

Vous les avez vus à la télé, vous les avez vus avec leurs calicots à l'entrée de votre hôpital, vous en avez entendu parler : les jeunes médecins en fin de formation à l'hôpital, manifestent et sont en grève. Ils sont inquiets de leur avenir, ils hésitent à s'installer. C'est grave, il s'agit de votre futur médecin. Bientôt, dans votre quartier ou votre campagne, qui prendra la relève ?

Vous avez aussi entendu parler de l'instauration de « franchises ». C'est grave, c'est le principe de la solidarité qui est attaqué, c'est la Sécu ! Malades, pourrez vous payer tous les soins nécessaires ?

L'Assurance maladie est une conquête sociale qui fait de l'accès aux soins un droit solidaire reconnu à tous.

En France, en 2007, ceux qui sont arrivés au pouvoir vont laisser filer le « trou » de la Sécu et augmenter le « reste à charge des ménages » : le droit à l'accès aux soins est menacé.

Les inégalités sociales constituent le déterminant majeur des inégalités de santé.

Aujourd'hui, les inégalités sociales s'aggravent : les inégalités de santé continueront de s'aggraver.

Les pays qui socialisent le plus leurs dépenses de soins sont ceux qui maîtrisent le mieux les dépenses non seulement remboursables, mais globales de soins. L'analyse de l'état de santé de leurs populations montre que les résultats y sont plutôt meilleurs qu'ailleurs, parce qu'ils s'appuient sur un système de soins primaires, régulé et accessible à tous.

Ceux qui sont au pouvoir en France ne remettent en cause ni le paiement à l'acte, ni l'hyperspécialisation hospitalière, qui ont accouché d'un système coûteux qui ne valorise que la médecine d'organe et rend impossible la mise en place d'un système de soins primaires.

Ils sont en train de prendre des mesures autoritaires qui aggraveront la situation : le recours des citoyens aux assurances privées deviendra alors inéluctable ! N'est-ce pas, au fond, leur but ?

Aidez-nous à élaborer avec les médecins et les soignants un système de soins primaires, dans le cadre démocratique de la mutualisation des risques. Un système qui ne soit pas basé sur la charte libérale des médecins et nous permette de sortir de l'impasse où nous conduit le « toujours plus », de médicaments et de technique, impuissant à tout résoudre.

Nous tous, lecteurs de *Pratiques*, citoyens, professionnels, politiques et partenaires sociaux : défendons la Sécu !

L'équipe du comité de rédaction

10 Entretien avec Patrice Muller

Quels objectifs pour quels changements ?

Changer de forme de rémunération pour sortir du « burn-out » et « donner du temps ».

Comment ça se vit

14 Patrick Dubreil

Don Quichotte en campagne contre le productivisme : soigner plus pour gagner quoi ?

1. Pourquoi la question des rémunérations se pose ?

15 **Argument**

16 Pierre Volovitch

Les revenus des médecins : des écarts sans projet

Il n'y a pas de justification économique aux écarts de revenus entre médecins.

20 Anne Perraut Soliveres

Travailler plus pour vivre moins bien

Quand la rémunération des infirmières ne prend pas en compte les contraintes qui pèsent sur elles.

Comment ça se vit

22 Martine Lalande

A quoi on vous paie ?

Ras-le-bol du tiroir-caisse

Je suis chef d'une petite entreprise

23 Bernard Meslé

Comment je vis deux modes de rémunération ?

24 Anne-Marie Pabois

Infirmes

24 Jean-François Perdrieau

J'étais « libéral-salarié », me voilà « salarié-libéral »

25 Margot Kurtz

Travailler en centre de soins infirmiers

25 Christian Jouanolou

RACquez

26 Elisabeth Pénide

Quand le tarif « opposable »

ne vaudra plus dire grand-chose

Les dépassements demandés par des médecins, de plus en plus nombreux, compliquent l'accès aux soins.

28 Mady Denantes

Plaidoyer pour le tiers-payant

Le tiers-payant facilite l'accès aux soins. Pourquoi en freiner la pratique ?

30 Christian Saout

Modes de rémunérations et modes de soins : l'équation impossible ?

Les attentes insatisfaites des associations de patients dans le domaine des modes de rémunération.

2. Changer de formes de rémunération pour changer de pratiques ?

33 **Argument**

34 La rédaction de *Pratiques*

Que disent les économistes ?

Paiement à l'acte, capitation ou salariat : avantages et inconvénients.

35 Jean-Louis Gross

La « coopérative ».

La coopérative ouvrière comme piste pour établir une juste rémunération.

36 Christiane Vollaire

Rétribuer ou Honorer

Réflexion sur un paradoxe : quand la solidarité finance des « honoraires ».

39 Elisabeth Maurel-Arrighi

Donner et recevoir

Le bonheur de donner et recevoir est aussi une rémunération, entamée aujourd'hui par le « burn-out ».

42 **Philippe Lorrain**

Elle a le sourire

COMMENT ÇA SE PASSE AILLEURS

43 Patrick Hassenteufel

La rémunération des médecins allemands sous tensions

Retour vers le paiement à l'acte dans un pays où le tiers-payant était généralisé ?

45 La rédaction de *Pratiques*

Angleterre : rémunération à la performance et objectifs de santé publique

Comment un mode de rémunération prétend influencer le comportement des professionnels.

46 Entretien avec Pierre Drielsma

Les Maisons Médicales : le modèle belge

Des médecins minoritaires, mais pragmatiques, ont créé des centres de soins primaires.

48 Marie Kayser

L'effet pervers andalou

Un système de soins public gâché par les impératifs économiques et bureaucratiques.

50 Theresa Schiffeler

My doctor was rich

Comment la mainmise des assurances conduit à la dégradation de la médecine aux États-Unis.

3. Quels enjeux politiques ?

53 Argument

Comment ça se vit

64 Bernard Coadou

Info sur des « faux libéraux » à Bordeaux

55 François Xavier Schweyer

**Modes de rémunération et d'exercice :
les changements malgré tout**

Ce que disent les études récentes
sur ce qui se passe réellement sur le terrain.

58 Philippe Lorrain

Le grand saut en arrière

La longue lutte de la médecine « libérale »
contre la rémunération au forfait.

62 Christian Bonnaud

Vie et mort de l'option médecin référent

L'option médecin référent « ébauche » ou « prémices »
d'une rémunération à la capitation ?

64 Marie Kayser

Coup de gueule d'un ex médecin référent

Une généraliste réagit à la disparition
de l'option médecin référent.

64 Jacques Durant

Les politiques se dégonflent

Par un acteur de l'intérieur.
Pourquoi les politiques ont peur de cette question.

65 Pierre Rabany

Une disparition programmée de la médecine générale

Comment la réalité des soins va poser des questions
qui obligent à transformer les rémunérations.

