

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

27

DOSSIER

Faire autrement pour soigner

S O M M A I R E

Dossier : Faire autrement pour soigner 3

| | | |
|--|----|--|
| PASSER DU SOIN À LA SANTÉ | | |
| Aujourd'hui pour demain | 4 | Didier Ménard |
| Visages | 7 | Collectif APCME, Evelyne Malaterre |
| Les maladies éliminables | 8 | Collectif APCME |
| L'environnement, un enjeu majeur | 11 | Geneviève Barbier |
| CONSTRUIRE LA QUALITÉ | | |
| Changer tout... | 13 | Anne Perraut Soliveres |
| LA FORMATION PROFESSIONNELLE | | |
| Formation : inverser les valeurs | 16 | Denis Labayle |
| L'éducation du médecin | 20 | Act Up-Paris Sylvie Simon, |
| Ces savoirs qui rendent service | | |
| Définir la qualité de santé | 21 | Martine Lalande |
| S'il te plaît, dessine-moi un usager | | |
| Les femmes forment les médecins | 22 | Sylvie Lagabriele |
| Une formation en poupées russes | 23 | Isabelle Gillette-Faye Elisabeth Maurel-Arrighi |
| PROMOUVOIR D'AUTRES MODES D'EXERCICE | | |
| Un nouveau rythme de travail | 24 | Patrice Muller Sylvie Simon |
| Il n'y a pas que l'arrêt de travail | | |
| La faisabilité | 25 | Didier Ménard |
| DMP, un contenant sans contenu | 26 | Dominique Tavé |
| La question de la rémunération | 28 | Pierre Volovitch |
| Ouvrir des possibles | 31 | Evelyne de Wildeman |
| LES TRANSFORMATIONS DE L'HÔPITAL | | |
| L'hôpital au-delà du réel | 33 | Patrick Dubreil |
| Les renouveaux nécessaires pour l'hôpital | 38 | Patrice Muller |
| UNE AUTRE POLITIQUE DU MÉDICAMENT | | |
| Quelle place pour le médicament ? | 40 | Martine Lalande |
| Rêve de pharmacien | 41 | Lucette Guibert |
| GARANTIR À TOUS UN ÉGAL ACCÈS AUX SOINS | | |
| Une assurance santé solidaire | 43 | Syndicat de la Médecine Générale |
| DE NOUVEAUX DISPOSITIFS | | |
| Quelle place pour la prévention ? | 44 | Henri Pézerat |
| Les méthodes formalisées de participation | 45 | Dominique Donnet-Kamel |
| SAUVER LA SANTÉ PUBLIQUE | | |
| Sauvons la santé scolaire | 46 | Marie-Blandine Basalo, Nathalie Victor |
| Faisons un rêve... | 47 | Nicole Civil-Ayats |
| UNE AUTRE ADMINISTRATION | | |
| Entre contrôle et liberté | 48 | Pierre Volovitch |
| Administration et médecins : le fossé | 51 | François-Xavier Schweyer |
| Du bassin de vie local au niveau national | 54 | Syndicat de la Médecine Générale |
| DES IDÉES RÉALISTES | | |
| Comment l'utopie fait vivre le réel | 55 | Christiane Vollaire |
| La santé, une valeur universelle | 59 | Didier Ménard |

Rubriques

| | | |
|---|----|--|
| Éditorial | 61 | |
| Actu politico-médicale : Santé = solidarité ou logique marchande ? | 62 | Pierre Khalfa |
| Une loi qui change beaucoup et ne résout rien | 64 | Marie Kayser |
| Un euro pour le docteur, s'il vous plaît ! | 66 | Christian Bonnaud |
| La pénurie médicale programmée – Débat | 67 | Sandrine Buscail, Christian Lehmann, Patrice Muller |
| Hôpital : L'hôpital est-il apte à enseigner la vie ? | 71 | Jean-Pierre Lellouche, Dominique Le Houézec, Alain Quesney |
| Le gel de la canicule | 72 | Anne Perraut Soliveres |
| Le dossier médical en psychiatrie | 73 | Claire Gekiere, Odile Morvan |
| Coup de gueule : Une nouvelle carte d'identité ! | 77 | Denis Labayle |
| Lettre à mon médecin-conseil | 79 | Elisabeth Pévide |
| Le médicament : Droit de propriété intellectuelle | 81 | Raoul Marc Jennar |
| Publicité lactée | 83 | Jean-Pierre Lellouche |
| Images du corps : La photographie comme œuvre d'art | 84 | Monique Sicard |
| Ailleurs, autres regards : Si près, si loin... | 87 | Noëlle Lasne |
| Revue : Appel du 3 juin | 90 | Jean-Pierre Lellouche |
| Du côté des amis : Le coût du soin en Afrique | 91 | Santé Sud |
| Nous avons vu et lu pour vous | 92 | Dominique Tavé, François Ducos |
| Courrier des lecteurs | 93 | Sylvie Simon, Anne-Martine Vuillemot |

Pratiques

Oui, dans le champ du soin et la santé, on peut faire autrement dès aujourd'hui. Dénoncer certes la privatisation et les réformes en cours, mais aussi faire connaître et imaginer des alternatives. Il s'agit prioritairement d'identifier et combattre à la racine, les causes de nombreuses maladies : professionnelles, environnementales ou liées à la précarité, au lieu de gérer un système basé uniquement sur la consommation du soin, des examens et des médicaments. Pour cela, des professionnels libéraux, praticiens hospitaliers, citoyens, patients, proposent des changements radicaux dans la formation des soignants, le contenu et les modes de rémunération des professionnels, les rapports soignants soignés. Les pratiques coopératives, telles qu'elles existent dans certains réseaux de santé de proximité, les hôpitaux publics et la politique du médicament ne sont pas oubliées dans les transformations nécessaires. Construire un système de santé solidaire qui donne à chacun, lorsqu'il est confronté à la maladie, un égal accès à des soins appropriés, c'est l'ambition réaliste développée ici.

Dans le hors-dossier, Claire Gekiere analyse les conséquences de l'invasion de l'outil informatique dans le soin en psychiatrie, appuyant la démonstration de Dominique Tavé et Denis Labayle sur les dangers du dossier médical partagé. Raoul-Marc Jennar montre comment la réglementation des brevets influe sur le prix des médicaments et empêche leur accès aux populations les plus touchées par certaines maladies. Jean-Pierre Lellouche analyse avec humour la publicité pour les laits de bébé et plaide, avec sérieux, pour l'absence d'excès dans les soins. L'actualité porte sur la réforme de l'Assurance maladie, la dérive évidente vers une logique marchande et sur la désaffection du métier de médecin généraliste.

Dossier coordonné par Patrice Muller.

Pratiques

Résumé : La finalité de la réforme mise en place par le gouvernement actuel est de diminuer à tout prix les dépenses de soins socialisées pour les transférer vers des dépenses individuelles ouvrant largement le marché aux assurances complémentaires. L'alternative à ce libéralisme nécessite un changement de paradigme : passer du soin à la santé, ce qui suppose des changements de positionnement des soignants et des consommateurs du système de soins.

Aujourd'hui pour demain

Didier Ménard

Médecin généraliste

Il peut apparaître curieux qu'un syndicat de médecins généralistes adopte comme mot d'ordre pour s'opposer à la contre-réforme gouvernementale de l'Assurance maladie : « **passons du soin à la santé, cela est possible tout de suite** ». En tant que professionnels du soin, c'est l'exercice de la médecine qui nous intéresse. Et bien justement, c'est parce que nous sommes des soignants et des progressistes que nous voulons passer du soin à la santé. Il ne peut y avoir de progrès social et de développement de la démocratie si nous restons figé dans l'approche qui réduit la santé à la médecine.

La réforme proposée par le gouvernement ne peut nous satisfaire.

Propagande, mensonges et irresponsabilités

Nous ne nous attarderons pas sur la propagande éhontée concernant le déficit de l'Assurance maladie, du trou abyssal au trou à la minute, le mensonge est trop gros pour mériter une analyse détaillée. Le déficit existe, il résulte de la diminution des recettes conséquence des choix économiques qui supportent l'économie libérale. Le chantage qui accompagne cette propagande et qui dit « si pas de réforme, c'est la catastrophe » et « alors rien ne s'opposera plus à la privatisation », est scandaleux en ce qu'il ne donne aucun

espace à une autre réforme de l'Assurance maladie.

Par contre, il est plus intéressant et révélateur d'analyser le discours sur les abus. Voici un ministre qui sait pertinemment que les abus sont marginaux (rapport de l'IGAS sur les arrêts de travail, explication de la CNAM sur l'utilisation frauduleuse de la carte vitale...) et pourtant, il développe un discours de suspicion à l'encontre des malades qui conduit à favoriser la délation. Certes, on comprend l'intérêt pour lui de fabriquer un écran de fumée pour cacher la véritable nature de sa réforme, mais susciter ce qu'il y a de plus malsain dans la société des hommes pour satisfaire un projet politique révèle d'une irresponsabilité éthique. Cette politique du bouc émissaire ne redore pas le blason de la droite et alimente le désintérêt de la population envers la politique ce qui est une autre irresponsabilité.

Osons poser les questions qui dérangent

Il suffit de rassembler les différents « morceaux » de la réforme et de les assembler pour voir apparaître la véritable nature de cette réforme, qui est de faire payer davantage les malades par l'intermédiaire des assurances complémentaires. Ce transfert des dépenses de soins de l'assurance solidaire vers le secteur marchand constitue la

finalité de la réforme, le reste n'est que l'emballage. Le passage d'une protection maladie solidaire à la marchandisation de la prestation maladie conduit bien à un changement radical de la protection sociale. On peut constater que les défenseurs de la réforme du gouvernement s'évertuent à éluder le débat sur la véritable nature de celle-ci pour se cantonner au dérisoire comme la question de la photo sur la carte vitale. En affirmant que nous voulons passer du soin à la santé, nous tentons de poser le débat sur la nature de la réforme à construire. Nous en sommes à la 17^e réforme depuis 1975. Il est temps de poser sérieusement les bonnes questions.

- Voulons-nous diminuer les dépenses de l'Assurance maladie en décourageant les malades à se soigner ou voulons-nous agir sur les causes des maladies ?
- Voulons-nous continuer à fragmenter la personne humaine en une somme d'organes ou voulons-nous redonner à cette personne, malgré sa maladie, sa cohérence et son intégrité ?
- Acceptons-nous de reconnaître que le formidable progrès technologique, s'il permet de guérir des maladies, ne suffit pas à diminuer les inégalités face à la maladie ?
- Pouvons-nous enfin reconnaître que la personne malade reste citoyenne. Ne continue-t-elle pas, pendant sa maladie, à vivre dans la société et qu'en conséquence sa vie psychique, sociale, affective, culturelle, ne s'éteint pas ?
- Acceptons-nous que cette personne malade du fait de sa maladie ou de son parcours social acquiert une expérience et que cette expérience a valeur d'expertise ?
- N'est-il pas temps de demander aux soignants de briser le cloisonnement qui les sépare, et qui contribue à rendre chaotique le parcours de la personne malade ?
- Est-il donc impossible de briser les tabous, les représentations négatives, les comportements corporatistes, les idéologies conservatrices, pour construire de nouvelles pratiques professionnelles, où les collaborations se feraient sur la

mobilisation des compétences et le partage des savoirs.

- N'est-il pas temps de remettre du collectif là où l'idéologie libérale ne fait que promouvoir l'individualisme et valorise la récompense au mérite personnel et le « management » ?

Ces questions qu'il faut poser aujourd'hui définissent ce qui différencie la médecine de la santé. Nous ne voulons pas que nos métiers évoluent vers l'ingénierie du corps. Nous ne voulons pas être « managés » par des institutions ou des structures qui transforment le soin en une marchandise qui se définirait par sa valeur financière. Nous ne voulons pas être démarchés par des assurances complémentaires qui nous proposent d'acheter nos compétences comme des prestations commerciales. Nous ne voulons pas être contraints d'envoyer les personnes malades dans des « entreprises hôpital » où la nature du soin dépendra de la hauteur des avoirs de son compte en banque. Nous ne voulons pas demain avoir à faire le choix de laisser hors du soin ceux qui, comme aujourd'hui les « sans-papiers », ne satisfont pas à la nécessaire rentabilité des assurances complémentaires. Nous ne voulons pas une médecine pour les pauvres et une médecine de confort pour les riches.

Dire ce que nous ne voulons pas ne doit pas nous enfermer dans un discours protestataire, fût-il fondé. Nous avons aussi la responsabilité de dire qu'il est possible de faire autrement. Affirmer cela n'est pas prétentieux. Depuis plus de quinze ans nous construisons des alternatives pour passer du soin à la santé. Les défis que nous relevons à chaque instant nous donnent la légitimité de dénoncer cette funeste réforme et aussi d'interpeller ses promoteurs pour les accuser de tromperies.

Nous devons et pouvons assumer notre choix de faire passer le soin à la santé

Cette transformation n'est pas si complexe que l'on veut nous faire croire. Ce qui est difficile, c'est le changement de culture, c'est modifier les





dogmes sagement acquis dans la formation initiale, c'est changer de référentiels, c'est changer d'état d'esprit.

Pour passer du soin à la santé, il faut commencer par changer nos pratiques. Des changements s'imposent.

Redonner à la personne malade une place pivot, c'est combattre pour la démocratie. Mobiliser les ressources de la communauté, c'est faire vivre la démocratie de proximité. Transformer les pratiques professionnelles autour des coopérations non hiérarchiques, c'est agir sur la qualité des soins. Décloisonner le social du médical, la ville de l'hôpital, la médecine générale de la médecine spécialisée, le culturel de l'éducatif, c'est commencer à faire de la « santé ». Associer à l'expertise des professionnels celle des personnes malades, c'est faire de la santé. Lutter contre les inégalités de santé et améliorer l'accès aux soins, c'est faire de la santé. Unir la santé au travail avec la santé de l'environnement, c'est faire de la santé. Faire revivre la santé scolaire, c'est faire de la santé. Permettre aux médecins et aux infirmières de faire autre chose que de l'acte curatif, c'est faire de la santé. Permettre aux médecins, aux infirmières, et autres soignants avec les travailleurs sociaux, avec la population de faire de la prévention individuelle et collective, de l'éducation, de la coordination des soins, c'est faire de la santé. Accompagner les personnes malades pour faire valoir leurs droits pour les aider à garder leur dignité et rester maîtres de leurs destins, c'est faire de la santé. Se demander simplement si le projet thérapeutique que l'on choisit est faisable, c'est déjà faire de la santé.

On peut faire un peu ou beaucoup, l'important c'est de montrer que faire plus de santé, c'est redonner aux soins leur juste dimension. Bien évidemment, il ne s'agit en aucun cas de ne plus faire de soin, bien au contraire il s'agit de valoriser le soin en améliorant sa qualité, mais celle-ci passe obligatoirement par l'amélioration de la santé de la personne.

Pour le médecin, cela constitue une modification de l'exercice professionnel. À partir du moment où il se donne pour mission de mesurer l'impact de la vie sociale, affective, psychologique, sur la maladie, alors il s'ouvre un champ nouveau : celui de la santé. Cela est difficile, car il ne peut accomplir cette transformation en restant isolé (ce qui ne veut pas dire ne plus privilégier le colloque singulier). À partir du moment où il conditionne son projet thérapeutique au contrat passé avec la personne malade, il change la nature de la relation médecin-malade. Il accepte que s'exprime devant lui des problématiques qui ne relèvent pas de sa compétence, mais qu'il est indispensable de comprendre et d'intégrer pour construire une réponse efficace. Cette réponse ne peut pas uniquement naître de la compétence du professionnel qui la reçoit. La collaboration avec d'autres acteurs de la santé permet de trouver le plus souvent la solution. C'est ce que l'on appelle le travail en réseau de santé. Des outils existent pour rendre efficace et pérenne cette démarche : la formation pluri-professionnelle, le diagnostic communautaire, la coordination médico-sociale, l'éducation en santé de proximité, la santé communautaire, sont des processus qui existent en France et dans d'autres pays.

Seulement, toutes ces transformations entraînent des ruptures avec l'existant et remettent en cause les habitudes, les certitudes, les dogmes, mais il n'y a pas de transformation sans l'obligation d'assumer ces changements.

Nous savons que la réforme du gouvernement ne pourra pas atteindre ses objectifs. Le chantage qui consiste à dire que si cette réforme ne réussit pas, alors la privatisation de la médecine sera inéluctable, est une affirmation inacceptable. Nous refusons de nous laisser enfermer dans ce diktat, alors que nous savons qu'il est possible de faire autrement.

Passer du soin à la santé est non seulement possible, c'est aussi indispensable.

Visages

Derrière les apparences

Collectif APCME (1)

C'est un cancer du larynx et cet homme de 55 ans, immigré, fumait. Il buvait ? Difficile d'interpréter sa réponse, un peu allusive...

Mais il y a aussi ces bulles d'emphysème, ces traces imperceptibles de fibrose. Et ces quelques plaques pleurales.

C'est un soudeur. Aucune publication ne parle du « cancer du larynx des soudeurs ». Et le mot évoque une image, un stéréotype : « Oui, j'ai compris, c'est un soudeur ». J'ai compris, c'est un fumeur porté sur la boisson qui exerce la profession de soudeur.

Ce que le mot « soudeur » empêche de « voir », une description rapide du lieu, du périmètre de travail sur le terrain, permettra de l'approcher : « Je rentre, par la trappe de visite, dans le four de préchauffage des produits pétroliers (un espace confiné de 1,50 mètres de large, 10 mètres de long, 12 mètres de haut), parfois mal refroidis, encore chaud. Là, il y a les brûleurs et les serpents de tuyaux en chrome, qui servent à chauffer le produit. Il faut découper les épingles (coudes) et chanfreiner à la meule pneumatique, placer les résistances de préchauffage couvertes d'amiante sur les tuyaux ; assembler par une première passe de soudage à arc électrique TIG ; opérer la finition et le bourrage par soudage à l'arc avec baguette au chrome ; installer les résistances de recuisson en amiante ».

L'expertise du CRRMP (2) de Montpellier le confirmera : c'est le cancer d'un soudeur en espace confiné, mal ventilé, contenant des

poussières de chrome, de nickel, d'amiante (trois cancérogènes identifiés par un prélèvement d'atmosphère de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Un homme qu'il faut imaginer en effort statique, dans une ambiance chaude, couvert de sueur, et qui hyperventile.

Difficile de soigner Paul

Evelyne Malaterre - Médecin généraliste

Depuis 2 ans, Paul prend beaucoup de poids. Aux repas, aux goûters plus ou moins équilibrés s'ajoutent encore les moments de télévision « babysitting ». A 10 ans, il est assez grand pour rentrer seul de l'école, juste la rue à traverser, il n'a pas peur, la télé, quelque chose à grignoter, il attend sa mère.

Quand il est malade, c'est difficile, pas de jours enfant-malade, pas de Mamie proche, alors un peu de paracétamol peut aider à tenir la journée sans fièvre. Parfois, la demande de sa mère se fait plus pressante : « Avec des antibiotiques, ça n'irait pas mieux plus vite, Docteur ? Non, non, c'est viral ». Et puis il traîne, il est souvent fatigué : rythme école, centre de loisirs pendant les vacances. Comment parler de régime, prescrire des vitamines, des vaccins ou des antibiotiques quand la seule bonne solution serait une présence à la maison, une matinée de sommeil, un peu de temps pour récupérer d'une varicelle ?

1. Association pour la Prise en Charge des Maladies Éliminables.

2. Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles.

Les maladies éliminables

Collectif APCME

Le terme « maladies éliminables » est absent du dictionnaire. Il désigne pourtant une réalité distincte de celle des « maladies évitables » évoquées dans les programmes de santé publique : il faut convaincre ceux dont on voudrait qu'ils évitent de fumer, de boire ou de se droguer. Pour qu'il n'y ait plus de cancers dûs, par exemple, aux ciments réfractaires chargés en brai de houille, il suffit d'éliminer l'utilisation du brai dans ces ciments.

Ces maladies sont invisibles pour le médecin qui ne connaît pas l'exposition. Quand elles ne sont pas identifiées, les dépenses sont supportées par la branche maladie de la Sécurité sociale : on assiste à un financement collectif non médicalement justifié.

Elles ne représentent pourtant pas une quantité négligeable : la Commission nationale du *Plan Santé Environnement* révèle que « les coûts des atteintes à la santé en relation avec le travail avoisinent ou dépassent 3 % du PNB dans les pays industrialisés » (20 % des dépenses de santé), c'est-à-dire bien plus que le déficit actuel de l'Assurance maladie.

Au-delà de souffrances humaines inacceptables, incompatibles avec un « développement durable », ce chiffre représente le montant comptable du gaspillage (en soins et en pensions) que l'on peut épargner par l'assainissement du milieu de travail. Et notre pays n'est pas le mieux placé : en 2001, on a reconnu en Allemagne 7294 cas

de surdités. La France en reconnaît environ 15 fois moins (543 cas en 2002).

Une association de médecins généralistes

Pour dépasser en actes cette situation, des médecins généralistes de la région du golfe de Fos ont créé « l'APCME » (1). Selon ses statuts, « *L'association a pour but d'améliorer la prise en charge globale des patients vus en médecine générale. Il s'agit de permettre aux généralistes, de jouer leur rôle d'informateurs et d'acteurs sur les troubles et les maladies éliminables dus à l'environnement construit par l'homme sur le bassin de vie et de travail de leurs patients. L'accomplissement de cette fonction doit permettre d'aboutir à l'élimination de ces maladies par les acteurs concernés, et contribuer ainsi à l'amélioration de l'état sanitaire et à la suppression de coûts humains et financiers éliminables.* »

Dans la situation de travail réelle du généraliste, il est presque impossible de disposer d'une information complète et utilisable sur le milieu de travail du patient : le médecin n'a pas d'archives personnelles pour les maladies professionnelles, pas non plus d'archives accessibles sur toutes les maladies professionnelles effectivement reconnues dans le bassin de vie où il opère, pas de renseignements donnés par la Sécurité sociale sur le contenu des enquêtes et des expertises auxquelles elle se livre lorsqu'il effectue une déclaration.

APCME
Rue Charles-Nédélec
13100 Port-de-Bouc
Tél. : 04 42 06 21 17

Vingt-trois médecins généralistes des communes de Port-de-Bouc et de Martigues avaient déjà expérimenté pendant plus de quinze ans une organisation centrée sur les maladies éliminables dans les centres de santé mutualistes de ces communes, basée sur un travail en groupe, géré par une fonction nouvelle dans l'organisation de la santé : le « cartographe ».

Aujourd'hui, le pôle de coordination est utilisé, au total, par soixante-dix médecins généralistes du bassin. Il travaille en relation avec trois associations ouvrières caractérisées par un véritable esprit de solidarité. Il commence à être perçu comme une « interface » possible entre la médecine de ville et les acteurs de la prévention (2).

Une procédure rigoureuse, mais non figée

Point de départ d'un parcours défini comme « parcours du soupçon à la connaissance », géré par un pôle de coordination, le soupçon systématique et obligatoire du généraliste : est-ce qu'on peut exclure que les troubles ou les atteintes de cette personne soient liés au milieu de travail ?

L'outil essentiel : une feuille blanche.

Une procédure rigoureuse, mais non figée, pour le remplissage de cette feuille : le « cartographe » demande au travailleur de se positionner mentalement dans son périmètre de travail en le dessinant grossièrement sur une feuille de format A4. C'est la seule façon que nous ayons trouvée pour le forcer à nous décrire tout ce qu'habituellement il ne dit pas parce que, pour lui, « ça va sans dire ». On lui donne une grille d'identification des facteurs de risques. Pour la construire, on a simulé une situation dans laquelle un analphabète et un médecin du travail expert puissent communiquer sur les facteurs de risque. On en a dérivé quatre groupes de facteurs, comme base d'un langage arborescent. Un langage qui rende perméable l'interface qui bloque la communication entre la personne exposée et l'expert. Un premier groupe : ce qui vient à l'esprit quand on pense au

poste comme à un logement, bruit, température, éclairage. Un deuxième groupe comporte ce qui vient quand on pense strictement au milieu de travail : poussières, fumées, gaz, vapeurs, formes d'énergie, vibrations. Un troisième, les situations qui produisent une fatigue due à l'effort musculaire. Un quatrième groupe : toutes les situations qui produisent une fatigue exception faite de l'activité musculaire : postures, anxiété, rythmes, horaires, etc.

Le « cartographe » en dérive une description essentielle du poste de travail, compréhensible par tous. Trois éléments la caractérisent : la surface réelle ou le volume quelquefois, sur laquelle le sujet peut bouger quand il travaille. Ce que fait concrètement et réellement la personne. Les spécificités locales, c'est-à-dire tout ce qui, pour la même condition de production, peut réduire ou aggraver le risque. Comme les personnes, les postes de travail sont uniques : une même technologie, la coulée de la fonte, peut présenter une spécificité locale, l'emploi de masses de bouchage « au goudron », qui augmente notablement le risque de cancer.

Toute la feuille d'accompagnement passe au médecin consultant. Il s'agit d'identifier les points que le généraliste devra résoudre pour évaluer





l'imputabilité de la maladie au poste de travail. On discute le cas selon cinq critères :

- a) L'atteinte est-elle susceptible d'avoir une origine professionnelle ?
- b) A quels facteurs de risque cette atteinte peut-elle être imputée ?
- c) Ces facteurs de risque sont-ils présents dans les postes de travail du sujet ?
- d) L'atteinte peut-elle être imputée à d'autres facteurs notables, non professionnels ?
- e) D'autres données, de type épidémiologique, confirment-elles l'imputabilité de la maladie aux facteurs de risque en cause ?

Une phase de « mise en route » encourageante

Les résultats de l'exercice 2003 mettent en évidence :

- Un constat « populationnel » : plus de 30 % des personnes effectivement atteintes sont des travailleurs immigrés, souvent affectés à la maintenance ou à la sous-traitance des grands sites industriels. Généralement démunie face aux procédures de déclaration des maladies professionnelles, cette population est en train de trouver les moyens de se défendre, en utilisant chaque jour davantage l'association des généralistes.
- Au-delà de l'amiante, la mise en évidence de maladies « oubliées » : citons, par exemple, les bronchites chroniques et les asthmes. Le diagnostic étiologique en est particulièrement complexe, bien plus que pour les maladies de l'amiante. Les conséquences humaines et financières de ces maladies n'en sont pas moins terribles (3). L'APCME commence à produire la « carte » des lieux qui produisent ces atteintes dans notre bassin de vie.
- Des progrès dans l'assainissement : la diminution sensible du nombre de situations nocives rend d'autant plus intolérables les inégalités qui se vérifient encore dans l'exposition au risque.
- Une fonction nouvelle du médecin généraliste : la fonction de médecin de « l'homme entier » qu'il avait autrefois.

Une condition : le placer au centre d'un système qui lui permette d'accéder à l'environnement de son patient. A terme, l'innovation visée est celle de compléter l'anamnèse traditionnelle, à travers les précédents pathologiques des « parents environnementaux » de la personne : tous ceux qui ont été exposés au même poste de travail sont des « parents environnementaux » de la personne.

Une seule exigence : saisir les informations dans un langage, donc selon des comportements, qui conserve les caractères qu'il a déjà dans le couple formé par le médecin et son patient. Les vues de synthèse ne sont pas réductibles à des éléments « analytiques » éclatés. Le médecin généraliste, médecin de « l'homme entier », a besoin de connaître le « poste de travail entier ».

C'est en traitant de cas concrets et spécifiques que les médecins généralistes apprennent à affronter le problème.

La réalisation d'un projet de « Galerie des Cas » nous mobilise donc désormais. Trois objectifs essentiels :

- L'accès de tous aux données. Il est alors nécessaire de construire un langage empirique, certainement non figé, compréhensible par tous.
- Construire une mémoire cumulative, c'est-à-dire une mémoire de tous les médecins de l'association, des autres experts, de tous les citoyens, plus riche que celle de chaque médecin singulier.
- Un objectif immédiat : mettre chaque médecin, et chaque navigateur de la galerie en condition d'identifier le plus vite possible, la possibilité d'un rapport entre le milieu de travail et la santé.

1. Association pour la prise en charge des maladies éliminables.

2. Le projet est financé par l'URCAM dans le cadre des « fonds d'amélioration des soins de ville » (Faqsv) pour la période 2003-2006. Il bénéficie de l'aide de la région PACA et la direction régionale du travail.

3. On estime à 2 500 000 le nombre de sujets atteints de bronchites chroniques en France. Par ailleurs, 20 à 30 000 personnes meurent chaque année d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Résumé : Les effets de « l'environnement » sur la santé ont toujours été contestés. La connaissance récente des conséquences de la pollution, non seulement sur les individus, mais sur leurs enfants n'est-elle pas un nouvel argument pour agir ?

L'environnement, un enjeu majeur

Geneviève Barbier

Médecin généraliste

C'est déjà « d'environnement » dont il était question lorsque Pasteur, simple chimiste, présentait ses travaux à l'Académie de médecine. « *Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, [...] non seulement je ne me servais que d'instruments d'une propreté parfaite, mais je nettoierais mes mains avec le plus grand soin...* » déclara-t-il en 1878.

Farouchement opposé à la théorie de la génération spontanée, il affirmait haut et fort que les chiffons sales n'enfantent pas des souris et que de nombreuses maladies proviennent de germes extérieurs. Ses expériences, considérées « curiosités d'histoire naturelle » furent déclarées quelques années encore bien peu utiles aux affaires de la médecine. On entendait alors que « *Tout ce qui sort du laboratoire soit circonspect, soit modeste, soit réservé, tant qu'il n'a pas reçu la sanction des longues et patientes recherches du clinicien.* (1) » En Angleterre pourtant, l'appel de Pasteur avait eu l'écho qu'il méritait. Lister, professeur de chirurgie à Glasgow, opérait déjà – malgré les moqueries et les sarcasmes –, avec de l'eau et des instruments phéniqués : ces mesures firent baisser de 60 à 15 % la mortalité par amputation, tandis que la plupart des chirurgiens français continuaient d'opérer en redingote.

Lorsque près d'un siècle plus tard Winnicott, pédopsychiatre anglais, lança dans un congrès « le bébé n'est pas une personne », l'auditoire d'abord consterné comprit le sens de cette provocation : il était question, là encore, de l'environnement, c'est-à-dire de ce que Winnicott appelait « l'assez bonne mère », en interaction permanen-

te avec son enfant, incarnant à elle seule l'univers de son bébé, ses désirs à lui magiquement exaucés par sa fine adaptation à elle. Depuis la psychanalyse d'enfants, on sait combien, sans cette harmonie première, le psychisme se construit sur un champ de ruines et se structure dans le chaos. Si les psy se chargent aujourd'hui de l'environnement psychique, qui répond de l'environnement physique des enfants ? Reprenons nos manuels de pédiatrie et nous y trouverons, effarés, l'explication de notre inculture. *Développement staturo-pondéral, calendrier des vaccins, affections diverses, accidents domestiques*, rien de plus. Au chapitre « asthme de l'enfant », on lira la définition, le diagnostic positif, les critères de gravité à apprendre par cœur, les médicaments. Silence sur les causes et leur prévention. Quid des allergies alimentaires, de l'étiologie des cancers (inconnue ou « génétique »), des toxiques qui menacent le développement de l'enfant, de la pollution de l'air ?

Dans leur corps aussi, les bébés nous viennent sans défense. On est heureux de découvrir que le fœtus, à travers le ventre de sa mère, entend les bruits et reconnaît les voix. On rêverait d'une perméabilité sélective, ne laissant filtrer que le beau et le bon. Hélas, le nouveau-né garde certaines empreintes accumulées au cours de la grossesse : il vient au monde déjà stigmatisé par l'environnement dans lequel vivent ses parents. Résidus de pesticides, gaz toxiques, produits mutagènes : jusqu'à plusieurs centaines de polluants peuvent être « collés » sur ses gènes (2). Il n'en mourra pas.



Mais que sait-on au juste de cet encombrant héritage et qui pourrait affirmer qu'il est étranger à la flambée des allergies, à l'augmentation des cancers, des maladies auto-immunes, du diabète ? Nous médecins ignorons tout puisque, comme au temps de Pasteur, il ne s'agit pas de médecine...

Dès la vie foetale les cellules sont mises à l'épreuve par le milieu ambiant et leur développement peut être contrarié par de nombreux éléments qui perturbent la fine machinerie cellulaire où chaque respiration, chaque plissement, chaque flottement répond à d'imperceptibles messages destinés à des missions délicates et précises. La moindre cellule abrite un petit service de nettoyage, un département défense, quelques chantiers spécifiques, et bien sûr se consacre

toute entière à sa mission : sécréter une hormone, lubrifier une paroi, permettre un mouvement, transmettre un influx, tout en respectant l'ordre supérieur. En cas de panne, elle se supprime elle-même, pour ne pas compromettre l'harmonie de l'ensemble.

Une telle perfection invite au respect, nous remplirait d'une forme de gratitude, certains même y puisent leur foi. Par quel aveuglement ou quelle paresse imaginer que cet équilibre pourrait être constamment mis à mal sans jamais s'altérer ?

Le sens commun admet que l'usure de l'âge explique les multiples dérèglements et la dégradation qui conduit les êtres vivants vers la maladie et la mort. Les biologistes précisent : l'usure provoque un stress oxydatif qui abîme les gènes, chefs d'orchestres de la cellule. Mais le seul « vieillissement de la population » sensé tout expliquer a fait long feu. Depuis quelques années, certains spécialistes nous éclairent : les poisons abîment les gènes et ce préjudice peut se transmettre aux générations suivantes. On l'a déjà vu sur les souris : la pollution atmosphérique provoque des mutations que l'on retrouve chez les

petits, surtout celles observées chez les mâles. Dans l'espèce humaine, les scientifiques ont déjà fait état de l'augmentation du risque de cancers d'enfants (3) lorsque le père était exposé aux pesticides *avant* ou *pendant* la grossesse (4).

Quant aux cancers dits d'origine « génétique », auraient-ils quelque chose à voir avec l'environnement ? Certaines femmes sont porteuses d'une mutation du gène *BRCA1* qui les expose à un risque accru de cancer du sein. Cette infirmité, présentée comme une marque du destin, peut se transmettre aux générations suivantes. Parfois l'anomalie apparaît sans avoir jamais existé chez la mère, les tantes, ni les grand-mères. D'où peut bien venir cette disgrâce ? Gilles Eric Seralini nous a expliqué comment l'environnement peut faire irruption dans ces 5 % de cancers du sein dits « génétiques ». La cellule sollicite sans compter ses gènes de réparation, qui se déploient pour remplir leur fonction de défense. Cette activité les expose davantage aux divers toxiques, aussi sûrement qu'un soldat prend plus de risques lorsqu'il avance sur le champ de bataille. Les gènes les plus sollicités sont ainsi plus accessibles aux divers agresseurs et la cellule répare sans relâche ses blessures jusqu'au jour où elle ne parvient plus à rétablir l'intégrité de ses gènes : le processus morbide est en marche. Or, le gène *BRCA1* étant précisément un gène protecteur, il est utilisé très souvent. N'est-il pas grand temps de reconsidérer nos convictions scientifiques sur les maladies génétiques « dues au hasard » ?

Ce qu'on appelle encore notre « environnement » mérite plus d'attention et surtout plus de modestie, faute de quoi ce décor que nous maltraitons sans vergogne pourrait bien continuer sans nous.



1. Réponse de Chassaing au savant (Marcel Sendra, Histoire culturelle de la maladie, Privat 1980).

2. Gilles Eric Seralini, *Génétiquement incorrect*, Flammarion, 2003.

3. Pour les cancers du cerveau, leucémies, tumeurs de Wilms, sarcome d'Ewing, tumeurs des cellules germinales.

4. Daniels J.L., Olshan A.F., Savitz D.A., *Pesticides and childhood cancers*. Environ Health Perspect 1997; 105: 1068_77 (cité par J.C. Pairon, P. Brochard, *Les cancers professionnels*, Margaux orange, 2000).

Résumé : La survie du système de santé solidaire passe par une révolution culturelle. Si le soignant doit abandonner ses rêves de toute puissance, l'utilisateur doit accepter la responsabilité qui lui incombe et l'administration accompagner ce changement.

Changer

tout...

Il est urgent pour nous tous, citoyens, de nous préoccuper de la réalité du système de soins actuel, à la lumière critique de ce qu'il a été, dans l'angoisse de ce qu'il est déjà et dans la crainte de ce qu'il risque de devenir si nous ne sommes pas capables d'enrayer dès maintenant la déshumanisation qui l'a saisi.

La première question est d'importance, car elle conditionne l'ensemble des autres. Comment glisse-t-on d'une conception directiviste et positiviste du soin à une responsabilisation conjointe des usagers et des professionnels de divers niveaux de compétence et de culture? En effet, il ne suffit pas de faire semblant de convoquer la responsabilité pour qu'elle advienne, il s'agit d'abord de penser les structures souhaitables à la lumière de ce que l'on prétend rechercher. La place de l'être humain dans le système de santé est aujourd'hui à l'aune de ce qu'elle est dans la société « bien portante » : il passe après les questions budgétaires qui elles-mêmes passent, de loin, avant les questions de sens. Autant dire que pour qu'un véritable partenariat se dessine un jour entre les acteurs du système, il faudra que le changement de perspective soit simultané du côté de la population comme du côté des soignants et surtout que les institutions suivent...

S'interroger sur le sens du soin pour le patient, le malade... oblige à poser au préalable la question de sa place dans le système de soins. Quelle place sommes-nous disposés, nous soignants, à lui laisser prendre? Mais aussi quelle place devons-nous occuper?

