l'été 2003 en France a bousculé nos certitudes. La faillite du système de soins démontrait que le progrès technique et médical ne suffisait pas à défendre la santé publique. Mais le gouvernement de M. Jean-Pierre Raffarin, tout à son programme de démantèlement de la protection sociale, n'en a pas tiré les leçons... Car l'insécurité sociale, avec son cortège de stress, d'accidents du travail et de précarité, prélève un lourd tribut sur notre santé collective.

- *La « Sécu » livrée au marché, par Martine Bulard.*
- *Autopsie d'un été meurtrier à Chicago, par Eric Klinenberg.*
- *Face à la canicule, une France aveugle, par Martin Winckler.*
- *Maux à la chaîne, par Roselyne Rochereau.*
- *Biotechnologies à l'usage des riches, par Philippe Chastonay, Dominique Froidevaux et Jean-Pierre Papart.*
- *L'obsession de la santé parfaite, par Ivan Illich.*

2 – La mort stupide

Au « Sud », les conséquences sanitaires des programmes d'ajustement structurels deviennent évidents même pour leurs anciens promoteurs comme la Banque mondiale. Manque de médecins, infrastructures de santé en ruine, difficultés d'accès aux médicaments... mais aussi conseils fort peu éclairés de consultants internationaux spécialistes du « moindre coût » ont fait de la santé une affaire privée, que seuls les plus riches peuvent s'offrir.

- *Quand le nord débauche les médecins du sud, par Dominique Frommel.*
- *Haïti, l'embarco et la typhoïde, par Paul Farmer.*
- *Vivre à Soweto avec le Sida, par Philippe Rivière.*
- *Conflits autour de la méningite en Afrique, par Jean-Philippe Chippaux.*
- *Tuberculose résistante dans les prisons russes, par Paul Farmer.*
- *Le retour des médecins aux pieds nus, par Philippe Demenet.*

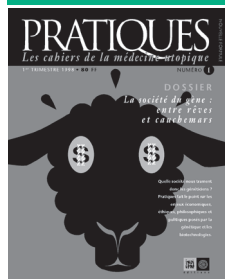
3 – Guerre des médicaments

L'avidité des grandes firmes pharmaceutiques mondialisées les a conduit à déclarer la guerre des médicaments contre les pays du Sud, au nom d'un respect aveugle de la « propriété industrielle », une notion elle-même en débat. Mais le procès de Pretoria en 2001 a scandalisé l'opinion, conduisant à la recherche d'un compromis... Tandis que les morts s'accumulaient, la négociation traînait en longueur, sous l'influence des laboratoires. Pour trouver une issue, ne faudrait-il considérer enfin l'accès aux soins de santé comme une obligation publique à l'échelle de la planète ?

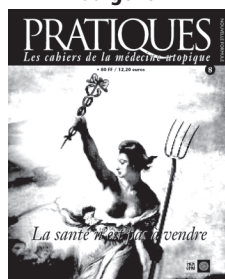
- *Enquête sur un apartheid sanitaire, par Martine Bulard.*
- *Les médicaments, un bien public mondial ? par Germàn Velasquez.*
- *ChronoLogie : La promesse de Doha.*
- *L'affaire stavudine (ou : les profiteurs du sida), par Philippe Demenet.*
- *Si l'OMS voulait changer le monde..., par Jean-Loup Motchane.*
- *Comment l'accord sur les génériques fut saboté (ou : les saboteurs de l'accord de Doha), par James Love.*
- *Sous l'influence de « Big pharma », par Philippe Rivière.*
- *Le génome humain sauvé de la spéculation, par John Sulston.*
- *Le distillène trente ans après, par Hélène Leriche.*
- *Pour conclure. Un génocide tropical, par Philippe Rivière.*

Manière de voir

N° 73 février-mars 2004 – 7 €
 Disponible dans les kiosques
 à journaux et à la boutique
 du Monde
 21 bis rue Claude Bernard
 75242 Paris Cedex 5
 Tél. : 01 42 17 20 00
 boutique@lemonde.fr



n° 1 : La société du gène



n° 8 : La santé n'est pas à vendre



n° 16 : Les émotions dans le soin (retirage du dossier)



n° 23 : Ils vont tuer la Sécu !



n° 5 : La santé au travail



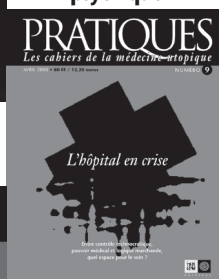
n° 12 : L'information et le patient



n° 20 : La santé des femmes : tout reste à faire



n° 2 : La souffrance psychique



n° 9 : L'hôpital en crise



n° 17 : Des remèdes pour la Sécu



n° 6 : Sexe et médecine



n° 13 : La médecine et l'argent



n° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres



n° 3 : Penser la violence



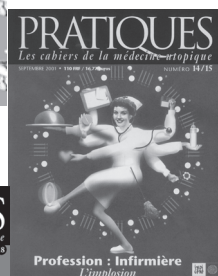
n° 10 : Folle psychiatrie



n° 18 : Quels savoir pour soigner ?



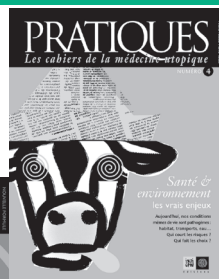
n° 7 : La responsabilité du médecin



n° 14-15 : Profession : infirmière



n° 22 : La santé, un enjeu public



n° 4 : Santé et environnement



n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort



n° 19 : La vieillesse, une maladie ?

- 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° 25 : L'alimentation

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 à durée libre par prélèvements automatiques (joindre RIB + autorisation de prélèvement) | 10,50 euros/ trimestre |
| <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° 24

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 : Patrice Muller

Rédactrice en chef : Martine Devries

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 ; Martine Devries ; Françoise Ducos ; Monique Fontaine ; Hélène Girard ; Catherine Jung ; Marie Kayser ;

Sylvie Lagabrielle ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Anne-Marie Pabois ; Elisabeth Pévide ; Anne Perraut-Soliveres ; Martine Toulet ; Christiane Vollaire.

Correspondants : Laurent Dianoux ; Denis Labayle ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ; Monique Sicard.

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
e-mail : j.imprime@wanadoo.fr

Dépôt légal : 4^e trimestre 2003
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, résumés 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