67 Didier Ménard

Changer de mode de rémunération : marché de dupes.

Le payeur cherche à résoudre SES problèmes.
Quel espace de négociation est-il prêt à ouvrir ?

IDÉES

6 Entretien avec Didier Fassin

Des inégalités méconnues

ACTU

70 Marie Kayser. **Nouvelles attaques gouvernementales contre l'Assurance maladie solidaire**

71 Philippe Foucras. **Les plus pauvres sont aussi les plus malades**

72 Marie Kayser. **Aide médicale aux étrangers sans papier**

Marie Kayser. **Crédits santé**

Marie Kayser. **À propos des firmes pharmaceutiques, suite**

73 Jacques Richaud. **Effet des pesticides sur la survenue des tumeurs cérébrales**

Marie Kayser. **Amiante et Nouvelle-Calédonie**

74 Marie Kayser. **L'épreuve de lecture critique**

COUP DE GUEULE

75 Denis Labayle

Colonialisme, néocolonialisme et... immigration choisie

COURRIER DES LECTEURS

76 Daniel Léonard

Norme et ménopause

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

77 Pierre Volovitch

**« Franchises » et « bouclier » :
des mesures injustes et inefficaces**

BIG PHARMA

80 Philippe Masquelier

Proximologie, éthique et marketing

ENVIRONNEMENT

82 Geneviève Barbier

Maïs OGM : ça n'arrive qu'aux rats

FORMATION

84 Elisabeth Rivollier

L'apprenti des Eaux Vives, conte

86 Annonce du congrès SMG

ÉTHIQUE

87 Georges Federmann

Fidélité au serment d'Hippocrate

REVUE DES REVUES

89 Jean-Pierre Lellouche

Les premières années

90 LES MAINS DANS LES POCHEs

Dominique Louise Pélerin

91 NOUS AVONS LU POUR VOUS

Martine Devries, Marie Kayser, Anne-Marie Pabois,
Dominique Pélerin, Elisabeth Péride

50 000 € pour que vive et se développe notre revue

Chère Amie, cher Ami de *Pratiques*,

La souscription ouverte par *Pratiques* a déjà atteint, avec près de 25 000 €, la moitié du niveau projeté. C'est bien, mais un effort est encore nécessaire.

Pourquoi ?

Les pertes antérieures de *Pratiques* avaient absorbé la totalité de ses fonds propres, mettant en péril la poursuite de l'exploitation. La crise subie par notre revue s'inscrivait dans un contexte général défavorable : on connaît la situation de la presse, on sait la difficulté dans laquelle se débattent les associations.

Grâce à vous, amis et lecteurs, auteurs, journalistes, sympathisants, nos fonds propres ont pu être reconstitués. Simultanément, les mesures de redressement prises – réduction drastique des frais de fabrication, campagne vigoureuse d'abonnements – permettent d'assurer à nos souscripteurs que leur apport servira à alimenter l'essor de *Pratiques*, et non à combler des pertes.

Rappelons au passage que *Pratiques* réalise son redressement sans la moindre aide publique ni, bien sûr, la moindre publicité, ne comptant que sur ses propres forces : l'action déterminée de ses animateurs, de ses lecteurs, de ses auteurs et, aussi, le dévouement de la toute petite équipe du secrétariat de rédaction et de diffusion.

Dans cette époque difficile où la parole est étouffée par la communication, où l'on parle sans cesse de médecine et de santé pour mieux éluder les vrais débats, *Pratiques* ouvre à sa modeste place une petite fenêtre dédiée au parler vrai, à la contestation de l'argent-roi. Sachons non seulement la préserver, mais mieux, la développer.

Pour cela, *Pratiques* doit investir : c'est là l'usage des 25 000 € de souscription qui manquent encore à l'appel. *Pratiques* doit désormais exister davantage sur Internet ; participer et organiser des rencontres et colloques ; attirer des signatures reconnues, initier et publier des débats. Parallèlement, la maquette, qui est un objet vivant, devra, en évoluant, accompagner la mutation des contenus. Diffusion et gestion financière enfin, poursuivront l'informatisation de leurs outils.

Pour bâtir le socle de ce *Pratiques* renaissant, amis lecteurs et abonnés, accompagnez votre revue ! Faites-la connaître dans votre entourage, appelez à souscrire en élargissant le cercle de nos sympathisants, au-delà des lecteurs actuels.

**Vos convictions sont portées par *Pratiques* :
souscrivez et faites souscrire pour les y faire vivre !**



Je souscris en payant (et j'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement) :

50 € 100 € 200 € 500 € 1 000 € le montant de mon choix :

par chèque, à l'ordre de Souscription-Pratiques, à Pratiques, 52 rue Gallieni, 92240 Malakoff.

Merci de nous indiquer vos coordonnées :

Nom Prénom
Adresse
Code postal Ville
Tél. Fax
E-mail
Profession

Marraines et Parrains, à vos stylos !

Le succès du parrainage se confirme et déborde les frontières des piliers de la revue : de nombreux sympathisants, dont certains de fraîche date, ont ainsi abonné leurs proches : qui ses amis ou parents, qui ses collègues de travail, son médecin, son pharmacien...

Pour notre dernière livraison, la proportion d'abonnés ainsi parrainés s'élève à 7 %. C'est considérable et cela donne à *Pratiques* de nouvelles responsabilités : fidéliser ces nouveaux venus à l'échéance de leur abonnement.

Quant aux parrains eux-mêmes, ils atteignent 4 % du nombre des abonnés, mais certains ont parrainé plusieurs filleuls.

Saisissez-vous de ce mode d'action : les abonnements sont garants de la pérennité de la revue, mais aussi, et surtout, de la diffusion de nos idées dans un monde où l'argent-roi détruit la santé des plus démunis.

Abonnez vos amis, votre entourage.

Abonnez des jeunes : étudiants, internes, stagiaires, remplaçants : ils sont porteurs des idées et valeurs du *Pratiques* de demain. Vous le faites à coût réduit, compte tenu des conditions d'âge des bénéficiaires

Vous recevrez, en guise de remerciement, le numéro de votre choix de *Pratiques*.

Chaque lecteur parraine un seul abonné : *Pratiques* atteint son autonomie financière !