Que signifie « soigner » pour les infirmières, les médecins, les autres acteurs de santé? Où en sommes-nous de notre réflexion sur la personne comme sujet de sa maladie, comme auteur de sa vie, comme partenaire de ses soins? Comment trouver le chemin éthique d'une relation d'aide sur fond d'empathie, aborder la dépendance momentanée sans réduire l'autre à son trouble, à son handicap, à sa misère? Comment espérer lui rendre sa responsabilité sans changer notre propre regard sur cet autre, notre façon de communiquer, sans repositionner nos idéologies, nos intérêts? S'il appartient à chacun de s'interroger sur le sens de son implication dans la société, il nous faut également apprendre à penser la santé d'abord comme un capital à préserver tant individuellement que collectivement, sans pour autant l'ériger en dogme. Notre système reposant sur la solidarité, il est impératif qu'elle s'épanouisse dans la prévention des effets délétères des mauvaises conditions de vie et de travail. Si la

Anne Perraut Soliveres

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

Le savoir de la nuit
Anne Perraut Soliveres
Paris, PUF, 2002



maladie n'est pas réductible à ces causes environnementales, on gagnerait sans doute beaucoup à éliminer certaines pathologies et autres causes évidentes de mal-être. Une autre urgence serait de repenser les notions de droit d'accès aux soins pour tous et de solidarité dans une société qui encourage la consommation comme un devoir de citoyen. Cela passe évidemment par une information très précoce et large des enjeux et nécessités collectifs et surtout, par une connaissance des réalités politiques à l'œuvre. Autant dire une révolution.

Du côté du patient

Quel que soit le vocable dont on l'affuble, celui-ci se trouve fort démuné lorsque la maladie vient le surprendre. Entre la peur du pire et le déni, les réactions sont une palette infinie de comportements, rarement rationnels. C'est pourtant par la rationalisation de ses symptômes que va s'ébaucher sa « prise en charge » par les soignants. Autre notion dont il serait urgent de se débarrasser, tant elle engendre cette idée « d'objet de soins » qui nous a menés dans l'impasse actuelle.

Une première révolution consisterait à explorer collectivement les différentes formes que pourrait prendre la gestion de son problème par l'usager avant de chercher à diversifier les modes de prise en charge de l'usager par les soignants. La personne attend parfois des soignants une attitude et son contraire, mais dans tous les cas, elle espère une attention à son problème, ce qui peut se décliner dans des registres très éloignés des solutions habituellement proposées. C'est là où la gamme des compétences requises par les attentes des patients s'avère extrêmement large et surtout n'est absolument pas pensée ni développée, comme si elle allait de soi.

A l'hôpital, le problème est complexe. Toute l'organisation des soins est basée sur le découpage, ce qui rend de plus en plus aléatoire la personnalisation de son parcours. La hiérarchisation des soins constitue le premier écueil à cette recon-

naissance. Le système base son fonctionnement sur le classement : par ordre de gravité (risque ou non de mort imminente), par unités de temps d'hospitalisation, de jour, d'aigus (moins de 5 jours) ou de soins de suite en vue du contrôle des coûts, par découpage en spécialités d'organe ou sous-organes, en distinguant médecine ou chirurgie et surtout en fonction de l'intérêt ou non pour la science, autre insupportable discrimination qui laisse des vieillards multipathologiques en carafe aux urgences, abandonnés au bon vouloir de services pas très « hospitaliers ». C'est là où le terme patient prend toute sa signification... même si on préfère aujourd'hui parler d'usager, que d'aucuns espèrent bien transformer en client...

Du côté des soignants

Par où prendre le système de santé pour le rendre conforme aux besoins ? Admettons comme principe que les motivations à soigner soient assimilées à la crème de l'individu (son meilleur...), sachant qu'elles sont loin de suffire et qu'il va lui falloir apprendre à en trier les éléments essentiels, en éliminer autant que possible les « impuretés », à savoir les raisons obscures qui le poussent à partager la misère des autres afin d'échapper à la sienne, ou bien le déni de sa propre fragilité dans l'oubli de soi, ou encore le sentiment de toute puissance qu'il espère inconsciemment tirer de la fréquentation du pire des autres.

De même, et surtout, il lui faudra se doter des moyens de repérer et développer ses compétences personnelles dans l'intérêt de la mission qui sera la sienne. Tout cela, bien sûr, sans se détruire lui-même, ni surtout oublier de s'épanouir, car il n'est de pire soignant (et surtout de moins durable) que celui qui se donne sans compter, jusqu'à se perdre.

Nous sommes là dans les prémisses de la disposition à soigner auxquelles il va falloir ajouter de multiples compétences et savoirs en fonction des populations auxquelles sont destinés les soins. Il

va sans dire que les candidats n'ont ni le même profil, ni les mêmes centres d'intérêt, ni d'ailleurs les mêmes appétences et capacités intellectuelles ou humaines. Si nous cessions de hiérarchiser ces capacités, il ne serait pas très difficile d'orienter les candidats soignants vers un développement de leur propre potentiel. Il faudrait alors construire la progression des savoirs sur un autre modèle que celui qui consiste à écrémer les futurs médecins et soignants par l'évaluation de leur capacité à ingurgiter des connaissances théoriques, sans aucun lien avec le concret de la personne ou de la société et encore moins de ses systèmes. La possibilité de passer d'un métier du soin à un autre par une construction des savoirs en modules dédramatiserait le tri au cours de la formation et instaurerait l'idée d'une progression possible, constante, ainsi que la conscience que tout savoir se perd s'il n'est pas réactualisé, puisque l'on ne connaît bien que ce que l'on pratique. La possibilité de naviguer d'un aspect à l'autre de l'exercice d'un métier (plus ou moins théorique, technique ou relationnel), à qualification égale, par l'accès permanent à l'actualisation des connaissances, permettrait à chacun de s'orienter au mieux en fonction des phases de sa propre évolution, d'affiner ses compétences en lien avec son expérience et les opportunités qui se présentent à lui. Considérant le coût humain et financier des formations à soigner, on aurait grand intérêt à les faire se dérouler en situation pour une grande part, construisant les savoirs théoriques en interpellation permanente avec le terrain. Il y aurait ainsi beaucoup à gagner à faire travailler ensemble des professionnels d'expérience et des débutants afin que les uns et les autres actualisent et discutent les pratiques en vigueur. Là encore, la prise en compte de l'expérience permettrait à ceux qui sont motivés par cet aspect formateur du métier de bénéficier d'un suivi théorique de l'accompagnement des étudiants ainsi que des jeunes professionnels, intégré dans leur temps de travail, reconnu et donc rémunéré en conséquence. Il en serait de

même pour tous les aspects du soin ou de la santé qui relèvent des professionnels. De trop nombreuses formations n'ont aucune réalité ni retour dans la pratique et ne présentent que peu d'intérêt pour l'individu ou pour la collectivité. Il s'agit de ne jamais oublier que cette mission doit s'harmoniser non seulement avec d'autres corps de professionnels intervenant dans des champs proches, mais surtout en partenariat étroit avec la personne malade...

Du côté de l'administration

La gestion du système de santé, si elle ne peut faire l'économie d'une prise en compte des besoins (?) de la population, ne saurait ignorer davantage le point de vue des observateurs incontournables que sont les soignants aux divers niveaux d'exercice. Aucun soignant n'a été formé à penser le système de santé dans sa globalité, pas plus que les administratifs ne connaissent le problème de la maladie dans ses réalités les plus élémentaires. Il n'est donc pas facile pour les uns et les autres de résoudre les contradictions entre l'intérêt individuel du patient, qui devrait être l'interlocuteur privilégié, et l'intérêt collectif dans toutes ses acceptions, culturelle, sanitaire, économique et politique. Ajoutée à cela la prédominance absolue d'une idéologie « scientifique » et technologique, couronnée par une conception néolibérale de l'Etat, et on a tous les ingrédients d'une bureaucratie paralysant toute tentative d'évolution de l'une ou l'autre des parties. Il est incontournable, dans une perspective de changement, de repenser la responsabilité de chacun, ce qui demande un changement radical de la distribution des pouvoirs. Autant dire qu'une direction strictement administrative (et surtout financière) du système est vouée à l'échec, comme le serait probablement une gestion livrée au pouvoir médical. C'est dans une participation large de tous les acteurs concernés que doit se redessiner l'administration des systèmes de santé et de soins dont nous avons besoin.



Résumé : L'enseignement initial de la médecine est obsolète. Une inversion est à faire dans les valeurs des connaissances à acquérir dans la formation initiale des soignants : plus de sciences humaines, moins de sciences exactes avec pour primauté l'étude de l'être humain dans toutes ses globalités : le corps mais aussi les relations humaines, se connaître, connaître l'autre, l'étude des différents âges de la vie, de la naissance à la mort. Ces nouveaux enseignements doivent s'accompagner de nouvelles méthodes pédagogiques.

Formation : inverser les valeurs

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue

Après 1968, la formation des médecins a bénéficié d'importantes réformes de programmes et des méthodes pédagogiques.

Toutefois, il apparaît aujourd'hui, trente-cinq ans après, que ces réformes pour profitables qu'elles furent pour moderniser un enseignement obsolète, n'ont pas changé radicalement la formation médicale. On a adapté l'enseignement antérieur sans s'attaquer aux vrais changements qui auraient permis l'émergence d'une génération de médecins mieux préparés à résoudre les problèmes de santé de la population.

Ce texte est le résultat de la réflexion collective d'un petit groupe de médecins et de soignants qui, avec le recul de l'expérience, souhaitent réfléchir sur le problème de leur formation.

Un certain nombre d'erreurs graves

Il apparaît que la formation actuelle s'appuie sur un certain nombre d'erreurs graves.

D'abord, la sélection sur une base scientifique.

Rien ne la justifie pour la pratique médicale du généraliste comme du spécialiste. La sélection sur des bases scientifiques, loin d'être un avantage, est un handicap quand on sait que l'art médical est de raisonner, de déduire, de communiquer, de savoir s'exprimer et d'écrire correctement. On se demande pourquoi la formation littéraire n'a pas été retenue. Ne serait-elle pas la mieux adaptée à l'exercice futur de cette profession ?

Bien sûr, on nous opposera l'esprit de rigueur que favoriseraient les mathématiques ou la nécessité d'avoir des notions statistiques pour connaître l'épidémiologie et réaliser un travail de recherche. Que certains bénéficient d'une formation mathématique rigoureuse parce qu'ils se destinent à une carrière de chercheur, c'est une évidente nécessité. Doit-on pour autant imposer à tous les étudiants une telle formation ? Ou en faire le seul mode de sélection ?

À côté des matières dont l'intérêt est purement sélectif, d'autres matières sont utiles, mais leur enseignement est totalement hypertrophié.

Quel médecin se souvient, après dix ans d'exercice, du nom des trous de la base du crâne qu'il a appris par cœur ? Quel intérêt y a-t-il à connaître toutes les facettes de la clavicule et de la tête du grand trochanter du fémur si on n'a pas l'intention de faire de l'orthopédie ? Faut-il pour exercer connaître par cœur tous les composants du cycle de Krebs ? Quel intérêt d'apprendre la disposition détaillée de tous les noyaux du cerveau et du cervelet ? Quant à l'anatomopathologie, si une connaissance de base est justifiée, son enseignement détaillé n'est d'aucune utilité pour le futur médecin, hormis pour ceux qui se destinent à cette discipline ou à la spécialité correspondante. Et ainsi de suite...

Car une fois l'examen passé, l'étudiant n'a qu'un objectif, oublier l'inutile et passer à autre chose. Une connaissance claire des éléments de bases est indispensable pour tous, mais il faut réserver un enseignement plus complet à ceux qui se destinent à la spécialité.

Si certaines matières sont hypertrophiées, d'autres sont absentes ou réduites à leur plus simple expression : rien ou presque sur la relation médecin-malade, rien sur la communication.

Rien également du prix des médicaments et des examens, rien ou presque sur l'organisation sanitaire nationale et internationale, rien sur la Sécurité sociale, l'hôpital, rien sur l'apprentissage des langues...

En faisant un tour de table, la grande majorité d'entre nous a avoué avoir terminé ses études médicales sans avoir assisté à un accouchement ! Incroyable, mais vrai.

Quant à la contraception, nous étions souvent moins au courant que des étudiants en sociologie et guère plus que les étudiants en astrologie.

Notre impression est que les études médicales prennent le problème de la formation à l'envers : le savoir théorique avant la réflexion, l'étude du rare avant celle du courant.

Ce que nous proposons

Et si nous inversions le processus, si la formation des futurs médecins commençait par l'apprentissage de l'être avant celle du savoir ; si dans le domaine du savoir, nous commençons par celle du sujet en bonne santé avant celle du malade, et si dans le cadre des pathologies, nous débutons par l'étude des difficultés rencontrées par le patient consultant avant celles rencontrées par le malade hospitalisé ; enfin, si au lieu d'apprendre la médecine isolément, on apprenait à travailler ensemble.

1°. Se connaître.

Non seulement connaître son corps anatomique et physiologique, mais aussi connaître son psychisme, ses motivations pour débiter ce métier

particulièrement complexe. Découvrir ce qu'exige la relation du médecin avec le malade, appréhender l'angoisse de l'autre, celle du malade et celle de sa famille, apprendre la valeur des mots en médecine, savoir ce qu'est l'écoute exacerbée de celui qui souffre, savoir aborder la vérité le plus humainement possible.

Réfléchir sur la notion de souffrance : son histoire, sa perception, son évolution, sa valeur émotionnelle...

Beaucoup de médecins, de soignants ou de professionnels administratifs de la santé ne découvrent véritablement l'ampleur de la déshumanisation des structures de santé et de leurs acteurs que le jour où eux-mêmes sont confrontés à la maladie.

Aussi, pour débiter les études médicales, ne faudrait-il pas soi-même un tant soit peu approcher du vécu du malade, en passant deux ou trois jours à l'hôpital. Une telle mesure peut paraître ridicule. Pourtant, tous les médecins qui ont vécu l'expérience de la maladie en ressortent différents. Ce stage aurait à coup sûr des retombées autant humaines qu'économiques.

Certains, parmi nous, ont proposé d'autres moyens pour mieux connaître comme l'expression théâtrale... La liste n'est pas exhaustive.

2°. Connaître l'autre.

Avant de se plonger dans l'étude détaillée de la pathologie, pourquoi ne pas commencer par savoir ce qu'est la vie ?

Et l'on pourrait articuler des modules autour de la naissance, de l'enfance, de l'adolescence, de l'âge adulte, de la vieillesse et de la mort.

– La naissance sous tous ses aspects : la contraception, le désir de grossesse, le fœtus (embryologie, mais aussi la surveillance clinique et échographique de l'embryon), la grossesse (sa physiologie, mais aussi la surveillance, l'abord psychologique, les différentes étapes de la prise de connaissance, le contact, le changement psychologique dans la vie du couple...). L'accouchement (la préparation à l'accouchement, la péridurale, assister à un accouchement,





les soins à l'enfant, les soins à la mère, l'abord psychologique des autres membres de la famille...). Enfin la naissance (comment s'occuper d'un nourrisson, l'allaitement...).

Et comme stages pratiques, on pourrait demander à l'étudiant d'assister un généraliste ou un spécialiste dans la surveillance d'une grossesse, assister à un accouchement, visiter une crèche, rencontrer le planning-familial.

– La petite enfance et ses étapes: l'étudiant aborderait le problème sous tous ses angles: physiques, psychologiques, familiales, économiques...

Comme stages, il aurait à visiter une crèche, rencontrer des médecins de PMI, rencontrer des pédopsychiatres.

– L'adolescence. Les modifications physiologiques, hormonales, anatomiques et psychologiques. L'apprentissage de la sexualité, la contraception, l'avortement. La prévention des dépendances face aux drogues: tabac, alcool, shit et autres, etc.

Et pour les stages pratiques: suivre des campagnes d'information sanitaire dans un lycée. Visite d'un centre antitabac et antitoxico. Rencontre avec les acteurs de terrains...

– L'âge adulte. Le travail, l'influence des conditions de travail sur l'organisme, les accidents de travail, les conséquences du chômage... L'adulte et la sexualité, la vie de couple, le divorce... L'alcoolisme, les accidents de la route. La retraite. Comme exemples de stages: visiter un centre de prise en charge de l'alcoolologie. Aller à l'ANPE, discuter avec des responsables. Aller dans un stage de préparation à la retraite...

– La vieillesse. Celle du corps, mais aussi de l'esprit, de la sexualité. La dépendance, la conservation de la mémoire...

Stages: visiter plusieurs maisons de retraite, des hôpitaux de longs séjours, rencontrer des réseaux en gérontologie.

– La mort. Comment aborder la mort, écouter le patient, son désir? Comment traiter la douleur? Comment dire la vérité au patient et à sa famille? Comment aider les familles après la mort?

Comme stages: suivre une équipe mobile de soins palliatifs. Assister à des réunions entre soignants et abordant ce sujet.

On peut constater que, rien qu'en énumérant tous ces sujets à enseigner, on se rend compte qu'il y a de quoi occuper un certain temps les étudiants avant de leur apprendre la pathologie.

3°. Connaître les autres acteurs de la santé.

Contrairement à ce qu'on apprend aujourd'hui, l'exercice de la médecine n'est pas une affaire solitaire, individuelle, mais un travail collectif. On ne peut correctement exercer ce métier sans connaître le travail des autres acteurs de santé qu'il s'agisse des infirmières, des kinésithérapeutes, des diététiciennes, des assistantes sociales, des administratifs.

Pour chaque catégorie, l'étudiant devrait connaître la réalité de leurs études, de leurs responsabilités, des gestes pratiqués, de l'évolution de la profession dans les autres pays, de leur rôle psychologique, sociale et thérapeutique.

Et pour connaître au mieux le travail de l'autre, rien ne vaut le stage pratique.

Un stage infirmier réel devrait être obligatoire, ne serait-ce que pour savoir faire une prise de sang, prendre la tension, assurer des soins aux personnes âgées, changer un malade, traiter des escarres, etc. Et de la même façon, un stage en maternité, auprès d'un kinésithérapeute, d'une diététicienne, d'une assistante sociale.

Comment soigner un patient sans rien connaître de ses conditions sociales, de ses conditions de vie? On ne surveille de la même façon le traitement d'une tuberculose chez un jeune étudiant et chez un travailleur immigré habitant dans un foyer Sonacotra.

Quant à l'administration de la santé, il y aurait beaucoup à dire sur sa propre formation déficiente par bien des côtés. Mais là aussi, connaître les modes de recrutement, les formations, les carrières offertes, les responsabilités serait un moyen de mieux comprendre les rouages de l'organisation sanitaire.

Connaître les pathologies et les traiter

Ce n'est qu'après cette réflexion sur lui-même, après la connaissance des différentes époques de la vie, après avoir travaillé un temps au contact des autres que l'étudiant pourrait débiter le reste de l'enseignement médical en insistant sur la connaissance des pathologies et leurs thérapeutiques, et en réduisant l'inutile. Cet apprentissage doit être comme aujourd'hui livresque et pratique, mais, surtout, unifié. Plus de formation en double, parallèle et concurrente, universitaire et hospitalière. Une seule référence, universitaire, comme dans la majorité des pays européens.

L'étude théorique ne doit en rien supplanter l'étude pratique par le compagnonnage réalisé auprès de médecins de ville et de médecins hospitaliers. Mais là encore, l'ordre de la formation doit être inversé: débiter par l'étude des pathologies du patient consultant en ville, avant d'étudier les maladies plus graves et plus complexes des malades hospitalisés.

De même pour l'apprentissage des spécialités, l'étudiant pourrait suivre le même ordre: commencer par connaître les pathologies les plus courantes observées en cabinet de ville et terminer les stages par l'étude des autres pathologies en milieu hospitalier. Mieux apprendre ce

que l'on rencontre souvent, avant de bien apprendre ce que l'on rencontre rarement. Cela paraît une évidence! Elle est pourtant bien éloignée de la réalité des études médicales actuelles.

Conclusion

On ne peut, en quelques pages, reconstruire un programme des études médicales. Nous n'en avons ni les capacités, ni le mandat. Mais notre objectif était d'apporter au débat notre réflexion. Encore faudrait-il qu'il y ait débat! Or malheureusement, si tout le monde constate les carences de la formation actuelle des médecins tant sur le plan médical qu'humain et économique, fort peu proposent de réels changements.

Il y aurait aussi beaucoup à dire sur la formation médicale continue. On ne peut pas décider de mettre en première ligne tous les médecins généralistes quels qu'ils soient, ceux qui se forment régulièrement et ceux qui vivent depuis des lustres sur l'acquis. Juste pour des raisons économiques, dit-on. Pour être en première ligne, encore faut-il accepter une formation permanente et un contrôle périodique des connaissances. L'insuffisance de connaissance a, lui aussi, un coup économique et humain qui peut être considérable. A suivre...



L'éducation du médecin

Act Up-Paris

Les personnes vivant avec le VIH ont une expertise de la maladie, qui n'est pas la même que celle produite par le savoir scientifique. Chaque malade expérimente l'évolution du virus dans son corps et en acquiert une connaissance indispensable. Quand, dans une relation thérapeutique, cette expertise propre du malade est ignorée ou réduite à un simple témoignage négligeable pour toute décision, alors l'éducation du médecin devient indispensable.

La prise en compte des effets indésirables des traitements est un des exemples les plus pertinents. La tentation est grande pour les médecins de focaliser sur la seule efficacité des médicaments, en se concentrant sur les marqueurs biologiques (charge virale, taux de CD4), excluant ainsi tout ce qui fait pourtant le quotidien des personnes séropositives, les effets dits « secondaires », extrêmement handicapants, et parfois fatals : nausées, diarrhées, ostéoporoses, troubles de la répartition des graisses, accidents cardiaques, neuropathies, etc. Si ces effets sont négligés par le médecin, il est indispensable pour le malade de les lui imposer comme base de discussion en lui demandant, par exemple, d'adapter la posologie des traitements ou d'envisager des vacances thérapeutiques.

Cette éducation du médecin peut prendre de nombreuses formes, y compris conflictuelles, et il est nécessaire de la relayer au-delà des seules relations thérapeutiques, interindividuelles, entre le médecin et son « patient », sous des formes collectives. C'est le sens, par exemple, de la participation des associations de malades du Sida au groupe d'experts présidé par le professeur Delfraissy, qui émet régulièrement des recommandations

mises à jour pour la prise en charge de l'infection. Cette participation, qui ne s'est pas faite sans mal ni sans lutte, a obligé les scientifiques à prendre en compte, au-delà du seul thérapeutique, l'ensemble des aspects, y compris les aspects sociaux, dans la prise en charge de la maladie.

Les RéPI (Réunions Publiques d'Information) qu'Act Up-Paris organise tous les deux mois sont une autre forme collective d'éducation du médecin. Le principe est de confronter l'expertise d'un chercheur ou d'un clinicien aux expériences et aux questions des malades présent-es dans la salle. La réunion informe les personnes touchées sur tel ou tel point d'actualité, mais, en retour, les intervenant-es sont confronté-es au vécu de la maladie et aux interrogations des malades, ce qui implique de remettre en cause régulièrement ses certitudes.

Dernière expérimentation en date : le 7 mars dernier, un collectif d'associations organisait les premiers Etats généraux « Femmes et VIH » (1), dont le dispositif était inédit : sur l'estrade, des femmes séropositives ; dans la salle d'autres femmes, mélangées à des scientifiques. Pour la première fois, les chercheurs et les médecins n'étaient pas placés sur la tribune, mais dans la salle, à écouter ces femmes parlant de leur maladie, des manques de la science ou de leurs médecins, et des problèmes qui n'arrivaient pas toujours à être formulés au cours d'une consultation, faute d'une véritable écoute du médecin. Ce fut sans doute une expérience importante pour les femmes touchées, mais aussi pour leur médecin.

Act Up-Paris
BP 287
75525 Paris Cedex 11
Tél. : 01 48 06 13 89
Fax : 01 48 06 16 74
<http://www.actupparis.org>

1. Les actes sont disponibles sur le site d'Act Up-Paris, www.actupparis.org.

Ces savoirs qui rendent service

Lorsque j'ai décidé de faire ce métier de kinésithérapeute, c'était bien pour transmettre ce que j'avais appris sur le corps, le corps vécu ressenti comme une unité. Je m'inquiète aujourd'hui que l'on parle « d'évolution moderne de la kinésithérapie » lorsqu'on parle d'ostéopathie. Car si les études de kinésithérapie ont une vision trop mécaniste du corps, la mode de l'ostéopathie, qui parle de globalité, n'apprend rien aux patients, n'est pas partageuse, ce sont les mains du thérapeute qui savent et qui soignent. Sauf exception, le thérapeute n'a pas l'expérience d'un travail corporel sur lui-même à transmettre, ce n'est pas prévu dans la formation.

Domage que dans certains stages d'ostéopathie (pour kinésithérapeute), on entend, on apprend que « moins le patient en sait, mieux il se portera ». Bien sûr, c'est mieux d'avoir des mains qui savent faire, d'avoir une main plus légère, mais nos mains ne sont que des atouts supplémentaires, et il y aurait pourtant mieux à faire.

Des kinésithérapeutes plus modestes, mais talentueux, ont découvert dans leurs recherches comment les muscles s'organisent entre eux, quels sont les gestes à faire pour atteindre l'équilibre du corps, l'harmonie qui permet le mieux être. Ils ont été mis de côté, peut-être parce qu'ils enseignaient qu'il y a des savoirs à partager. Pour un patient, c'est pourtant mieux d'apprendre à ne pas paniquer lorsque le dos est bloqué et retrouver les gestes à faire pour se soulager. Savoir à nouveau s'étirer, bailler, comment respirer, se relâcher lorsqu'on est stressé. Comprendre l'organisation du corps, les mouvements de base, découvrir la forme des os, des articulations pour bien ressentir l'amplitude des mouvements. Apprendre aux mamans à masser leur bébé, le désencombrer quand elles ont été effrayées par des séances de kiné un peu trop musclées. Chaque nouveau patient est un nouveau voyage à deux, bien sûr il faut connaître la route, mais surtout sortir de ses propres bagages, des savoirs qui rendent services.

Sylvie Simon

Kinésithérapeute

Définir la qualité de santé

Les premiers réseaux ville-hôpital se sont construits là où le système de soins n'offrait pas de solutions. Ils servaient à la fois à la formation des médecins de ville (sur le Sida, la toxicomanie...) et de soupape pour des services hospitaliers surchargés ou inadaptés (les usagers de drogue qui ne veulent pas aller à l'hôpital, les diabétiques qui continuent une vie normale, les femmes pour qui il n'y a pas de place en maternité...). Les réseaux ont développé de nouvelles pratiques: coopération entre professionnels, chartes pour le respect des droits des usagers... et une nouvelle conception de la « qualité de santé », plus qu'une qualité de soins, l'idée d'un « projet de vie » pour chaque personne. De réseau de soins, ils sont devenus réseaux de santé. En cela, ils sont une alternative et un complément au système de soins.

Mais le concept de réseau a aussi été dévoyé. D'autres réseaux sont apparus, plus lourds et plus institués, avec des références de « bonnes pratiques » et des

procédures à respecter (tel dossier informatique incontournable pour avoir le droit de parler des patients avec les experts, tel circuit à respecter pour les patients cancéreux, sans modification des pratiques...). Pour tous ceux qui souhaitent travailler en réseau, et développer une philosophie de coordination et d'expérimentation collective, de travail avec les usagers sur l'amélioration des pratiques et l'élaboration de projets de santé, il faudra clarifier ce terme et les finalités des structures mises en place. Les réseaux institutionnels nous apportent de nouvelles contraintes tandis que les réseaux alternatifs nous aident à définir une démarche de santé.

Référence

« Mémento des pratiques coopératives (première partie): Fondements de la qualité dans les réseaux de santé » disponible auprès de la Coordination Nationale des Réseaux, 18 rue d'Hauteville, 75010 Paris.
Tél. : 01 44 83 08 06.

Martine Lalande

Médecin généraliste

S'il te plaît, dessine-moi un usager

Sylvie
Lagabrielle

Simple patiente

Rien de tel que le cloisonnement pour accepter avec fatalisme les évidences discutables et les réformes au nez rouge qui nous sont proposées. Si le citoyen patient ne remet pas en cause l'existant et « s'y fait », c'est qu'il n'a pas ou peu d'idée des possibles. Pourquoi douterait-il quand on lui matraque que « son » système d'Assurance maladie est le meilleur qui soit ?

Parler d'éducation des usagers à la santé, c'est d'abord s'entendre sur les mots et sur les champs. Qui dit santé ne dit pas seulement pratiques, mais aussi éthique, droit, économie, politique. Des structures de réflexion existent : associations d'usagers, de bénévoles, syndicats, collectifs de réflexion éthique, etc. mais donnent l'impression

d'une grande dispersion. Rien ne vaut, pourtant, les structures transversales : par exemple des espaces de documentation, de formation et de réflexion éthique ouverts à tous, fonctionnant en liaison avec des chambres de santé locales où pourraient être organisés des forums interdisciplinaires sur les problèmes de santé tant au niveau de la circonscription qu'au niveau national.

Parler d'éducation des usagers à la santé, c'est s'entendre sur le temps et les lieux : dès l'école ? Sans doute. Mais quelle formation permanente ? Parler d'éducation des usagers à la santé, c'est aussi pour chacun s'interroger sur le pouvoir et son partage. La création d'une culture commune de santé est sans doute d'abord à ce prix-là.

Les femmes forment les médecins

Entretien avec
Isabelle
Gillette-Faye

*Sociologue, directrice
du GAMS*

GAMS
Groupe femmes pour l'Abolition
des Mutilations Sexuelles
et autres pratiques traditionnelles
affectant la santé des femmes et
des enfants Section Française du
Comité Inter-Africain
66, rue des Grands-Champs
75020 Paris
Tél. : 01 43 48 10 87

Les femmes qui ont été victimes de mutilations sexuelles ne comprennent pas qu'un médecin qui les examine ne leur en parle pas. Elles pensent alors qu'elles ne pourront pas leur confier leurs craintes pour leurs filles. Les médecins reconnaissent mal les mutilations sexuelles et osent peu en parler, par « respect de la culture » ou peur du traumatisme. Pour protéger les petites filles qui vont en vacances au pays, c'est assez simple : on appelle le 119 (1), qui alerte l'ASE (2) qui convoque les parents pour rappeler la loi. Si cela ne suffit pas, le juge intervient, ou encore les correspondants du GAMS (Groupe femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles) au pays (présent dans 28 pays). Les juristes sont bien formés par les médias, mais pas les médecins. Pour les former, le GAMS utilisait la « formation par les pairs » par un médecin assisté

d'une femme africaine. Mais quand ce sont des femmes africaines qui font les formations, c'est encore plus efficace. Elles connaissent très bien les questions techniques, et peuvent témoigner. Ce qu'elles ne font que si nécessaire, pour que l'émotion n'empêche pas la réflexion. Car leur priorité reste de protéger les petites filles. C'est pourquoi elles ont choisi de devenir expertes de leur problème, et de former les soignants. Par choix politique : « J'ai envie que ma souffrance devienne le moteur de mon action. » Pour toute petite fille sauvée, le pari du GAMS est gagné.

*Propos recueillis par Martine Lalonde
et Elisabeth Maurel-Arrighi*

1. 119 : numéro vert national pour l'enfance maltraitée.
2. ASE : Aide Sociale à l'Enfance.

L'art au secours de la formation

Comment écouter les patients, sans se noyer, en gardant la capacité de raisonner, de chercher, de proposer des choix stratégiques, en faisant crédit au patient de pouvoir changer malgré les difficultés, et même guérir ?

L'art peut nous y aider. L'art qui rend visible l'invisible, qui transforme le réel est, je crois, un outil extrêmement précieux pour les soignants. L'expérience de la création nous remet dans la pulsion vitale si nécessaire à nous qui justement devons accompagner des personnes malades en hémorragie de vie. Mille et une choses sont possibles, on peut proposer aux étudiants et aux pro-

fessionnels de participer à des ateliers d'écriture, de conte, de théâtre, de clown, de marionnettes, de chant, de musique, de danse, de peinture. Les médecins et leurs patients souffrent de ne voir que les organes d'un corps malade, de n'avoir appris à raisonner qu'en termes d'entités pathologiques. Préparer un spectacle, une exposition est l'occasion d'une mise en jeu du corps, de l'imaginaire, des émotions, c'est découvrir le plaisir d'élaborer un récit, de trouver un sens, c'est retrouver l'essence de notre métier. Alors osons retrouver l'artiste qui est en nous afin de pouvoir faire avec nos patients du soin une œuvre d'art.

Elisabeth
Maurel-Arrighi

Médecin généraliste

Une formation en poupées russes

Moi, avec le recul, ce que je connais bien et que je sais faire, je ne l'ai pas appris n'importe comment. C'était des sujets qui m'importaient, ça me concernait directement, ou ça concernait un patient ou quelqu'un de proche. J'en avais parlé avec d'autres. Surtout, j'ai pris le temps de la transmission. Au près des collègues, mais aussi des usagers. Par exemple, dans mon groupe de formation continue, quand on a exploré

un domaine, on essaye d'élaborer ensuite une affiche de salle d'attente ou une fiche pour les patients. Sans parler des réunions d'informations et groupes de paroles. Les spécialistes de la pédagogie le savent, le cognitif doit s'appuyer sur l'affectif et l'implication. Alors, pourquoi priver les étudiants et les professionnels confirmés du plaisir de donner, rendre et recevoir ?

Elisabeth
Maurel-Arrighi

Médecin généraliste



Changer la formation initiale et continue des soignants pour leur permettre de sortir d'un modèle biomédical exclusif et de devenir eux aussi des acteurs de santé. Cette formation doit être indépendante des firmes pharmaceutiques. La formation continue doit être obligatoire et rémunérée. Elle doit se faire dans tous les lieux de soins (système hospitalier et ambulatoire) et dans ceux où se mènent réflexion, débat et actions au niveau de la santé. Syndicat de la Médecine Générale – juillet 2004.

Un nouveau rythme de travail

Patrice Muller

Médecin généraliste

Les principes énumérés ci-avant dans l'encadré page 23 ont déjà tous donné lieu en médecine générale à une mise en application concrète, validée par les décideurs et appréciée par leurs acteurs que ce soit en France comme dans divers pays étrangers. Il ne reste plus qu'à les faire institutionnaliser dans notre système. En pratique, examinons les nouveaux rythmes et contenus de travail qui découlent de la mise en application de ces principes pour le métier de médecin généraliste.

La journée du médecin généraliste. L'exercice se fait au sein d'une maison médicale, composée de plusieurs médecins généralistes associés à des paramédicaux, chacun étant rémunéré mensuellement pour la globalité de son travail. La journée de soins pour le médecin généraliste reste composée essentiellement des consultations et des visites à domicile « classiques » telles que nous les connaissons aujourd'hui. Mais par ailleurs, deux heures par jour, fixes et connues des usagers de la maison médicale, un des médecins se libèrent à tour de rôle pour répondre directement au téléphone à toute question ou demande des patients fréquentant la maison médicale pour des problèmes ou des renseignements médicaux. D'autre part, si le médecin a participé à une permanence des soins la nuit précédente, il a droit à une journée récupératrice le lendemain.

Dans une semaine de travail. Deux demi-journées sont consacrées à du hors-soin. Pendant celles-ci, le médecin généraliste va rendre visite à ses malades hospitalisés, participe à des staffs hospitaliers, rencontre d'autres soignants, participe à des réunions d'intervention du réseau de santé de proximité auquel il collabore pour des pathologies qui ont été indiquées comme prioritaires dans le territoire où il exerce.

Une fois par mois. Le médecin généraliste avec un ou plusieurs autres de ses collègues de la maison médicale, à tour de rôle, a en charge l'animation d'une

réunion mensuelle avec les usagers de la maison médicale sur des thèmes d'intérêt commun (l'alimentation du nourrisson, les conseils d'auto médication en cas d'épidémie de grippe, les troubles du sommeil, etc.).

Une fois par trimestre. Le médecin généraliste est convié à participer à la réunion organisée au plan local par la Caisse primaire d'assurance maladie en présence des représentants élus des assurés sociaux pour aborder et commenter les relevés épidémiologiques et suivis statistiques des indicateurs de santé, de morbidité et mortalité du bassin de vie concerné, ainsi que tous les problèmes liés à l'accès et à la qualité des soins : de l'épidémie de grippe aux campagnes de vaccination en passant par les indicateurs économiques. Trimestriellement, il pourra être libéré de deux jours de soins curatifs pour aller se former sur des thématiques accréditées qui lui sont utiles.

Tous les trois ans, et pour une période de quelques mois (trois à six mois), le médecin généraliste pourra occuper à plein temps des fonctions hospitalières dans des spécialités cliniques de « premier niveau » avec une fonction soignante équivalente à celle du chef de clinique actuel. Une façon pour lui de se recycler en cardiologie, endocrinologie ou pédiatrie, par exemple.

Durant la carrière professionnelle, la possibilité est offerte au médecin généraliste, pour des raisons personnelles ou par incitations des autorités sanitaires, de changer de métier : il faut laisser en permanence des passerelles professionnelles vers les médecines spécialisées, hospitalières, les professions de santé publique ou d'enseignement du soin.

De la journée de travail à l'ensemble de la carrière médicale du médecin généraliste, il s'agit là de multiples facettes permettant d'enrichir le contenu de notre métier pour le plus grand bien des personnes que nous aurons à charge de soigner et/ou de maintenir en bonne santé.

Il n'y a pas que l'arrêt de travail

Le médecin est souvent le seul recours face aux problèmes de santé. C'est souvent la seule personne qui sait, qui peut écouter ou pourrait écouter la détresse des patients. Souffrance du corps qui en masque bien d'autres, solitude, isolement dans le travail, harcèlement, travail mal payé, répétitif, etc. Parfois la seule chose à faire, c'est un arrêt de travail. Parfois lorsque le médecin ne sait plus quoi faire de ce patient, il l'envoie chez le ou la kiné. Alors là, ça se complique, car comme celui-ci ne peut pas donner d'arrêt de travail, il

doit dans le meilleur des cas prendre quelques instants le costume de conseiller pédagogique, conseiller ANPE, conseiller d'orientation, juridique, d'éducation, familial, etc.

D'être entendu, soutenu, avoir quelqu'un en face qui s'intéresse, ça redonne du carburant, ça réchauffe. Passer ensuite aux douleurs du corps, la moitié du travail est déjà fait, les tensions ont lâché, il reste aussi à apprendre comment faire pour s'aider la prochaine fois quand le stress viendra se pointer.

Sylvie Simon

Kinésithérapeute

La faisabilité

On n'apprend pas tout pendant la formation initiale. Il y a notamment une lacune qui est classique : on n'apprend pas à vérifier la faisabilité du projet thérapeutique que l'on propose (impose) à la personne malade. Nous devrions être en capacité de toujours négocier nos traitements pour savoir s'ils sont acceptables et acceptés par la personne. Je me souviendrai toujours de cette histoire, survenue au début de mon exercice.

Je reçois un jeune garçon pour une douleur du testicule suite à un chahut à la maison. Je fais le diagnostic de torsion du testicule. C'est une urgence chirurgicale. J'explique à la maman l'urgence de la situation. Je l'adresse aux urgences de l'hôpital et par précaution, j'informe le chirurgien de l'arrivée de l'enfant. Puis je pars faire mes visites. A mon retour, un message sur le répon-

deur m'informe que l'enfant n'est pas encore arrivé aux urgences. Panique ! Je contacte une voisine, car la maman n'a pas le téléphone. J'apprends qu'elle vient de prendre le bus pour aller à l'hôpital. Entre-temps, elle a dû aller chercher les autres enfants à l'école, les faire manger, puis les reconduire à l'école. L'activité normale d'une mère de famille.

L'enfant arrivera trop tard à l'hôpital, le chirurgien ne pourra pas sauver son testicule.

Quelle leçon ! Un diagnostic juste, une thérapeutique adéquate et pourtant un échec total. J'avais oublié de me préoccuper de l'essentiel : la réalité sociale. Erreur de débutant ou manque de savoir faire. Depuis, nous avons mis en place un système d'accompagnement qui permet d'éviter des drames de cette nature.

Didier Ménard

Médecin généraliste

Résumé : Curieusement, le projet du Dossier Médical Partagé nommé également Dossier Médical Personnel rencontre peu de critiques, il est présenté comme LA solution pour une réelle qualité des soins optimisés. Outre le danger réel de l'exploitation des données médicales par des assureurs, des employeurs ou des firmes pharmaceutiques qui pourront étudier le profil exact des patients-consommateurs et des médecins-prescripteurs, une réflexion s'impose sur la notion, le contenu, la finalité d'un dossier médical, voir également dans le hors dossier l'article de Claire Gekiere sur le sujet du dossier en psychiatrie, page 73.

DMP, un contenant sans contenu

Dominique Tavé

Médecin généraliste

DMP comme Dossier Médical Partagé ?

Avant toute chose, il faut dire que l'informatique n'est qu'un moyen de communication performant, certes, mais au même titre que le support papier, le fax ou le téléphone. Ne nous laissons pas bernier par le mirage de la technologie toute puissante, ce n'est pas parce que notre dossier médical sera via Internet chez un hébergeur que la qualité, la continuité, la faisabilité des soins seront assurées et le déficit de la Sécu comblé. La communication entre les différents professionnels du soin ne dépend pas de l'outil, mais de la volonté, de la disponibilité, de l'état d'esprit de chacun et de tous.

La tenue du dossier médical est une problématique qui se pose à chaque soignant tout au long de son activité. Cela nécessite des moments de classements, de recherches, de réflexion et la gestion des informations dépend du soignant, de son ressenti, de ses priorités qui ne correspondent pas forcément aux règles de bonne pratique dictées par l'ANAES (1). Un dossier devient vite un fourre-tout avec des données inexploitable s'il n'est pas mis à jour régulièrement, si on ne prend pas le temps de le consulter. Alors, comment imaginer un dossier en commun sans coordinateur, c'est comme un orchestre sans chef, une véritable cacophonie.

Le problème de coordination est une chose pratique, mais se pose une question essentielle pour ce Dossier Médical Partagé, celle de son contenu et du secret. En effet « tout » n'a pas besoin d'être connu par les différents médecins, en particulier les antécédents. Est-ce indispensable à la qualité des soins qu'un ophtalmologiste ou un dentiste ait connaissance d'une tentative de suicide, d'une IVG d'il y a 20 ans ? Le droit à l'oubli, au secret est indispen-

sable, indérogeable. Le contenu d'une consultation est parfois complexe mêlant organicité, relationnel, conseil... Même actuellement, le transcrire dans un dossier n'est pas toujours simple. Devrons-nous faire partager l'intimité des patients ou la réduirons-nous à des termes médico-techniques ? Comment envisager, dans ces conditions, une relation soignant-soigné sereine basée sur une confiance réciproque et une confidentialité ?

D'autant plus qu'il y a très peu de situations d'urgence vitale nécessitant d'avoir absolument des données médicales pour soigner, par exemple avant de transfuser, le groupe sanguin est toujours vérifié et chez une personne ayant perdu connaissance, un test glycémique pratiqué, un ECG enregistré.

Les partisans de ce DMP mettent en avant la fin des examens multiples et multipliés grâce à leur mise en commun. Mais qui peut croire au leurre de cet argument ! Sans parler du coût astronomique de sa mise en œuvre, sans commune mesure avec les économies attendues, la redondance des examens complémentaires pourrait s'améliorer d'ores et déjà s'il existait une véritable communication entre soignants, une meilleure formation et surtout si le principe même de notre système de soins ne reposait pas avant tout sur un modèle biotechnologique et libéral.

DMP comme Dossier Médical Personnel ?

Si le terme personnel est évoqué, il faut alors que le patient devienne acteur et partie prenante du contenu et du sens du dossier.

Pour cela, il doit avoir une information, une éducation sur les problèmes de santé qui lui sont propres ou qu'il encourt par son travail, son environnement ou son mode de vie.



Les soins, la prise en charge sont alors le résultat de l'échange, de la mutualisation des savoirs du soignant et du soigné et à partir de là seulement le patient-acteur peut accepter ou non la communication de certaines données à d'autres soignants. En effet, comment un patient sans véritable information, sous influence et dépendance du soignant, peut-il faire le choix éclairé du partage des données médicales le concernant? La confidentialité et le secret médical doivent être une préoccupation permanente et le soi-disant « mieux-soigner » dans la transparence permet de bafouer et banaliser ces principes inaliénables de notre profession.

Ne pourrait-on pas imaginer que ce DMP soit possédé uniquement par le patient-acteur qui réunirait les doubles des consultations de chaque intervenant? Il ne faut pas perdre de vue le sens et la finalité du Dossier Médical, à savoir aider à mieux prendre en charge le malade dans le respect de son intimité, de sa vie privée et de ses choix, aussi la problématique du contenant et de tuyaux informatiques n'est que secondaire.

Dans l'hypothèse où le dossier informatique hébergé est mis en place, le principe de la confiance et la confidentialité dans la relation médecin-malade devient un exercice délicat. Même dans cette situation, l'idée d'un dossier individuel par patient et par soignant totalement indépendant, sans aucune contrainte de support, doit être respectée et les données mises en commun dans le DMP ne peuvent être fournies et consultées qu'avec l'**accord éclairé du patient**, cela ne pourra se faire qu'avec sa carte vitale et celle du praticien simultanément. Il s'agit là d'un garde-fou minimum.

Deux autres précautions doivent être assurées pour garantir le respect de la confidentialité absolue de ce

DMP. Tout d'abord, l'hébergeur ne doit en aucun cas avoir des liens directs ou indirects avec des sociétés d'assurance, de retraite, des firmes pharmaceutiques, des prestataires de service dans le domaine de la santé... il doit remplir un rôle de service public, doit donc être **totale-ment indépendant** et sans conflit d'intérêts. Si tel n'est pas le cas, le spectre de Big Brother n'est pas loin. Dans la suite de ce raisonnement, le numéro d'identification du DMP ne doit pas permettre d'identifier la personne, mais être un numéro non signifiant généré par un procédé de chiffrement irréversible (2).

Il va sans dire que le remboursement de la consultation ne peut être conditionné à l'utilisation ou non du DMP, c'est la porte grande ouverte à l'augmentation des inégalités devant le soin. Ceux qui peuvent payer auront la maîtrise de ce qui sera ou non mentionné dans le DMP. Nous sommes loin du principe d'égalité et de solidarité tant revendiqué par nos Tartuffes actuels!

Enfin, par la judiciarisation grandissante de l'acte médical, il est à craindre un changement radical dans l'atmosphère du soin. Les traces électroniques permettront des investigations facilitées dans les affaires médico-juridiques et se pose alors le problème de la responsabilité lors d'une information jugée incomplète ou négligée. Qui « portera le chapeau » le patient, le médecin prescripteur ou un professionnel de santé consulté précédemment?

Dossier Médical Partagé ou Dossier Médical Personnel, les deux termes sont possibles. Ce P interchangeable n'est envisageable que dans l'intimité d'une relation de personne à personne, c'est là le paradoxe fondateur qui fait l'essence du soin, mais en dehors de ce contexte, face à la froideur de l'ordinateur, là, les deux notions deviennent antinomiques. Ne peut-on pas y voir alors le symbole de leurre qu'est ce DMP, contenant sans contenu, gadget coûteux et potentiellement dangereux.

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

2. DELIS Propositions d'amendements aux dispositions du projet de loi assurance maladie relatives au dossier médical personnel – Sénat 1^{re} lecture (17 juillet 2004) - <http://www.delis.sgdg.org> - contact@delis.sgdg.org.



Résumé : Il faut aborder, enfin, la question des revenus des professionnels de santé. Sans se faire d'illusions sur le fait qu'il suffirait de toucher au mode de rémunération pour changer les pratiques. Mais en refusant ce qui introduit une dimension marchande dans le soin.

La question de la rémunération

Pierre Volovitch

Chercheur en économie à
l'Institut de recherches
économiques et sociales (IRES)

Donner toute sa place à la question de la rémunération. Ne pas lui donner toute la place.

Depuis plus de 20 ans il est question dans ce pays de « maîtrise » des dépenses de santé. Curieusement, alors que les revenus des professionnels (médecins, infirmières, kiné, pharmaciens...) représentent plus des deux tiers de cette dépense, la question des revenus des professionnels n'est pas réellement abordée.

La situation vaudrait pourtant un petit bout d'examen. Les modes de rémunérations sont très différents, allant du paiement à l'acte pour les libéraux au salariat dans ses diverses versions, du plus précaire au statut de la fonction publique, pour les hospitaliers. Les niveaux de rémunération sont également très différents.

Le paiement à l'acte est intimement lié à une pratique solitaire du soin.

Le paiement à l'acte est intimement lié à une pratique solitaire d'une médecine uniquement curative qui n'envisage le soin que sous la forme d'un acte isolé et instantané. Ce mode de rémunération, quelles que soient les précautions de langage (le médecin reçoit des « honoraires »), immerge la pratique médicale dans l'univers de l'échange marchand.

Dans le droit fil de cette conception marchande et individuelle du soin, l'Assurance maladie est aujourd'hui confrontée à la revendication de « liberté tarifaire » et aux pratiques bien réelles de dépassement sauvages.

Le désert dans lequel était la réflexion sur la question des revenus est en train de se peupler de

quelques réflexions peu engageantes. Ceux qui ont en charge la gestion du système de soin ont compris, petit à petit, que les formes de contrôle administratives et budgétaires ne donnaient pas les résultats attendus. Ils sont très tentés par la mise en place de formes de contrôle marchand. Dans ce système de pensée, l'action sur les modes de rémunération peut devenir centrale. Il s'agit de trouver les modes de rémunération qui « inciteront » correctement les professionnels à avoir les comportements que l'on attend d'eux. Dans ce type de système, des parties de la rémunération sont conditionnées à la réalisation par le professionnel d'actions voulues par le financeur. Les gens qui veulent mettre en place ce type de rémunération sont également des adversaires du paiement à l'acte. Mais alors que la première critique du paiement à l'acte lui reproche d'être immergé dans l'univers marchand, la critique nouvelle lui reproche, au contraire, d'être insuffisamment marchande.

Transformer les professionnels du soin en « homo-economicus » ?

Dans le cadre d'un même mode de rémunération, qu'il s'agisse du paiement à l'acte, de la capitation ou du salariat, peuvent se développer des formes très diversifiées de pratique. Le paiement à l'acte s'articule bien avec une pratique solitaire, instantanée, ignorante des conditions sociales. Mais ce n'est pas lui qui invente ce type de pratique. Une forme de rémunération qui intégrerait sous forme de forfait la reconnaissance des activités de coordination entre professionnel et les actions d'éduca-

IRES
16, boulevard du Mont-d'Est
93142 Noisy-le-Grand Cedex
pierre.volovitch@ires-fr.org

tion en santé peut faciliter les passages à d'autres formes de pratique. Elle ne peut les faire surgir à elle seule. La transformation du professionnel de santé en « homo-economicus » n'est sans doute pas possible, elle n'est certainement pas souhaitable. Il serait tout à fait illusoire de penser qu'il suffirait de changer les modes de rémunération pour changer les pratiques.

Quelle rémunération pour quelle pratique ?

Il faut mettre en place des modes de rémunération qui valorisent les activités de coordination, qui prennent en compte les actions d'éducation pour la santé, qui facilitent les coordinations entre la ville et l'hôpital. On connaît les grandes lignes de la réponse qui combinera des formes de capitation et de forfait en médecine de ville, de salariat en médecine hospitalière. Mais au-delà des modes des rémunérations, il faudra aussi aborder la question des niveaux de rémunération. Quels écarts, et pourquoi, entre médecins, d'une part, entre médecins et les autres professionnels du soin, d'autre part ? Un exercice qui vise à favoriser des pratiques coopératives entre professionnels suppose sans doute que les écarts soient réduits. Quelle évolution des revenus des professionnels du soin par rapport aux revenus dans l'ensemble de la société ? Identique à celle des revenus des autres actifs ou différentes en tenant compte d'effets de pénibilité, de nécessité de développer ces emplois ?

Cette question n'est plus totalement une question taboue.

Données sur les revenus des professionnels de Santé.

Le service statistique du ministère de la Santé (DREES) publie, plus régulièrement aujourd'hui

qu'hier, des données partielles sur les revenus des professionnels de santé (1). Certaines données sont récentes. Les données sur les revenus des pharmaciens d'offices ont été publiées en avril 2004 (*Etudes et Résultats* n° 303) et celles sur les revenus des médecins libéraux en janvier 2004 (*ER* n° 284). D'autres données sont plus anciennes. Le numéro d'*Etudes et Résultats* relatif aux « écarts de revenus entre médecins salariés à l'hôpital » et celui qui portait sur « le revenu libéral des infirmiers et masseurs kinésithérapeutes » datent d'août 1999.

Les données ne sont pas toujours facilement comparables du fait, en particulier, des disparités des sources fiscales. Les données ne sont souvent pas agrégées : les données sur les revenus des médecins libéraux ignorent les autres types de revenus de ces mêmes médecins qui peuvent exercer une activité salariée à temps partiel.

Elles font apparaître des écarts importants de revenus entre professions et entre spécialités. Elles font également apparaître de disparités fortes à l'intérieur de chaque groupe. Les inégalités régionales sont également importantes. Enfin il est intéressant de souligner que la part des dépassements dans les revenus des médecins est très variable en fonction de la spécialité. On trouvera ci-dessous des informations regroupées à partir de sources diverses, publiées à des dates diverses. La comparaison doit donc ici être faite avec les précautions d'usages.

En 1998, pour les généralistes, le revenu le plus faible du quart des généralistes les mieux payés était plus de deux fois supérieur au revenu le plus fort du quart des généralistes les moins bien payés.

Écarts entre salaires de médecins hospitaliers

Dans une publication déjà ancienne (août 1999), la DREES faisait apparaître que, par rapport au salaire



Revenus annuels nets pour quatre professions de santé.

| Profession | Infirmières (salariées) | Médecins généralistes | Médecins spécialistes | Pharmaciens d'offices |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Année | 2000 | 2001 | 2001 | 2001 |
| Revenu annuel en euros | 23 520 | 54 367 | 87 090 | 101 653 |
| Source | <i>E & R 230</i> – avril 2003 | <i>E & R 284</i> – janvier 2004 | <i>E & R 284</i> – janvier 2004 | <i>E & R 303</i> – avril 2004 |



Revenus annuels, progression entre 1993 et 2000, part des dépassements pour plusieurs types de médecins libéraux.

| 2001 | Revenu annuel en euros | Progression annuelle entre 1993 et 2000 | Part des dépassements |
|-----------------------|------------------------|---|-----------------------|
| Ensemble des médecins | 69 209 | 0.7 | 9.3 |
| Généralistes | 54 367 | 0.1 | 5.7 |
| Psychiatres | 49 740 | 0.5 | 9.5 |
| ORL | 71 541 | - 0.7 | 16.9 |
| Stomatologues | 85 371 | - 0.3 | 38.5 |
| Cardiologues | 91 524 | 1.4 | 3.7 |
| Chirurgiens | 97 804 | - 0.2 | 22.6 |
| Radiologues | 180 608 | 3.9 | 1.9 |

Source: E & R 284 – janvier 2004

Revenus des médecins en fonction de la région d'exercice.

| | Généralistes | | Spécialistes | |
|--------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------|
| | Poids des dépassements (en %) | Revenus annuels en € | Poids des dépassements (en %) | Revenu annuel en € |
| Ile-de-France | 15.4 | 48 220 | 24.1 | 77 307 |
| Paca et Corse | 6.2 | 45 820 | 9.6 | 76 811 |
| Bretagne | 2.4 | 55 869 | 2.3 | 92 688 |
| Nord-Pas-de-Calais | 2.4 | 70 537 | 7.6 | 115 287 |

Source: E & R 284 – janvier 2004

Disparités de revenus entre professionnels – Ecart interquartiles

| | Infirmières libérales | Généralistes | ORL | Chirurgiens | Pharmaciens d'officine |
|---------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|
| Année | 1997 | 1998 | 1998 | 1998 | 2001 |
| Ecart interquartile | 1.7 | 2.3 | 2.6 | 4.8 | 2.2 |
| Sources : | E & R 26 – août 1999 | E & R 146 – novembre 2001 | E & R 146 – novembre 2001 | E & R 146 – novembre 2001 | E & R 303 – avril 2004 |

Lecture: on classe pour chaque catégorie les professionnels en fonction de leur revenu. Les 25 % de professions dont le revenu est le plus bas reçoivent un revenu inférieur à Q1 (premier quartile). Les 25 % de professionnels dont le revenu est le plus élevé reçoivent un revenu supérieur à Q3 (troisième quartile). L'écart interquartile mesure la différence entre les valeurs Q1 et Q3.

moyen de l'ensemble des médecins salariés hospitaliers, le salaire d'un praticien hospitalier chirurgien et cardiologue enregistrait un écart positif de + 64,2 % par rapport à cette moyenne, tandis que le salaire d'un généraliste « attaché » enregistrait un écart

négatif de - 61,5 % par rapport à cette même moyenne.

1. Ces données sont accessibles sur le site du ministère de la Santé www.sante.gouv.fr.

Résumé : Lorsque les différents professionnels du soin travaillent ensemble, avec le but commun de soulager et d'aider le patient, ici en fin de vie, leur tâche est moins difficile, moins angoissante. Le patient et sa famille peuvent parfois, dans ce climat, et avec cette aide, se sentir capables de certaines choses, impossibles jusqu'alors.

Ouvrir des possibles

Marguerite habitait rue des Saules, un tout petit appartement, sans beaucoup de confort : je me souviens, on allait chercher les bassines d'eau à la cuisine... Elle avait eu un cancer du sein, puis le foie était atteint, et pour finir cela s'était généralisé, elle souffrait énormément et ne pouvait plus respirer. Elle avait 78 ans, et vivait seule : ses deux fils, qui habitaient aussi à Calais, ne venaient pas la voir, et sa fille habitait Chateauroux.

Finalement, la fille, Marie-France, est venue pour soigner sa mère, et elle a fait une demande au réseau *Passerelles* (1). En temps qu'infirmière, j'ai assuré les soins, avec mon associée : il fallait faire la toilette bien sûr, un pansement, des injections, et lui donner ses médicaments, il y avait de la morphine en comprimés, qu'on doit prendre à heure vraiment fixe. Elle était sous oxygène, du fait d'une atteinte des poumons et de la plèvre, il fallait surveiller la saturation en oxygène (2) et adapter le débit. Elle a dû avoir aussi des ponctions pleurales à deux reprises, à la clinique, cela s'est très bien organisé, elle était attendue, cela prenait à peine quelques heures et elle pouvait rentrer à la maison, soulagée. Le pneumologue s'est déplacé à cette occasion à son domicile, pour poser l'indication de la ponction et ne pas la bouger inutilement. Le médecin traitant, tout au long de l'évolution, est resté très présent et disponible ; nous lui faisons part de nos observations, souvent en les marquant dans le cahier de

liaison, il en prenait connaissance et en tenait compte pour adapter le traitement, notamment de la douleur, ce qui fait qu'elle a été contrôlée de manière assez satisfaisante. Il était facilement joignable au téléphone (même la nuit, mais nous n'en avons pas abusé !) et c'était très rassurant pour nous.

Dans cette famille, on sentait les choses « nouées ». Marguerite parlait peu, et uniquement de choses factuelles, tout allait toujours bien, elle parlait peu d'elle-même, en somme. Au fil des jours, et grâce à la relation qui s'est instituée avec elle et avec sa fille, nous avons pu mesurer la difficulté de la situation, et la douleur présente. Marguerite s'était séparée de son mari lorsqu'elle avait 45 ans.

Un jour, Marie-France a « craché le morceau », elle avait été violée par son père, et c'est à la suite de cela que sa mère s'était séparée. Mais Marguerite avait toujours évité d'en parler avec elle, elle ne pouvait pas. Les fils s'étaient éloignés, ne pouvant sans doute pas même supporter cette histoire. Et c'est donc à cette période de leur vie, alors que Marguerite allait très mal, était mourante, que mère et fille ont pu parler, mettre des mots sur cet événement lointain, mais très présent dans leur lien. Peu après, Marie-France a demandé à Marguerite si elle devait appeler ses frères. C'était non. Dans ce non, nous avons senti la peur que ses fils refusent eux-mêmes de venir.

Evelyne
de Wildeman

*Infirmière, présidente
du réseau Passerelles*

reseaupasserelles@hotmail.com



Pour finir, Marie-France en a discuté avec nous, avec son mari, puis sa tante, et elle a fini par simplement prévenir ses frères de l'imminence de la mort : ils sont venus. Pour Marguerite, cela a été un événement extraordinaire, et nous avons senti combien cela l'aidait pour accepter de mourir : il n'y avait plus cette distance avec nous, qui était liée à cette chose trop douloureuse... Les frères et sœur ont parlé longuement ensemble, et par la suite, ils se sont donnés d'autres occasions de rencontre. Marie-France nous a dit qu'il y avait eu autour de Marguerite tellement de soutien qu'ils avaient, eux, pu se dégager des soucis matériels et des soins, et qu'ils ont pu adopter une autre façon de voir les choses.

Marguerite est décédée une nuit, je suis venue, c'était un moment serein, accepté par tous.

Pourtant Marie-France avait appréhendé ce moment, elle nous l'avait dit... mais, finalement, elle était sereine, elle ne se sentait pas seule, elle savait qu'elle pouvait téléphoner.

C'est vraiment le travail d'équipe qui a permis que Marguerite reste à la maison jusqu'au bout. La disponibilité du médecin traitant, celle du pneumologue, nous a permis à nous, infirmières, d'être suffisamment rassurées et rassurantes pour que tout cela ait lieu.

Propos recueillis par Martine Devries

1. Réseau de coordination de soins continus et d'accompagnement.

2. A l'aide d'un petit appareil qu'on place au bout d'un doigt, et qui permet de lire le chiffre, appareil qui a été très difficile à obtenir.

Construire la qualité des soins par l'adaptation des pratiques professionnelles aux besoins exprimés par les personnes malades et les usagers du système de santé et non l'inverse.

Il faut pour cela mettre en place d'autres modes de coordination en soins primaires (réseau de santé de proximité, pratiques coopératives entre professionnels du soin et professionnels sociaux, maisons de santé) et développer la coopération entre les différents lieux du système de soin.

Changer la formation initiale et continue des soignants pour leur permettre de sortir d'un modèle biomédical exclusif et de devenir eux aussi des acteurs de santé.

Cette formation doit être indépendante des firmes pharmaceutiques. La formation continue doit être obligatoire et rémunérée. Elle doit être se faire dans tous les lieux de soins (système hospitalier et ambulatoire) et dans ceux où se mènent réflexion, débat et actions au niveau de la santé.

Promouvoir d'autres modes d'exercice permettant ce travail global, donner aux soignants la possibilité de travailler collectivement en se regroupant en cabinets de groupe et maisons de santé et en développant l'échange sur les pratiques et leur permettre de sortir du paiement à l'acte, véritable prime au rendement et à l'inflation des coûts.

Promouvoir une politique du revenu des soignants construite sur une forfaitisation prenant en compte le soin, la prévention, l'éducation à la santé, et la rémunération des activités de formation et de coordination.

Syndicat de la Médecine Générale - juillet 2004



Résumé : L'évaluation du travail par la « démarche qualité », érigée en dogme, participe des dérives actuelles de l'hôpital : individualisme contraint, dérive technocratique et économique ; comment alors mettre en valeur l'expérience subjective et culturelle de notre travail, résister en se tenant au plus près du réel et de notre imaginaire, et plus, construire et s'approprier notre vie à l'hôpital ?

L'hôpital au-delà du réel

L'évaluation et son V.I.P.

LE concept idéologique actuel de l'entreprise capitaliste modernisée est l'évaluation au travail, en santé comme ailleurs. Mais le terrain résiste.

Il faut voir quand le V.I.P. est arrivé, la distance qu'ont mis les infirmières entre elles et lui... cinq rangées de chaises, au moins. Ce fut un long monologue, puis un dialogue de sourds. Il poussait en effet l'audace à leur montrer ce qu'allait être leur travail, dorénavant. Après ces froides présentations, il y eut les réunions théoriques de « lobotomie » où il fallait rentrer tout notre travail dans des cases et éteindre notre intelligence : discours imprégné par la peur enrobé dans des formules savantes incompréhensibles, identification des risques dans tous les domaines, attitude immédiate à adopter, bref la « démarche qualité » qu'il faudrait appliquer en cas de dysfonctionnements, sous peine d'être un mauvais travailleur ne respectant pas le protocole, pire un fraudeur. Nous nous sommes vite ennuyés, pour ne pas dire de grossièretés.

Les dimensions culturelle, relationnelle, rituelle et créative du soin, le V.I.P., ça ne l'intéressait pas, ce n'est pas son métier. C'était trop complexe et vaste pour son cerveau poncé et aseptisé par des années d'études de communication et de « management ». Le contenu, l'intensité, la charge de travail (physique et mentale), la souffrance au travail, *l'expérience subjective du travail*, jamais entendu parlé, apparemment.

Cependant, force est de constater que personne n'avait le choix et que la méthode, arrivée d'on ne sait quel ciel, était indispensable, il fallait nous en convaincre. Certains volontaires s'inscrivirent avec zèle à ces réunions d'« accréditation », on leur donnait de l'importance dans un débat qui n'en était pas. D'autres y allèrent afin d'explorer ces bizarres messieurs issus de l'entreprise, d'autres enfin n'y allèrent point, peu crédules de ce marché de dupes. On n'y coupa pas à la « cellule qualité » chargée d'appliquer la nouvelle politique. Et les adeptes furent de plus en plus nombreux, souvent malgré eux... Qu'importe, un nouveau mode de vie au travail s'imposait à toutes et tous inéluctablement, forcément par la douceur puisqu'il s'agissait d'améliorer la qualité et les performances individuelles et collectives. Puisque nous étions évalués en tant que soignants, nous nous sommes posés la question suivante : qu'est que notre travail en pratique qu'il nous faut connaître, avant de penser à nous faire évaluer par quiconque, fut-ce pour notre bien ?

Qu'est-ce que le travail soignant ?

Il ne fallut pas chercher bien loin des exemples de notre expérience quotidienne pour montrer que l'essentiel du travail est en réalité invisible pour les V.I.P. et autres gourous de l'évaluation objective comme pour bon nombre d'enquêteurs :

Sur ma feuille de prescription d'un dossier d'une malade de 96 ans, démente, dénutrie et atteinte

Patrick Dubreil

Médecin généraliste



d'une paralysie, j'ai écrit : « à stimuler pour manger ». L'infirmière avec une pointe d'ironie me répondit : « Si tu veux, vas le faire toi-même ». Je pris alors subitement conscience que ma prescription n'était pas réaliste, qu'il y avait une distance entre le travail prescrit et le travail réel, que faire manger une personne âgée nécessitait du temps et donc du personnel en nombre. Elle « mangeait » avec son appétit d'oiseau. Alors, la stimuler, c'était une aberration, pire prendre le risque de conduire à de la maltraitance. Dont acte, je me résolvais à l'avenir à éviter ce genre d'absurdité.

Chaque soignante, avec le temps qui lui est consacré, a sa manière bien à elle de s'écarter des prescriptions médicales ou administratives parfois absurdes. L'essentiel du travail ne se voit pas : les ficelles du métier, les mots pour le dire, les gestes, les mouvements du corps pour effectuer les transferts des malades, etc. Il faudrait écouter et observer pour approcher la réalité, mais... qui écoute et observe l'intelligence professionnelle, le langage propre aux soignants, méconnu souvent par eux-mêmes, qui mettent leur savoir-faire en œuvre constamment, avec des réussites et des échecs ? Car travailler, c'est réussir, mais c'est aussi échouer. Le discours n'est-il pas dominé par les mots et les concepts insignifiants des gestionnaires ? Efficience, qualité, gestion des flux, mesure de la performance, etc. Dans le rapport d'activités de 2003 de l'ANAES (1), le mot « évaluation » est mis à toutes les sauces, on y lit qu'un « guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management en établissement de santé » (sic !) est expérimenté dans le cadre de la deuxième procédure d'accréditation. Cela augure d'une pensée signifiante, profonde, subtile et utile, n'en doutons pas !

Mais revenons sur le terrain. Le temps et l'âge résistent au « manger ». Et pourquoi manger quand on a 96 ans ? Il faudrait tendre l'oreille pour entendre le souffle lent et imperceptible d'une malade qui ne demande que du repos. Qui tend l'oreille ? Laissez-les vivre ou mourir à leur

guise (mais que cela ne sorte pas des murs de la chambre !). Que la hiérarchie tatillonne ne sache pas non plus qu'une aide-soignante prend une heure pour faire manger une malade lente, car dans l'organigramme du planning, « c'est impossible à caser ». Inversement, une hiérarchie intelligente féliciterait l'aide-soignante pour esprit d'initiative...

Travailler à l'hôpital, c'est aussi endurer la souffrance et la violence face au pouvoir hiérarchique et aux situations injustes dans l'organisation (division sexuelle et sociale du travail, contraintes de cadence ou de « qualité », découpage du travail et codification marchande, multiplication des papiers à remplir, diminution du temps consacré « au chevet du malade »), mais aussi face à l'exigence des malades et aux découvertes macabres et autres morts violentes. La plupart des soignants adoptent des attitudes de défense face à ces souffrances enfouies en eux-mêmes, mais elles ressortent très souvent sous une forme pathologique (névrose, dépression, tendinites). Parfois, ils les reconnaissent et tentent de s'en libérer (révolte, action syndicale, écriture). Cependant, l'administration hospitalière et certains soignants ont toujours eu tendance à apposer une chape de plomb sur cet état de faits. Ce déni scandaleux de la souffrance au travail diminue malheureusement la capacité de penser des victimes.

Mais le travail réel a l'avantage de mettre en évidence d'innombrables dysfonctionnements et il s'efforce surtout de les prévenir. Un jour, l'entrée d'un malade en soins palliatifs était annoncée. Il est arrivé agonisant dans une chambre à deux lits, heureusement sans voisin. Nous avons pu le placer le lendemain en chambre seule, ce qu'il avait encore eu la force de réclamer, afin qu'il parte dans le calme. Il est décédé trois jours après son admission. La cadre de santé, coupée de sa base naturelle et qui s'occupe des entrées, eut été intelligente si elle s'était renseignée sur l'état réel du malade. Nous aurions pu alors lui proposer directement une chambre seule, ce qui

aurait évité à l'équipe une augmentation de la charge de travail (changement de chambre, ménage supplémentaire) et de la charge émotionnelle. Il se trouve, en effet, qu'au cours de cette même période, nous avons plus de personnes en soins palliatifs qu'à l'habitude et de surcroît avec de jeunes remplaçantes d'été dans l'équipe, non forcément préparées à l'accompagnement des agonisants. L'une d'elle m'avoua quelques jours plus tard que ses visions nocturnes récentes étaient faites de cauchemars et de thèmes macabres.

Cet univers serait morbide et invivable s'il n'existait un minimum de convivialité, de connivence, d'humour, et ce fameux travail informel et invisible.

Comment rendre visible l'invisible ?

La sociologie est vraiment un sport de combat, comme disait Pierre Bourdieu.

On aura beau vouloir évaluer à « tours de bras », le travail effectif ne sera jamais totalement visible, à cause ou plutôt grâce à cette subjectivité qui fait notre essence et nourrit notre vie au travail. Tout n'est donc pas évaluable, contrairement à ce que prétendent les gourous de l'évaluation.

Ce qui n'est pas évaluable, c'est ce qui fait la beauté de ce métier de l'altérité : *la solidarité*, avec la manière de se serrer les coudes quant il y a du « taff » ; *le lien thérapeutique* si cher aux psychiatres, que nous nommons *le feeling*, sans quoi la thérapie a peu de chances d'aboutir ; *les espaces et échanges informels*, inconscients d'eux-mêmes, entre nous, avec les patients, entre patients, bref tout ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue dans cet univers de souffrance et d'attente. Et puis il y a *l'ambiance* ! Celle-ci est matérialisée par la pause café (avec le pain-beurre-confiture et petit gâteau « fait maison » à l'occasion), rituel vital de l'organisation du travail à l'hôpital, car travailler c'est aussi se reposer, transmettre, débattre, discuter, bref vivre ensemble. Ne nous y trompons pas, les soi-disant « dérives » des longues pauses café, pas si nom-

breuses que cela, sont bien des compensations liées à l'intensification et aux conséquences de la réduction du temps de travail qui déstructurent le « vivre ensemble », sapent le moral et pire peuvent rendre indifférents.

Ce qui n'est pas évaluable, c'est aussi le temps passé à penser à nos patients hors le temps de travail, c'est-à-dire le travail intellectuel fait à la maison pour notre travail, les rêves et les cauchemars que nous gardons pour nous ou que nous partageons entre collègues, lors de la réfection d'un lit ou quand c'est trop lourd à porter seul(e). Notre implication, cet engagement inconscient de la subjectivité débordante et nos connaissances issues de notre expérience (critères non reconnus car tus et tués dans l'œuf par les gestionnaires) font partie intégrante de nos métiers du soin, en font la richesse et ce pour quoi nous nous sommes engagés.

Pour rendre un peu plus visible cette subjectivité, il convient simplement de la reconnaître en chacun de nous, en plus haut lieu comme sur le terrain, et non de la nier, et surtout nous convaincre encore une fois qu'elle n'est pas évaluable parce que par définition non objectivable !

Les dégâts de l'impossible « évaluation objective »

D'expérience et en observant le réel, nous avons pu constater que les frontières sont bien floues entre évaluation (des compétences ou de la qualité), *culpabilisation*, *punition* et *souffrance au travail*.

Tout d'abord, l'évaluation des compétences des professionnels de santé et des performances individuelles est particulièrement prégnante dans les écoles d'infirmières, au cours de la formation des jeunes généralistes et dans des institutions publiques comme l'ANAES qui en fait son cheval de bataille pour les mois à venir. Ce type d'évaluation dérive inmanquablement vers l'évaluation de la personne. Elle entraîne non seulement une dégradation de l'état de santé, mais aussi une déstructuration des solidarités et de la confiance au travail. Combien d'infirmières ou





d'étudiants en médecine ont été dégoûtés du métier par ces méthodes, relevant plus de l'arbitraire bureaucratique et de l'abus de la psychologie comportementale (basée sur la « valorisation » et le « savoir-être ») que de la science, et se sont sentis ainsi écartés uniquement parce que leur personne, et non leur travail, était jugée et de surcroît sur des critères bien flous. Comment serait-il possible d'identifier des compétences, isolément, à distance du travail ? Ce type de « management » vise en fait à donner le pouvoir à une partie, choisie, de l'organisation, et renforce ainsi le contrôle social et la reproduction des corps sociaux (respect des rapports de domination, de hiérarchie, etc.).