Mes coordonnées (marraine ou parrain) :

Nom Prénom
Profession
Adresse
Code postal Ville
Tél. Fax
E-mail

J'abonne la personne suivante :

Nom Prénom
Profession
Adresse
Code postal Ville
Tél. Fax
E-mail

Je choisis l'abonnement de :

- 1 an (4 n°) : 55 € au lieu de 64 €, soit plus de 14 % de réduction par rapport à l'achat au numéro
 1 an (4 n°) : 35 € (étudiant, stagiaire, jeune installé de moins de 3 ans, remplaçant, demandeur d'emploi)

*Je joins mon chèque à l'ordre de *Pratiques* et j'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement.*

Pour mon numéro offert, je choisis parmi ceux listés en page 95 :

Des inégalités méconnues

Entretien avec **Didier Fassin**

Didier Fassin est anthropologue, sociologue et médecin. Professeur à l'université Paris-XIII et directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, il dirige l'IRIS Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Sciences sociales, Politique, Santé), Unité de recherche du CNRS et de l'Inserm. Il a récemment publié *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du Sida en Afrique du Sud* (La Découverte) et *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, avec Richard Rechtman (Flammarion).

La cécité face aux inégalités sociales de santé est partagée par tous, pour différentes raisons sociales et politiques, voilà l'hypothèse d'un médecin anthropologue.

Pratiques : Quels sont les facteurs sociologiques et politiques qui font que la société française tolère autant les difficultés d'accès aux soins et les inégalités sociales ?

Patrice Muller : Deux confusions semblent en fait souvent s'opérer : entre soins et santé d'une part, entre inégalités et pauvreté d'autre part. En France, on a tendance à assimiler soins et santé, à accentuer la corrélation entre problèmes de santé et difficultés d'accès aux soins, or on a intérêt à les séparer car ils relèvent d'une logique et d'une éthique différentes. Les inégalités sociales de santé sont en France parmi les plus élevées d'Europe de l'Ouest (l'écart d'espérance de vie à 35 ans des hommes selon leur catégorie socioprofessionnelle est le plus important, il atteint neuf années), alors que l'efficacité du système de soins est très bien évaluée (il est au premier rang du classement de l'OMS). C'est dire que les deux réalités – la santé et les soins – ont une large autonomie l'une par rapport à l'autre : un pays peut avoir un bon système de soins et des inégalités de santé très profondes.

« Un pays peut avoir un bon système de soins et des inégalités de santé très profondes. »

Par ailleurs, on constate en France une tendance structurelle des politiques, qui n'est que renforcée par celles mises en place par le nouveau gouvernement : d'un côté, on produit davantage d'inégalités sociales, notamment par les politiques fiscales mais aussi de l'éducation et de l'emploi et, de l'autre, on s'attaque à la pauvreté extrême, comme c'est la mission du Haut Commissaire chargé de ces questions. Autrement dit, on déconnecte les deux phénomènes : on se soucie de moins en moins de justice sociale, mais on

développe les programmes assistanciers. Un décalage qui est caractéristique de toutes les politiques libérales dont on constate qu'elles finissent par se retourner aussi contre les pauvres, accusés de contribuer à leur propre misère ou de tricher avec les fonds de la solidarité publique, comme on vient de l'entendre à propos des chômeurs. Or, lorsqu'on examine les statistiques de mortalité, on se rend compte qu'elles indiquent non pas une rupture entre les riches et les pauvres, mais bien un gradient continu des cadres supérieurs aux ouvriers non qualifiés, en passant par toutes les catégories intermédiaires : les inégalités l'emportent sur la pauvreté si l'on peut dire. Or ces réalités sont largement méconnues et même pour une part occultées.

De quoi sont faites les inégalités sociales de santé ?

Il faut bien comprendre qu'améliorer son état de santé, cela ne dépend pas seulement du domaine des soins : obtenir un logement décent, une meilleure éducation, un accès à l'emploi, des conditions correctes de travail, ce sont des facteurs bien plus déterminants. Ce qui ne veut pas dire que l'accès aux soins soit sans importance. En fait, plus que pour ses conséquences sur la santé, l'accès aux soins doit être défendu au titre que c'est un droit. Et c'est précisément cette dimension qu'on perd de vue quand on avance des mesures pour financer la Sécurité sociale comme le forfait hospitalier ou la franchise médicale, dont il s'agit moins de contester le bien-fondé dans l'absolu que le fait qu'en l'appliquant à tous, on ne pénalise que les plus pauvres, les excluant du droit à des soins. La conséquence, c'est qu'ils renoncent à des soins ou n'achètent pas des médicaments. Parfois, ils viennent se faire soigner à l'hôpital parce qu'il n'y a pas

d'argent à avancer et sont surpris par le montant de la facture reçue ensuite qu'ils n'arrivent pas à régler.

Pourquoi cette cécité générale sur l'importance des déterminants sociaux de la santé et sur les inégalités ?

Quand on interroge les gens sur les inégalités de santé, en effet, il est rare qu'ils parlent des conditions de vie ; ils évoquent soit des inégalités innées, soit des inégalités de soins. Le social est absent de leur discours. Cet aveuglement affecte du reste presque tout le monde, les profanes, nos gouvernants, et même nombre de ceux qui réfléchissent sur le système de société et de santé.

Pour le sens commun, il semble aller de soi que la santé est en rapport avec la médecine : quand on est malade, on va chez le médecin ; la santé, c'est donc son affaire. A ce raisonnement spontané s'ajoutent le discours et les pratiques des médecins eux-mêmes qui défendent toujours leur métier en affirmant qu'ils sont les garants de l'état de santé de leurs concitoyens. Or c'est différent d'être efficace sur un individu, et sur une population. Ce n'est pas faire injure aux médecins que de constater que leur action influe relativement peu sur les indicateurs de santé publique.

Dans cette cécité, il faut aussi tenir compte de l'histoire de la Sécurité sociale : depuis 1945, et même avant, ce sont les luttes et les mouvements sociaux qui ont permis que la population ait un accès aux

soins de plus en plus étendu. C'est un sentiment partagé par les syndicats, les mutuelles, les travailleurs, qui y voient à juste titre une conquête sociale, non spécifique à la France, mais sans doute accentuée dans ce pays, où cela a une force toute particulière. Or là encore, l'Assurance maladie n'est qu'un élément dans la production de l'état de santé de la population, et de surcroît relativement modeste.