Une deuxième méthode est l'évaluation de la « qualité », si chère à l'ANAES. Cette méthode ne prend pas en considération la connaissance spécifique du réel qui n'est accessible que par l'expérience du travail. Cette expertise est donc forcément en grande partie erronée. Sous couvert de science, de transparence, de respect des bonnes pratiques, l'ANAES est en réalité une structure au fonctionnement pour le moins opaque, dont on ne sait guère la part de dépendance envers l'industrie pharmaceutique, dirigée par des technocrates (qui dictent des prescriptions supplémentaires alourdissant encore plus la charge de travail, renforçant les contrôles et les contraintes et au final rendant le travail plus difficile) et des libéraux (dont le but n'est pas la qualité du travail, mais la fourniture aux hôpitaux de « l'accréditation », sorte de garantie publicitaire de qualité, ce qui introduit la notion de concurrence commerciale). La publicité mensongère et les fraudes ne sont pas loin... Nous pouvons donc légitimement nous poser la question de la légitimité et de la finalité de l'expertise de l'ANAES qui ne tient pas compte de l'avis du plus grand nombre et des diverses dimensions subjectives du soin, car ce ne sont pas des valeurs objectivables donc **rentables**. Nous touchons là au cœur de la question démocratique.

Les gestionnaires, avec leur utopie dangereuse d'objectivité, et plus particulièrement leur tendance à réduire la réalité à ce qu'ils sont capables d'objectiver, n'ont donc pas permis aux soignants de prendre la parole. Pourtant, le débat collectif est un préalable indispensable pour décider des choix démocratiques. Il est donc difficile de voir le bout du tunnel dans cet univers hospitalier qui implose un peu plus chaque jour. Cependant, « l'explosion » de l'été 2003 a bien mis en évidence le retour brutal du réel, et montre que le monde politico-administratif « en chemisette » a perdu le rapport avec la société et le travail et plane à autant de mètres d'altitude qu'il y a eu de morts lors de ce triste été... 15 000 environ.

Combien de couleuvres devons-nous engloutir encore ? Devons-nous accepter que l'ANAES nous impose par obligation un modèle d'évaluation fondé sur le culte de la performance, l'utopie de l'autonomie des individus, avec des objectifs jamais atteignables qui nous remplissent de désarroi ? L'évaluation, imposée malgré nous, a pour finalité l'introduction d'un concept (2) économique basé sur le profit de notre activité de soins, la diminution des coûts de « production » des métiers des services, méthode qui conditionne le financement des hôpitaux publics comme privés. Sommes-nous obligés de nous y soumettre, c'est-à-dire de devenir des sortes d'aliénés sociaux et culturels, la démocratie étant balayée, notre travail réel et subjectif étant récusé à la fois par les agents de la bureaucratie, les gestionnaires et les adeptes du libéralisme ? Ou devons-nous résister et repenser notre rapport au travail ?

Pourquoi serions-nous convaincus de la nécessité d'augmenter notre besoin d'évaluation au travail ? Les gestionnaires fous nous auraient-ils tapés si forts sur la tête ? Non, il s'agit seulement de changer radicalement la méthode.

Les alternatives

Pour tendre vers l'idéal d'une qualité au travail, l'objectif est l'équité et la justice, le moyen est de renforcer la coopération et le partage *des connais-*

sances entre collègues dans un indispensable climat de convivialité et de confiance (jugement entre pairs), partage basé sur l'expérience individuelle et collective : puissance de la subjectivité de l'ensemble des professionnels médico-sociaux, pratiques délibératives et de compromis, écrits collectifs des sociétés savantes (conférences de consensus, revues), réflexion collective sur la formation complexe et souvent difficile des patients (diabète, auto-dialyse, connaissances et surveillance des traitements, etc.). Encore faut-il casser le cloisonnement des métiers, reconnaître le savoir-faire et la dimension collective du soin (la reconnaissance étant une valeur hautement symbolique et stimulante), prendre conscience de l'interdépendance des rapports humains, permettre de nous former sur un temps rémunéré (dimension matérielle) et partager le pouvoir, ce qui signifie accorder une place légitime aux citoyens. Cette place reste à définir démocratiquement, mais une des interventions citoyennes peut consister à définir les moyens équitables à attribuer aux structures de soins sur l'ensemble du territoire, questions de répartition actuellement monopolisées par les technocrates. Ainsi, ce travail collectif, connu dans toutes ses dimensions et reconnu, transforme chaque participant, lui donne estime, confiance, accomplissement de soi et santé (de par son apport utile au groupe). Pour reconnaître la dimension subjective du travail, la seule méthode possible c'est, dans un premier temps, de créer les conditions d'une prise de parole authentique et d'une écoute pour entendre et, dans un second temps, de se donner les moyens de la recherche en sciences du travail et en santé publique et ainsi d'affiner la connaissance des pratiques. C'est une révolution, à laquelle il faut nous atteler, dans nos représentations que nous avons du travail. Qui pourrait empêcher les soignants de faire de la recherche sur leurs pratiques, de la recherche épidémiologique, de se découvrir eux-mêmes et que ce soit inscrit véritablement dans les études et tout au long de la vie ? Qui connaît les milles finesses du métier pour effectuer une toilette mortuaire ? Comment penser

l'accompagnement des personnes en fin de vie ? Qui fait des études sur les nouveaux métiers des services à domicile ? Quelles pathologies soigne-t-on à l'hôpital ? Quelles difficultés sociales sont traitées ou non traitées ?

Dans nos années de militance, nous criions haut et fort : « un jeune travailleur vaut plus que tout l'or du monde ». Qu'est-ce donc qui se cachait derrière chaque jeune travailleur pour que nous nous exclamions ainsi, si ce n'est la subjectivité de chacun qui se construit jour après jour, sa réalité, son imaginaire, la reconnaissance de son beau travail, la recherche d'un sens à son existence, sa dignité et la seule valeur qui vaille : le respect de sa vie.

Bibliographie

Ouvrages

- Aiach P. et Delanoe D., *L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas*, Anthropos, 1998.
 Dagonnet F., *Pour une philosophie de la maladie*, Ed. Textuel, 1996.
 Dejours C., *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : critique et fondements de l'évaluation*, INRA, Ed. 2003.
 Dubet F., *Le déclin de l'institution*, Ed. du Seuil, 2003.
 Labayle D., *Tempête sur l'hôpital, l'épreuve des faits*, Ed. du Seuil, 2002.
 Le Goff J.-P., *La barbarie douce : la modernisation aveugle des entreprises et de l'école*, Ed La Découverte, 1999.
 Perraut Soliveres A., *Infirmières, le savoir de la nuit*, Partage du savoir « Le Monde » Presses Universitaires de France, 2001.
 Thomas L.V., *Rites de mort, pour la paix des vivants*, Fayard, 1985.

Articles et revues

- Haefliger S., La tentation du « loft management », *Le Monde Diplomatique*, n° 602, mai 2004.
Pratiques, les cahiers de la médecine utopique : Choisir sa vie, choisir sa mort, Indigènes Ed. 2000, N° 11.
 L'hôpital en crise, Indigènes Ed. 2000, N° 9.

Mémoire

- Dubreil P., « Attitude des soignants face à la mort à l'hôpital gériatrique : étude sur la région nantaise en 2003 ». Mémoire pour la Capacité de Gérontologie. Université de Nantes : UFR de Médecine et Techniques Médicales de Nantes 2002-2003.

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

2. « Ce n'est pas avec des fumées conceptuelles qu'on fait une pensée profonde » dit Michel Onfray en parlant de Montaigne, qui préfère lui, la langue des paysans aux concepts ; France Culture, Université populaire- « Le fagotage des Essais » - 17/08/2004.



Les renouveaux nécessaires pour l'hôpital

Patrice Muller

Médecin généraliste

L'hôpital doit être repensé autour d'une organisation des soins et de la santé publique à partir du niveau du territoire local (offre de soins hospitaliers de premier niveau), puis secondairement au niveau régional, niveau pertinent pour le recours hospitalier de deuxième niveau (spécialités rares et /ou lourdes au plan des infrastructures).

Dans cette réorganisation des ressources hospitalières centrée autour du « bassin de vie local » (1), il est nécessaire de réajuster l'offre de soins en égalisant strictement les conditions d'accessibilité aux soins, que l'on soit dans le secteur hospitalier public ou privé, ce qui a pour corollaire dans les futurs conventionnements avec l'Assurance maladie la suppression de tous les dépassements d'honoraires et de tarifs médicaux pour les établissements hospitaliers privés.

L'hôpital doit être vu et revu en fonction des diverses missions qu'il remplit déjà ou qu'on aimerait lui voir remplir dans l'avenir.

Assurer l'offre de soins dans les quatre disciplines principales que sont la « médecine interne » (adultes et enfants), la chirurgie viscérale de base, la chirurgie orthopédique, l'obstétrique de premier et deuxième niveau avec les urgences de base relatives à ces quatre disciplines. Répartition homogène et régulière sur tout le territoire de l'offre de soins, de sorte que chaque bassin de vie soit doté d'une première ligne hospitalière en quantité et en qualité suffisantes.

L'hôpital doit être la pierre angulaire du nouveau dispositif de santé publique qui est complètement à refonder par ailleurs : c'est à l'hôpital que se constituent et sont recueillies les données

alimentant les registres de morbidité ou de mortalité. L'hôpital doit être aussi en capacité d'être un lanceur d'alerte pour le bassin de vie qu'il a en charge (en collaboration avec les réseaux de santé de proximité du même bassin de vie).

L'hôpital participe à la fonction d'enseignement de la médecine. Ce ne sont plus des murs qui sont accrédités dans cette fonction, mais un service, un département, une équipe d'un hôpital à qui on aura reconnu les compétences pédagogiques pour ce faire : on peut imaginer que par rapport au label existant « tout CHU » d'un établissement, seuls certains services auront la capacité et donc l'autorisation pour un temps donné pour former et enseigner et d'autre pas (ce qui laisse en suspens la question de qui et quoi définit les caractéristiques d'une équipe formatrice ou pas...). L'hôpital doit être un lieu ouvert capable physiquement d'animer et organiser des conférences débats sur tout sujet de préoccupation de santé de la population du bassin de vie concerné.

Démocratiser la fonction de chefferie de service ou d'unités de soins. Un chef de service est élu pour une période donnée (3, 4, 5 ans ?) et est déchargé au moins en partie pour cette période de ses responsabilités habituelles.

Homogénéiser et hiérarchiser différemment les catégories actuelles des hôpitaux publics. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris est une administration qui déroge au droit commun de la régulation hospitalière. Elle doit être supprimée en tant que telle et « ses hôpitaux » doivent en revenir au statut ordinaire de l'hôpital public (insertion dans une planification de réels bassins

de vie ou pour certains hôpitaux qui ont de fait acquis une hyper spécialité, conféré à cette hyper spécialité le statut d'Institut spécialisé, à dimension régionale voire nationale : une partie de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière pourra avoir par exemple la qualification d' « Institut hospitalier de niveau national ou régional en neurologie » avec tous les attributs afférents utiles et nécessaires pour prendre en charge les malades les plus rares ou les plus compliqués adressés en deuxième intention. Le reste des autres services de cet hôpital rejoignant le statut commun d'hôpital public de premier niveau.

Le statut hospitalo-universitaire pour les médecins est obsolète et est un frein à l'innovation. Un médecin ne peut plus en 2004, en même temps assurer des fonctions de soignant, de chercheur et d'enseignant – à supposer qu'il en ait les qualités et les compétences requises – pour mener ces trois métiers de front. Par contre on peut envisager que au cours du déroulement du cursus professionnel deux ou les trois de ces fonctions puissent être abordées à tour de rôle pendant un certain nombre d'années. De plus ces fonctions ne doivent plus être rattachées à un type donné d'établissement hospitalier. N'importe quel hôpital, à partir du moment où il en a la capacité peut héberger une équipe de chercheurs ou d'enseignants de la médecine ou être un lieu de formation pour les diverses pratiques professionnelles. Les changements des statuts des médecins hospitaliers ainsi que ceux des médecins généralistes qui vont tendre vers des modes de salariat les

rémunérant à la fonction doivent leur permettre des changements temporaires ou définitifs de lieux de pratiques, ce qui constituerait d'excellents modes de mises à jour professionnelles.

Sortir l'administration hospitalière de son mode de gestion technocratique actuel. Il est issu du monde économique industriel avec les conséquences catastrophiques en matière de qualité du contenu des soins et de démotivation du personnel soignant. C'est l'enjeu de la nécessaire redémocratisation de la gestion de l'hôpital avec une émulation/contrôle où les différentes parties prenantes de l'hôpital que sont les soignants, les gestionnaires et administratifs de la structure hospitalière et les usagers dans leur forme de représentation locale pourront discuter ensemble des orientations de « leur » hôpital.

1. Au plan local, les caisses primaires de l'Assurance maladie, redémocratisées et pourvues de nouvelles compétences, doivent être le chef d'orchestre de la régulation et de la concertation autour de toutes les questions ayant trait aux soins et à la santé publique du « bassin de vie » concerné. Ce « bassin de vie » est de la taille approximative d'un canton, correspondant à une zone d'habitation d'environ 200 à 300 000 personnes en moyenne (à nuancer selon le caractère urbain ou rural de la zone géographique). Il regroupe l'ensemble des ressources médicales dudit territoire correspondant à la médecine de premier recours (médecine curative ambulatoire et médecines de prévention) et hospitalière de premier niveau (cliniques privées et services hospitaliers généralistes). La pertinence de cette aire de concertation est qu'elle correspond dans la réalité du soin et des questions de santé publique à la zone d'échanges et d'utilisation, du point de vue des usagers et des professionnels du soin et du secteur social, de ces structures pour résoudre la grande majorité des problèmes liés à la santé publique et aux soins.



Redéfinir la mission des hôpitaux publics, leur donner les moyens humains, d'organisation et financiers de prendre leur place dans la continuité des soins pour permettre à tous de bénéficier de l'excellence du soin. La répartition des hôpitaux doit être homogène et régulière sur tout le territoire de l'offre de soins, de sorte que chaque bassin de vie soit doté d'une première ligne hospitalière en quantité et en qualité suffisantes. L'hôpital doit être un lieu ouvert capable d'animer et d'organiser des conférences débats sur tout sujet de préoccupation de santé de la population du bassin de vie concerné. Son organisation doit être revue et démocratisée au niveau du fonctionnement et de la direction des services ou unités de soins ainsi qu'au niveau de l'administration hospitalière.
Syndicat de la Médecine Générale - juillet 2004.



Quelle place pour le médicament ?

Martine Lalande

Médecin généraliste

Prescripteurs sous influence

Chaque jour, nous prescrivons des médicaments. À notre initiative, à la demande des patients ou en relais d'autres médecins (spécialistes, hôpital...). Nous sommes des proies pour l'industrie pharmaceutique, qui est à la porte du cabinet, aux réunions d'amicales, même dans les réseaux, prête à offrir repas et séminaires... Sous la pression des médias, le médicament est présenté comme un objet de consommation, une réponse immédiate à tous les maux. Nous avons besoin des médicaments, qui sont l'une des réponses aux plaintes et aux problèmes de santé des patients. Mais notre information sur leur efficacité et leurs dangers est faussée. Les études présentées par les laboratoires sont difficiles à critiquer, les journaux français sont influencés par la publicité, les nouveaux médicaments arrivent par les spécialistes, peu d'études comparatives attestent de leur intérêt vis-à-vis de plus anciens et mieux connus. Le débat sur les génériques n'est pas clair, eux aussi sont l'objet de profits. Prescrire en DCI (1) est difficile, et n'est pas prévu par les logiciels informatiques. Pour nous aider, nous n'avons que la Revue *Prescrire*.

Des expériences pour résister

Pour décider de quels médicaments nous avons besoin, il faut travailler à plusieurs. C'est ce que font les groupes de pairs, et aussi les groupes de médecins et pharmaciens, les groupes de travail ville-hôpital, ou professionnels-usagers. Pour résister aux pressions industrielles, on peut suivre le *Formindep* qui incite à déclarer les conflits d'intérêt dans toutes les formations. Pour influencer sur les choix internationaux, le *Collectif Europe et Médicament*, associant *Prescrire*, syndicats et associations, a fait modifier les lois européennes pour plus de transparence et

moins de publicité. Des associations d'usagers (sur le Sida...) se sont imposées dans les équipes de recherche. Au niveau mondial, la pression des associations et des syndicats a déjà joué un rôle contre les lobbies pharmaceutiques, en s'opposant à la protection des brevets, pour mettre les médicaments utiles à disposition de tous les pays concernés. C'est ainsi qu'en 2001, les 39 laboratoires qui avaient attaqué l'Afrique du Sud pour avoir produit des copies de médicaments antirétroviraux encore protégés par des brevets, à des prix beaucoup plus bas ont été obligés de retirer leur plainte...

Pour une recherche et une information indépendantes, et une réflexion sur les prescriptions

La formation doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique, il faut résister aux propositions financières et obtenir des indemnités publiques. Les réunions de travail sur les prescriptions doivent être organisées localement et rémunérées séparément du paiement à l'acte. La prescription en DCI doit être assistée par des logiciels et des fiches de transparence, à jour, envoyées à tous les praticiens. Les Agences du médicament doivent être indépendantes de l'industrie. La recherche doit être publique, sur des sujets de santé publique et sur tous les traitements (y compris les placebos, les thérapeutiques alternatives et les autres techniques). Pharmaciens et usagers doivent être associés à la réflexion et la recherche sur les médicaments. Nous avons besoin de médicaments dont le service médical rendu soit reconnu et les dangers évalués, que les médicaments inutiles ne soient plus commercialisés et que ceux qui sont utiles soient gratuits et disponibles pour tous, sur toute la planète.

1. Dénomination commune internationale.

Formindep
<http://perso.wanadoo.fr/wilmart.franck/formindep.htm>

Revue Prescrire
83, boulevard Voltaire
75558 Paris Cedex 11
Tél. : 01 49 23 72 80
Fax : 01 48 07 87 32
e-mail : revue@prescrire.org
www.prescrire.org

Rêves de pharmacien

Lucette Guibert

Pharmacienne

Quand les sociétés d'assurance anticipent le déremboursement (ou la fin du brevet) des médicaments, quand les réformes en cours accentuent la marchandisation de la santé, quelle peut être la place du pharmacien d'officine ?

Rêvons un peu, comme peut rêver le pharmacien d'une petite officine de quartier en milieu urbain. Rêvons qu'il n'a plus à se préoccuper de la survie de son entreprise ; qu'il n'est plus rémunéré au pourcentage sur le prix des médicaments et que sa marge n'est plus dégressive lissée ; que ses instances professionnelles (syndicats ou ordre) n'anticipent pas la disparition de deux officines sur trois ; qu'il n'est plus méprisé par les médecins ; qu'il n'a plus à vendre de médicaments « conseil » qu'il sait inefficaces, voire dangereux en cas de mésusage, mais tellement « vu à la télévision » ; qu'il ne va pas être le collecteur impopulaire et obligé de l'impôt forfaitaire de 1 euro (et plus rapidement) sur ordonnance ; qu'il n'a plus à faire croire qu'il peut régler de réels problèmes de société en vendant des consommables.

Alors il pourrait :

– affirmer qu'il est obscène de mourir de trop de médicaments quand tant d'humains meurent de réelles maladies. Le pharmacien pourrait expliquer les résistances aux antibiotiques, les infections nosocomiales, les hospitalisations (particulièrement des personnes âgées) pour iatrogénicité des médicaments.

Il pourrait expliquer la perversité d'un système qui l'amène à vendre des sachets de protéines et des vitamines pour maigrir quand des enfants d'autres pays pourraient les utiliser pour grandir.

– continuer d'être le professionnel de santé le plus facilement accessible. Les petites officines de quar-

tier sont les endroits où on va spontanément pour avoir un premier avis, des renseignements sur les horaires des médecins, la liste des infirmières, la connaissance du dentiste de garde, le service municipal de portage de repas à domicile... Ce rôle mériterait d'être plus formalisé et reconnu. C'est un rôle de cohésion socio-sanitaire qu'il est possible de sauvegarder et de renforcer.

– faire le constat des dysfonctionnements du système de soins et contribuer à la conception des solutions. La sortie des hôpitaux se fait le samedi en fin de matinée. C'est toujours le samedi après-midi, quand le grossiste est fermé, que le pharmacien doit trouver une calciparine à un dosage qu'il n'a plus, un prescripteur pour les morphiniques d'un malade en fin de vie, un confrère qui a justement ce morphinique à ce dosage là en stock, un autre confrère qui a le nouvel antipsychotique du patient en permission d'hôpital psy. Il suffirait que l'hôpital ou la clinique s'assure que la pharmacie a de quoi assurer l'intendance dans des moments si difficiles...

– travailler en équipe avec d'autres professionnels de santé au sein de réseaux. Les réseaux sont des lieux d'apprentissage de nouvelles formes de relations de travail entre professionnels de santé différents ; on n'y est plus seul et on ne représente plus l'archétype professionnel. Il n'y a plus de réticence à dire « je ne sais pas » parce que les autres membres du réseau aideront à trouver la solution ; et on a la certitude que c'est réciproque. Que ce soit des réseaux organisés autour d'un type de maladie (diabète, Sida, insuffisants respiratoires), d'une catégorie de personnes (personnes âgées...), d'un aspect professionnel (hospitalisation à domicile, sortie de médicaments de la réserve hospitalière), d'un aspect de la vie du réseau (formation professionnelle commune indépendante des laboratoires).



– participer à la prévention en coopération avec des travailleurs sociaux, enseignants, associations... Il y a tellement de domaine où nos connaissances pourraient être utiles : aborder la contraception avec des associations d'alphabétisation des femmes ; prévenir l'obésité en parlant diététique avec des enfants ou des adolescents lors de cours à cet effet.

– mettre à disposition, des informations sur les maladies, les médicaments, les techniques de soins. Un vrai espace de confidentialité où on peut s'asseoir, éventuellement sur rendez-vous, à l'écart d'oreilles indiscretes pour parler d'incontinence, de contraception, de planning familial, de prise de médicaments (Sida, anticoagulants), d'effets

secondaires de médicaments (antihypertenseurs, antidiabétiques) de l'utilisation d'appareils (surveillance de la glycémie, chambres d'inhalation)... Certains ont formalisé cela sous le nom de « consultation pharmaceutique ».

– animer un endroit de discussion. L'officine est un lieu où pourraient se tenir des débats, des discussions qui participeraient à l'éducation de l'esprit critique des citoyens.

Le bonheur n'est pas dans les gélules.

Le temps est venu de travailler en équipes multidisciplinaires.

L'humanité ne se réduit pas à la somme de problèmes de santé.

La politique du médicament doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique et au service de la santé publique, contrôlée par des agences du médicament financées uniquement par l'Etat. Toute publicité sur les médicaments doit être interdite. Les médicaments doivent être commercialisés sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI) et non pas sous les noms de marques, et leur prescription se faire en DCI. Les Autorisations de Mise sur le Marché doivent être données en fonction du Service Médical Rendu ou de l'Amélioration du Service Médical Rendu et les médicaments inutiles doivent cesser d'être commercialisés. Il faut organiser une réflexion collective interprofessionnelle et avec les usagers sur la prescription et la relation thérapeutique. Enfin, c'est au niveau européen et si possible international, qu'il faut penser les politiques dans le domaine du médicament, si l'on veut pouvoir résister aux pressions des firmes pharmaceutiques et faire en sorte que les médicaments indispensables dans les pays pauvres puissent y être développés, fabriqués et accessibles financièrement aux populations défavorisées.

Syndicat de la Médecine Générale - juillet 2004.



Une assurance santé solidaire

Si nous voulons mettre en place une réelle politique de prévention et d'éducation, alors nous devons également construire un système de santé plus égalitaire, qui facilite l'accès aux soins et qui permette aux professionnels de produire une meilleure qualité des soins.

Pour effectuer ces transformations, il faut élargir la place du régime obligatoire d'Assurance maladie et lui permettre de devenir un régime d'assurance santé, organisé non plus seulement pour gérer le risque maladie des assurés, mais pour les aider à rester en bonne santé.

Cette assurance santé solidaire doit couvrir de plein droit tout résidant sur le territoire français : ainsi deviendront caduques les prises en charges spécifiques à certaines catégories de population et donc plus facilement remises en cause telles que la CMU complémentaire et l'Aide Médicale Etat. L'assurance santé doit prendre en charge les soins à 100 % avec dispense d'avance de frais. Ceci pose la question de la place des mutuelles complémentaires. Elles pourraient soit être intégrées au régime obligatoire en devenant des complémentaires obligatoires (comme en Alsace où la couverture est de 90 %), soit se recentrer sur des missions de gestion d'établissements à

but non lucratif, et d'organisation d'initiatives de coordination interprofessionnelle avec les usagers.

Les tarifs doivent être respectés par les professionnels, il faut interdire les dépassements tarifaires pour les soignants, outil d'inégalité sociale et source de rupture dans la continuité des soins.

Les inégalités de répartition démographique des soignants et des équipements doivent être corrigées dans le cadre plus large de l'aménagement du territoire et par des mesures incitatives à l'installation, des conditions d'exercice adaptées et des possibilités de choix de modes de rémunération autres que le paiement à l'acte.

La permanence et la continuité des soins doivent être assurées. La permanence des soins est un service public et doit être obligatoire pour les professionnels de santé ; elle doit être rémunérée par un salaire adapté et suivie d'un repos compensateur ; elle doit rentrer dans le cadre d'une véritable coopération ville-hôpital.

1. Extrait du supplément « Pour une véritable assurance santé solidaire » au n° 26 de la revue *Pratiques*, juillet 2004, disponible gratuitement sur simple demande.

Syndicat
de la Médecine Générale (1)

Syndicat
de la Médecine Générale
Tél. : 01 46 57 85 85
syndmedgen@free.fr

Résumé : Peut-on imaginer une politique de santé sans une politique de prévention et des outils efficaces ? Peut-on accepter une politique de santé, ou ce qui prétend l'être, où la Sécurité sociale n'apparaît guère plus présente en matière de prévention qu'une caisse d'assurance parmi d'autres ?

Quelle place pour la prévention ?

Henri Pézerat

Directeur de recherche
honoraire au CNRS

La CNAM (1) pourrait, devrait être partie prenante, animatrice de l'élaboration, l'exécution et le contrôle de l'ensemble des décisions tant en matière de soins qu'en matière de prévention.

Mais encore faudrait-il qu'elle ne soit pas un champ clos où se déroulent des batailles pour le pouvoir entre des technocrates issus des milieux patronaux, syndicaux et de l'appareil d'Etat. En somme, un modèle d'absence de démocratie participative dont tout le monde se plaint, mais dont quelques-uns savent tirer profit.

Mais puisque nous sommes dans *Les cahiers de la médecine utopique*, on est en droit d'imaginer qu'un jour, de multiples acteurs associatifs seront capables de s'allier pour imposer la convocation par la CNAM de véritables Assises de la prévention où l'on pourra enfin en cette matière être à même d'aller au-delà des méfaits du tabac et de la distribution de quelques subventions pour des opérations de dépistage abusivement présentées comme des mesures de prévention.

Un exemple d'urgence : les perturbateurs endocriniens

Il est impossible de ne pas voir que l'importante croissance des cancers du sein, de la prostate et de quelques autres organes est lié à l'énorme diffusion depuis quelques années de POP (produits organiques persistants) capables de jouer, à très faible dose, le rôle de perturbateurs endocriniens, produits présents dans des matières plastiques, des détergents, des pesticides, etc. A titre d'exemple, rappelons que l'on trouve des résidus de DDT, interdit depuis trente ans, dans le sang d'une forte proportion de femmes atteintes d'un cancer du sein.

Cette classe de produits, capables d'altérer le système qui régule l'ensemble des fonctions de l'organisme, ne se contente pas d'un rôle en cancérogénèse, mais elle

est très probablement à l'origine de la baisse de la fertilité et de divers dérèglements du système immunitaire. Mais qui s'en soucie au plus haut niveau, que ce soit à la CNAM, dans les institutions de recherche (CNRS, Inserm, Inra) ou dans les agences sanitaires ? Tout au plus le ministère de l'Ecologie a-t-il édité un opuscule sur le sujet où l'on ne sait qu'évoquer – antienne connue – les doutes et l'incertitude.

Par contre, l'industrie veille au grain

C'est ainsi qu'Atofina (le groupe Total) a créé une structure – Action chimie et écologie – réunissant périodiquement tous les chercheurs dont les sujets de recherche concernent de près ou de loin les perturbateurs endocriniens. Ce qui lui permet, en distribuant des contrats aux bons élèves, en incitant à des pressions sur ceux qui ne feraient que révéler des vérités gênantes, de contrôler ce secteur sensible, alors que la quasi-totalité des laboratoires indépendants de toxicologie industrielle ont été détruits.

Et ce qui permet également au lobby international de la chimie de se retrancher derrière des tests mis au point par les experts de l'OCDE, tête pensante des intérêts économiques des multinationales !

La crise actuelle de la Sécurité sociale n'est qu'un épiphénomène d'une crise beaucoup plus profonde de la politique de la santé, tant en matière de politique des soins qu'en matière de politique de prévention. Il nous faut maintenant sortir du stade des protestations isolées, se chercher des alliés, construire des mouvements, interpeller médecins, scientifiques et avocats, utiliser enfin l'arme des procès pour imposer une véritable politique de prévention.



1. Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Les méthodes formalisées de participation

Les méthodes dites participatives se sont développées à partir d'un constat de nature politique : une minorité d'acteurs seulement sont en mesure de prendre les décisions dans les domaines scientifiques et technologiques, alors que toute la société est concernée par leurs retombées. Il y a donc un besoin de « démocratie scientifique » et de dialogue autour des enjeux et questions scientifiques. La barrière de la connaissance, ressentie comme insurmontable par la majorité, doit pouvoir être franchie. Des procédures diverses ont été mises au point pour informer, consulter et engager le public. Au fur et à mesure que les expériences se sont multipliées, la notion même de participation s'est affinée et a réintégré des procédures aussi vieilles que les enquêtes d'opinion ou le référendum et en a inventé de nouvelles. Des secteurs toujours plus nombreux intègrent ou développent ces pratiques d'engagement du public. Pour la clarté de la présentation, seules les méthodes d'interface science-technologie-société seront présentées dans cet article.

De qui parle-t-on quand on parle du public ? Une distinction apparaît entre ce que l'on nomme le grand public (ou le public profane) et le public impliqué dans des groupes constitués tels des associations, des ONG, etc. Le premier n'est pas directement concerné, le second est intéressé et impliqué, et de ce fait possède des connaissances et défend des points de vue. D'autres acteurs interviennent, les experts, les secteurs professionnels et économiques, et enfin les élus et les représentants administratifs. Tout choix d'une méthode par rapport à une autre doit au préalable clarifier et positionner le rôle et la place de chacun de ces acteurs. Naturellement, avec celles des acteurs se pose la question des objectifs de la participation. A quoi peut-elle servir ? Elle apporte une meilleure information pour améliorer le processus de décision (dimen-

sion cognitive) ; elle contribue à élargir la légitimité du processus en donnant la parole à ceux qui sont concernés par la décision (dimension normative ou démocratisation de la décision) ; elle clarifie les désaccords, aide à construire de futurs consensus, etc. (dimension pragmatique). Les procédures sont nombreuses ; les plus référencées étant : **les conférences publiques de consensus** organisées sur deux ou trois jours, en public, au cours desquels un panel de douze à seize profanes, formé pendant deux week-end, interroge un panel d'experts et produit un rapport donnant son avis sur le problème posé. **Les jurys de citoyens** sont d'une organisation plus légère, et mettent en scène un panel d'une dizaine de personnes profanes de la question posée, qui interroge des experts, en réunion fermée et produisent des recommandations. **Les focus groups** facilitent l'expression spontanée d'un petit groupe de personnes sur des sujets généraux en une seule réunion, fermée. **Les Ateliers du futur** font intervenir des petits groupes de participants diversifiés qui, en un à trois jours, conçoivent des scénarios du futur. **Les Ateliers de scénario** mettent en place des groupes définis par leurs métiers ou positions et favorisent leur mixité pour construire des scénarios de développement et dégager les actions à entreprendre.

Pour en savoir plus :

- <http://www.tekno.dk/>
- <http://www.Europaeische-akademie-aw.de>
- Public participation methods : a framework for evaluation - Gene Rowe and Lynn J. Frewer – Science, technology and human values (vol 25 – 2000).
- Governance of the european Research area « the role of civil society » - IFOK report (2003).
- Quelques équipes françaises : Centre de sociologie de l'innovation (M. Callon, V. Rabeharisoa), Cevipof (Daniel Boy), Inra (Pierre Benoit Joly).

Dominique
Donnet-Kamel

Responsable Mission Inserm
associations

Résumé : La médecine scolaire est actuellement exercée par des professionnels compétents en santé-développement de l'enfant et en santé publique. Elle est chargée d'accompagner les parents pour répondre aux besoins de leurs enfants et de promouvoir la santé/bien-être à l'école. Les changements actuels, remettant en cause la solidarité, comportent le risque de disparition de cette médecine de prévention gratuite et indépendante de l'Assurance maladie.

Sauvons la santé scolaire

Marie-Blandine
Basalo
Nathalie Victor

Médecins de l'éducation
nationale (93)
Syndicat National Autonome
des Médecins de Santé
Publique de l'Éducation
Nationale (UCMSF)

Sans vouloir copier sur le mouvement récent des chercheurs et dans le cadre de la médecine utopique, nous sommes très tentés d'en appeler à l'opinion publique par l'intermédiaire de cet article. A l'heure où s'organisent de profonds changements dans la solidarité et le fonctionnement du système de santé, il n'existera bientôt plus qu'un dernier îlot de résistance et encore est-il en voie d'extinction. La santé scolaire est le dernier représentant d'une médecine totalement gratuite, non inféodée à quelque entreprise marchande que ce soit, libre d'accès à tous les enfants et adolescents scolarisés et à leurs parents quel que soit leur statut social et complètement indépendante de l'Assurance maladie.

Dans le contexte actuel, l'existence d'un tel service public ne va-t-elle pas être remise en cause ? Cette médecine, faite par des professionnels compétents en santé-développement de l'enfant et de l'adolescent et en santé publique, risque bien de disparaître. En effet, il est maintenant question de confier à d'autres professionnels les tâches pour lesquelles les médecins scolaires sont particulièrement formés (examens de prévention du pré-adolescent et de l'adolescent par exemple) : on peut légitimement penser que c'est le début de la fin d'une médecine gratuite et directement accessible à tous les enfants et adolescents scolarisés.

Cette médecine, organisée en service de santé scolaire avec des équipes médico-sociales de terrain, a été, depuis quelques années, transformée en une vague « mission de promotion de la santé en faveur des élèves » où la cohérence des actions n'est plus

possible. Chaque catégorie professionnelle s'est retrouvée instrumentalisée dans cette grande institution qu'est l'École. Les conditions ne sont pas réunies pour une amélioration dans un proche avenir.

Les médecins scolaires sont pourtant ceux qui pourraient être les plus proches des enfants et des adolescents, car ils interviennent dans un des lieux importants de leur vie : leur école.

Mais comment être proche et atteignable quand le secteur d'intervention comporte en moyenne 10 000 élèves pour un médecin titulaire ? Même avec une sur-compétence en organisation et en programmation de santé publique, cela devient impossible.

Le travail de proximité nécessite de la disponibilité et du temps. Le médecin scolaire ne peut accompagner les parents pour répondre aux besoins de leurs enfants que s'il a pu développer des liens de confiance avec eux et des pratiques de travail en réseau avec les autres professionnels sociaux et de santé dans le quartier où il exerce. Cette pratique demande du temps et un secteur limité d'intervention.

En outre, une véritable éducation à la santé collective ne pourra se faire qu'en développant considérablement à l'école les connaissances des élèves sur leur propre santé et les manières de la préserver, en y associant les parents, et en travaillant avec eux sur ce qui les préoccupe en matière de prévention en santé.

Cela suppose que le médecin scolaire puisse continuer à avoir le temps d'être un médecin de santé publique et de travailler de manière communautaire avec les familles.

SNAMSPEN – UCMSF
65-67, rue d'Amsterdam
75008 Paris
Tél. : 01 40 23 04 10
Fax : 01 40 23 03 12

Faisons un rêve...

Dans cette école élémentaire d'une ville de province, les actes de violence verbale et physique étaient grands entre les différentes ethnies. Se côtoyaient des Turcs, des Marocains, des Vietnamiens, des Gitans « français », des Gitans « espagnols », des Algériens, des Espagnols, quelques enfants français et quelques autres roumains. La langue était un obstacle certain mais, surtout, la différence faisait peur. Les familles, pas toujours confortablement acceptées dans le quartier, entretenaient une méfiance qui allait même jusqu'à l'interdiction aux enfants de fréquenter « les autres ».

A l'initiative de l'équipe éducative de l'école élargie aux partenaires institutionnels (mairie, animateurs, médecin et psychologue scolaires) et pour essayer d'enrayer ces vagues de violence, des journées consacrées à la connaissance de l'autre ont été organisées.

Les parents et leurs enfants (élèves et fratries) proposaient des activités autour de leur culture originelle : on vivait à l'heure marocaine, roumaine, on apprenait des danses et des chants traditionnels, on parlait chiffons, on échangeait sur la religion, on voyait des photos, parfois même des petits films de famille que les enfants avaient ramené de « chez eux ». On faisait connaissance avec les grands-parents, les cousins, restés « au

pays » et on repartait avec des images de voyage plein la tête, des goûts exotiques plein la bouche, des musiques plein les oreilles, le plaisir d'avoir été accepté à partager ces moments et l'envie d'en savoir encore plus. En chacun de nous pouvait vivre une petite parcelle d'étranger, cet autre qui faisait maintenant partie de nous.

Toute l'année, au rythme de deux à trois jours par mois, l'école se transformait pour vivre des moments d'une grande richesse pendant lesquels les enfants et les adultes apprenaient la tolérance, l'écoute, le partage et s'enrichissait de la différence de l'autre.

Dans cette école, l'équipe éducative avait parié que la connaissance et la compréhension de l'autre, l'adaptation de tous à ce milieu pluri-ethnique, permettent de libérer les entraves intellectuelles et sont la base pour une disponibilité pleine, entière et efficace aux apprentissages, ceux contenus dans les programmes de l'école primaire.

Alors, faisons un rêve : et si la négociation, le dialogue, l'ouverture vers l'autre et sa différence était un moyen d'enrayer la violence et les agressions... Et si c'était la mission de l'école, de la famille, de la cité, grâce à l'effort de tous, que de construire la réelle identité citoyenne de l'individu ? Et si c'était ça la réussite ?

Nicole Civil-Ayats

Professeure
des Ecoles-Formatrice

Résumé : Le financement socialisé de l'activité médicale légitime le droit de regard de la collectivité sur l'usage qui est fait des ressources qu'elle fournit aux professionnels du soin. Encore faut-il que les méthodes de contrôle utilisées respectent le nécessaire espace de liberté lié à la nature profonde du soin et ne soient pas contre-productives en matière de qualité des soins. Plutôt que les outils contraignant de l'extérieur l'activité médicale, l'auteur prône une émulation interne aux professionnels qui s'organiserait sous le regard et les échanges réciproques des uns et des autres.

Entre contrôle et liberté

Pierre Volovitch

Chercheur en économie
à l'Institut de recherches
économiques et sociales (IRES)

Au départ, il y a deux affirmations qui peuvent apparaître contradictoires. Première affirmation : la socialisation de la dépense de santé, dit autrement, le fait que la plus grande part des revenus des professionnels soit issue de financements collectifs, rend nécessaire et légitime une intervention de la société dans le domaine de l'activité des soignants. Seconde affirmation : parce que l'activité des soignants prend très principalement la forme d'un travail intellectuel à partir d'une réalité humaine irréductiblement diverse, la qualité même de cette activité suppose que les soignants disposent d'une grande liberté. Légitimité de l'intervention de la société dans le domaine de l'activité des soignants, nécessaire liberté des soignants, comment résoudre cette contradiction ?

Nous sommes aujourd'hui coincés entre ceux qui veulent en rester au « petit commerce » du soin et ceux qui rêvent de le « protocoliser »

Certain verraient bien une solution à cette contradiction dans la « désocialisation » de la dépense de santé. Ils rêvent d'une situation dans laquelle le rapport du soignant et du soigné résulterait d'un contrat individuel passé avec un patient isolé finançant lui-même sa dépense. Pourquoi dès lors, pense-t-il, la collectivité viendrait-elle mettre son nez dans ce contrat ? Ils ont tort de deux façons. D'une part, parce que même s'il s'agissait d'un contrat strictement individuel, la dimension collective des questions de santé fait

que la société ne peut se désintéresser de ce qui se passe ici. Et, au reste, personne ne demande que n'importe quel produit puisse être vendu comme médicament, que n'importe qui puisse s'installer comme kiné, infirmier ou médecin... D'autre part, parce qu'une désocialisation de la dépense de soins, une diminution des niveaux de prise en charge par la collectivité, serait un facteur d'augmentation des inégalités d'accès aux soins. En réclamant une « liberté tarifaire » qui renverrait toujours plus de dépenses à la charge de leurs patients et en réclamant une liberté totale dans leur activité, les médecins « libéraux » font preuve d'une certaine cohérence. Mais cette cohérence qui construit la liberté des professionnels sur le dos des patients les plus pauvres conduirait à une perte de cohérence de la société elle-même.

D'autres verraient bien une solution dans la diminution de la liberté d'action des soignants. Ils expliquent doctement que la science médicale est devenue trop complexe pour que les soignants de base puissent espérer la maîtriser. Et ils montrent que, dans les faits, ils ne la maîtrisent pas en apportant au moulin de leur démonstration les preuves de nombreuses erreurs de prescription. Il faut donc, au nom de la qualité, encadrer l'activité des soignants dans des protocoles, des référentiels, des normes établis par « ceux qui savent ». Le contenu du rapport du Haut Conseil de l'Assurance-maladie sur ce sujet est

IRES
16, boulevard du Mont-d'Est
93142 Noisy-le-Grand Cedex
pierre.volovitch@ires-fr.org

éclairant quand il prétend améliorer la qualité par des voies de contrôle externe et d'incitations financières. La question ici est : voulons-nous, demain, que les professionnels du soin déterminent leur comportement en fonction de stimuli financiers ?

L'enfermement des uns dans le modèle d'une pratique isolée qui n'aurait de compte à rendre à personne et la volonté des autres de se doter de moyens de « gérer » une dépense dont ils ont la responsabilité se sont combinés sur un terrain déjà miné. Depuis plus de dix ans, les pouvoirs publics, plutôt que d'affronter un corps médical dont les principales organisations n'ont pas encore intégré l'existence de l'Assurance maladie, ont multiplié les politiques de « contournement ». Dans le domaine de la politique conventionnelle, la pratique de la signature minoritaire a produit les mêmes effets délétères que dans l'ensemble du champ social : éparpillement des organisations, signatures d'accords que l'on respectera d'autant moins que l'on a choisi l'organisation signataire pour sa faiblesse. On a, de plus, suivant les époques, tenté de jouer telle profession contre telle autres (les pharmaciens contre les médecins, les paramédicaux contre les médecins...). Le résultat n'est pas bon.

Le nombre des professionnels, leur répartition professionnelle et territoriale, leurs revenus. Toutes ces questions doivent, enfin, relever de la délibération et de la décision collective

Nous sommes dans un pays où la combinaison d'une absence d'information et d'un manque d'objectif fait qu'il n'y a pas de politique publique dans des domaines qui relèvent pourtant clairement de la décision collective. Nous n'avons pas de politique publique dans le domaine de la démographie médicale (nombre total de professionnels, répartition des professions en fonction de leur spécialité ou de leur métier, répartition géographique de ces professionnels). Le numerus clausus est ici au mieux un moignon d'outil politique, puisqu'il ne régle que l'entrée dans les

études, sans rien pouvoir faire sur la répartition par spécialités ni sur la répartition géographique. Nous n'avons pas de politique publique dans le domaine des revenus de professionnels. Les écarts considérables qui existent ici entre professions (infirmières par rapport aux médecins), entre spécialités (radiologues à une extrémité, généralistes à l'autre), entre statuts (hospitaliers ou spécialistes en clinique privée) sont les résultats non maîtrisés de situations sur lesquelles personne n'a barre. Nous n'avons même plus de politique dans le domaine de la permanence des soins ! Mais dans le même temps où les pouvoirs publics n'ont pas les moyens d'agir sur des questions qui relèvent pourtant à l'évidence de choix collectifs, on voit ces mêmes pouvoirs publics (caisses d'assurance maladie ou Etat suivant les choix d'organisation de l'Assurance maladie qui auront été faits) se fixer comme objectif prioritaire d'agir dans des domaines qui sont au cœur de l'exercice médical (références de bonnes pratiques, normes opposables...).

La question des champs respectifs de la décision collective et de la liberté professionnelle dans le domaine du soin n'est pas posée. C'est sur cette question qu'il faut, enfin, réfléchir. Si nous ne discutons pas de cette question, la réaffirmation, cent fois répétée « qu'on ne peut pas réformer l'Assurance maladie sans les professionnels » restera une lapalissade sans contenu. Il nous faut disposer d'informations sur la démographie médicale, sur ce qui fait que les professionnels ont plutôt tendance à s'installer ici plutôt que là (1). Il faut débattre collectivement des objectifs et du système de soins que nous voulons. Il faut, armés de ces informations et débats,





mettre en place des politiques publiques dans le domaine de la répartition professionnelle et spatiale des soignants.

Il nous faut des informations sur les revenus de professionnels. Il faut débattre collectivement des objectifs et du système de soins que nous voulons (2). Il faut mettre en place des politiques publiques dans le domaine des revenus des professionnels.

Quand nous commencerons à mettre en place ce genre de politique, dont les effets ne pourront être sensibles qu'à terme, nous pourrions commencer à regarder du côté des pratiques. Il faudra alors se poser quelques questions. La liberté nécessaire de la pratique des professionnels est-elle la liberté d'individus isolés ou l'auto-organisation des professionnels ? Rêvons-nous (3) de pouvoir un jour imposer des formes de contrôle externe à chaque professionnel du soin ou faisons-nous le choix d'un contrôle interne mis en place collectivement par les professionnels eux-mêmes ?

Contre l'illusion d'un contrôle externe (administratif ou financier) de l'activité des professionnels, construire, sur la base de formes de travail coopératives, une collectivité de soignants capable d'auto-régulation

On voit bien ici la difficulté. L'auto-organisation des professionnels a explosé et ce qui en subsiste le plus visiblement s'organise sur la base de la défense d'une autonomie professionnelle individuelle et baigne dans une idéologie au mieux indifférente, au pire hostile à l'Assurance maladie solidaire. Personne ne dispose d'une formule magique pour faire surgir un acteur collectif représentatif des professionnels du soin avec lequel les pouvoirs publics devraient négocier. Et c'est cette absence d'acteur collectif qui pousse les gestionnaires à vouloir agir sur les pratiques, qui ne peuvent évidemment pas être laissées au

libre arbitre individuel de chaque professionnel, avec des procédures qui ont relevé du contrôle administratif (Références Médicales Opposables RMO), mais dont on voit bien qu'elles pourraient dériver vers des mécanismes marchands (utilisation des modes de rémunération comme « incitatif »). Nous ne pouvons nous passer d'une auto-organisation des professionnels avec laquelle les pouvoirs publics auront à mener de façon rigoureuse des négociations pas toujours simples, car les contradictions entre les intérêts des uns et des autres existent.

En posant clairement la question de ce qui doit relever de la décision collective et de ce qui doit demeurer de la compétence des professionnels, on ouvre la voie d'une part à des politiques publiques fortes dans des domaines comme la démographie, la formation, les rémunérations, d'autre part à la constitution d'acteurs professionnels représentatifs qui connaîtront clairement le champ de leurs responsabilités. Si cette question n'est pas posée, on continuera à voir des discours légitimes sur l'autonomie professionnelle servir de cache-misère à des objectifs de défense corporative et des politiques de mise en concurrence tenter de saper ces résistances en introduisant toujours plus de mécanismes marchands dans le domaine du soin.

1. Les quelques informations disponibles montrent que ce type de choix n'est pas déterminé par des critères uniquement économiques, ce qui ruine les espoirs de ceux qui espèrent résoudre cette question uniquement à coup d'incitations financières.

2. Cette répétition d'une phrase qui figure quelques lignes au-dessus n'est pas une erreur. Elle est là pour rappeler que, dans tous les cas, se fixer des règles sans avoir définis d'objectif n'a guère de sens. Sur la démographie médicale, sur le nombre de lits par habitants, on a vu des experts affirmer que l'objectif devait être d'emmener tout le monde à la moyenne ! Pourquoi la moyenne d'une situation non pensée, non décidée, devrait-elle devenir la norme ?

3. Ou cauchemardons-nous...

Résumé : L'administration, perçue comme hostile et négative par les médecins, est mal connue comme expression de l'Etat providence et de la démocratie. Dépasser les lieux communs est une nécessité pour que des réformes aboutissent et l'approche territoriale en est peut-être le moyen.

Administration et médecins, le fossé

Dans le monde médical, le mot administration est une catégorie de combat. Un même mot sert à désigner les contraintes subies, l'inutilité perçue de mesures absurdes, la rigidité d'une bureaucratie en développement, le contrôle tatillon voire injuste ou incompétent. Quel est le sens de ce lieu commun professionnel ? Peut-on envisager de dépasser aujourd'hui le blocage par une approche territoriale des questions de santé ?

La critique dont l'administration fait l'objet traduit d'abord un malaise chez les médecins. La société change, l'Etat providence multiplie ses interventions et les médecins le vivent mal. Car la société démocratique banalise les relations sociales, conteste l'autorité fondée sur le savoir, refuse le secret. La deuxième raison qui explique que l'administration soit vue comme un adversaire, c'est la dépolitisation des questions de santé. La croyance selon laquelle l'état de santé de la population dépend d'abord des médecins est très largement partagée en France. Dès lors, les interventions de l'Etat et de son administration sont contestées et même perçues comme illégitimes. La pérennité des lieux communs entretenus autour de la bureaucratie s'explique encore par la méconnaissance du monde administratif dont font preuve les médecins. Il importe d'analyser cette réalité culturelle et politique pour se donner

les moyens d'imaginer des alternatives. Car les solutions à trouver ne sont pas que techniques et juridiques, elles dépendent aussi d'une action collective fondée sur une culture partagée. C'est là que résident les défis d'une réforme.

L'irrésistible croissance des interventions étatiques

L'Etat providence a pour vocation de s'étendre sans limites : les besoins auxquels il entend répondre et les inégalités qu'il prétend corriger sont illimités. L'aspiration à des conditions de vie meilleures, le désir de sécurité, le souci d'égalité que partagent les citoyens ont pour conséquence que l'Etat n'est jamais assez développé. Finalement, c'est l'ambition politique de transformer l'égalité formelle en égalité réelle, ambition jamais satisfaite et jamais défendue avec assez de vigueur, qui justifie l'extension des domaines d'intervention de l'Etat. Son développement est sous tendu par une dynamique bureaucratique, empreinte d'inertie et d'une capacité à persévérer. Les métiers de l'Etat providence sont des métiers de service, des métiers salariés. Parmi les médecins, chez les jeunes généralistes surtout, le choix de ses métiers (médecin de PMI, de crèche, territorial, médecin conseil) est parfois préféré à l'exercice libéral.

**François-Xavier
Schweyer**

*Sociologue au Laboratoire
d'analyse politique, sociale
et sanitaire à l'Ecole Nationale
de la Santé Publique
de Rennes*

ENSP
Avenue
du Professeur Léon-Bernard,
35043 Rennes Cedex
Tél. : 02 99 02 22 00



Au-delà de l'Etat et de ses administrations, c'est le développement de ce que D. Schnapper appelle la « démocratie providentielle » qui relativise la position des médecins. Leur place dans la société n'a plus son aura, elle est même dévalorisée, surtout celle des généralistes chez qui l'on va en fin de journée après avoir fait ses courses. Le système de valeurs médical est mis à mal par l'évolution des valeurs sociales. Pourquoi se sacrifier pour des usagers exigeants qui ne reconnaissent plus systématiquement l'autorité médicale, qui peuvent contester la qualité des décisions, qui négocient la confiance dans la relation ? Pourquoi se rendre disponible en acceptant des conditions et des horaires de travail aux dépens de la vie privée ? L'atteinte portée à une conception du métier médical suscite un malaise chez les médecins et parfois même une révolte. La pénibilité morale de la pratique et la fragilisation de l'autorité professionnelle s'expriment sur le thème de la fatigue voire du « burn out ». Or, ces changements sociaux sont conduits par l'Etat, qui fait obligation d'informer le malade et de communiquer le dossier médical, qui impose des règles pour la qualité des soins ou qui réquisitionne pour la permanence des soins.

Les conséquences de la dépolitisation des questions de santé

Le système de santé français semble condamné à avoir des institutions et des politiques sous-optimales, inefficaces et inefficaces. Et cette situation s'explique, selon les politologues, par la dépolitisation des questions de santé. D'une part, le syndicalisme médical s'épuise dans une concurrence interne qui pousse à la surenchère. Il se trouve prisonnier d'un dilemme : être partenaire de l'Assurance maladie ou contestataire, dilemme entretenu par l'imposition progressive des règles du champ médiatique dans le syndicalisme médical. D'autre part, on assiste à un renforcement de la tutelle d'Etat sur l'Assurance maladie (au point d'éliminer une réforme votée

en son sein) et en même temps, et de façon paradoxale, à une réticence des acteurs politiques à se saisir des enjeux du système de santé. L'étatisation et la centralisation progressive du système de santé sont indéniables, mais les acteurs politiques agissent au coup par coup, au rythme des conflits politisés et sans stratégie d'ensemble. L'outil budgétaire s'est imposé dans une perspective de maîtrise des dépenses, en éliminant les réflexions alternatives et les réformes en profondeur, parce que, au fond, tout le monde s'accorde sur le présupposé selon lequel la santé est l'affaire de la médecine curative. Dès lors, la santé est conçue comme un bien privé du ressort des assurés et des médecins, comme une question technique qui relève d'un groupe professionnel.

L'échec de l'évaluation des pratiques médicales illustre ce point. L'évaluation n'a de sens qu'au sein d'une démarche qualité qui suppose une articulation entre l'activité individuelle et l'action collective orientées vers l'intérêt général. La non qualité n'est presque jamais due à une incompetence ou à une mauvaise volonté individuelles. Mais cela a été ignoré et dans les faits, c'est la dimension technique de la qualité qui a été privilégiée, avec pour conséquence une évaluation par des acteurs médicaux marginalisant tous les autres acteurs. L'agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) joue le rôle de régulateur médico-administratif dans un processus de production de recommandations co-piloté avec la profession médicale. Depuis 2002, de rares médecins libéraux volontaires s'adressent aux Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) qui organisent au cabinet du médecin demandeur la visite d'un médecin évaluateur formé par l'ANAES. Cet échec montre que l'approche médicale et technique qui s'est imposée a eu pour effet que l'intérêt collectif servi par la qualité des soins n'a guère pesé face aux craintes suscitées par une démarche perçue comme remettant en cause une forme d'exercice médical.

L'approche territoriale offre-t-elle une alternative ?

Disons le tout net, les médecins ne sont pas préparés à connaître l'administration. Qui leur enseigne les politiques publiques ? Qui promeut une pédagogie pour la compréhension du système de santé, dont la complexité surprend tous les observateurs ? La détestable habitude administrative de parler par acronymes rend incompréhensibles les informations données ; la culture de santé publique indispensable pour articuler l'exercice individuel et la santé de la population fait défaut ; les mesures paradoxales d'une politique budgétaire peu intelligible s'imposent. L'État ne sait pas être partenaire et les médecins sont souvent démunis pour entrer dans un jeu collectif sur le mode de la négociation, par manque d'information, de formation et aussi par désintérêt. Le conflit, le court circuit, les passe-droits sont alors pratiqués en renforçant l'absurdité d'un système qu'on dénonce. Avec les effets démoralisants que l'on connaît. Les politiques territoriales de santé ouvrent-elles des perspectives ? Peut-on espérer découvrir derrière les façades bureaucratiques, des fonctionnaires (certains sont médecins) transformés en entrepreneurs locaux de santé ? Au plan régional, les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) semblent être un succès en matière de politique de santé. Le secteur public et le secteur privé d'hospitalisation, les services de l'État et ceux de l'Assurance maladie se sont mis à se parler au sein d'une même agence. La médecine de ville n'a été que très indirectement concernée, si ce n'est par le financement des réseaux de santé. Toutefois le schéma d'organisation sanitaire de 3^e génération devrait associer les libéraux. Le monde de la planification sanitaire et celui des programmes régionaux de santé cherchent une cohérence à travers une approche par territoires. Rien ne se fera sans les acteurs de santé, les professionnels et les usagers. Le défi consiste pour les premiers à dépasser le modèle curatif individuel pour intégrer

une approche en termes de population et d'inégalités de santé, à inscrire la pratique médicale dans une perspective de politique publique. Pour les usagers, le défi est de changer le consommateur en citoyen. L'exemple des réseaux de santé donne la mesure des difficultés. Si les pouvoirs publics doublent chaque année la dotation budgétaire pour les réseaux, ils n'offrent pas de soutien technique. Sur le terrain, les initiatives ne sont pas légions et les mesures d'accompagnement et de conseil manquent. Or, les réseaux sont des dispositifs de confiance qui exigent un apprentissage et la construction de règles du jeu différentes de celles du cabinet médical. Ces projets collectifs ont besoin d'outils et peut-être surtout d'un « mythe fondateur » (la santé, le bien-être au pays ?) qui fédère les énergies et donne un sens partagé à la mobilisation. Aujourd'hui, le face à face administration (ARH et Assurance maladie) et profession médicale rabat ces questions au seul plan financier. Demain, la promotion des bassins de santé permettra-t-elle une coopération entre les élus, les usagers, les professionnels et les experts de l'administration ? Les lois adoptées en août 2004 (santé publique et assurance maladie) donnent des moyens d'action nouveaux et plus souples. Mais les innovateurs seront-ils au rendez-vous ? Moderniser l'administration est nécessaire. Toutefois la réforme du système de santé passe, pour tous les acteurs, par une meilleure connaissance des institutions et des professionnels, au-delà des manichésimes et des simplifications. Le dépassement des lieux communs est une étape salubre quand il s'agit d'améliorer l'état de santé de la population.

Références

- P. Hassenteufel et F. Pierru « De la crise de la représentation à la crise de la régulation de l'assurance maladie ? » in *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 2003, 77-120.
- D. Schnapper, *La démocratie providentielle. Essai sur l'égalité contemporaine*, Paris, Gallimard, 2002.
- F-X Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, F. Bouchayer, (ed) *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Editions ENSP, 2004.



Du bassin de vie local au niveau national

Syndicat
de la Médecine Générale

Il faut partir du niveau local. Des conférences locales de santé regroupant usagers, gestionnaires et professionnels de santé et sociaux se réunissent régulièrement au niveau d'un territoire correspondant à celui d'une Caisse primaire d'Assurance maladie.

Les Caisses primaires de l'Assurance maladie, redémocratisées et pourvues de nouvelles compétences, doivent être le chef d'orchestre de la régulation et de la concertation autour de toutes les questions ayant trait aux soins et à la santé publique du bassin de vie concerné.

Il faut que leurs conseils d'administration, largement ouverts aux associations, deviennent des lieux de concertation et de suivi des actions décidées par les conférences locales de santé. C'est au niveau local que les usagers et les professionnels du soin et du secteur social peuvent échanger et résoudre la grande majorité des problèmes liés à la santé publique et aux soins.

L'Assurance maladie doit être l'outil permettant de recueillir et de faire circuler les informations concernant l'état de santé de la population vivant dans le « bassin de vie ». A partir de données constamment réactualisées, il s'agira pour l'Assurance maladie, avec d'autres partenaires institutionnels (Etat, collectivités

locales, Education nationale, Inspection du travail, etc.), d'organiser la concertation et les actions au plan local en matière de santé publique.

Au plan local doivent être représentées transversalement toutes les professions de santé du secteur en question : ambulatoire et hospitalier, secteur libéral et salarié, médicaux et paramédicaux, secteur social.

Au niveau de la région : des chambres de santé doivent conduire les politiques de santé. Elles sont les parlements régionaux de la santé. Y sont représentés : les institutions de l'Etat, l'assurance santé, les mutuelles, les professionnels du soin et du social, les associations de malades et d'usagers. Les chambres de santé coordonnent les missions institutionnelles et les actions provenant du terrain.

Au niveau national : nourri des débats locaux et régionaux, le conseil d'administration de l'assurance santé dirige l'institution et passe convention avec l'Etat qui lui fixe le cahier des charges de la politique de santé publique. Le conseil est composé de représentants élus des syndicats, des associations de malades et d'associations d'usagers. Les élections sont organisées tous les cinq ans.

Résumé : L'utopie ne constitue pas un moyen de s'évader du réel, mais au contraire un moyen de l'affronter par l'analyse critique et la détermination d'une position alternative. En ce sens, l'ouvrage de Thomas More qui lui a donné son nom au XVI^e est un instrument pour penser nos problématiques contemporaines.

Comment l'utopie fait vivre le réel

En 1516, Thomas More, bientôt chancelier de la couronne d'Angleterre, diplomate, juriste averti et avocat des négociants, les deux pieds dans les réalités du pouvoir de son temps, écrit *L'Utopie*, récit et description, par un voyageur improbable, d'un non-lieu dans une île de nulle part. Ouvrage sous-tendu par l'antagonisme entre la règle effective du droit de conquête et de la violence politico-économique, et la règle souhaitable d'une juste administration des territoires et des hommes ; entre l'être réel des politiques existantes et leur devoir-être.

Cette île d'Utopie, qui donnera son nom à toutes les représentations du fantasme, de l'imaginaire ou du délire, et servira à désigner pour la dévaloriser toute position jugée non réaliste, c'est-à-dire non conforme à l'état des choses, deviendra synonyme de l'impossible, à l'encontre d'un réel accepté comme tel.

Or, Thomas More inversait déjà cette proposition : en posant le réel d'abord comme inacceptable, il présentait l'utopie non comme un impossible, mais au contraire comme une ouverture à l'ordre des possibles, latents sous le désordre réel : le refus d'un enfermement dans le fait accompli. C'est ainsi qu'il nous fournit un instrument pour penser la notion même d'alternative.

Contre la fatalité

Qu'est-ce en effet que penser une alternative ? C'est d'abord affirmer qu'il n'y a pas de fatalité à

l'état des choses, mais entreprendre d'y faire le partage entre l'acceptable et l'inacceptable. L'utopie n'est ainsi pas le lieu de nulle part, mais une nouvelle représentation que l'homme se donne de lui-même pour pouvoir réorienter son histoire, en reconnaissant qu'il y a bien une histoire de la réalité présente, une généalogie de son apparition.

Les positions conservatrices ont au contraire tendance à naturaliser le réel, à le déhistoriciser, à faire comme si l'état des choses actuel était inscrit dans l'ordre de la nature et n'avait pas lui-même fait l'objet du choix délibéré d'une alternative contre une autre. Poser une alternative, c'est au contraire dénaturer l'état des choses pour l'ouvrir au possible. Thomas More le montre au premier livre de *L'Utopie*, en présentant une généalogie critique de l'ordre social dans l'Angleterre du XVI^e. L'interlocuteur du narrateur tient le discours de base du consensus sécuritaire sur le traitement à infliger aux voleurs : « Il racontait avec complaisance comment on les pendait çà et là par vingtaine au même gibet. »

Le narrateur lui rétorque par une analyse implacable de l'origine du vol comme phénomène social, qui le conduit à dénoncer, au plus haut niveau des Etats, moins le scandale que l'ineptie des politiques de conquête, faisant implicitement des rois les premiers modèles de la pratique du vol, et des classes aristocratiques les premiers spolieurs de l'Etat. Dès lors, le passage de la

Christiane
Vollaire

Philosophe



réflexion critique à la proposition alternative se fera par une réflexion sur le concept de propriété, en même temps que par une analyse économique des modalités d'une politique agricole, mais aussi d'une politique commerciale du négoce de la laine, matière première centrale dans l'économie anglaise de la Renaissance.

Lucidité de l'utopie

Ainsi, *L'Utopie* ne commence pas comme un conte de fées, mais au contraire comme un état des lieux intractablement critique de la société présente. Thomas More analyse les conditions politico-économiques de son temps, les rapports de pouvoir, les logiques à l'œuvre dans l'ordre social, et les stigmatise précisément comme facteurs de désordre et d'absurdité. Le réel n'est pas le modèle de ce qui doit être, il est au contraire le terrain dans lequel se repèrent les dysfonctionnements, dont le constat doit imposer la recherche d'alternatives. Il n'est pas ce que l'on doit à tout prix maintenir (argument majeur des positions sécuritaires), mais ce sur quoi l'action, reconnue comme nécessaire, doit être rendue possible.

L'ouvrage glisse ainsi, du constat désespéré du livre I, présentant la réalité d'une Europe à feu et à sang, livrée à la prédation économique des dirigeants et aux pillages de nuées de mercenaires, à l'évocation, au livre II, non pas d'un fantôme, mais d'une solution rationnelle au problème qui a été posé : comment passer d'une pulsion politique de la prédation à une pensée politique de l'administration ? Ou d'une mentalité de l'appropriation et de l'intérêt privé des dominants à une idéologie du respect de la chose publique ?

L'île d'Utopie n'est ici rien d'autre qu'une tentative de réalisation de cette solution, une alternative proposée à l'inacceptable des orientations politico-économiques présentes, une réorientation possible du cours de l'histoire par la persuasion rationnelle, une tentative de faire droit à une équité fonctionnelle, à l'encontre du fait du prince. Vingt ans plus tard, c'est pour ne s'être pas incliné devant le fait du prince réel qui l'avait fait

chancelier, que Thomas More sera décapité. Au premier livre de *L'Utopie*, véritable débat entre deux représentants de lui-même sur le pouvoir de conseiller les princes, il écrivait : « Il y a lâcheté ou mauvaise honte à taire les vérités qui condamnent la perversité humaine, sous prétexte qu'elles seront bafouées comme des nouveautés absurdes, ou des chimères impraticables. »

Définissant la soumission au réel comme lâcheté, il posait ainsi un devoir d'alternative, montrant que le vrai réalisme réside non pas dans les versions plus ou moins bien argumentées du conformisme, mais dans une étroite corrélation entre la lucidité de l'analyse et la puissance de l'anticipation.

Etre et devoir-être

Deux siècles après More, Rousseau fera de ce jeu entre analyse et anticipation le ressort de toute sa théorie politique : être réaliste, c'est être capable de prendre ses distances à l'égard du présent, c'est refuser de s'engluer dans l'immédiat pour se donner un champ perspectif; c'est être capable de se donner une représentation de son devenir au-delà de l'emprise du présent. D'une telle position, peut être donnée l'interprétation la plus pessimiste : Philonenko, analysant l'œuvre de Rousseau en 1984, y lira une « pensée du malheur » et regardera le *Contrat social*, publié en 1762, comme une « utopie rétroactive », désignant ce qui aurait dû être et ne sera jamais : la fondation d'un ordre social légitimé dans un authentique choix collectif. Mais cette utopie rétroactive peut aussi être comprise comme ce vers quoi doit tendre toute pensée du politique pour pouvoir se légitimer : la capacité des hommes, dans leurs clivages, leurs conflits et leur diversité, à se représenter à eux-mêmes comme communauté. Pour qu'il puisse y avoir du droit, il faut que puisse être affirmé quelque chose au-delà du rapport de force présent. Mais cette affirmation elle-même a valeur performative : elle fait être ce qu'elle dit. Déclarer le droit, c'est faire

exister de l'un là où il n'y avait que du multiple, ou du devoir-être là où il n'y avait que de l'être ; et, dès lors, c'est déjà réaliser une utopie. Là où l'utopie du droit n'a pas de lieu, il n'y a pas de communauté possible, comme le montrent tous les systèmes ethnistes qui naturalisent le collectif et utilisent la discrimination biologique comme système de pouvoir. Faire communauté, c'est ainsi toujours réinscrire la naturalité immédiate dans la perspective d'une utopie, pour donner son lieu à la volonté. C'est accorder la priorité au devoir-être sur l'être.

Le schéma pervers de l'argumentation réactionnaire

Le refus d'accorder cette priorité sera au coeur de l'argumentation contre-révolutionnaire, dans l'Europe de la fin du XVIII^e : Burke en Angleterre, Reinhold en Allemagne, Joseph de Maistre en France, déclineront sous des formes diverses cet argumentaire de la réaction, selon lequel imaginer une alternative à la réalité présente, c'est, pour se livrer à des « chimères impraticables » et contre-nature, déstabiliser l'ordre immémorial, naturel et, de ce fait-même, sacré des hiérarchies sociales et des rapports de pouvoir économiques. Sacralisation de l'état de fait, naturalisation de l'histoire et argumentation sécuritaire ne cessent ainsi de se conjuguer pour pérenniser l'inéquité au nom du réalisme.

Mais, à la période contemporaine, le schéma en devient beaucoup plus pervers : là où les concepts de démocratie et de mouvement de l'histoire se sont imposés comme des standards des politiques modernes, les notions de réforme et de changement ont été réappropriées et récupérées par les politiques les plus conservatrices et la pensée libérale, d'un des moteurs de la révolution, est devenue le flambeau de la réaction. Dans le domaine du travail comme dans celui de la santé, c'est sous l'appellation d'une politique de réforme qu'on fait passer pour archaïque une volonté de maintien des acquis sociaux, et pour novatrice et tournée vers l'avenir leur destitution.

On se trouve alors devant une véritable injonction paradoxale : conviés à dénigrer comme utopique la conservation des droits acquis, et à considérer comme réalistes des volontés manifestes de dégradation du réel. Vouloir garantir un régime de retraite, un droit du travail, un système d'Assurance maladie serait aller à contre-courant non plus de l'état des choses, mais du mouvement du monde ; ce serait rester crispé sur un passé particulariste en renonçant au sens de l'histoire internationale. Les volontés de conquête des monarches du XVI^e, telles que les dénonçait Thomas More, ont été relayées par celles du marché international, posé en figure de proue d'un avenir économique, et réclamant les mêmes sacrifices humains que les guerres et les politiques économiques stigmatisées dans *L'Utopie*.

Négativité et positivité de l'utopie

C'est précisément la permanence et la brutalité de ce rapport de forces économique qui oblige à affirmer qu'une alternative s'impose moins par l'argumentation rationnelle que par le conflit. Les nouvelles formes du droit n'ont pu s'imposer à la fin du XVIII^e que par une révolution et les affrontements, les conflits sociaux et les guerres ont jalonné les progrès sociaux du XX^e siècle en particulier. C'est pourquoi, dès le XIX^e, Marx qualifiait péjorativement d'« utopiques » les formes du socialisme qui prétendaient se réaliser sans violence, leur reprochant non pas de critiquer la réalité présente de l'état des choses (reproche réactionnaire), mais de ne pas prendre en compte, stratégiquement, la réalité concrète des rapports de force pour la faire servir à leurs objectifs. Être utopiste, pour Marx, c'est adopter une position édéniste qui réfléchit les fins en s'épargnant la réflexion sur les moyens. Or cet édénisme, parce qu'il se condamne, par son irréalisme, à l'échec, devient dès lors un allié objectif des positions réactionnaires qu'il prétend combattre.

La définition péjorative de l'utopie n'est pas ici dans la détermination de l'objectif à atteindre, mais dans la qualification des moyens propres à y





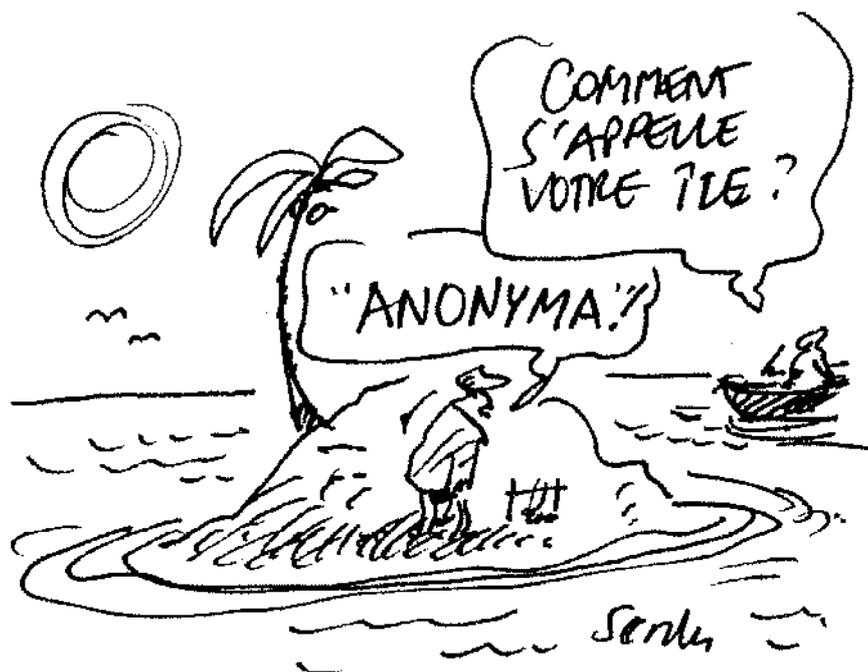
parvenir. Être réaliste, pour Marx, c'est non pas accepter la réalité présente telle qu'elle est, mais intégrer l'analyse matérielle des rapports de force, pour comprendre que toute transformation du réel ne peut s'opérer que dans la violence. Être utopiste, c'est croire encore, en dépit de toutes les contre-preuves, au pouvoir de la persuasion.

Selon l'analyse marxiste, il n'existe pas de communauté réelle de l'humanité, mais seulement des rapports de classes. La notion même de volonté générale n'est donc qu'une ruse des dominants pour endormir la méfiance des dominés et leur imposer les lois qui confortent le rapport de domination.

Mais cette analyse strictement déterministe de l'histoire se trouve en concurrence avec la possibilité même d'un choix, d'une prise de position révolutionnaire : comment des hommes, strictement déterminés par l'état de leurs rapports de production, pourraient-ils prendre l'initiative d'une action révolutionnaire ? C'est précisément dans cette marge contradictoire que se situe,

chez Marx, la dimension positive de l'utopie : le moment où les hommes prennent conscience, en dépit de tous les conditionnements, de leur indéfectible capacité d'agir.

Déjà, à la période charnière entre XVIII^e et XIX^e, Kant répondait aux arguments « réalistes » des contre-révolutionnaires dans un opuscule intitulé *Sur l'expression courante : il se peut que ce soit juste en théorie, mais en pratique ce la ne vaut rien*. A cet adage empirique qu'ils utilisaient pour discréditer la révolution, il répondait que, si la théorie ne peut se justifier que par son applicabilité pratique, en revanche, une pratique qui n'est pas orientée par la réflexion théorique ne peut jamais trouver son sens. La notion d'alternative met précisément en œuvre cette réciprocité du rapport de la théorie à la pratique : montrer, par l'épreuve, la viabilité concrète d'un choix théorique ; et, par là, affirmer que le réel n'est jamais que l'un des multiples possibles. Éliminable, par définition, s'il s'avère être l'un des pires.



Résumé : L'autre réforme capable de faire front au rouleau compresseur du libéralisme n'est pas simplement une nouvelle organisation de l'offre de santé et une mise en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles. C'est aussi un choix d'une société fondée sur les principes de la solidarité collective.

La santé, une valeur universelle

La contre-réforme qui nous est proposée comporte trop d'aspects négatifs et irréalisables pour être acceptable. Elle manipule les esprits pour éviter de révéler sa véritable nature. La dénoncer est un devoir progressiste, mais nous savons que pour être crédibles, nous devons proposer une autre réforme. Cette autre réforme n'est pas simplement une nouvelle organisation de l'offre de santé, une mise en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles, c'est aussi un choix de société.