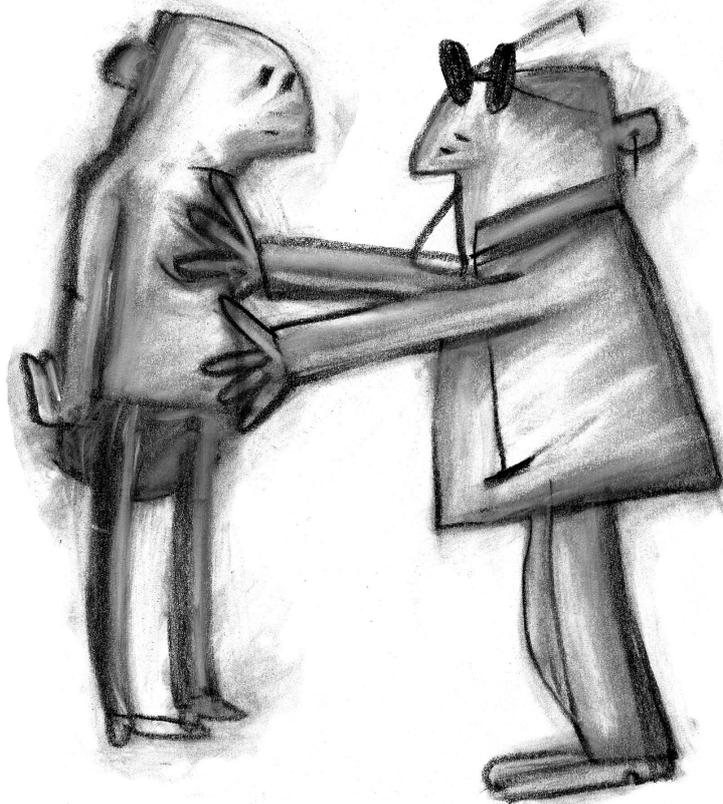
Troisième raison d'aveuglement, en France, les déterminants sociaux et les inégalités sociales de santé ne font que très peu l'objet d'études scientifiques et ne sont pas non plus l'objet de débats publics. Beaucoup moins que dans les pays anglo-saxons, où ce sont des questions portées dans l'espace politique. En France, jamais, sauf peut-être en 2003 lors de la canicule, on ne parle d'inégalités de santé. Et moins encore d'inégalités sociales.

La « bonne » couverture sociale autoriserait l'absence de conscience des inégalités ?

Je ne conteste pas la Sécurité sociale, ni les progrès en termes de couverture sociale, encore que, au cours des dernières années, on en a rabattu sur le niveau de couverture sociale. Si on bénéficie de son extension à quasiment 100 % de la population, en revanche sa profondeur n'a cessé de régresser. Autrement dit, ce qui reste à payer pour le patient ou sa mutuelle a augmenté.

« Avec le forfait hospitalier ou la franchise, on ne pénalise que les plus pauvres. »

.../...



.../...

Or là encore, pour les personnes à faibles revenus, mais au-dessus des minima sociaux, l'absence de mutuelle signifie qu'elles ont à leur charge un ticket modérateur dont la valeur croît sans arrêt. Dire qu'on va « responsabiliser » les gens en les faisant payer une franchise médicale comme on leur a demandé hier de s'acquitter d'un forfait hospitalier, c'est donc simplement oublier que l'on paye déjà – ou plutôt que les pauvres paient déjà.

Cette rhétorique est du reste classique : ce sont toujours les comportements des malades, et

« Il faut introduire la question des inégalités dans l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques. »

notamment des plus nécessaires, que l'on fustige, sans s'interroger sur le système de soins. Lorsqu'on a posé la question de l'engorgement des services d'urgence dans les hôpitaux il y a quelques années, on a dit que les malades profitaient de l'hôpital. On n'a pas parlé de la qualité des plateaux techniques, ni de la disponibilité des professionnels, bien meilleurs dans les hôpitaux qu'en ville, où les médecins ne travaillent souvent pas le soir et le week-end et, du reste, tendent de plus en plus à refuser les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat et de la CMU, ainsi que nous l'avons montré il y a quelques années. Ainsi ce sont toujours les conduites supposées déviantes des malades qui posent des problèmes : on a vite fait de dire qu'ils consomment n'importe comment, surtout s'ils sont pauvres.

« Quel est l'aspect symbolique de l'accès aux soins ?

L'accès aux soins n'est donc pas tellement accès à une meilleure santé, je viens de le dire. C'est bien sûr un droit : droit d'être soigné, d'être aidé, d'avoir accès à des conseils, à des mesures de prévention. Ce droit est une forme de reconnaissance de l'individu par la société, une façon de lui faire une place, au titre de la solidarité. Mais il y a une autre dimension, dont on ne parle jamais. C'est ce qu'avec Charles Taylor on pourrait appeler « la vie ordinaire », la vie quotidienne : pouvoir consulter un médecin généraliste proche de chez soi, surtout s'il a, outre sa compétence technique, une compétence relationnelle, cela participe de la qualité de vie. On sait cela pour les personnes âgées, mais il ne s'agit pas seulement d'elles. Il suffit d'entendre les conversations courantes, dans le train ou dans un magasin : pour beaucoup, la

visite chez le médecin est un instant décisif de leur existence. Non seulement pour la qualité des soins reçus, mais aussi pour ce qui a été dit, ce qui a été échangé. On accorde toujours beaucoup de poids aux paroles et aux gestes de celui ou celle qu'on investit d'un savoir et d'un pouvoir bien plus considérable que ne s'en plaignent les médecins. Cette dimension de la vie ordinaire, de la relation sociale n'est guère théorisée ni quantifiée : elle n'est pas même valorisée par les analystes des systèmes de soins ; c'est pourtant un élément aussi essentiel que trivial.

Des politiques publiques dans le but de réduire les inégalités sociales de santé sont-elles possibles ?

Comme je l'ai rappelé, ce sont des politiques qui portent d'abord sur des domaines extra-sanitaires : éducation, logement, habitat, emploi, conditions de travail, protection au travail. Les politiques redistributives sont indispensables, elles peuvent se décliner dans les différents domaines précédents. L'aide apportée aux élèves en difficulté, l'attribution de logement aux plus défavorisés, l'indemnisation des personnes privées d'emploi, ce sont des mesures plus efficaces sur la santé que la construction d'hôpitaux et, *a fortiori*, l'augmentation des honoraires des médecins. Ce n'est pas la voie dans laquelle les gouvernements se sont engagés au cours de la période récente. Au contraire, on semble revendiquer l'inégalité en tant qu'elle serait profitable à l'économie et paradoxalement juste. Il faut « travailler plus pour gagner plus », nous dit-on, sans nous dire ce que l'on fait de ceux qui n'ont pas accès à un emploi ou qui ne dépasseront jamais le niveau du salaire minimum

Pour que des politiques publiques réduisent les inégalités de santé, il faut donc introduire explicitement cette question des inégalités de la conception à l'évaluation de l'action publique. Une difficulté est qu'on se donne rarement les indicateurs correspondants, les instruments qui permettraient de mesurer l'évolution des inégalités. On peut éventuellement compter les pauvres, mais on ne mesure pas les inégalités. Parmi les cent indicateurs de santé publique dans la loi de 2003 sur la santé, aucun ne concerne les inégalités. Le mot même n'y a pas sa place et ce malgré la demande que Jack Ralite, ancien ministre de la Santé, avait faite au Sénat, lors de la discussion du texte. Quand on se refuse même à les nommer, on comprend qu'il soit difficile de les combattre. ■

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

Comment PAYER ceux qui nous soignent ?

Nous avons commencé à penser ce numéro de *Pratiques* en 2006.