Construire des alternatives à l'existant pour passer du soin à la santé, c'est également faire un choix de société

C'est choisir entre une société qui privilégie l'individualisme et le « management libéral » de la maladie et une société qui privilégie la solidarité entre tous et, notamment, envers les plus fragiles. Les personnes malades étant par définition fragilisées dans le combat pour la vie.

Ce choix n'est pas manichéen. Il n'y a pas d'un côté les bons soignants, ceux qui travaillent auprès des plus faibles et les mauvais soignants, qui travaillent auprès des nantis. Penser cela est ridicule tant c'est réducteur. Ce n'est pas la compétence de l'acteur du soin ou du social qui est en jeu. La maladie a tendance à niveler les appartenances sociales même si les différences sociales accompagnent toujours le malade. Ce qui fait la différence entre un système de santé libéral et un système de santé solidaire, c'est la finalité de celui-ci. Soit il accepte les inégalités comme étant

intrinsèquement inhérentes à la communauté des hommes, soit il considère que le système de santé doit avoir pour mission de diminuer ces inégalités : est-ce alors une utopie ? Peut-être, mais c'est cette utopie qui fait sens quand on est professionnel du soin. Cela s'oppose à ceux qui affirment que la santé n'est pas un droit.

Le système libéral qui met en avant la compétition comme moteur du progrès construit un modèle économique de santé qui promeut les valeurs du dépassement individuel, de la concurrence, de la responsabilité individuelle, de la régulation par les lois du marché. Ces fondamentaux qui conditionnent le bon fonctionnement d'un système libéral fabriquent des inégalités dans l'accès à la santé. Ces inégalités ne sont jamais compensées par les dispositifs de précarités mis en place au nom de la morale et de la solidarité. Certes « la morale libérale » oblige à créer une solidarité compassionnelle, mais celle-ci enferme la précarité dans une gangue charitable, ce qui revient à entériner les inégalités. Les valeurs humanistes tendent à disparaître au profit d'un progrès social et économique qui soi-disant bénéficierait à tous en fonction du courage individuel.

Le système solidaire qui promeut la solidarité autour des plus démunis n'est pas l'école de l'oisiveté et de la fraude, comme tendent à le faire croire les adeptes du libéralisme. Accepter les différences ne veut pas dire le non-respect de la règle commune. Les personnes les plus fragiles ont des parcours de vie qui expliquent bien le pourquoi

Didier Ménard

Médecin généraliste



des comportements marginaux, qui peuvent être perçus comme déviant par rapport à la règle générale. Mais dire que la misère sociale frappe surtout ceux qui refusent le challenge de la compétition est aussi réducteur que de dire que le système libéral favorise les plus entreprenants. Les conditions de vie des plus faibles ne postulent pas forcément qu'un déterminisme reproduirait systématiquement les différences sociales. Mais nous devons aussi constater que dans la société libérale « il vaut mieux être riche et bien portant que pauvre et malade ». Nous devons toujours garder l'espoir que la société solidaire permet à chacun de vivre mieux. Organiser la solidarité autour des plus faibles et des malades, c'est inscrire son travail dans un mouvement de progrès social. Nous sommes, nous soignants, confrontés à cette alternative : construire un système de distribution des soins dans le cadre d'une société qui obéit aux règles de l'économie libérale ou bien construire un système de santé qui offre à chacun une chance d'être confronté à la maladie dans le respect de la justice sociale. La Sécurité sociale issue de la résistance au nazisme porte en elle ces valeurs de justice sociale. Le projet libéral tend à les transformer au profit d'autres valeurs issues de la domination du modèle de mondialisation de l'économie. Ce n'est pas un hasard si l'Accord Général sur le Commerce et les Services veut que la santé devienne une marchandise similaire à tous les biens de consommations.

La bataille du sens

Si demain nous devons exercer nos métiers dans un système où la santé est devenue une marchandise, c'est le sens de notre travail qui est à redéfinir. Si nous devenons des prestataires de services soumis à la loi du marché, si les critères d'évaluation de nos actes sont soumis à la rentabilité économique, si la relation médecin/malade devient une relation contractuelle sur l'application de protocoles technologiques, si l'acte de soigner est dépouillé de sa réalité sociale, affective et psychologique au profit de sa numérisation informatique, alors nous changeons

de métier. Nous passons du médecin de l'homme à l'ingénieur du corps. Nous nous « déshumanisons » pour devenir garants de la normalisation économique de la société. Si tout devient à vendre et à acheter, nous devenons des commerçants de l'esprit et du corps. Cette évolution est incompatible avec la médecine que nous exerçons aujourd'hui. Refuser cette transformation qui se matérialise dans la réforme gouvernementale de l'Assurance maladie, c'est faire acte de résistance.

Résistons

Combattre la réforme de l'Assurance maladie devient une condition pour rester libre d'exercer nos professions dans le respect des valeurs universelles de l'humanisme. Lutter pour un financement plus égalitaire de l'Assurance maladie, lutter pour une gestion démocratique de la Sécurité sociale, lutter pour que les gouvernants garantissent le droit à la santé pour tous, lutter pour que le système de soins soit accessible à tous, lutter pour que la santé publique s'oppose aux intérêts des industries qui polluent, lutter pour la justice sociale, c'est résister. Refuser que nos métiers servent de marchepied à l'économie libérale, c'est résister. Refuser d'être les clients de l'industrie du médicament, c'est résister. Refuser d'être les effecteurs de la sélection des malades pour les assurances complémentaires, c'est résister. Refuser de remplir le dossier médical personnel outil à la normalisation économique du soin, c'est résister. Proposer un autre système de santé, avec une nouvelle organisation du soin autour de nouvelles pratiques coopératives, c'est résister. Construire avec les citoyens la démocratie de santé de proximité, c'est résister. Développer les réseaux de santé, c'est résister.

Ne pas pouvoir empêcher cette réforme d'être votée est regrettable, mais accepter celle-ci, c'est irresponsable.

Pour garder à nos métiers du sens, pour garder l'espoir de vivre dans un monde plus juste et plus solidaire, nous n'avons pas d'autres choix que de **résister**.

E D I T O

Une nouvelle gouvernance au service des assureurs privés

Avec la loi sur l'avenir de l'Assurance maladie discutée au pas de charge et adoptée cet été (1) par la majorité gouvernementale, le pouvoir politique en place s'est donné les moyens de mener à terme son projet de privatisation généralisée de notre système de soins. Le but en est clairement énoncé : diminuer le montant, dramatisé à souhait, des dépenses prises en charge par le système solidaire d'Assurance maladie obligatoire. Cette loi s'insère dans la logique libérale actuelle, tant française qu'européenne, de privatisation des services publics dans le cadre de l'AGCS (2).

Grâce à cette nouvelle loi doit se mettre en place dans les semaines à venir, la « nouvelle gouvernance » qui s'articule autour d'une *Union nationale des Caisses d'Assurance maladie*, d'une *Union nationale des organismes de protection complémentaire* et d'une *Haute autorité de santé*. Cette gouvernance est construite autour du seul objectif d'organiser le retrait de l'Assurance maladie obligatoire.

C'est l'État qui « fixera les conditions de l'équilibre pluriannuel des comptes sociaux ».

La *Haute autorité de santé* « indépendante » aura pour rôle « d'évaluer les pratiques et les processus diagnostiques et thérapeutiques et de déterminer ce qui doit être admis au remboursement ».

L'*Union des Caisses d'Assurance maladie* dont les directeurs seront nommés à tous les échelons par l'État, gèrera le périmètre de ce qui est remboursé. Si les dépenses sont trop importantes par rapport aux prévisions, l'*Union des caisses* aura à charge de faire baisser les taux de remboursements.

Entre alors en jeu l'*Union nationale des organismes de protection complémentaire* regroupant mutuelles et assurances commerciales. Plus les régimes obligatoires seront en retrait et plus les citoyens devront cotiser à une assurance complémentaire dont les prix augmenteront. En proposant aux assurances complémentaires d'augmenter leur participation tout en leur donnant un nouveau rôle dans la gestion/régulation du système de soins, on transforme un système basé sur la solidarité en un système de marchandisation du soin. Les mutuelles sont ici placées en situation de concurrence avec les assurances commerciales. Quelles que soient leurs proclamations, elles ne pourront résister longtemps aux pratiques tarifaires des assureurs commerciaux. Le fait que la Mutualité française et certains syndicats de salariés sont partie prenante de ce projet de cogestion/corégulation avec l'ouverture de telles pratiques commerciales, est un motif d'inquiétude important.

Pourtant des alternatives existent. On peut construire une véritable Assurance santé solidaire garantissant un égal accès aux soins pour tous, organisée autour de la prévention et la lutte contre les facteurs pathogènes liés à l'environnement et au travail.

Face aux mesures diminuant la prise en charge et face au dossier médical informatisé conçu comme un outil de contrôle, les patients, leurs associations et les professionnels doivent organiser la résistance. C'est l'urgence du moment.

1. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 consultable sur Internet : <http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/pdf/loi.pdf>

2. L'Accord Général sur le Commerce des Services est une émanation de l'Organisation Mondiale du Commerce.

Résumé : Pierre Khalfa réplique point par point aux thèses et solutions libérales défendues par l'économiste Béatrice Majnoni d'Intignano pour la « maîtrise des dépenses de santé » dans un article du journal *Libération*.

Santé = solidarité ou logique marchande ?

Pierre Khalfa

Responsable nationale de l'Union
syndicale G10 Solidaires, membre
du Conseil scientifique d'Attac.

Dans un point de vue dans *Libération* (15/06/04), Béatrice Majnoni d'Intignano pose une excellente question : « *cette dépense (de santé) augmente-t-elle trop vite et faut-il la contrôler ?* » Elle y donne une double réponse. Il faudrait réduire les dépenses publiques et augmenter les dépenses privées. On ne trouve dans son point de vue aucun argument réel pour justifier la baisse des dépenses publiques. « *Leur rythme ne peut pas ne pas tenir compte de la croissance économique* », nous dit-elle. Certes, mais cela signifie-t-il que la croissance des dépenses de santé doit exactement correspondre à celle du Produit intérieur brut (PIB) ? Béatrice Majnoni d'Intignano ne peut évidemment s'engager dans cette voie, car ce qui vaudrait pour les dépenses de santé vaudrait pour toutes les dépenses publiques. On voit immédiatement l'absurdité d'une telle position, qui empêcherait la puissance publique d'investir dans des secteurs d'avenir et la priverait de tout instrument pour promouvoir les priorités politiques que la nation aurait décidées. Cette position serait d'autant plus intenable que, contrairement à une idée bien arrêtée, la croissance des dépenses de santé dans notre pays n'est pas excessive. La France arrive ainsi sur ce point au 9^e rang des pays de l'Union européenne (avant l'élargissement) et au 11^e rang des pays de l'OCDE.

Comme le note Béatrice Majnoni d'Intignano, les dépenses de santé se situent en France dans la moyenne des pays à développement comparable avec 9,5 % du PIB. Une seule exception notable, les États-Unis avec près de 14 % du PIB. Or c'est effectivement, comme elle l'indique, le pays où la part des dépenses publiques de santé est, de loin, la plus faible. Et Béatrice Majnoni d'Intignano de nous expliquer que, comme aux États-Unis, « *rien n'empêcherait de laisser les Français qui le souhaitent dépenser plus pour leur santé comme pour leur voiture ou leur restaurant* ». Or, se soigner n'est justement pas un choix de consommation parmi d'autres, mais une obligation vitale. C'est ce constat qui a fait sortir la santé de la stricte logique marchande et qui a été à la base de la création de l'Assurance maladie obligatoire où chacun contribue en fonction de ses revenus, mais est soigné suivant ses besoins. Seule l'application de ce principe permet, non seulement que tout le monde soit couvert, mais que tout le monde le soit de la même façon. L'égalité et l'universalité sont ici étroitement imbriquées.

L'exemple des États-Unis confirme a contrario cette analyse. Dans ce pays où la santé est largement privatisée, 44 millions de personnes n'ont accès à aucune couverture santé – et même 75 millions si l'on inclut ceux qui n'ont pas eu de couverture une fois dans l'année –, et la moitié des habitants ne

bénéficie pas de soins convenables. Non seulement donc la privatisation des dépenses de santé est porteuse d'une dynamique inflationniste, pour le plus grand bonheur des industries pharmaceutiques, dont les profits sont cinq fois supérieurs en moyenne à ceux des autres secteurs économiques, mais elle est génératrice d'inégalités sociales considérables.

La solution n'est donc pas dans l'augmentation des dépenses privées, mais dans une couverture publique correctement financée. En vingt ans, en France, la part des salaires (salaires directs et cotisations sociales) dans la valeur ajoutée, la richesse créée dans les entreprises, a baissé d'environ dix points, alors que dans le même temps, l'investissement des entreprises stagnait et les revenus financiers explosaient. Une piste de financement de l'Assurance maladie s'impose donc. Il s'agit de rééquilibrer la part des salaires dans la valeur ajoutée, sans toucher aux investissements, en diminuant d'autant les profits improductifs, dividendes versés aux actionnaires et bénéfiques placés sur les marchés financiers. Ce rééquilibrage pourrait prendre la forme d'une augmentation des cotisations patronales. Celle-ci est d'autant plus possible qu'en vingt ans, les taux de cotisation des salariés ont augmenté de 8,2 % alors que ceux des employeurs n'ont progressé que de 1,8 %. Il est donc grand temps que ceux-ci rattrapent leur retard.

La prise en charge égalitaire des malades que notre système de santé essaie, tant bien que mal, de mettre en œuvre est-elle porteuse de « rationnement et de menaces pour l'emploi » ? A contrario faut-il « augmenter la participation des malades qui rapporte plus d'argent, de revenus pour les professionnels et d'emploi » ? Pourquoi faudrait-il accroître le revenu des médecins alors même que, comme l'indique d'ailleurs Béatrice Majnoni d'Intignano, le pouvoir d'achat des spécialistes a augmenté de 40 % depuis 1980, celui des généralistes de 20 % et celui des cotisants de 15 % ? L'équité suppose au contraire au minimum qu'une profession bien placée dans l'échelle

sociale ne voit pas son pouvoir d'achat grandir plus vite que les autres.

La question de l'emploi est plus complexe et Béatrice Majnoni d'Intignano a raison de noter les inégalités territoriales et sociales en matière de présence médicale. Mais ces inégalités se déploient dans un contexte général de pénurie de médecins, qui fait que la densité médicale française est inférieure à la moyenne européenne et en dessous de l'Italie et de la Grèce. Cette situation a pour origine la politique malthusienne de *numerus clausus* menée par tous les gouvernements depuis des décennies. Il est douteux que la liberté tarifaire des médecins « dans les zones surmédicalisées et riches » préconisée par Béatrice Majnoni

d'Intignano permette de résoudre le problème des inégalités de présence médicale. Bien au contraire, cette liberté tarifaire risque, au moins dans un premier temps, d'attirer encore plus dans ces zones des médecins à la recherche de revenus élevés. Commencer à résoudre le problème majeur des inégalités de présence médicale suppose des mesures d'une tout autre ampleur. Outre la fin du *numerus clausus*, il faut en finir avec le paiement à l'acte et construire une véritable politique d'aménagement du territoire en matière médicale basée sur une coordination étroite entre la médecine de ville et l'hôpital.

On le voit, l'application de la logique marchande à la santé que préconise Béatrice Majnoni d'Intignano ne peut qu'accroître considérablement les inégalités sociales et nous entraîner dans la mise en place d'une médecine à plusieurs vitesses. C'est hélas le choix fait par le gouvernement dont le projet de loi est tout entier tourné vers la baisse des dépenses publiques en matière de santé, avec pour conséquence de remplacer ainsi la logique de solidarité par celle de la rentabilité financière.



Marie Kayser

Médecin généraliste,
présidente du Syndicat
de la Médecine Générale

Le Parlement a adopté cet été la loi portant « réforme » de l'Assurance maladie : ses grandes lignes sont malheureusement celles que nous avons dénoncées avec d'autres tout au long de l'année dernière (1).

Cette « réforme » change beaucoup, car elle donne au gouvernement de nouveaux outils pour diminuer les remboursements effectués par l'Assurance maladie obligatoire :

Le patient devra choisir un « médecin traitant » : généraliste, spécialiste ou médecin hospitalier. S'il ne le fait pas ou s'il consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant, il sera moins bien remboursé par l'Assurance maladie et le spécialiste consulté en accès direct pourra demander un dépassement d'honoraire. Le respect de protocoles de soins mis en place, en particulier pour les affections de

longue durée (ALD) conditionnera le niveau de remboursement. Les associations de patients, malgré la réelle expertise acquise, ne seront pas parties prenantes de l'élaboration des protocoles.

Un dossier Médical Personnel informatisé (DMP) hébergé

Une loi qui change beaucoup et ne résout rien

par un serveur est rendu obligatoire ; le professionnel de santé devra sous peine de déconventionnement le consulter et le remplir pour ses patients ; il devra attester qu'il a bien eu accès au dossier, c'est de cette attestation que dépendra le niveau de remboursement du patient. Ce dossier, pour lequel aucun coordinateur n'est prévu, compilera toutes les informations sur chaque patient et sera ouvert obligatoirement à tout professionnel. A l'heure actuelle, malgré leurs demandes, les assurances complémentaires ne peuvent y avoir accès, mais elles peuvent contourner la loi en faisant pression sur le patient pour qu'il le leur communique. Le dossier Médical Personnel informatisé, tel qu'il est conçu, est aux antipodes de la notion de coordination, c'est un outil de contrôle qui porte atteinte aux libertés individuelles.

Les Complémentaires vont négocier aux côtés des Régimes obligatoires les conventions avec les professions de santé. Le récent accord entre le gouvernement et les chirurgiens en est un exemple : pour leur permettre d'augmenter leurs honoraires de 25 %, l'accord envisage la création au 30 juin 2005 d'un secteur optionnel permettant des dépassements d'honoraires dont les plafonds seront négociés avec l'Union des caisses et l'Union des complémentaires.

La baisse de remboursement des patients va s'effectuer par plusieurs voies :

- les « sanctions » liées au non-respect des filières de passage chez le médecin traitant, des protocoles de soin ou du Dossier Médical informatisé ;
- le paiement d'une part forfaitaire (annoncée à 1 € pour le moment) non remboursable, pour tous les actes médicaux et de biologie (sauf femmes enceintes, enfants et patients en CMU) et pénalisant particulièrement les patients en ALD et les patients pris en charge en accident du travail et maladies professionnelles, jusque-là couverts à 100 % ;
- la baisse des taux de remboursement que l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) devra décider en cours d'année en fonction de l'état du budget qui lui sera communiqué par un Comité d'alerte ;
- les dépassements d'honoraires des médecins.

On aboutit à une privatisation de la prise en charge du soin et à une inégalité majeure dans les possibilités d'accès aux soins avec trois niveaux de couverture :

- l'Assurance maladie obligatoire solidaire qui couvrira de moins en moins assortie d'un « filet d'assistance » pour les plus pauvres constitué par la CMU et l'AME sans cesse remises en question ;
- une complémentaire « de base » qui complètera le montant des remboursements effectué par les caisses dans la filière exigeant le passage par le médecin traitant et l'inscription des actes sur le dossier informatisé. Le nombre de citoyens non couverts va augmenter : ce n'est pas le modique forfait, sous conditions de ressources, qui permettra de compenser le surcoût de cotisations indépendantes des revenus et augmentant avec l'âge ;
- un troisième niveau assurantiel couvrant tout ou partie des dépassements pour ceux qui pourront se le payer.

Cette réforme ne résout rien,

elle ne s'intéresse pas à la santé des citoyens ; elle s'inscrit dans un contexte de remise en cause de la prise en charge solidaire de la santé : réforme de l'hôpital, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie avec le danger de la mise en place d'une Assurance maladie pour les vieux, remise en cause de la médecine du travail et de la branche Accident du travail-Maladies professionnelles longtemps réclamée par le Medef.

Les dépenses vont continuer à augmenter et les inégalités d'accès aux soins et de santé s'aggraver obligeant chacun à se positionner :

La Mutualité française pourra-t-elle longtemps cogérer à côté des assurances privées un système qui est à l'encontre des notions de solidarité qu'elle prône ? Quelles positions les syndicats de salariés prendront-ils au sein du Conseil de la caisse nationale ? Quels comptes leur demanderont leurs adhérents : mutualistes et syndiqués ?

Les citoyens vont-ils accepter longtemps de payer des cotisations obligatoires et complémentaires

plus chères pour une couverture de moins bonne qualité ?

Les scientifiques de la Haute Autorité, les médecins conseils des caisses, l'ensemble des professionnels de la santé et du social accepteront-ils de cautionner des politiques de restriction en contradiction avec leur mission de soins ?

Les associations de malades et de consommateurs vont-elles se mobiliser pour faire entendre le droit de tous à être soigné et éviter des baisses de prise en charge négociées entre gouvernement et industriels ?

Il nous faut résister et travailler à la (re)construction de notre système de santé.

D'autres choix politiques sont possibles qui sont analysés dans ce numéro de *Pratiques*. En tant que syndicat de médecins généralistes, nous les articulons autour de deux axes :

- notre système de santé et de soins sont des missions d'intérêt public qui doivent s'éloigner des logiques marchandes nuisant à leur efficacité. Une véritable politique de santé doit agir en amont de la maladie en imposant d'autres choix sociaux, industriels et environnementaux ; elle doit être dégagée de l'influence des lobbies pharmaceutiques et mettre en place une autre politique de revenus des professions de santé.

- des évolutions professionnelles convergentes doivent se faire dans nos métiers du soin pour mieux articuler les concepts du soin et de santé. Nous voulons travailler en coopération avec tous les celles et ceux du monde associatif, syndical, mutualiste, qui se retrouvent autour de ces axes. Notre congrès, qui se tiendra les 26, 27 et 28 novembre à Angers, sera pour nous un moment fort, nous y travaillerons en ateliers pluridisciplinaires autour du questionnement : quelles propositions pour introduire la santé publique au cœur de nos métiers ?

1. Voir le supplément gratuit au n° 26 de la revue *Pratiques* : Pour une véritable assurance santé solidaire.

Résumé : Un médecin généraliste interpelle de façon critique le ministre de la Santé à propos de la somme de un euro, laissé à la charge des usagers.

Christian Bonnaud

Médecin généraliste

Mon cher confrère ministre,

Vous souhaitez instituer la charité pour le docteur, comme l'Église demande le denier du culte à ses fidèles pour payer les prêtres. Alors un euro aujourd'hui pour une consultation, 1,5 euro demain, et ensuite... Pour être justement rémunéré de mon métier, je refuse cette charité. Je demande simplement à être rémunéré en fonction du travail réalisé.

Je sais aussi, mon cher confrère, que les gens qui me consultent ont souvent des revenus inférieurs au mien. De quel droit, leur demanderais-je un euro non remboursé ? Du droit que la Loi me donne, allez-vous me dire. OK ! Mais que faites-vous de ma conscience ? Moi qui essaie d'être un professionnel à l'écoute de l'ensemble des soucis des gens, je sais qu'ils cotisent déjà beaucoup (régime obligatoire et complémentaire), que cela pèse dans leur budget. Ils ne sont déjà pas toujours remboursés de l'ensemble de leurs soins grâce à la politique « sociale » des gouvernements successifs. Et vous leur demandez encore plus !

Un euro pour le docteur, s'il vous plaît !

Vous pensez donc que nous méritons nos revenus et que cet euro non remboursé est justifié. Certains confrères disent que ces revenus sont insuffisants. Sur quoi se basent-ils ? Pouvez-vous me préciser quelle politique de revenus vous comptez

mettre en place pour les médecins libéraux ? J'attends toujours une réponse à cette question.

Vous dites partout qu'un euro, ça n'est rien, mais qu'en savez-vous ? Avez-vous un jour connu les difficultés de fin de mois, comme les gens que nous côtoyons ? Vous dites vouloir responsabiliser la démarche de soins des personnes, n'est-ce pas plutôt culpabiliser ? Demandez-vous ce même effort aux entreprises qui considèrent leur personnel avec mépris, les harcelant et les obligeant à des cadences insoutenables, entraînant des souffrances terribles et des demandes de soins importantes ? Demandez-vous le même effort à ces autres entreprises polluantes et responsables de graves maladies liées à l'environnement ? Êtes-vous prêt à mettre tout en œuvre pour loger décentement les gens, permettre une politique du plein emploi, avec des conditions de travail et des revenus décents ?

Avant de demander l'aumône auprès des gens, j'aurais aimé, mon cher confrère, que vous répondiez à ces questions essentielles qui déterminent pour un pays une vraie politique de santé publique. Mais sûrement, cela n'est pas votre projet, la situation actuelle vous satisfait, ainsi que vos amis libéraux.

J'attends, en tant que soignant proche des gens, une politique de santé ambitieuse au service de la population et non ce que vous nous proposez qui veut culpabiliser les comportements individuels. Je constate, d'autre part, que le gouvernement dont vous faites partie incite les gens à consommer des biens, pour diminuer le chômage, sauf du soin, car là ils sont coupables d'aggraver les déficits publics. Quant aux citoyens, ils doivent éviter que la société ne les rende malade, car de plus en plus, elle ne les prendra plus en charge, et en plus ils devront faire la charité aux bons docteurs qui les soignent, afin qu'ils puissent vivre décentement.

Quant à nous médecins, que devons-nous faire si cette loi est mise en œuvre ?

Résumé : Les deux auteurs analysent les raisons de la désaffection grandissante des nouvelles générations de médecin pour le métier de médecin généraliste. Ces jeunes médecins fuient au sortir de la Faculté l'exercice libéral pour se diriger vers les postes salariés. Ce désintérêt pour la médecine générale vient aggraver l'inquiétante désertification médicale qui résulte de la politique malthusienne du *numerus clausus* mise en place depuis deux décennies.

La pénurie médicale programmée

« Il existe pour chaque problème complexe une solution simple, directe... et fausse », écrivait l'humoriste H.L. Mencken.

Il y a dix à quinze ans à peine, les experts en santé publique répétaient quotidiennement que la médecine générale était pléthorique, qu'il était urgent de reconvertir les soutiers de la santé vers d'autres secteurs d'activité. D'un point de vue strictement économique, le médecin généraliste était alors considéré comme une bactérie ou un virus, dont l'apparition dans un bassin de population antérieurement sain suffisait à générer des dépenses de santé supplémentaires, comme si par sa seule présence, il influait sur la santé des patients, sorte de docteur Knock contaminant les bien portants pour les transformer en malades en puissance.

Tout fut mis en œuvre pour diminuer le nombre d'installations, depuis le fameux *numerus clausus* réduisant d'année en année le nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études après la première année de médecine, jusqu'aux diverses contraintes administratives sensées réguler l'activité. Le résultat de cette politique se fait aujourd'hui sentir. D'ici à dix ans, 75 000 médecins, dont ceux de la génération du baby-boom, vont arrêter leur activité, alors que seuls 35 000 nouveaux arrivants seront disponibles pour les remplacer. D'où la situation de pénurie actuelle, pénurie programmée par les pouvoirs publics, et dont ceux-ci feignent aujourd'hui de découvrir l'ampleur.

Dans les campagnes en particulier, les habitants s'inquiètent. La désertification médicale progresse et chaque départ en retraite (quand les médecins ne meurent pas au travail) entraîne pour les confrères avoisinants une augmentation souvent difficilement supportable de la charge de travail, et pour les patients une anxiété grandissante devant les difficultés d'accès aux soins. Notons au passage que l'État s'émeut au moment où cette désertification touche les médecins généralistes, alors que depuis plus d'une décennie, dans de nombreuses régions rurales, on ne trouve plus guère de médecins spécialistes, les généralistes ayant alors été amenés dans l'indifférence générale à augmenter leur cadence de travail pour pallier cette raréfaction.

Sandrine Buscail

Présidente du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG)

Christian Lehmann

Médecin généraliste et écrivain.
Auteur de *Patients, si vous saviez...*,
Ed. Robert Laffont, 2003

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

Couplée à cette désertification médicale libérale, constatons l'appauvrissement des territoires ruraux, lié à la disparition simultanée du service public (école, hôpital de proximité, poste, etc.). Cette désertification rurale est aggravée par la réticence de nombre de jeunes médecins à s'installer. L'âge moyen d'installation en médecine libérale, qui était de 29 ans vers 1985, est aujourd'hui de... 39 ans. Et dans le Nord - Pas-de-Calais, l'an dernier, sur 210 nouvelles inscriptions à l'ordre des médecins dans l'année, seuls... 9 médecins se sont installés en libéral.

Ressort alors des cartons des mêmes experts de santé publique une mesure simple, directe et potentiellement désastreuse : remettre en cause la liberté d'installation des médecins libéraux. Et parce que cette idée se pare des couleurs du bon sens, elle entraîne l'adhésion du plus grand nombre, y compris au sein du mouvement social où l'on fustige ce qu'on imagine être une génération de jeunes nantis désireux d'aller faire marcher la planche à billets sur la Côte d'Azur plutôt que de secourir les malades et les déshérités au fin fond des Ardennes.

Notons d'abord le caractère prévisible et programmé de cette pénurie, dont sont responsables les mêmes experts qui aujourd'hui inventent la coercition pour pallier leur absence d'anticipation.

Notons surtout que la menace de la coercition, reprise par certains syndicats médicaux parmi les plus libéraux (du moment qu'elle s'exerce sur de jeunes confrères), permet à l'État de poursuivre sur la voie du désengagement dans lequel s'engouffre le gouvernement libéral actuel sous couvert de régionalisation. Là où la sauvegarde d'un système de santé réellement solidaire sur l'ensemble du territoire nécessiterait de la part des pouvoirs publics le dégagement de moyens matériels et financiers incitatifs (sur ce dossier de l'installation en milieu rural comme sur celui de la permanence des soins), l'État se défait de ses responsabilités sur les collectivités locales et fait peser sur les jeunes étudiants en médecine la

menace d'une installation décidée arbitrairement, sans tenir compte de leurs aspirations pour de nouvelles formes d'exercice.

Car quel avenir dessine-t-on en milieu rural à ces jeunes, dont la majorité sont des femmes ? Exercer seul, 24 heures sur 24, 365 jours par an, dans des déserts médicaux, sans infrastructure, sans soutien, sans possibilité de souffler, de prendre quelques journées de formation ? Exercer « à l'ancienne » avec la conjointe, ou le conjoint, affecté au secrétariat téléphonique ? De nombreux jeunes médecins n'acceptent pas ce non-choix et ce mode d'exercice résumé à une course à l'acte permanente. Car à la différence de leurs aînés, à qui des générations de mandarins hospitaliers ont appris à travailler plutôt qu'à réfléchir, ceux-ci, à l'image de leur génération, privilégient de nouveaux schémas d'organisation de la vie professionnelle et personnelle, et le refus du sacerdoce.

Le décalage entre les attentes de ces jeunes médecins en terme de formation, de qualité et d'organisation du travail, d'indépendance par rapport aux pressions sans cesse plus pesantes et plus perverses de l'industrie pharmaceutique, et les réponses du politique, préparent le second volet d'une catastrophe sanitaire annoncée.

Car ni le gouvernement ni son actuel ministre de la Santé ne mesurent à quel point leur politique menaçante de rafistolage obère la volonté des jeunes médecins de répondre aux défis de l'organisation du système de soins de demain.

Pourtant, leurs représentants ont fait connaître leurs propositions, énoncées dans le rapport du sénateur Charles Descours, qui préconise la mise en application de mesures incitatives positives à l'installation dans les territoires déficitaires, « plus efficaces et plus consensuelles que des mesures réglementaires ».

Parmi ces propositions figurent les primes d'installation ainsi que les mesures d'exonérations fiscales et de charges sociales, la mise en œuvre d'aides pérennes pour l'exercice, le regroupement des structures et le travail collectif dans des

cabinets dits « multisites », le soutien des élus locaux favorisant l'accueil de praticiens, le développement de statuts professionnels nouveaux, dont le statut de collaborateur salarié ou d'associé temps partiel, pouvant satisfaire notamment les femmes et favoriser les remplacements dans les zones de pénurie démographique.

D'autres propositions sont également formulées pour agir en amont de la formation médicale, parmi lesquelles l'allocation d'une indemnité aux étudiants s'engageant à exercer dans les zones de carence médicale pour une durée déterminée et l'encouragement des stages ambulatoires dans ces mêmes secteurs.

Autant de mesures incitatives contribuant à rendre le dispositif attractif... que le gouvernement a jusqu'ici choisi de ne pas appliquer, préférant sans doute mettre en place une réforme autoritaire.

Sans prendre la réelle mesure, sur le terrain, du ras-le-bol de ces jeunes médecins qui, au cours de leurs remplacements, découvrent les conditions de vie et de travail parfois effarantes de leurs aînés, et les refusent.

Non par manque d'attrait pour la médecine générale, non par méconnaissance de son rôle essentiel dans le maintien du tissu social, mais parce qu'à leurs aspirations à exercer autrement ne répond que la menace et l'absence de perspective.

Ni les pouvoirs publics, ni les experts en santé publique n'ont conscience du caractère extrêmement dangereux de la solution qu'ils prônent à mots couverts avec l'assentiment de certains médecins plus âgés, confortablement installés, qui pratiquent ainsi sur leurs successeurs une forme de bizutage particulièrement sournoise.

Car ces jeunes médecins, sous la contrainte, ne s'installeront pas en libéral. Ils fuiront vers des

postes salariés, en médecine du travail ou à la Sécurité sociale, troquant leur attrait pour la médecine de soins en faveur d'horaires normaux et de conditions de travail décentes.

A moins qu'ils ne décident d'exercer cette médecine générale qu'ils aiment à l'étranger, comme c'est le cas chaque année pour un nombre grandissant d'entre eux. Car aujourd'hui, il est en Europe des pays où le médecin généraliste n'est pas considéré par le complexe médico-industriel et l'État comme un pion à déplacer sur l'échiquier du profit et de la marchandisation, mais comme un professionnel de premier recours à qui, loin du schéma libéral de la petite entreprise monopersonnelle condamnée à faire du profit, il est possible de proposer d'autres modes d'exercice, d'autres modes de rémunération.

Gageons que le futur installé ne manque pas de ressources, qu'il n'hésitera pas à s'expatrier, avec l'ouverture des frontières européennes, emportant avec lui son savoir tout en suivant la trace d'autres professionnels, comme les chercheurs.

En favorisant la fuite des compétences, de toutes les compétences, l'État organise ainsi l'appauvrissement intellectuel, médical et social sur son propre territoire.

Nul doute qu'un jour ou l'autre nos experts en santé publique réaliseront l'inanité des mesures de coercition qui se profilent à l'horizon, et dont on peut d'ores et déjà supputer qu'elles font partie des « réformes » que l'on tentera demain de faire passer par ordonnances après avoir amusé la galerie par ces « concertations » dont la réforme des retraites devrait pourtant nous avoir tous vaccinés.

Espérons seulement qu'il ne leur faudra pas cette fois-ci quinze ans pour prendre conscience du désastre sanitaire qu'ils nous préparent.

Triste et inquiétant le constat de Christian Lehmann et Sandrine Buscail dans leur article « La pénurie programmée » faisant le bilan du peu d'attractivité de la médecine générale pour les jeunes médecins au sortir de la faculté. On peut regretter cependant qu'ils n'aillent pas jusqu'au bout leur perti-

Réponse à la pénurie programmée

nente analyse des maux actuels qui ont rendu ingrate notre profession. Des « horaires normaux » et des conditions de travail décentes font partie du cahier des charges des jeunes médecins qui ne sont plus sensibles aux mirages de l'exercice libéral. On nous dit clairement que ne sont plus acceptables ces journées de dix heures d'un travail solitaire où on empile du C après du

C dans une logique commerciale et consumériste folle, accrue par la pénurie croissante de médecins et qui empêche toute médecine lente et de qualité. Cette médecine-là, avec certes une rémunération conséquente, mais au prix d'un travail bâclé, non valorisant, n'est plus attractive aux yeux des jeunes médecins. Dont acte.

Et si l'Assurance maladie et les collectivités locales cherchant à favoriser l'installation de professionnels dans ces lieux « de désertification médicale » délaissés par la médecine libérale, soutenaient, sur la base de ces considérations, de nouvelles façons d'exercer une médecine plus intéressante aux yeux

de ces jeunes soignants, désenchantés du petit commerce libéral.

Dans ces lieux, osons ces contrats salariés pour l'installation de petites équipes constituées de médecins généralistes, infirmières et autres paramédicaux qui travailleraient, en fonction des besoins locaux, pour offrir les services d'une médecine de première ligne de qualité.

Ces nouveaux professionnels de santé seront mûs par de nouveaux ressorts qui s'appellent : travail coopératif sans concurrence commerciale, horaires réguliers et raisonnables avec permanence des soins assurée plus facilement en raison du travail en équipe.

Tout cela en contrepartie d'un salaire global incluant les activités classiques du soin, mais aussi des actions concertées de santé publique en collaboration avec les collectivités territoriales et les associations d'usagers locales ainsi que la formation médicale continue. De quoi rendre heureux les jeunes (et moins jeunes) générations de soignants dans leur métier.

Patrice Muller



Une femme met au monde un enfant. Celui-ci naît avec quelques jours d'avance et un petit poids. Il va dans le service de néonatalogie quelques jours. Tout se passe bien et il sort.

Dans son dossier, il est écrit que la mère a tel âge, que c'est sa deuxième grossesse, qu'elle est de groupe O+ et qu'elle est immunisée contre la rubéole et la toxoplasmose, et il n'est rien mentionné de plus. Rien de ce qui suit n'est signalé.

Madame H. a eu un père alcoolique. Il a rendu la vie de la famille impossible, il criait, frappait et madame H. était terrorisée. Elle se réfugiait dans la lecture et elle était très seule, ne parlant à personne. Elle a été confiée à plusieurs familles d'accueil.

Elle aimait beaucoup l'école et elle aurait bien aimé bien travailler, mais elle dormait très mal, arrivait épuisée à l'école et ne retenait rien.

A l'hôpital, elle n'a rien dit de tout cela et on ne l'a pas mise en situation d'en parler. Mais imaginons qu'elle en ait parlé à quelqu'un. Ce ne peut être que dans une relation en tête à tête. Que peut faire dans un service hospitalier quelqu'un qui s'entend confier une histoire de cet ordre ? Il peut bien sûr écouter et, ultérieurement, montrer qu'il a entendu. Mais peut-il, en tant que membre d'une équipe, écrire sur le dossier : « le père de madame H. était un alcoolique violent qui a pourri la vie de toute la famille » ? Peut-il écrire que madame H. est, probablement en relation avec cela, une femme très timide, très peu sûre d'elle ?

Il y a parmi les personnes qui travaillent à l'hôpital des personnes qui ont de 35 à 60 ans, d'une part, et d'autres qui ont 25 à 35 ans, sans compter les étudiants qui ont moins de 25 ans. Quand il s'agit d'échanger des informations sur l'âge, la parité, le groupe sanguin et l'immunité, le fait d'appartenir à telle ou telle classe d'âge, d'être un homme ou une femme, d'avoir ou non des enfants ne pose pas de problème. Si madame H. veut des précisions sur son groupe sanguin ou son statut sérologique, la variable sexe et âge de l'interlocuteur(trice) n'interviennent pas.

En revanche, ce n'est pas la même chose lorsqu'il s'agit de parler de filiation, de désir d'enfant et de rencontrer l'enfant battu inconsolé et mal dissimulé chez une femme de 30 ans.

Je propose donc de réfléchir sur les propositions suivantes :

- Il est plus facile dans un hôpital de mettre en commun des données biologiques ayant un rapport avec la pathologie somatique que de communiquer sur des éléments en relation avec la vie psychologique.
- Devant une pathologie somatique clairement délimitée, tous les hospitaliers sont des techniciens. Techniciens plus ou moins expérimentés, ou techniciens en devenir, mais techniciens quand même.
- Devant une femme, comme madame H., qui souffre et qui s'interroge, il n'y a pas de réponses systématiques préalablement établies.

Jean-Pierre Lellouche
Dominique Le Houézec
Alain Quesney

Médecins pédiatres

L'hôpital est-il apte à enseigner la vie ?



Il faut entrer en relation et laisser résonner en soi ce que cette femme et son histoire induisent.

– La pathologie somatique est respectueuse de la hiérarchie : l'agrégé de 52 ans en sait habituellement plus que l'externe de 22 ans. La vie psychologique, le transfert et le contre-transfert sont moins disciplinés, moins prévisibles et pas toujours respectueux des hiérarchies.

– Si les difficultés de madame H. étaient entendues par un hospitalier, puis par un autre et d'autres encore, et si ces différents intervenants échangeaient entre eux à la demande de mada-

me H., on aurait un lieu très différent de l'hôpital actuel, très formateur dans ce domaine pour les étudiants... mais aussi très « casse gueule » pour tous.

Je ne propose pas un changement dans ce sens, je propose simplement que l'on réfléchisse à l'imperfection d'une formation amputée de son versant psychologique, ou plutôt non pas amputée, ce qui serait trop fort et peut-être moins nocif. Mais une formation où le psychologique reste difficile à dire et dans les faits sous exploré, sous enseigné et largement ignoré.

Anne Perraut Soliveres

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

Sans doute la canicule n'a-t-elle pas fini de faire parler d'elle. Après avoir mis en évidence le délabrement de notre « performant » système de soins, ainsi que le dénuement affectif de certains de nos concitoyens âgés et dépendants, voilà qu'elle initie une nouvelle forme de maltraitance destinée à donner bonne conscience à nos politiques en mal de créativité. Il fallait l'oser... Ils le font. Ainsi, vous qui connaissez la frilosité des personnes âgées, vous pouvez les imaginer grelottant dans les chambres froides emmitouflées dans leurs petits gilets, réclamant désespérément de retourner dans leur

Le gel de la canicule

chambre... Serait-ce impertinent de signifier à ceux qui prennent les décisions que ce dont les personnes âgées ont besoin, aujourd'hui comme hier, c'est de personnes attentives à leurs besoins, tant pour les soins de base comme être lavés tous les jours, que pour manger et boire, ce qui nécessite une aide bienveillante, plus ou moins importante ? Sachant que le propre du vieillissement est qu'il faut de plus en plus de

temps pour faire la moindre chose, on comprend aisément que cela sera nettement plus avantageux de les parquer collectivement pour une heure ou deux dans une pièce que de prendre soin d'eux.

Pourtant, où sont passées les sommes colossales économisées sur les retraites non versées de nos quinze mille morts ? Et le gain non négligeable que doit réaliser la Sécu depuis qu'ils ne sont plus malades et ne consomment plus ni visites médicales ni ces longues et iatrogéniques ordonnances ? Non, ils ne nous ont pas tout dit sur la canicule !



Le savoir de la nuit
Anne Perraut Soliveres
Paris, PUF, 2002

Résumé : En psychiatrie, la mise en place expérimentale du PMSI et l'informatisation des dossiers des patients pourraient modifier la nature même des soins, si patients et professionnels ne prennent pas la mesure des dangers encourus.

Introduction

Comme cliniciennes, psychologue et psychiatre, travaillant dans le service public de psychiatrie, nous avons dû nous confronter depuis quelques années aux changements majeurs survenus en matière d'information médicale en psychiatrie, quant aux genres de données collectées, à leur utilisation et leur accès. Ces changements sont à notre avis en train de modifier radicalement notre cadre d'exercice et ce de manière dangereuse si on n'y prend pas garde (1) et (2).

Deux dangers

Les deux dangers principaux nous ont conduit à nous intéresser au dossier patient informatisé, qui bénéficie d'une belle couverture médiatique.

Le premier danger, au niveau collectif, c'est la constitution dans chaque Département d'information médicale (DIM) d'établissement psychiatrique, de fichiers nominatifs contenant des données sensibles : diagnostics psychiatriques et caractéristiques sociodémographiques détaillées. La constitution de ces fichiers, facilitée par les mises en réseau informatique, a été accélérée par l'expérimentation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en psychiatrie commencée en 2002 et toujours en cours.

En pratique, l'information des usagers, leur droit d'opposition et le droit à l'oubli sont très peu respectés. La législation qui rend le médecin du DIM responsable et garant de la confidentialité et de la conservation de ces données ne nous semble pas offrir de garanties suffisantes pour le respect des libertés individuelles, notamment en matière d'atteinte à la vie privée. Il suffit pour cela de penser d'une part à la tendance grandissante en matière d'interconnexion de fichiers ou au projet de fichier national des hospitalisations en psychiatrie qui figure dans le projet de loi sur la prévention de la délinquance, et d'autre part au nombre croissant de dérogations légales au secret professionnel, pour imaginer que ces données nominatives sensibles ne sont pas à l'abri.

Le second danger se situe au niveau individuel : au niveau de la relation thérapeutique, c'est une atteinte grave du cadre de soins qui s'exerce pour les personnes soignées en psychiatrie.

De nos jours, tous les modèles thérapeutiques en psychiatrie, même les plus objectivants, prennent en compte la relation soignant-soigné. Cette confiance s'appuie pour une grande part sur la confidentialité garantie par le secret professionnel. Pour pouvoir parler de choses personnelles intimes, alors que l'on souffre psychologiquement, que l'on n'a éventuellement plus une conscience très sûre de son identité, de ses limites psychiques, il faut se sentir dans un milieu suffisamment fiable.

Or, pour transmettre des données nominatives détaillées, il faut les recueillir, et les recueillir rapidement. Cette collecte, inaugurale et immédiate, fouillée et intrusive, opère une effraction du cadre de soin en

Claire Gekiere

Psychiatre de secteur

Odile Morvan

Psychologue

Le dossier médical en psychiatrie

Intervention au Collège national de l'information (CNIM), le 27 mai 2004 – Hôpital – Expo Paris

signifiant d'emblée à la personne venue chercher des soins que le plus important est de s'occuper de son identité certes, mais de son identité « idem », sa « mêmété » (au sens de Ricoeur), à laquelle renvoie la notion de carte d'identité ou d'identifiant permanent, c'est-à-dire ses éléments fixes et objectifs, c'est-à-dire quelque chose qui a plus à voir avec les empreintes digitales qu'avec la mise en récit, l'identité « ipse », celle que chacun d'entre nous maintient, même en changeant, à travers son histoire, celle qui vacille parfois sous trop de souffrance.

Information médicale en psychiatrie

Parallèlement à la « fiche patient » mise en place en 1988 par la Direction générale de la santé (DGS), il y a eu à partir de 1990 une lente et difficile gestation du PMSI en psychiatrie (liée notamment à la différence de nature des soins entre la psychiatrie et le reste de la médecine), portée par la Direction des Hôpitaux. Ce PMSI est expérimenté depuis mi-2002.

Cette expérimentation se déroule dans un peu plus de 200 établissements (quatre régions expérimentatrices plus des établissements volontaires). Les résultats du recueil en matière de classification médico-économique (d'exploitation des coûts) sont mauvais et inexploitable.

Nous pensons, en ce qui nous concerne, qu'il faut mettre fin au PMSI en psychiatrie et ne pas y instaurer la tarification à l'activité. En effet, même avant d'accoucher d'un outil d'allocation de ressources, l'expérimentation du PMSI a montré qu'il n'était pas neutre du tout sur les pratiques cliniques. Il systématise par exemple la pratique du diagnostic psychiatrique selon les catégories CIM 10. Diagnostic, dont nous rappelons au passage qu'il n'a en psychiatrie, et cela est connu de longue date, aucun intérêt en matière d'explication des coûts. Outre l'aspect étiquetage rapide et précoce, déjà très préjudiciable, et l'effet inductif vers certains types de thérapeutiques de la pratique généralisée du diagnostic longitudinal, il ne faut pas oublier que les diagnostics CIM 10 sont issus

d'un modèle où « la focalisation sur des symptômes objectivables coupés de toute fonction subjective suggère, sans faire de théorie, que les syndromes sont des entités naturelles biologiques » (Maleval).

La question des dossiers informatisés

En deux ans, cette expérimentation a entraîné une large informatisation de nombreux hôpitaux psychiatriques, a intensifié les mises en réseau internes dans les établissements (dont une grande partie est extra-hospitalière en psychiatrie) et a favorisé la création des DIM là où ils étaient absents, avec parfois création de DIM multi-établissements.

L'usage de l'outil informatique s'est banalisé, et avec lui l'idée qu'il devenait indispensable de « recueillir des données » en temps réel ou peu différé, et celle aussi qu'il n'était pas problématique de partager avec des professionnels non impliqués dans le soin des données confidentielles encore récemment couvertes par le secret professionnel.

Comme en même temps l'informatisation du dossier patient faisait son chemin, cette familiarisation a favorisé l'avancée de la question du dossier informatisé.

Dans les établissements psychiatriques, qu'il soit à l'état de projet, déjà constitué, ou utilisé partiellement, il nous semble que ce dossier est souvent perçu par ses utilisateurs de deux façons différentes :

- soit il est confondu avec le recueil de l'information médicale transmise aux DIM ;
- soit ce dossier informatisé est vu comme la simple continuité, dont seul le support changerait, du « dossier médical » traditionnel. Beaucoup ne prennent pas conscience qu'informatisation rime avec changement quantitatif et qualitatif dans les possibilités de stockage, d'accès aux données et de communication du contenu.

En cela, l'intitulé choisi par le Pr Fieschi pour son rapport : « Les données du patient partagées » (4) clarifie la donne, car il met parfaitement en lumière la différence de nature entre le dossier (papier ou informatisé) individuel issu de l'interaction entre un patient et un médecin (en libéral) ou un patient et une équipe de soins hospitalière, et la mise en

réseau de données de santé partagées au-delà de ces relations soignantes particulières.

C'est ce changement de paradigme que nous allons maintenant tenter de mettre en lumière.

Information et secret

Il est banal de rappeler qu'au xx^e siècle la technique a « changé de nature ». Auparavant, elle était pensée comme un moyen, un prolongement de la volonté humaine dont il s'agissait juste de faire bon usage. Maintenant la technique « suit un développement incontrôlé autonome dans une logique non éthique du "tout est possible" » (5). Comme disait déjà Saint Paul « tout m'est possible mais tout ne m'est pas bon ». C'est à l'homme alors, seul capable de cela, de lui donner du sens. Il faut que les hommes s'accordent entre eux « sur l'idée qu'une technique est chargée ou privée de sens [...], à poursuivre ou à interrompre ». Car une technique « crée l'idéologie qui la fait apparaître comme nécessaire » (6).

Il est intéressant de voir comment le développement des technologies de l'information et de la communication (TIC) a participé à l'évolution de nos représentations de l'information et du secret professionnel.

L'information a deux sens différents : d'une part, ce qui est porté à la connaissance de quelqu'un, quelque chose qui se construit dans l'échange, prend sens dans une mise en récit, et demande du temps et de l'interaction humaine pour s'élaborer. Ainsi l'information dans une perspective constructiviste, c'est une mise en forme du réel, qui en transforme la représentation. Mais une autre définition s'impose de plus en plus : ce qui est transmis, avec un glissement maintenant vers ce qui est transmissible. « L'information au sens contemporain passe par la mise à jour de tout ce qu'il est possible de savoir, l'accès permanent à des données de toutes formes en toujours plus grand nombre » (6). On voit bien, par exemple dans la pratique quotidienne des services, comment les sécurités informatiques sont plus souvent vécues comme des inconvénients que comme des garanties. Le niveau des « verrous » n'est perçu que dans sa dimension de contrainte technique.

Dans le même mouvement « l'idéologie contemporaine [...] assimile donc le secret à la rétention d'information » et, donc, aussi à un abus de pouvoir, puisque l'accès à l'information est également un bel enjeu de pouvoir. Cette vision négative du secret, alliée aux louanges des vertus de la transparence (7) concerne aussi le secret professionnel. Les dérogations légales ne cessent d'augmenter au fil des textes. Et l'idée du « secret partagé », agrémentée de la ritournelle « dans le respect de la confidentialité » ne cesse de se répandre, créant une confusion commode pour les tenants de la mise en commun des données. Il faut donc toujours rappeler que le secret partagé est limité aux personnels de l'équipe de soins prenant une personne en charge, et qu'en aucun cas il ne peut être étendu automatiquement aux membres d'un réseau. Autrement dit, le fait que la plupart des membres d'un réseau soient soumis, chacun pour leur part dans leur contexte de travail, au secret professionnel ne permet pas la fusion des différents secrets professionnels, fût-ce au nom du bien supérieur de l'utilisateur.

L'utilisateur peut autoriser une communication, il doit être informé et donner son accord, ce qui ouvre toute la problématique du libre choix de cet accord, par exemple si l'utilisateur est très dépendant du réseau et n'a pas d'alternative véritable.

Avec la mise en avant de la dimension contractuelle du secret professionnel, au détriment de plus en plus de sa dimension d'ordre public, c'est-à-dire comme « droit objectif s'imposant à tous qu'un sujet ne peut modifier par lui-même, décider ou non d'exercer » (8), l'individu se retrouve de plus en plus isolé. Or sa relation avec le système de soins est une relation de dépendance, asymétrique, et le contrat se révèle souvent tellement dissymétrique qu'il en perd sa nature contractuelle tout en en gardant les apparences trompeuses. Le consentement et le contrat sont alors des leurres (9), un semblant de respect formel des droits. Quand le rapport Babusiaux (10) met en avant le consentement du patient comme garantie de confidentialité pour la transmission de ses données de santé aux assurances complémentaires, c'est de ce leurre là qu'il joue.

Voici donc le glissement opéré : c'est l'utilisateur qui devient garant de la confidentialité de ses données de santé, qui ne sont plus couvertes par le secret professionnel vidé de son sens. Ces données deviennent d'une confidentialité du même ordre que les données bancaires ou patrimoniales, et l'utilisateur ne dispose à notre connaissance d'aucun pouvoir particulier pour résister aux pressions diverses et variées. Or, il nous semble que cette vision de l'information et du secret, qui écrase toute confidentialité, est le plus souvent inutile, voire nuisible dans nombre de situations de soins et notamment en psychiatrie. La connaissance, a priori et indépendamment de la personne, d'informations non contextualisées à son sujet peut tout à fait brouiller le travail de construction indispensable dans toute situation de soins (11).

Information relationnelle et contextualisée, travail de mise en récit personnalisé d'un côté (12) ; transmission de données, confidentialité banalisée à la charge de l'utilisateur, d'un autre côté. Sans doute deux visions de la santé et des soins qui sont en conflit, où il nous semble que la « mise en commun des actes et des paroles », définition de la politique chère à Hannah Arendt affronte un nouveau paradigme où « évaluer, garantir, contrôler ce qui se passe entre les hommes au titre des "relations" fait partie des nouveaux modes de gestion » (13).

Des propositions

Nous proposons donc, pour régler le risque d'atteinte à la vie privée posé par la constitution de fichiers nominatifs dans les établissements psychiatriques, sans empêcher le recueil de données nécessaire à l'évaluation scientifique et médico-économique, l'anonymisation à la source, dans chaque unité fonctionnelle. Les solutions techniques existent.

Et l'application effective du droit d'opposition et du droit à l'oubli.

Pour le dossier informatisé et les données du patient partagées, nous pensons qu'il ne faut pas autoriser la transmission des dossiers psychiatriques informatisés actuels en réseau. Et il ne faut pas permettre

que des données issues de ces dossiers soient transmises au titre des données du patient partagées.

Tant que ne seront pas clairement exposés et soumis notamment aux associations d'utilisateurs et à tous les représentants des professionnels médicaux et soignants concernés les enjeux découlant de la différence profonde de nature entre le dossier médical classique et les données du patient partagées, les citoyens et usagers du système de soins que nous sommes tous ne disposeront pour résister aux pressions en matière de contrôle illégitime ou d'utilisation commerciale des données personnelles que du seul rempart bien illusoire ici de leur consentement libre et éclairé !

Bibliographie

1. DELIS « Informations et libertés : la confidentialité en psychiatrie », *Pratiques les cahiers de la médecine utopique*, avril 2002, n° 17.
2. Morvano O., « L'heure est grave en psychiatrie. PMSI et confidentialité », *Perspectives psychiatriques*, 2004, 43, 2, 158-161.
3. Morvano O., « L'informatisation en psychiatrie. Enflure et démesure. Quels enjeux et pour qui ? », *Hommes et libertés*, n° 127, 2004.
4. Fieschi M., « Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins », rapport au ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 56 p. janvier 2003.
5. Rameix S., *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, 159 p., Ellipses, 1996.
6. Ancet P., « Quelques indications philosophiques », *Nervure*, tome XV, n° 2, mars 2002, 35-38.
7. Gekiere C., « Familles patientes, familles soignantes », *Nervure*, tome XV, n° 2, mars 2002, 22-24.
8. Jonas C., « Le secret professionnel : un pilier solide, mais mouvant, de l'exercice médical », *Neuropsychy news*, vol. 2, n° 4, sept-oct 2003, 153-156.
9. Gekiere C., « Comment le consentement vint au malade mental », *Raison présente*, n° 144, 4^e trimestre 2002, 81-97.
10. Babusiaux C. et coll., « L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques », rapport au ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 87 p., mai 2003.
11. Marcheix A., « Comment préserver la confidentialité du dossier de santé ? », *Pratiques les cahiers de la médecine utopique*, déc. 2000- janv. 2001, n° 12, 30-33.
12. Jacquin P., « Le dossier médical est un fantasme », *Pratiques les cahiers de la médecine utopique*, n° 12, déc. 2000- janv. 2001, 10-13.
13. *Pratiques de la Folie*, argument du séminaire pour l'année 2004.

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue

« **D**ésolé, cher monsieur, mais, après examen de votre dossier médical, nous ne pouvons pas vous accorder ce prêt bancaire. » Cette réponse, aujourd'hui, ne nous surprend plus. Le banquier ne va pas prendre le risque de prêter de l'argent à un citoyen susceptible de tomber malade ou atteint d'un handicap. Une santé aléatoire rend la vie professionnelle difficile et les remboursements incertains. Cette logique financière est, dans notre société, implacable !

« Désolé, cher monsieur, mais après examen de votre dossier médical, notre directeur des Ressources Humaines n'a pas retenu votre candidature au poste proposé. » Cette réponse-là est pour demain matin. Et, en toute logique d'entreprise, que dire de ce jeune directeur dynamique qui, en refusant l'embauche d'individus susceptibles de tomber malades, ne cherche qu'à limiter l'absentéisme ? On est là dans une logique de rentabilité, on fait des affaires et non la charité !

« Désolé, cher compatriote, nous ne pouvons retenir votre dossier d'inscription en faculté à la vue de votre dossier médical et surtout de votre analyse génétique. Certes, vous avez vingt ans, vous disposez d'un excellent livret scolaire, mais vous êtes porteur des gènes Ppa42, cb241 et Fct 75 et, avec ce profil génétique, vous avez toutes les chances de ne pas atteindre la cinquantaine. » Cette réponse est peut-être pour demain. Là encore, le raisonnement économique est imparable. Que reprocher à une société raisonnable qui cherche à investir sur ses meilleurs citoyens en se don-

nant les moyens de les sélectionner dès le début des études ? Rien, bien sûr, puisque l'argent des citoyens doit être utilisé au mieux ?

Cette imperceptible évolution relève-t-elle de la science-fiction ? Pas sûr. Les restrictions exercées par les banques sont entrées dans les mœurs et l'intrusion permanente des assurances dans le secret médical n'est remise en cause par personne. Pire, il ne suffit pas d'être malade, le seul fait de passer certains examens biologiques peut être préjudiciables. On sait que se faire faire une recherche de sérologie HIV est considéré dans certains dossiers comme preuve d'une instabilité sentimentale.

Avec le dossier médical informatisé que l'on met actuellement en place, on franchit une nouvelle étape. Certes, aujourd'hui, on nous l'affirme, le seul objectif est de lutter contre le gâchis et de réduire le déficit de la Sécurité sociale : éviter deux échographies la même semaine ou deux consultations de spécialistes en trois jours. Soit, mais, demain, une fois créé, ce dossier médical très complet, puisque informatisé, ne servira-t-il qu'à cela ? Ne sera-t-il pas utilisé à des fins nouvelles, imprévues ? Déjà, lors de la création du livret médical par le gouverne-

Une nouvelle carte d'identité !

*Tempête sur l'hôpital,
Ed. Seuil, 2002*

ment Balladur, certains médecins avaient tiré la sonnette d'alarme sur l'utilisation abusive de ce document non confidentiel qui pouvait, dans certaines circonstances, pénaliser le patient. C'est pour cette raison que nombre de pédiatres, à l'époque, s'étaient engagés à ne pas y faire figurer certaines maladies susceptibles de porter préjudice à l'enfant dans son insertion sociale, comme par exemple l'épilepsie. Avec un dossier médical informatisé obligatoire, le danger devient majeur. Qui empêchera, dans quelques temps, un dirigeant d'entreprise de connaître officieusement le dossier médical ? Quel candidat en recherche de poste s'y opposera ? Une fois inscrit, l'antécédent de dépression nerveuse ne restera-t-il pas à vie comme une preuve d'instabilité psychique, et l'on voit déjà la moue dubitative de l'examineur du dossier. Je ne parle pas de celui qui sera traité pour une maladie chronique. Celui-là n'aura que ses yeux pour pleurer. On connaît dès aujourd'hui la discrimination à l'embauche en cas de handicap visible. Il n'y a aucune raison que la même discrimination ne s'exerce pas si le handicap invisible, par exemple le diabète, devient visible.

Et, dans l'avenir proche, lorsque nous connaîtrons notre carte génétique, rien ne sera plus simple que de l'inscrire sur le dossier médical. On nous expliquera alors que tout cela est pour notre bien, que le seul objectif est un meilleur suivi des

risques, une surveillance préventive des maladies. Les arguments ne manqueront pas. Mais ce dossier médical renforcé pourra devenir non seulement une pièce d'identité, mais un moyen de contrôle et de sélection des individus dans leur vie professionnelle et privée. Notre société sécuritaire en période de panique n'est pas en mal d'imagination. Quand on voit la multiplication un peu partout des systèmes de contrôle et de sécurité, on est en droit de s'interroger sur les risques de tout système informatisé qui nous met en carte. Pour entrer aux Etats-Unis, l'étranger ne doit-il pas, depuis peu, fournir trente-cinq paramètres. Les renseignements médicaux feront bientôt partie de ces paramètres si nous n'y prenons garde. Ainsi, pour pister quelques fraudeurs, nous mettons en place un arsenal inquiétant. Bien d'autres champs d'économie méritent d'être explorés comme une meilleure gestion des soins d'urgence, une meilleure coordination des structures sanitaires et, s'il faut renforcer les contrôles, peut-être peut-on se pencher sur les indications abusives de certaines explorations onéreuses ou les coûts de plus en plus exorbitants des médicaments. Encore faut-il s'en donner les moyens avec des contrôleurs non pas tatillons, mais de haut niveau et efficaces. Je ne suis pas sûr qu'avec ce dossier informatisé notre santé aille mieux, que la sécurité sociale améliore ses finances, mais je suis certain que notre liberté finira par être menacée.

Cher confrère,

Nous faisons partie des 50 % de médecins généralistes qui prescrivent le plus d'arrêts de travail dans notre circonscription : mon associée Anne et moi travaillons en zone franche à Strasbourg, et le « hasard » nous a désignées parmi une cinquantaine de médecins pour participer à une expérimentation et engager une réflexion conjointe avec vous.

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste

Suite à notre rencontre confraternelle, vous nous avez adressé un courrier ne relatant que très partiellement notre entretien, en faisant part de l'importance du nombre de patients en Affection Longue Durée, soit 44 % de notre clientèle pour une moyenne régionale de 19 %. Vous nous avez proposé une assistance médico-administrative pour certains types d'arrêts, et une aide médicale pour des dossiers dits difficiles avec retentissement socioprofessionnel.

Certes, le profil de nos Relevés Individuels d'Activité Professionnelle annuel indique cette forte proportion de patients bénéficiant d'une Exonération du Ticket Modérateur, mais aussi une forte proportion de patients bénéficiant de la CMU (Couverture Maladie Universelle) : 32 % pour une moyenne de 17 %, ainsi qu'une faible part de population de plus de 60 ans : 3 % versus 17 %. Ces chiffres confortent tout ce que

disent les économistes au sujet des inégalités sociales de santé : les populations les plus précaires sont en bien plus mauvaise santé et vivent moins longtemps, même si là, la particularité de notre exercice dans une

Lettre

à mon médecin-conseil

citée de logements sociaux à forte composante immigrée de 1^{re} génération explique le peu de personnes âgées. Faut-il le rappeler, il existe une dizaine d'années de différence d'espérance de vie entre un cadre ou une profession libérale et un ouvrier ou encore plus un emploi précaire. Nos patients ont des emplois difficiles, nécessitant d'importantes dépenses physiques, non qualifiés (ouvriers, manoeuvres...), avec des contrats précaires (intérim, emploi-jeune) qui majorent d'autant leur mauvais état de santé (souvent contrôle minimal de la médecine du travail)

Ce même RIAP n'affiche que des satisfecits pour le reste de notre activité :

- Un volume d'activité peu important par patient (2,15 versus 3,09) allant à l'encontre de l'idée générale que des patients qui ne paient rien (CMU, ALD) consomment plus.
- Cette constatation se trouve confortée par une consommation remboursable en pharmacie moindre (114 € par patient versus 170 €), ainsi que pour les soins infirmiers, les actes de biologie ou de kinésithérapie.
- Un « malus » quant au montant remboursable des fournitures pharmaceutiques dont nous félicitons notre pharmacien de quartier, attaché depuis bien longtemps à fournir un maximum de matériel au TIPS (tarif de responsabilité remboursé).
- Un nombre de visites faible (0,17 versus 0,57 %) pour une pratique de proximité fondée depuis bien longtemps, bien avant le déremboursement des déplacements jugés de « confort », sur la

négociation avec les patients et des horaires de consultation élargis : encore à l'encontre de l'idée générale que ceux qui n'avancent rien de leurs soins appellent et déplacent le médecin généraliste pour un rien.

Mais nous avons posé un certain nombre d'autres questions auxquelles vous n'avez pas répondu et qui ne figurent pas dans votre courrier : en particulier, la part des accidents du travail et maladies professionnelles dans ces IJ (indemnités journalières). De notre pratique au jour le jour, cela semble la part la plus importante des IJ que nous « prescrivons ». Les troubles musculo-squelettiques viennent en tête, avec les sciatalgies vraies et non les lombalgies si souvent décriées par vos services, les tendinopathies multiples et variées (coiffe des rotateurs, canal carpien, rupture tendineuse...) survenant, bien sûr, chez des personnes n'ayant aucune possibilité de reclassement professionnel (difficulté de langue, absence de qualification et même de niveau scolaire). Ces troubles sont aggravés en l'absence d'intervention de la médecine du travail dont les pouvoirs sont limités, l'employeur pouvant changer de centre de contrôle lorsqu'un médecin du travail est jugé trop actif. De plus, il n'y a aucune pénalité pour les patrons responsables d'incapacité lourde (cassage de dos ou d'épaules par l'absence de matériel adéquat). En tant que médecin traitant, nous sommes chargés du constat et de « la réparation » et cela au moindre coût pour la caisse. On constate des troubles psychologiques liés au harcèlement professionnel et au syndrome post-traumatique. Ces deux séries de pathologies sont largement imputables la précarisation des emplois, au nombre croissant des contrats par intérim ou à durée limitée qui renforcent les pressions subies par les salariés.

Cette expérimentation nous inquiète grandement, car elle ouvre la voie à des pratiques préconisées par le gouvernement qui agite la menace de couper les indemnités journalières, voire demander leur remboursement, sur simple avis d'un médecin au statut encore inconnu, sans aucune concertation avec le médecin prescripteur et sans aucune possibilité de recours ni pour le patient ni pour le médecin traitant. Celui-ci pourrait se voir interdire



temporairement les prescriptions d'arrêt de travail, autant dire les soins pour son patient.

En ciblant les médecins prescrivant « trop » d'arrêts de travail, sans tenir compte du contexte dans lequel ils exercent, le ministère dévoile – s'il le fallait – que son ambition se limite à une réduction des coûts immédiats sans autre analyse et au mépris d'une véritable politique de santé publique.

Avec mes salutations les plus confraternelles,

Docteur Elisabeth Pénide

Résumé : Il y a une incidence directe et forte de la réglementation des brevets sur les prix des médicaments ; l'accord intervenu à l'Organisation Mondiale du Commerce, le 31 août 2003, n'a pas réglé le problème de l'accès aux médicaments essentiels pour ceux qui en ont besoin et meurent faute de pouvoir payer.

Raoul Marc Jennar

Chercheur auprès d'Oxfam Solidarité (Bruxelles) et de l'URFIG (Bruxelles-Paris-Genève)

ADPIC, quatre lettres pour désigner l'Accord de l'OMC sur les Droits de Propriété Intellectuelle en rapport avec le Commerce. L'ADPIC uniformise, généralise et étend le droit des brevets, en particulier dans le domaine des médicaments. Comme si un médicament était une marchandise; comme si un médicament devait d'abord servir la rentabilité des firmes pharmaceutiques ; comme si un médicament ne devait pas échapper aux règles du marché. Ce à quoi les firmes pharmaceutiques et leurs protecteurs dans la classe politique répondent que ces profits sont indispensables pour financer la recherche. C'est oublier que dans le cas des maladies qui tuent le plus, c'est encore la recherche financée directement ou indirectement par l'argent public qui est prédominante ; c'est oublier surtout que le budget des dix plus importantes firmes pharmaceutiques du monde pour la recherche sur la tuberculose, le paludisme et le Sida (les trois pandémies les plus meurtrières) est inférieur à 5 % du montant total de leur budget recherche.

Plus que le commerce, la santé est un indice du niveau réel de développement. Onze millions de personnes meurent chaque année de maladies infectieuses faute d'avoir accès aux médicaments essentiels, soit un peu plus de 30 000 par jour. Deux milliards d'êtres humains n'ont pas accès aux soins de santé de base, essentiellement parce que ceux-ci sont trop coûteux. Le droit à la santé du plus grand nombre passe après le droit aux profits de quelques-uns. Le prix des médicaments tue les malades.

L'effet direct de l'ADPIC observé depuis plusieurs années et finalement reconnu lors de la conférence ministérielle de l'OMC à Doha, en novembre 2001, sous la pression des pays en développement, est manifeste : il y a une incidence direc-

te et forte de la réglementation des brevets sur les prix des médicaments. Les ministres ont formulé le vœu que l'ADPIC « n'empêche pas les Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique » et ils ont affirmé que « ledit accord peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments. »

Ils ont formé le vœu qu'aucune plainte ne soit déposée contre un pays qui, ayant une capacité de production pharmaceutique, aurait recours à la pratique de la « licence obligatoire » (production de médicaments génériques sans le consentement du détenteur de brevet) et autoriserait la fabrication de médicaments de qualité fabriqués à bas prix. Quelques pays sont concernés : l'Afrique du Sud, le Brésil, l'Inde, la Thaïlande... Quant à l'immense majorité des pays frappés massivement par de nombreuses maladies mortelles et qui ne possèdent pas, chez eux, d'industrie pharmaceutique, ils doivent pouvoir recourir à ce qu'on appelle des « importations parallèles » (le droit d'importer des médicaments du pays où ils sont

Droits de propriété intellectuelle

Oxfam Solidarité
<http://www.oxfamsol.be/fr>

URFIG
<http://www.urfig.org>

les moins chers, sans l'accord du détenteur de brevet); leur cas a été renvoyé à une négociation qui devait se terminer fin 2002.

La négociation a vu l'Union européenne revenir sur la portée des termes adoptés à Doha ; les Etats-Unis et la Suisse, qui n'avaient accepté la Déclaration de Doha que du bout des lèvres en soulignant son absence de force juridique, ont continué à contester les principes qu'elle contient. Le bloc occidental s'est évertué à restreindre la notion de pays ayant une capacité de production, de pays sans capacité de production, de situation de crise sanitaire grave et, longtemps, la discussion a porté sur une liste limitée de maladies méritant d'être soignées.

La Déclaration de Doha stipulait également que « chaque Membre a le droit d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées. » Elle ajoutait : « chaque Membre a le droit de déterminer ce qui constitue une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence. »

Ces droits ont été niés dans l'accord intervenu le 31 août 2003. Ils ont été remplacés par une obligation de justifier le recours à la licence obligatoire ou à l'importation parallèle et par l'obligation de prouver l'existence d'une situation de crise. Il ne suffit pas d'affirmer le droit pour les pays du Sud ayant une capacité de production à exporter des médicaments génériques vers d'autres pays du Sud dans le besoin ; encore faut-il rendre ce droit applicable. Or, les modalités de mise en œuvre de ce droit sont extrêmement contraignantes et restrictives :

- a) le pays qui souhaite importer des médicaments génériques doit fournir la preuve qu'il fait face à une situation de crise sanitaire ;
- b) tout Etat peut contester la pertinence des arguments avancés par le pays demandeur ;
- c) le pays demandeur doit fournir la preuve qu'il ne dispose pas de capacités de production propres ;
- d) le pays demandeur doit soumettre à l'OMC la dénomination et la quantité des médicaments qu'il souhaite importer ;
- e) le pays demandeur doit mettre en place un dispositif administratif et douanier très sophistiqué de

nature à prévenir toute réexportation vers les marchés occidentaux des médicaments génériques importés ; cette exigence est tout simplement inapplicable, vu le manque de ressources humaines, les faiblesses institutionnelles et administratives, la pauvreté des moyens financiers de certains pays ;

f) le pays fournisseur ne peut utiliser cet accord « comme un instrument de politique industrielle ou commerciale » ; cet interdit pourrait être invoqué dans un éventuel conflit provoqué par les multinationales pharmaceutiques alors qu'un pays ayant recours à la licence obligatoire aurait été motivé par la nécessité de faire face à une situation de monopole ; comment séparer les besoins sanitaires d'une stratégie, forcément industrielle et commerciale, d'approvisionnement en médicaments ?

g) le pays producteur doit limiter la licence obligatoire aux types de médicaments et aux quantités souhaitées par le pays demandeur ; ces informations (types de médicaments et quantités) doivent être portées par le pays producteur à la connaissance de tous les Etats ;

h) le recours aux importations parallèles est limité à des « circonstances exceptionnelles » ; cette expression est à assimiler à la notion d'aide d'urgence, ponctuelle, qu'on distingue de l'aide au développement, plus permanente ; ce qui restreint la liberté des pays n'ayant pas de capacité de production pharmaceutique à importer des médicaments à bas prix lorsqu'ils ne sont pas confrontés à une catastrophe sanitaire. Cette limite est en complète contradiction avec la Déclaration adoptée à Doha où il était question de « santé publique » ;

i) cet accord est révisable chaque année ; il reste en vigueur aussi longtemps que l'accord sur les ADPIC n'a pas été amendé.

Après avoir lu ce fatras de conditions, rappelons quand même que ce qui est en cause, c'est permettre à ceux qui sont malades de disposer des médicaments dont ils ont besoin pour se soigner. Il est manifeste qu'entre le droit aux soins et le droit au profit, ce n'est pas au premier qu'on a donné la priorité absolue.