En ce temps-là, nous espérions qu'après l'élection présidentielle, les questions de la transformation du système de soins (vers une prise en compte des déterminants de la santé) et donc des rémunérations (vers des pratiques plus collectives) seraient posées.

Et puis la droite a gagné les élections. La droite avec, côté médecins, ceux qui veulent en finir avec les tarifs opposables. La droite avec côté « financeurs », ceux qui veulent diminuer les dépenses collectives pour ouvrir de vastes espaces aux assureurs privés.

Ce changement de calendrier politique ne fait pas disparaître la pertinence de la question du lien entre mode de rémunération et type de pratiques, mais elle lui donne peut-être un caractère un peu plus abstrait.

Encore que... parce que les dérégulateurs ont beau vouloir déréguler, ils sont bien face à une question : celle de la désertification de certaines zones. Ils prétendent y répondre avec des « primes ». Cette réponse n'est pas à la hauteur de l'enjeu. Parce que la question d'une autre répartition des professionnels pose de plus vastes questions : celle des conditions de travail, de l'organisation du système de soins et... celle des modes de rémunération.

Dans cette situation où les choses vont devoir bouger, ce numéro de *Pratiques* a deux ambitions. Ne pas renoncer à poser la question de l'articulation entre rémunération et pratiques. Poser la question politique de l'avenir de l'Assurance maladie solidaire confrontée à la « libéralisation » des revenus des soignants.

BR
E
S
S
D
O
S

Rémunérations : quels objectifs pour quels arguments ?

Sortir de la rémunération à l'acte pour sortir du « burn-out » et mettre en place, par « émulation », une forme de rémunération qui « donne du temps » pour faire vivre les coordination entre soignants et pour construire les lieux de débats (soignants, Assurance maladie, patients) où apprendre ensemble à faire de la santé publique.

Entretien avec **Patrice Muller**, médecin généraliste

Pratiques : En quoi un autre mode de rémunération du travail des soignants pourrait-il aider à l'émergence d'autres pratiques ?

Patrice Muller : Une autre rémunération pour faire quoi ? La même chose ou d'autres choses ? Des choses que les médecins généralistes ne font pas aujourd'hui. D'autres rémunérations, pour faire tout ce qui est nécessaire, mais à quoi nous ne sommes pas incités par le paiement à l'acte.

C'est le paiement à l'acte qui est à la source de l'image que donnent les médecins, et plus largement les soignants. L'image du « burn out », de celui qui en fait trop, de celui qui travaille soixante-dix heures par semaine.

Il me se semble que d'autres contenus de travail, rémunérés autrement, permettraient de faire des choses utiles qui ne sont pas faites aujourd'hui, ou qui sont mal faites. Dit autrement : quelles autres formes de rémunérations pour développer des activités utiles auxquelles nous ne sommes pas incités aujourd'hui ?

Il nous faut chercher des formes de rémunération qui permettraient de démedicaliser une partie des soins et, parce qu'une partie du temps aurait été dégagée, de medicaliser des activités qui méritent de l'être.

Un exemple de démedicalisation : une mère de famille arrive en catastrophe dans mon cabinet « Docteur, mon enfant de deux ans est couvert de boutons, ça ne va pas du tout ! ». Le diagnostic est réalisé en trente secondes : il s'agit d'une très banale et bénigne varicelle. Le médecin prescrit les désinfectants et les antipyrétiques. Il rassure la

maman en lui disant que, de toute façon, ça guérit toujours tout seul.

Si nous fonctionnions correctement, la maman ne devrait plus revenir pour le deuxième ou le troisième enfant, car elle saurait ce qui se passe et que faire. Au pire, elle passera un coup de fil. Il y aurait eu démedicalisation. Et les domaines où il peut y avoir ce type de démedicalisation sont nombreux.

Chacun sait que les mois chargés pour un médecin généraliste, le moment où les journées sont longues, sont les mois de novembre à mars. Là où les généralistes tirent la langue, ce sont les virus, les rhino-pharyngites les gripes, etc., tout ça ce sont des maladies dans lesquelles on peut alléger considérablement l'intervention du médecin. Ce qui suppose d'avoir d'autres types de rapports avec les usagers. Ces moments où nous prenons en charge les petites pathologies de l'hiver pourraient, en partie, avec une action de formation vers les malades, être démedicalisées.

Mais ce type de pratique n'est possible que si je ne suis pas payé à l'acte.

Si je ne suis pas payé à l'acte, cela a du sens de travailler avec le médecin scolaire, de faire de l'information, de la formation sur la santé. Cela a du sens de faire de l'information dans la salle d'attente. Et ainsi de démedicaliser toute une partie de ma pratique.

Si je suis payé à l'acte, je ne peux pas démedicaliser ma pratique, car j'ai besoin de ces actes pour garantir mon revenu.

Aujourd'hui, on a beaucoup développé le recours au médecin. Les enfants, et encore plus les vieux,

vivent avec des ordonnances régulièrement renouvelées. Il y a une dimension un peu magique dans cette pratique. En particulier du côté des enfants, les parents pourront se dire : « Je n'aurai rien à me reprocher ».

Mais ce type de situation existe sur la base de l'absence d'un savoir familial et social sur la maladie.

Pour démedicaliser faire enfin de l'éducation à la santé

Cette démedicalisation suppose donc une action dans le domaine de l'éducation à la santé.

La contrepartie de la démedicalisation du type de soins évoqués plus haut, c'est évidemment une éducation à la santé qui permettrait un transfert de compétence en direction des patients. Ceci ne veut pas dire absence du médecin. Mais ceci veut dire mise en place d'un autre type de rapport avec le médecin. Si tu as une bonne connaissance de la personne, si tu sais que telle ou telle personne est plus ou moins inquiète, qu'elle en surajoute ou, au contraire, qu'elle a tendance à minimiser, tu peux lui donner les premiers conseils. Il ne s'agit donc en aucun cas de conseils qui seraient donnés par un professionnel ne connaissant par le patient. Cette connaissance existant, pourquoi ne pas utiliser le contact téléphonique par exemple. Il me semble qu'au Danemark, les médecins, qui travaillent en cabinet de groupe pour les gens inscrits dans leur cabinet, donc des gens sur lesquels ils ont eu, à l'occasion, des échanges, donc pas des inconnus, prennent alternativement en charge un plage horaire ouverte, au cours de laquelle les patients du cabinet peuvent téléphoner et demander, et avoir, des conseils. Ce type de pratique suppose évidemment une connaissance des patients, des professionnels qui travaillent ensemble, mais cela suppose évidemment également une rémunération de ce type d'activité.

L'éducation à la santé fait partie théoriquement de nos fonctions, que nous soyons des médecins, des infirmières, et d'une manière générale la fonction de l'ensemble des soignants. Mais dans les faits ? On n'en fait pas. Au mieux, on fait de l'éducation aux soins. De l'éducation aux soins d'un malade pour une pathologie précise. Mais pas de l'éducation à la santé.

Mais il ne s'agit pas de démedicaliser pour démedicaliser. La démedicalisation d'une partie de nos activités de soignant a un but : dégager du temps pour faire autre chose. Rendre possible du temps de concertation avec d'autres professionnels, avec des structures qu'elles soient hospitalières ou qu'il s'agisse de maisons de retraite, d'établissements scolaires. Les partenariats ne s'inventent pas, ils se construisent et cela prend du temps. Du temps de « non-soins », mais qui est indispensable aux soins. Ce temps-là, c'est au minimum une demi-journée

par semaine, mieux une journée. Qu'il faut rémunérer.

Je vais prendre deux exemples d'activités de coordinations indispensables à développer.

Premier exemple : les liens entre la ville et l'hôpital. Dans un système de soins correctement organisé, il faudrait, quand un malade est hospitalisé, que le médecin traitant ait un contact avec le malade au cours de son hospitalisation, et un contact avec le médecin hospitalier. Que le médecin puisse dire à son patient, lors de son retour à son domicile : voilà le bilan de votre hospitalisation, voici ce qu'on en pense. Est-ce que vous avez des questions à nous poser ? Mais ceci est aujourd'hui pratiquement impossible à mettre en route. Soit parce que moi, médecin généraliste, je n'ai pas la disponibilité qui me permettrait d'avoir des contacts avec les médecins hospitaliers, soit parce que les médecins hospitaliers n'ont pas, non plus, le temps disponible pour ce contact. Les contacts personnalisés entre professionnels sont fondamentaux. Selon que tu as affaire à untel ou untel, la qualité du soins peut être le jour ou la nuit. Et ces contacts, pour avoir du sens, ne peuvent être ponctuels, instantanés, ils doivent se construire dans le temps.

Il faut rémunérer le temps nécessaire à la construction de ces contacts si on veut faire mieux en terme de qualité des soins. Voilà une piste. Organiser les rendez-vous de synthèse d'hospitalisation. Mais on n'a pas la disponibilité pour le faire.

Second exemple : les conditions de vie et de travail. Il faut médicaliser le secteur de la prévention. Secteur méconnu, méprisé. Or un grand nombre de pathologies sont en lien avec les conditions de vie ou de travail. Dans ma pratique de médecin généraliste, elles sont omniprésentes. Je n'ai pas de journée sans de telles pathologies. Dans les faits, c'est deux ou trois fois par jour. Si on voulait être sérieux, il faudrait s'attaquer à ces causes qui sont repérables, objectivables. Il faudrait prendre contact systématiquement avec la médecine du travail, avec les CHSCT. Il faut se donner les moyens de mettre en place et d'utiliser collectivement les actions de repérages de ces questions. Dans une pratique, même aujourd'hui, on arrive à repérer les entreprises où ça ne va pas bien, où les conditions de travail sont mauvaises. En se coordonnant on peut, encore plus facilement, et surtout complètement, identifier les entreprises en cause. Plus finement repérer les postes dans les entreprises qui sont à l'origine de ces problèmes de santé. Nous devrions être des « lanceurs d'alerte ». Ce travail devrait se faire, bien sûr, avec l'Assurance maladie qui a également des informations (ce qui supposerait qu'au lieu de

« Il ne s'agit pas de démedicaliser pour démedicaliser. La démedicalisation à un but : dégager temps pour faire autre chose. »

.../...

s'intéresser uniquement à faire diminuer le nombre d'arrêts de travail, elle se préoccupe de leur répartition et des conditions de leur survenue), qui permettrait de faciliter ce travail de recueil d'information. Là, on aurait un réel travail de prévention¹.

Il n'y a évidemment pas de coupure entre ces diverses activités. On parlait ci-dessus d'information à la santé, on parle maintenant du lien entre travail et santé. Le temps d'information sur les questions de santé pourrait être aussi du temps dans l'entreprise.

Ce type d'action de santé publique serait plus intéressantes que les campagnes sur « ne fumez pas, ne buvez pas, ne mangez pas » où l'on dit aux gens comment ne pas être malade sans se poser la question de ce qui les rend malades et qui fait qu'ils boivent, qu'ils fument... et qui ignorent les conditions réelles dans lesquelles vivent les gens.

Mais là aussi, comme pour l'hôpital, cela suppose de construire des réseaux, nourrir des liens, cela prend inévitablement du temps.

Le démocratie pour débattre des activités de hors soins

Ces activités de hors soins comment sont-elles rémunérées ? Et surtout comment, par qui, est défini leur contenu ?

La rémunération de ces activités se réalise sur la base d'un forfait, par journée ou demi-journée.

Pour le contenu, schématiquement, le hors soins c'est de la prévention et de la santé publique. Ce qui est nécessaire dans un premier temps, c'est une démocratisation. Les actions de prévention, de santé publiques locales devraient être discutées et choisies au niveau local. Cette mise en place de priorité ne peut avoir lieu que sur la base d'une discussion tripartite : les soignants, l'Assurance maladie et les patients. D'où la question à laquelle nous n'échapperons pas : comment organiser ces concertations ?

Imaginons. Tous les trois mois, ou tous les six mois, les soignants, l'Assurance maladie, les représentants des patients d'une aire géographique, un « bassin de vie par exemple »², se réunissent autour d'une table. L'Assurance maladie a travaillé avec des épidémiologistes et peut présenter l'état de santé du local. Dans quels domaines des indicateurs sont spécialement mauvais ou inquiétants. L'hôpital, ou les hôpitaux locaux ont été mobilisés dans cette phase de repérage. Je suis toujours étonné qu'il y ait si peu de santé publique à l'hôpital, alors qu'évidemment un ser-

vice d'urgence, c'est un poste d'observation de première qualité pour ce qui arrive de plus dur, de plus aigu. Sur la base de cette connaissance, on s'était donné des objectifs de santé. Les avons-nous atteints ? Sinon pourquoi ? Quels sont les problèmes pour les uns et pour les autres. On discute. Et c'est dans cette discussion que sont définis le, ou plutôt les, contenus des activités hors soins. Pour que tout ça marche, nous aurions besoin d'indicateurs. Qu'on nous dise : « Tiens, dans votre coin il y a des maladies plus fréquentes ». C'est un dialogue avec des autorités de santé publique que nous n'avons pas. Et si on veut mettre en place ce type de dialogue il faut du temps... que l'on n'a pas.