Les publicités pour les laits destinés aux nourrissons sont presque toujours insupportables. C'est fréquemment la dernière publicité qui m'exaspère le plus. Aujourd'hui, avec Nidal Novaïa 1, je pense qu'on franchit un degré de plus dans la bêtise et le cynisme. Je vais essayer de la décrire : il y a tout en haut une phrase sur 3 lignes :

Nidal Novaïa 1 sans doute le lait qui lui ressemble le plus, et tout en bas une phrase sur une ligne Nidal Novaïa 1. Notre modèle, c'est elle.

C'est bien sûr l'image qui prend le plus d'espace. Et cette image comporte de gauche à droite et sur un même plan un biberon, une boîte de lait, un miroir dans lequel on voit le visage de profil strict d'une jeune femme à queue-de-cheval et enfin, à droite du miroir, un nounours.

En mettant la boîte de lait juste devant un miroir dans lequel on voit le visage d'une femme, le publicitaire a voulu transmettre le message, le lait Novaïa est très comparable au lait produit par cette femme. Et ils écrivent d'ailleurs « notre modèle, c'est elle. »

Lorsqu'on représente une mère allaitant son enfant, on voit un bébé qui tète le sein de sa mère. Dans la publicité de Novaïa, ces trois « acteurs » : le bébé, le sein et la mère disparaissent. Le sein disparaît complètement. Le bébé et la mère disparaissent aussi, mais sont évoqués. Le nounours est censé être l'objet familial et doux représentant l'enfant.

Quand à la mère, elle est représentée par un visage de jeune femme dont rien n'indique qu'elle est mère, rien n'indique qu'elle a un enfant. Par ailleurs, longtemps les vendeurs de lait ont promu leur produit en profitant de la crainte qu'avaient les femmes de grossir et d'avoir une poitrine moins ferme si elles allaitaient. Or, cette femme, qui n'est qu'un visage et un long cou très mince est aux antipodes de la femme « abimée » par l'allaitement.

En plus de l'image et des deux phrases slogans publicitaires, il y a six lignes qui se présentent comme une information. Et là, le médecin, puisque c'est à lui que cette publicité s'adresse, est pris par la main et on lui donne alors des informations dont certaines sont soulignées en rouge.

« *Nidal Novaïa est un lait pour nourrissons à la composition unique. Sa fraction protéique obtenue grâce à un procédé innovant breveté par Nestlé est la plus proche en quantité (1,2 g/100ml) et en qualité de celle du lait maternel. Associée à la charge osmolaire rénale la plus faible pour un lait 1^{er} âge (83 mosm/l) et à un rapport Ca/P=2 (identique à celui du lait maternel), elle permet d'obtenir une croissance staturo-pondérale comparable à celle des enfants allaités au sein, sans surcharger les reins encore immatures du nourrisson.* »

Si on lit ces lignes au-delà de leur contenu apparent, qui est assez creux, on peut lire comme une menace. Vous n'avez pas le droit de refuser ce produit, vous n'avez pas le droit de refuser ce que nous vous proposons. Nous sommes la science. Nous pouvons parler de surcharge rénale et d'osmolarité et nous avons avec nous tous les scientifiques et tous les nutritionnistes. Nous avons offert aux professeurs D et G 8 séjours en Guadeloupe, quant à C et F, ils peuvent dîner à nos frais à *La Closerie des Lilas* quand ils veulent. Si vous voulez pouvoir rêver de participer un jour à ce monde de l'argent facile et de la légèreté intellectuelle, laissez-vous aller, prescrivez Novaïa.

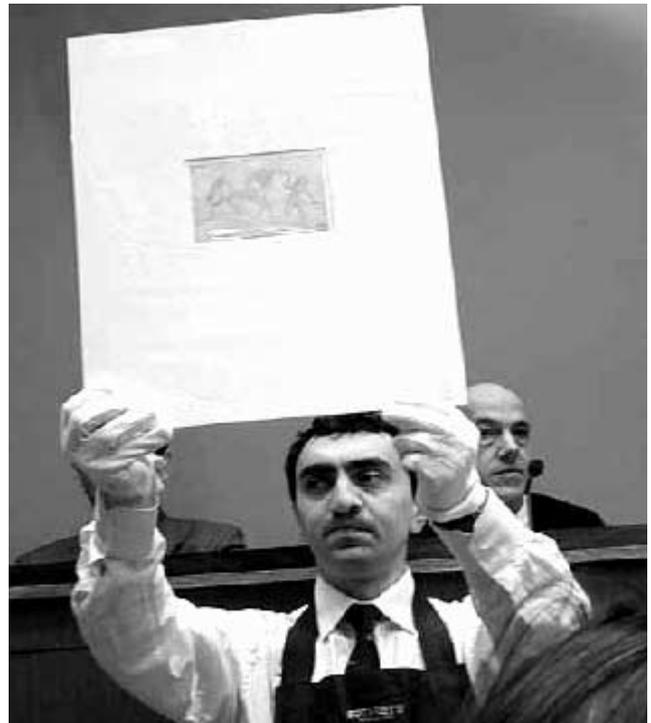
Jean-Pierre
Lellouche

*Médecin pédiatre
Ex-nourrisson n'ayant pas
bénéficié de Novaïa ayant été
allaité par ma mère, puis par ma
tante Esther*

Publicité lactée



Cette image, acquise par la Bibliothèque nationale de France lors de la vente Marie Thérèse et André Jammes le 21 mars 2002, est le premier document de nature photographique connu au monde. C'est en 1825 que Nicéphore Niepce a réalisé, à l'aide de la lumière, l'empreinte définitive d'une gravure hollandaise du XVII^e siècle. Rendue préalablement transparente, la gravure avait été projetée sur le fond d'une camera obscura.



Vente Sotheby's à Paris,
Galerie Charpentier, 21 mars 2002

Résumé : L'auteure croise la photographie argentique, technologie déclinante promue au rang d'œuvre d'art thésaurisée par le marché, et la photographie numérique déferlant dans notre société, avec de nouvelles dimensions liées à ses caractéristiques propres, en train de bouleverser l'usage et la place de l'image photographique dans le monde contemporain.

Monique Sicard

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

En mars 2002 eut lieu la première vente de photographie jamais organisée en France par Sotheby's. Le musée d'Orsay acquiert pour plus de 300 000 euros « Le Stryge » (1) de Charles Nègre ; La Bibliothèque nationale de France achète 500 750 euros une cinquantaine de lettres manuscrites de Nicéphore Niepce accompagnées d'une héliographie du même auteur. La collection de photographies d'André Jammes, dispersée lors d'une double vente à Paris et à Londres, fut la plus importante jamais vendue aux enchères. En Angleterre, les beaux tirages de Legray, leurs marines, leurs paysages, leurs architectures et leur camp militaire de Châlons-sur-Marne, furent achetés chacun pour plusieurs centaines de milliers d'euros.

Avril 2003 : les quatre ventes de photographie de la collection d'André Breton rapportent plus de 5 millions d'euros. La photographie *Parabola optica* de Manuel Alvarez Bravo, de format 19,5 X 21,6 cm, est vendue près de 154 000 euros et *La poupée*, tirage coloré à l'aniline de Hans Belmer (23,8 cm X 24 cm) est acquise pour 215 500 euros.

Juin 2004 : vente Artcurial, Briest, Poulain, Le Fur, à l'Hôtel Dassaut. Un double portrait réalisé par Marcel Duchamp dépasse de plus de 30 000 euros la valeur atteinte par la célèbre « Tonsure » adjugé 52 000 euros lors de la vente André Breton deux ans auparavant. Sur le marché international, il s'agit du second prix jamais atteint par une photographie d'artiste.

En quelques années, les records se sont succédés, masquant les variations du marché et les déceptions corollaires.

Pourtant, ces engouements, même s'ils s'avéraient passagers, restent symptomatiques. Ils stupéfient ceux qui se souviennent des difficultés des galeries parisiennes s'efforçant, dans les années 1970 ou 1980, de vendre des tirages signés et numérotés.

En 1997 fut créé, au Carrousel du Louvre, Paris-Photo. Marché annuel international de la photographie, il

fut d'emblée fréquenté par de grandes galeries américaines que la Foire Internationale d'Art Contemporain ne parvenait pas à attirer. Pour les Anglais et les Américains, la France, berceau de la photographie, reste un réservoir de richesses à découvrir, où la surprise reste possible. L'apparent bric-à-brac de la Salle Drouot joue dans ce sens.

En accédant pleinement au marché de l'art, la photographie ne subit pas seulement une inflexion, elle change de statut, s'affranchissant de ce qui jusque-là tachait son image : sa reproductibilité, son statut d'analogon, sa nature indicielle. Autrement dit : sa facilité à la multiplication, la confusion avec son objet dans laquelle l'entraîne sa ressemblance, et sa fabrication « par son référent même » (2).

En recherchant les vintage (premiers tirages d'artiste), en accordant une attention nouvelle aux négatifs – voire en les vendant –, en privilégiant les épreuves numérotées et les faibles tirages, on a su fabriquer une nouvelle rareté. Quitte à mettre en vente des négatifs ou des tirages initiaux que les photographes eux-mêmes avaient rejetés. Privilégier les grands formats et les photographies bénéficiant d'auteurs reconnus conduit à abolir les divergences entre photographie et arts plastiques. Christie's prit soin de dissocier les ventes de photographies d'artistes et celles de photos – documents, réservant ces dernières à ses « ventes pop » new-yorkaises.

La photographie comme œuvre d'art

En une seule année, plus de deux millions d'appareils photo numériques ont été vendus en France. La multinationale Kodak ferme ou reconvertit une partie de ses usines françaises : des papiers argentiques et pellicules celluloïd en direction des encres pour imprimantes et des cartes mémoire. Le ras-de-marée numérique n'a pas « pris de court » Kodak-France comme le laissent penser les commentaires journalistiques. L'opération marketing, de grande envergure, entre dans la droite ligne des pratiques capitalistiques initiées par Georges

Eastman à la fin du XIX^e siècle (Appuyez, nous ferons le reste !). Il s'agissait alors d'abaisser le coût des appareils et de faciliter les opérations photographiques, par l'invention d'une pellicule sous cache à envoyer par la poste, pour développement, au laboratoire central. Aujourd'hui, la fragmentation de la consommation s'accroît : la prise de vue, les travaux de laboratoire, la diffusion des images se font sans sortir de chez soi. Chacun

devient responsable et consommateur potentiel de toute la chaîne de fabrication-diffusion-distribution. L'appareil photo numérique devient un équipement de base des foyers français... l'un de ceux sans lesquels on ne serait pas citoyen à part entière.

Echapperaient, à court terme, à ces bouleversements technologiques, le marché de la pellicule cinéma, celui de l'imagerie médicale. Passer de la radiologie analogique à la radiologie numérique ne se fait pas à l'aide d'un simple achat d'appareil photo : cela implique de lourds investissements, des regroupements professionnels, des formations... qui se mettront sûrement en place, mais constituent aujourd'hui une forme de résistance à l'installation de ce que certains nomment déjà le « Mac Do de la photo ». La médecine, ici, rejoint le cinéma.

L'entrée dans cette ère nouvelle focalise les regards sur un monde en voie de disparition. La photographie argentique bénéficie d'une attention nouvelle en contrecoup du déferlement numérique. Car la photographie numérique a grand mal à prendre place sur le

marché de l'art, fût-elle réalisée par des auteurs talentueux : nul ne sait si les encres sont stables à long terme et l'excessive reproductibilité de l'œuvre freine inévitablement les achats des collectionneurs d'œuvres d'art. Ces évolutions récentes facilitent l'intronisation de la photographie analogique au rang de l'un des beaux-arts à part entière. Le médium présente d'incontestables avantages. Sa reproductibilité, sa légèreté, son faible encombrement, le rendent paradoxalement plus solide qu'un vase de Daum ou un tableau de Braque. Au moment où les marchés internationaux sont dans l'obligation de prendre en compte les effets du terrorisme mondial, la remarque n'est pas anecdotique. Mieux adapté que la sculpture ou la peinture aux inflexions rapides, aux ouvertures et fermetures de salles des ventes, la photographie artistique est le médium des marchés de flux. Elle incite à acheter rapidement tout en prenant des risques limités.

Certains déplorent déjà que les trésors français, malgré les droits de préemption exercés par les lieux de conservation publics, soient dirigés vers l'Angleterre ou les Etats-Unis ; que les fonds soient dispersés avant d'être connus des historiens. Mais le marché français, très fluctuant, a rencontré de récents échecs. Les enchères qui s'envolent masquent la faible valeur relative d'une photographie. Plus de la moitié des transactions effectuées lors du salon Paris-Photo concernent des œuvres ne valant pas 1500 euros.

Certaines analyses font état de la « contamination » de la photographie artistique par l'actualité et l'histoire internationale. La photographie ne se cantonne plus dans l'enchantement quand le photojournalisme devenu lui-même créatif – ses images sont honorées par des prix prestigieux – abolit la frontière entre esthétique et document. Elle redevient grise quand les photo-reporters qui engagent leur vie pour des images se voient devancés, aux cimaises des salons, par les gardiens d'Abou Ghraib.

La photographie est-elle un bel objet de collection quand elle porte en germe la mémoire du siècle passé et la culpabilité de ce qui advint ?



La poupée, de Hans Belmer

1. Voir la Chronique *Images du corps*, « Cela ne mourra pas », sur la concurrence entre les médiums, à l'occasion du bicentenaire de la naissance de Victor Hugo, *Pratiques* n° 18, 2002.

2. Une photographie est le fruit d'une modification chimique de la couche sensible sous l'effet de rayonnements électromagnétiques émis ou réfléchis par l'objet dont elle est l'image.

Noëlle Lasne

Médecin généraliste

Dans les années 80, je travaillais dans un centre de protection maternelle et infantile du 20^e arrondissement de Paris, fréquenté par une population de gitans yougoslaves parlant exclusivement le serbo-croate ; ils fréquentaient le dispensaire depuis plusieurs années et les dossiers médicaux de leurs enfants avaient été faits à grand renfort d'imagination et de bonne volonté. Les enfants toussaient, leur teint était pâle, leurs yeux purulents et ils grossissaient mal. Les femmes tendaient la main au-dessus d'eux et rapportaient l'argent le soir aux hommes de la tribu. Ils faisaient peine à voir, et c'était précisément des enfants « à voir », enveloppés de chiffons crasseux, formant avec leur mère un seul corps mendiant. Ils allaient de pneumonie en méningite, passant 24 heures à l'hôpital et ressortant bardés d'ordonnances et d'exams à faire « en ville ». « En ville », c'était un peu plus loin, dans la roulotte.

Un jour, fatiguée de parler par signes à des filles de 14 ans que je prenais pour leur sœur aînée, je décidai de convoquer toutes les familles concernées et de faire venir à la PMI, pour la journée, un interprète de serbo-croate. Tous les dossiers médicaux étaient faux. Les mères étaient en réalité les grands-mères. Les dates de naissance étaient erronées, les poids de naissance imaginaires, d'où l'étrangeté de nos courbes de poids. Nos graphes et nos vaccinations ne protégeaient plus personne.

Ce jour-là, dans ce dialogue enfin possible, chacun reprit son nom, son état civil, son histoire. Et j'eus la sensation précise, intime, que seuls les mots m'avaient permis de séparer les corps.

Entre deux pneumonies on les vaccina, ils entrèrent à l'école, puis furent remplacés par d'autres nourrissons enveloppés dans les mêmes oripeaux de la misère. Une brèche dans le mur.

L'association aux services de laquelle

j'avais eu recours pour faire venir une interprète était « Inter services migrants » (1). Elle propose depuis plus de trente ans des services d'interprétariat à la carte. L'interprète se déplace, mais on peut aussi travailler par téléphone. Le service d'interprétariat téléphonique permet d'obtenir en quelques secondes un interprète au téléphone dans plus d'une centaine de langues et dialectes.

Ces services sont utilisés depuis très longtemps par de nombreux centres de protection maternelle et infantile recevant des femmes étrangères. En médecine scolaire, il existe un budget, très souvent inutilisé, pour avoir recours à eux. L'Assistance publique de Paris a également souscrit un abonnement qui permettrait en théorie à n'importe quel professionnel d'avoir recours à un interprète par téléphone. Ce n'est pas le cas, bien entendu, et le nombre de demandes émanant de l'Assistance publique est dérisoire.

« On se débrouille toujours ». « Quand ils veulent comprendre, ils comprennent ». « Il y en a qui parlent anglais ». « On leur demande de revenir avec quelqu'un de leur famille qui parle français. » Tels sont les arguments les plus souvent utilisés pour passer outre le problème de langue avec les patients d'origine étrangère.

Si près, si loin...

La réticence du corps médical à utiliser les services d'un interprète au téléphone est, en effet, extrême. L'expérience nous permet de fournir quelques explications : en premier lieu, cette décision intervient au point zéro de communication entre le médecin et un malade (le plus souvent, ceux-ci ont essayé de communiquer, d'abord en français, ensuite en anglais, puis par gestes). Ce dialogue de sourds laisse en face à face un malade frustré et un médecin irrité, qui renonce en prenant la décision d'appeler un interprète. Cette décision a pour conséquence immédiate d'allonger la durée de la consultation et de la rendre plus complexe à gérer. Car que se passe-t-il quand l'interprète est au bout du fil ? Que peut signifier pour des gens malades et en exil la possibilité d'être reliés en quelques minutes à quelqu'un qui parle leur langue, qui jouit de toute évidence d'un statut et d'un travail en France ? C'est tout l'enjeu de la consultation qui s'en trouve modifié.

Si le médecin n'indique pas immédiatement et de façon nette les limites et la nature de cet échange, un vrai dialogue risque de s'instaurer, non entre le médecin et le malade, mais entre le malade et l'interprète. Inversement, informé de ces contraintes, le malade comprend qu'il jouit d'un temps limité pour être entendu : il met alors au premier plan des questions qui lui paraissent essentielles : comment trouver du travail ? Comment faire quand on est débouté d'une demande d'asile ? Nous voilà loin, très loin de la consultation.

On comprend que le médecin puisse hésiter à s'engager dans ce processus à trois et qu'il puisse avoir l'impression, en se passant d'interprète, de faire des économies de temps et d'argent.

Mais de quelle économie s'agit-il ? Combien de bilans demandés parce qu'on n'a pas pu cibler un interrogatoire ? Combien d'hospitalisations sans objet ? La maîtrise des dépenses de santé passe-t-elle par l'économie de la parole ? Une économie comme celle dont ce patient pakistanais avait été victime : il avait passé neuf semaines dans un des

plus grands services de pneumologie parisiens, où je l'avais adressé pour toux, douleur pleurale gauche et hémoptysie. Il avait subi la totalité des examens complémentaires existant en pneumologie et la conclusion me parvint en ces termes : « crachats sanglants liés probablement à l'existence de varicosités sous la langue ». Ainsi la médecine, qui avait pu examiner ce qu'il y avait sous sa langue, n'avait jamais, en revanche pu interroger le patient dans sa langue ; dieu merci, son épanchement pleural s'aggrava et devint si visible que l'on put enfin le ponctionner et le mettre en culture pour conclure tranquillement à une tuberculose pulmonaire.

Ce dialogue de sourds n'a pas fini de s'éterniser. Alors que dans certains pays européens, il existe un numéro vert que n'importe quel professionnel de n'importe quel secteur peut appeler gratuitement lorsqu'il reçoit un étranger qui ne parle pas sa langue, cette question continue à être totalement ignorée en France. Dans certains hôpitaux, une liste a été faite à partir des membres du personnel parlant une langue étrangère à laquelle on a recours pour traduire. C'est ainsi qu'un agent hospitalier parlant l'arabe ou qu'une cuisinière parlant le turc peuvent être appelés pour traduire l'annonce d'un cancer au cours d'une consultation. Les médecins libéraux, seuls dans leur cabinet n'ont, eux, pas d'autre recours que de demander au mari, au cousin ou à la petite fille de douze ans si les règles de sa mère sont douloureuses et depuis quand elle a une petite boule au sein. Certains ont réagi à cette situation en travaillant avec des habitants-relais, qui effectuent à la fois un travail d'accompagnement des personnes dans leurs démarches et un travail d'interprétariat. Depuis 2002, Médecins Sans Frontières fait fonctionner dans les Bouches-du-Rhône une plate forme d'interprétariat gratuite ouverte à toutes les institutions, qui utilise en particuliers des femmes vivant dans les cités de Marseille et de Marignane, auxquelles une formation est proposée intégrant entre autre la notion de confidentialité et de secret médical.

Non seulement le recours à un interprète devrait être possible dans tous les cas, non seulement il devrait être gratuit, mais il devrait être obligatoire. Lors d'une première consultation, l'interprétariat crée un effet de surprise pour le malade. Le timbre de sa voix, son débit, son assurance ou sa réserve, ce qu'il tait et ce qu'il revendique, son agressivité ou bien au contraire son extrême passivité devant l'offre de communiquer qui lui est faite, tout cela est livré en bloc au médecin, comme si franchir l'obstacle de la langue n'avait servi qu'à mieux entrevoir les autres obstacles. L'interrogatoire médical reprend alors les formes et les aléas que nous lui connaissons : le malade passe d'un signe à l'autre, ignorant des grilles, le médecin tente d'isoler ce qui lui paraît significatif, cette tentative ne convient pas au malade qui propose d'autres signes. Alors seulement nous pouvons redevenir ceux que nous sommes : des étrangers l'un pour l'autre. Non à cause de la couleur de sa peau. Ni du nom qu'ils portent. Ni du pays d'où ils viennent. Rien de tout cela ne me rend étrangers ceux que je soigne, je fais seulement, en les soignant l'expérience de leur irréductible différence.

Elle m'est étrangère dans n'importe quelle langue cette femme ivoirienne qui ne veut pas d'une

nouvelle grossesse et qui refuse toute contraception.

Elle m'est étrangère jusqu'à l'exaspération cette vieille dame yougoslave adorable qui sourit, mais refuse de retirer son fichu pendant la consultation et qui n'entend pas les questions de l'interprète au téléphone.

Il m'est étranger jusqu'à la colère cet ouvrier maghrébin, usé jusqu'à la corde, qui veut remonter sur son engin quoi qu'il en coûte, malgré mes arguments et mes supplications.

Les soigner ce n'est pas se rapprocher d'eux ni sortir mon petit anthropologue de poche. Pour avancer, il me faut au contraire résister, convaincre, argumenter contre ce qui fait obstacle, de façon si radicale aux soins que je voudrais donner. Il faut du temps, et je ne suis pas sûre que notre rencontre ait lieu au moment où nous sommes le plus près l'un de l'autre.

Peut-être a-t-elle lieu au moment où nous sommes prêts ?

Enfin disponibles à l'imprévisible.

Enfin disponibles à l'irréductible altérité.

1. INTER SERVICES MIGRANTS - Traduction, information, 2-4, cité de l'Ameublement, 75011 Paris. Tél. : 01 43 56 20 50 - Télécopie : 01 43 56 18 10.

Appel du 3 juin

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

Monsieur le ministre,

Je souhaite comme tous les Français que les comptes de la Sécurité sociale s'équilibrent.

J'aimerais vous faire part de quelques remarques dont je pense qu'elles pourraient permettre de diviser par trois le coût des hospitalisations en pédiatrie. Il me semble même que les effets bénéfiques pourraient dépasser le secteur des hospitalisations et le domaine de la pédiatrie et contribuer à ce que les résultats sanitaires soient nettement meilleurs avec des dépenses nettement moins élevées.

L'idée de vous écrire m'est venue à la suite de la lecture d'un article et d'un éditorial parus dans *Arch Pediatr Adolesc Med* vol. 158 ; mai 2004.

Le titre de l'éditorial est « Réhydratation par voie orale », mais c'est le sous-titre qui est essentiel et que je préfère vous citer en anglais : « In Pediatrics less is often better ».

L'éditorialiste James Taylor rappelle des évidences connues de tous depuis plus de vingt ans.

– La plupart des enfants hospitalisés pour diarrhée et déshydratation dans les pays riches ont des déshydratations modérées de moins de 5 %.

– 80 à 90 % des réhydratations se font par voie veineuse, alors que cette voie n'est indispensable que dans 5 à 10 % des cas.

– Le fait d'être hospitalisé et de subir des perfusions fait courir un risque non négligeable.

L'éditorialiste conclut que hospitaliser un enfant qui pourrait être traité en ville et le perfuser alors même qu'il pourrait être réhydraté par voie orale est une aberration coûteuse et dangereuse.

Ceci a été dit par des dizaines de spécialistes avant lui, dont certains très prestigieux. Ce qui fait tout l'intérêt de cet éditorial, c'est que l'auteur montre que cette tendance à en faire trop se retrouve dans l'attitude qu'ont les hospitaliers devant les états fébriles et dans d'autres pathologies et qu'il s'agit d'une attitude « deeply rooted in the culture of medicine » (profondément enracinée dans une certaine vision médicale).

Les étudiants en médecine sont formés avec la hantise de laisser passer quelque chose, ils ont peur de faire des erreurs diagnostiques, ils ont peur de ne pas faire bénéficier les patients des soins les meilleurs. J'ai été formé comme cela et il me semble évident qu'il y a énormément de positif dans cette vision des choses. Mais Taylor pense qu'il faudrait aussi inviter les étudiants à réfléchir au fait, paradoxal en apparence, que souvent moins de soins équivaut à de meilleurs soins (« the paradoxical concept that less care might frequently be better care »).

Taylor ajoute qu'il faut bien évidemment dans le même temps convaincre les parents des limites de la médecine et du fait que ne rien faire est souvent préférable à faire quelque chose. Le public est bercé par un discours médical dramatisant les risques et présentant la médecine comme très efficace et sans danger. Ce discours est un facteur considérable d'inflation des coûts. L'hôpital est un lieu où des médecins pourraient combattre cette idéologie simpliste et ruineuse sans prendre le risque d'être considérés comme des retardataires ennemis de tout progrès. L'hôpital est aussi le lieu où, pendant plusieurs années, le futur médecin s'imprègne des valeurs dominantes autour de lui.

L'hôpital est donc le lieu d'un enjeu capital. Ou bien les médecins hospitaliers coupés des médecins de ville se ressentent comme des sauveteurs appelés à utiliser les armes les plus nombreuses les plus nouvelles et

les plus coûteuses, en imaginant sans en évaluer les résultats ne pouvoir faire que le bien et jamais aucun mal. Ou bien ils adoptent la voie tracée par Taylor : modestie, évaluation, liens avec les médecins de ville, information et formation du public

Il faut noter cependant l'asymétrie entre les deux options : on peut sans réflexion et avec beaucoup d'excitation augmenter rapidement les coûts en augmentant l'hospitalisme et la iatrogénèse. L'autre voie demande réflexion, concertation, évaluation, modestie, prudence et patience. Une action politique dans ce domaine, comme dans bien d'autres, ne donnerait de résultats nets qu'au bout de dix à quinze ans, ce qui est le temps normal de l'action politique sérieuse.

Si vous êtes d'accord avec l'idée générale exposée dans cette lettre, je suis prêt à vous proposer des mesures concrètes pour améliorer l'information du public, la sensibilisation des médecins, la relation entre ville et hôpital. Je vous surprendrais probablement en montrant la cohérence entre ces différents points, et le fait que pour chacun d'eux et pour tous, il importe de développer dans des proportions considérables une presse médicale riche autonome indépendante et pour reprendre un terme français : agressive ou un terme hindou une presse médicale éveillée.

Je vous prie de croire, Monsieur le ministre, à l'expression de mon profond respect.

Le coût du soin en Afrique

Sur le terrain, dans la réalité quotidienne de la médecine générale en Afrique, *Santé Sud* peut attester des changements lents, mais profonds qui touchent les mentalités, avec d'innombrables initiatives peu visibles mais porteuses d'avenir. La centaine de médecins de campagne qui sont maintenant installés et soutenus par Santé Sud avec l'aide des parrainages font partie de ce levain qui changera le futur. Tous ceux qui partent travailler auprès d'eux quelques temps, dans le cadre des échanges ou de missions de formation continue, reviennent impressionnés par leur engagement et tout ce qu'ils réalisent dans l'anonymat de leurs journées ordinaires. C'est la raison pour laquelle, au-delà de l'aide matérielle nécessaire à l'équipement des jeunes médecins qui s'installent, Santé Sud cherche à développer les contacts professionnels qui sont facteurs d'encouragement et d'émulation autour d'un même métier, même si les contextes sont

très différents. Formation continue, compagnonnage, échanges, actions-recherche en réseau sur des maladies chroniques comme l'épilepsie sont quelques-unes des activités mises en œuvre pour que la médecine de campagne en Afrique prenne progressivement toute sa dimension. Le montant mensuel de parrainage est de 20 euros.

Nous allons bientôt préparer les prochains échanges entre médecins généralistes français et médecins de campagne maliens qui auront lieu en 2005 : les premiers se rendront auprès de leurs confrères en février et recevront à leur tour leurs homologues maliens en mai.

Pour être candidat, il faut exercer la médecine de famille, de préférence en milieu rural ou périurbain, et accepter de partager sa vie professionnelle et familiale durant 15 jours.

Si vous êtes intéressé(e), écrivez-nous ou prenez contact avec Anne Deflorenne au 04 91 95 63 45.

Santé Sud
200, boulevard National
Le Gyptis, bât N
13003 Marseille
Tél. : 04 91 95 63 45
Fax : 04 91 95 68 05
e-mail : santesud@wanadoo.fr
site : www.santesud.org

Nous avons vu et lu pour vous

Morgan Spurloch, *Super size me*, film documentaire

C'est l'histoire d'un jeune Américain, un peu fou et maso, qui décide de manger matin midi et soir chez McDonald's pendant un mois. Bien que le film soit très humoristique, ce n'est pas une histoire drôle, car on voit au fur et à mesure ce jeune homme vif, plein d'énergie sombrer dans la léthargie, souffrir de céphalées calmées par l'ingestion d'hamburgers, grossir de douze kilos, perdre sa libido. Ses analyses de sang sont le reflet biologique de l'augmentation de son panicule adipeux et les médecins qui le suivent, commencent à s'alerter sur l'état pré-cirrhotique de son foie dès la troisième semaine de ce chemin de croix !

Mais ce documentaire n'est pas seulement anecdotique, il montre les conséquences dévastatrices de cette alimentation sur la santé physique et psychique des Américains avec une augmentation exponentielle de l'obésité morbide et de ses conséquences : diabète, pathologies vasculaires et troubles du comportement à type d'addiction. Morgan Spurloch, réalisateur et « héros auto-sacrifié », y dénonce avec efficacité la toute puissance des lobbies agroalimentaires, la mal-bouffe dans les cantines scolaires (« grâce » à la Sodhexo, leader du créneau), le formatage des esprits et des papilles par l'avalanche des spots publicitaires et le sponsoring.

Bref, un film salutaire pour la santé et le moral, à voir sans modération en famille.

Dominique Tavé

Anna Politkovskaïa, *Tchéchénie, le déshonneur russe*, Buchet-Chastel, mai 2003

Anna Politkovskaïa, grand reporter à Moscou de la *Novaïa Gazetta*, l'une des rares journalistes russes (avec Andreï Babitsky) à s'être rendue en Tchétchénie depuis 1999, apporte un témoignage concernant la situation en Tchétchénie.

Fallait-il attendre des événements terribles, des crash d'avions, la mort de ces centaines d'enfants de Beslan, en quelque sorte les réponses terroristes des désespoirs les plus fous, pour accepter néanmoins qu'ils puissent être aussi les derniers soupirs meurtriers du peuple tchéchéne à l'agonie ? Ce livre qui nous tombe des mains, tant les violences à l'encontre des Tchétchènes par des soldats de Poutine y sont inimaginables, interpelle toutes nos sociétés pour la défense de la paix.

Françoise Ducos

Courrier des lecteurs

Il y a kiné et kiné (à propos de l'article de Philippe Regard, in *Pratiques* n° 26 - juillet 2004)

J'aimerais bien savoir si la question de la kiné n'existe vraiment pas dans la médecine de rebouteux de l'Afrique du Nord et si il y aurait une manière de la nommer mieux dans des explications adaptées à ces patients. **Françoise Ducos**

(...) La question n'est pas de savoir si le kiné est masseur ou ostéo, mais comment il est avec ce qu'il sait, ce qu'il ressent de la souffrance de l'autre, de son histoire (exilé ou non), comment il va l'accueillir, l'accompagner. La main qui se pose sera une main engagée pour un parcours à deux qui mène au mieux-être. **Sylvie Simon**

Canicule

Je suis en colère. De façon naturelle, je m'attends à ce que des consciences réagissent lorsque quelque chose d'inacceptable se produit [...].

Je précise ici que j'écris à titre personnel, comme citoyenne, et pas au titre de mes fonctions, responsable du secteur gérontologique d'une commune [...].

De quel sujet s'agit-il ? Du plan canicule en général et des fichiers en particuliers. Plan canicule que je considère comme le comble du processus de traitement politico-administratif que Dominique Argoud décrit (*cahiers CLEIRPA*, avril 2004).

Dans ce plan, dont chaque point peut être contredit, les maires sont dans « l'obligation » de dresser des listes de personnes « vulnérables » (aucune définition n'est donnée) qui aboutiront à la constitution de fichiers à la disposition des maires et des préfets. On assortit ça d'un cache-sexe : il faudra recueillir le consentement écrit des personnes à figurer dans ce fichier. Comment va-t-on le faire ? Que les personnes soient autonomes ou que leur vie ou leur esprit s'éloigne de la réalité par la désorientation ou le simple isolement, va-t-on le faire, sanctionnera-t-on celui qui ne le fait pas ? Les questions ne sont pas posées. Mieux : on se précipite pour établir des listes. On utilise, sans la moindre garantie, les services d'aide à domicile, les gardiens d'immeubles, les facteurs, les pharmaciens, n'importe quelle personne soi-disant bien intentionnée qui se chargera d'aller voir « des personnes qu'elle connaît »... Le tout au nom d'une compassion dégoulinante (ces pauvres vieux, quand même). La culpabilité judéo-chrétienne fonctionne à fond pour masquer une fois de plus le fond du débat sur le vieillissement et la place des vieux dans la société...

Ce qui m'interroge le plus dans cette affaire, c'est que la très grande majorité des gens ne se pose pas la question de ce que signifie l'acceptation du principe d'établissement de fichiers de personnes ayant telle ou telle caractéristique dans un état démocratique et républicain. Personne ne semble se poser la question du rôle du service public dans l'établissement de ces fichiers [...].

P. S. : Dans une des multiples enquêtes auxquelles nous avons dû répondre était demandé le statut des établissements (public, privé non lucratif, privé à but lucratif). Les résultats n'ont jamais, à ma connaissance, été publiés. Quelle est la situation, au regard de la mortalité caniculaire, des établissements gérés par des sociétés cotées en bourse (auxquelles les pouvoirs publics donnent si facilement des autorisations avec des contrôles sur lesquels on peut s'interroger. On leur donne même des pages d'expression dans les journaux du service public sans commentaire. Longue vie à l'OMC), dont la préoccupation principale est de faire de l'argent sur le dos des vieux en réduisant le budget du personnel et en employant le minimum de personnel formé ?

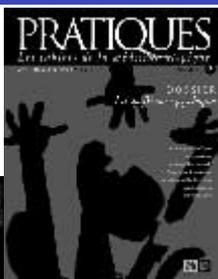
Anne-Martine Vuillemot



n° 1 : La société du gène



n° 5 : La santé au travail



n° 2 : La souffrance psychique



n° 9 : L'hôpital en crise



n° 6 : Sexe et médecine



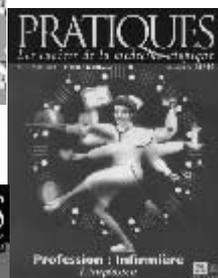
n° 3 : Penser la violence



n° 10 : Folle psychiatrie



n° 7 : La responsabilité du médecin



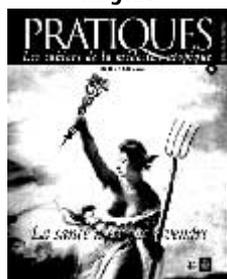
n° 14-15 : Profession : infirmière



n° 4 : Santé et environnement



n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort



n° 8 : La santé n'est pas à vendre



n° 12 : L'information et le patient



n° 17 : Des remèdes pour la Sécu



n° 13 : La médecine et l'argent



n° 18 : Quels savoirs pour soigner ?



n° 19 : La vieillesse, une maladie ?



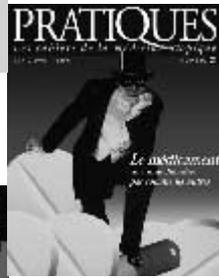
n° 16 : Les émotions dans le soin (retraitage du dossier)



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



n° 24 : Le métier de médecin généraliste



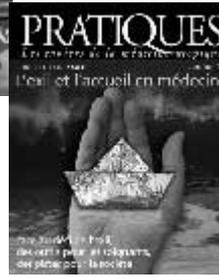
n° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres



n° 25 : Hold-up sur nos assiettes



n° 22 : La santé, un enjeu public



n° 26 : L'exil et l'accueil en médecine

- 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° 28 : Les pouvoirs en médecine

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 : revuepratiques@free.fr
site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES n° 27

Faire autrement pour soigner
Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

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

e-mail : revuepratiques@free.fr

site internet : <http://www.smg-pratiques.info>
52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

Directeur de la publication : Marie Kayser

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 ; Patrick Dubreil ; Françoise Ducos ; Monique

Fontaine ; Hélène Girard ; Catherine Jung ; Marie Kayser ; Sylvie Lagabrielle ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Patrice Muller ; Anne-Marie Pabois ; Elisabeth Péride ; Anne Perraut-Soliveres ; Christiane Vollaire.

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

Dessins : Serdu / Serge Duhayon

Couverture : 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 : 3^e trimestre 2004
commission paritaire n° 0308685786
ISSN 1161-3726

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