Je voudrais me faire un instant l'avocat du diable. Imaginons que j'augmente la valeur de l'acte. Les professionnels vont pouvoir faire moins d'actes sans diminuer leurs revenus. Ces gens-là ont une déontologie. Ils peuvent donc utiliser ce temps libéré pour faire de l'éducation à la santé, de la prévention. Est-il nécessaire de payer pour que les gens fassent quelque chose qu'ils savent utile et nécessaire ?

Je n'y crois pas. Dans notre société, l'argent est un moteur psychosocial déterminant qui agit sur les comportements. Les soignants qui ont des actes très chers ne se tournent pas vers des actions de santé publique. Pour les exemples que nous pouvons connaître, ils vont se donner du temps libre qui va leur permettre de dépenser l'argent qu'ils ont gagné.

Plus au fond, nous ne pouvons pas oublier que ce que nous préconisons n'est pas du tout intégré dans la formation actuelle, qui apprend à traiter ponctuellement des situations ponctuelles, pas à penser en terme de santé publique. La santé publique fait théoriquement partie de notre fonction, mais ça s'arrête là. Il faudra donc aller plus loin que rémunérer. Il va falloir changer la formation et envisager la santé autrement que comme réponse à la maladie. Pour le moment, les soignants ont été élevés dans la réponse à la maladie, pas du tout dans la santé.

Si aujourd'hui on rémunérait même ponctuellement ce type d'actions, beaucoup de professionnels n'iraient pas vers ces actions parce qu'ils ne savent pas ce que cela veut dire.

En même temps la rémunération à une forte valeur symbolique. Il faut donc que ce soit rémunéré, et correctement rémunéré. Le forfait pour les activités hors soins doit donc être, au moins, au niveau de la rémunération moyenne de la profession. Il ne doit pas être dévalorisé si on veut que ce soit incitatif

On a bien compris que le passage à une autre forme de rémunération est une condition nécessaire, mais

« Pour avoir du sens, les contacts entre professionnels ne peuvent être ponctuels, instantanés, ils doivent se construire dans le temps. »

sans doute pas suffisante, à l'introduction de nouvelles pratiques. Que la mise en place d'un paiement forfaitaire ne conduirait pas automatiquement à la mise en place d'actions de santé publique. Que ce qui est premier, c'est le débat et que la modification du mode de rémunération, c'est ce qui va permettre d'accompagner le changement. Bon, mais concrètement, comment passer à une autre forme de rémunération ?

Dans ces histoires de rémunération, il faut bien comprendre qu'il ne peut s'agir que d'un processus en cours. Les choses ne peuvent pas basculer d'un jour à l'autre. Il est illusoire de vouloir changer un mode de rémunération pour un autre brutalement, frontalement. Je suis pour des périodes de transition. Il faut des périodes d'émulation au cours desquelles des volontaires expérimentent d'autres choses, en faisant le pari que, petit à petit, d'autres professionnels viennent à ces autres modes de rémunération. Sur cette histoire de progressivité et d'émulation, je pense à la première convention médecins/Assurance maladie. La majorité des médecins étaient farouchement contre. Localement, ce sont quelques poignées de médecins qui ont commencé à signer, à jouer le

jeu. Et ce sont les collègues, localement, quand ils ont vu que ça marchait bien, qui se sont mis à leur tour à signer. Et c'est progressivement que le système a été étendu. Il ne faut pas imposer le changement de l'extérieur, je suis plutôt pour la preuve d'efficacité sur le terrain, que ça fasse des émules, je ne se suis pas du tout pour imposer.

Sur cette transformation progressive, on a un exemple inachevé. C'était l'option du médecin référent. Le « troisième étage » de l'option, c'était un paiement forfaitaire pour des actions de santé publique mises en place avec l'Assurance maladie. Mais ce troisième étage n'a jamais été même abordé. S'il y avait eu une volonté de mise en application, il aurait fallu que les conditions du débat que j'ai évoquées plus haut soient abordées. Ce que nous n'avons pas vu. ■

Propos recueillis par la rédaction de *Pratiques*

1. « Les maladies éliminables ». Collectif ACPME, *Pratiques* n° 27, « Faire autrement pour soigner », octobre 2004.
2. La dimension du « local » ne peut être strictement administrative. Il faut tenir compte la réalité des lieux de travail et de vie (logement, éducation, loisir). Définir le bon périmètre du local ne se pose pas de la même façon dans la Creuse et dans le 93...



DOSSIER COMMENT ÇA SE VIT

Salariés, libéraux
à exercice mixte, installés,
remplaçants ou collaborateurs,
des soignants témoignent.

Don Quichotte en campagne contre le productivisme : soigner plus pour gagner quoi ?

Patrick Dubreil, médecin généraliste

En 2006, exerçant en libéral en tant que remplaçant dans deux cabinets ruraux, je gagnais 1233 € net par mois. Deux activités salariées (PASS : permanence d'accès aux soins de santé au CHU, Mission locale) me procuraient 246 € par mois. Je devais me situer au bas de l'échelon des revenus des médecins.

Début mars 2007, je suis devenu « collaborateur libéral » dans l'un des deux cabinets, tout en continuant à remplacer dans l'autre pour des raisons très pragmatiques : travailler en groupe pour ne pas être débordés (des médecins d'autres communes alentour étant proches de la retraite), améliorer nos conditions de travail, pouvoir prendre des congés, se former et dégager du temps pour des activités hors-cabinet. Je gagne plus d'argent qu'en tant que remplaçant et mes collègues acceptent de lever le pied pour privilégier leur confort de vie.

Le statut de « collaborateur libéral » est une sorte de temps partiel, mis en place par le Conseil de l'Ordre pour aider théoriquement les généralistes à l'installation, leur permettant de toucher 100 % des honoraires (feuilles de soins à leur nom). Le « collaborateur » paie au médecin installé une redevance mensuelle calculée sur les charges du cabinet. Je reçois parfois cette critique : « Pourquoi ne t'installes-tu pas ? » Ne sachant que répondre, je soupire... Pour soigner plus ? Mais pour gagner quoi ? Je pourrais au moins arrêter mon activité salariée et « collaborer » plus pour gagner plus. Je ne le fais pas volontairement. Outre ma paresse et mon nomadisme, d'autres diraient « instabilité », voire « fainéantise » (selon le jugement commun), je livre à votre réflexion ce que je perçois de la réalité...

Les jeunes de la campagne consultent peu ou jamais le généraliste, ou ne choisissent pas de « médecin traitant » par révolte (que j'approuve), indifférence ou négligence. Les faire s'exprimer lors des séances de la Mission locale sur leurs représentations de la santé ou s'interroger sur le désir, le plaisir, le risque ; les informer sur notre système de protection sociale et les déterminants collectifs de santé... me semble payant à long terme, pour leur épanouissement.

Dans notre société pathogène, je constate une explosion d'accidents du travail et de maladies professionnelles liée à la dégradation des conditions de travail dans un contexte de chute de l'activité syndicale, de cancers¹, d'obésité ou d'alcoolisme. J'aimerais avoir du temps pour participer à des études épidémiologiques là où je travaille, mais c'est impossible actuellement dans un système verrouillé par le primat du paiement à l'acte (abattage curatif), l'absence de volonté politique, le rapt de la démocratie par les syndicats de médecins et les institutions, à moins de faire du bénévolat en marge du système.

Dois-je participer au racket des malades et gagner plus de sous ? L'instrumentalisation des soignants est en marche... jusqu'à leur rachat par les assurances privées, quand l'Assurance maladie ne pourra plus rien rembourser ou si peu. Il me semble que le nombre de gens sans mutuelles enfle à vue d'œil. La consultation médico-sociale gratuite de la PASS a malheureusement de beaux jours devant elle. La consultation stigmatisante pour « pauvres », voilà ce que je redoutais. Mais devrais-je la quitter pour gagner plus en libéral ?

Gilles Deleuze a dit un jour : être à gauche, c'est d'abord sentir le monde... ■

1. Sujet tabou, certains agriculteurs atteints d'un cancer (poumon, prostate, leucémie) ne me cachent pas avoir utilisé beaucoup de pesticides dans leur vie professionnelle, notamment sur le maïs et le blé, afin d'assurer une production et donc des revenus suffisants. Leurs témoignages sont empreints d'ignorance, d'indifférence, de culpabilité ou de fatalisme.

Pourquoi la question des rémunérations

se pose

Les soignants ne gagnent pas tous pareil, loin de là, ni ne ressentent pareil leurs rémunérations. Comment expliquer ces différences de revenus entre spécialités et au sein d'une même spécialité ? Et ces différences de vécu ? Des soignants qui remettent en question leurs conditions d'exercice et leurs modalités de rémunération témoignent ici de leur ressenti en tant que salarié ou libéral. Un collectif d'associations d'usagers nous fait part de ses analyses et de ses attentes.

La réalité d'aujourd'hui, c'est une partie de la profession arc-boutée sur la défense du paiement à l'acte, les revendications d'augmentation tarifaires et le refus du tiers-payant. C'est la difficulté d'accès aux soins pour les patients.

Demain risque de voir se réaliser les revendications d'une partie du corps médical avec la mise en place du secteur optionnel et la généralisation des dépassements d'honoraires.

Poser la question des rémunérations, c'est poser celle des modalités d'exercice et celle de l'accès aux soins. —

Les revenus des médecins : des écarts sans projet

Les écarts de revenus des médecins sont importants entre spécialités et au sein d'une même spécialité. Un économiste s'interroge sur leur justification.

■ **Pierre Volovitch**, économiste

Pour 2005, le service statistique du ministère des Affaires sociales (DREES) ¹ évaluait le « revenu libéral » annuel moyen de l'ensemble des médecins à 82 000 € par an. Ce « revenu libéral » moyen était proche de 64 000 € pour les généralistes ² et de 104 000 € pour les spécialistes.

Il s'agit de moyennes, et on verra que du fait de la très grande diversité des situations, elles peinent à rendre compte de la situation.

C'est alors la diversité qui pose une question. Dans un système où l'essentiel des revenus des médecins est financé de manière socialisée (par l'Assurance maladie en tout premier lieu, et par des assurances complémentaires en second lieu), à quels

« projets » les écarts constatés sont-ils articulés ? On verra qu'ils ne sont articulés à aucun « projet ».

Des moyennes peu significatives.

Des disparités importantes

L'apparente précision des données ne doit pas faire oublier la très faible signification des moyennes quand il s'agit des revenus des médecins.

En s'en tenant aux seuls revenus libéraux des généralistes, les données disponibles ³ montrent des écarts très importants. Les 10 % de généralistes les mieux rémunérés ont des revenus cinq fois supérieurs à ceux des 10 % des généralistes les moins bien rémunérés.

Revenu libéral moyen des médecins en 2005, part des dépassements dans ce revenu libéral et évolutions 2000-2005

	2005		Évolution 2000-2005	
	Revenu libéral moyen	Part des dépassements	de la part des dépassements	du revenu « réel »
Radiologues	197 459	2.4	4.4	+ 0.8
Anesthésistes	150 432	13.1	0.3	+ 3.2
Chirurgiens	117 109	27.7	6.9	+ 2.4
Ophtalmologues	115 600	22.4	3.2	+ 3.4
Stomatologues	106 900	40.8	2.5	+ 3.7
Cardiologues	104 430	3.9	4.3	+ 1.6
Gastro-entérologues	89 845	9.5	5.1	+ 1.7
Gynécologues	78 761	24.8	3.1	+ 2.0
ORL	78 630	19.3	1.0	+ 0.7
Pneumologues	70 435	3.6	0.2	+ 1.9
Rhumatologues	67 422	16.1	3.6	+ 1.5
Pédiatres	64 154	13.8	0.6	+ 3.5
Psychiatres	59 377	12.3	2.3	+ 2.3
Dermatologues	58 084	18.5	1.7	+ 0.3
Ensemble Spécialistes	103 859	14.0	2.8	+ 2.4
Omnipraticiens	63 881	8.5	- 0.7	+ 1.7
Ensemble des médecins	82 071	10.1	1.3	+ 2.1

Source : « Les revenus libéraux des médecins en 2004-2005 » – *Études et Résultats* n° 562, mars 2007 – DREES

La non prise en compte des revenus salariaux

Mais ces moyennes sont encore moins significatives si on rappelle que les chiffres ci-dessus ne portent que sur les « revenus libéraux » et que donc les salaires perçus ne sont pas pris en compte. La DREES⁴ estime à 40 % la part des médecins libéraux qui perçoivent, en plus de leurs « revenus libéraux » un salaire, et à 13 % la part que ce salaire représente en « moyenne » dans les revenus de ces médecins. Mais ce 13 % recouvre des situations très variées : de quelques heures de « vacances » à des mi-temps en établissements hospitaliers. La part de l'activité salariée est très différenciée suivant les spécialités médicales. Les chiffres de la DREES qui ne portent que sur les « revenus libéraux » sont donc partiels.

Il serait nécessaire de disposer des données relatives aux revenus des médecins intégrant à la fois leurs revenus libéraux et leurs salaires. Les tentatives faites dans ce domaine à partir de données d'enquêtes fiscales ne permettent pas, du fait de la faiblesse de la taille des échantillons, de distinguer entre généralistes et spécialistes, et évidemment entre spécialités...

Un poids des « dépassements » non homogène

La part des « dépassements » dans les revenus des professionnels est très différente non seulement entre spécialités, mais surtout à l'intérieur même d'une spécialité. Afficher un taux unique de « dépassement » par spécialité est donc très réducteur par rapport à la réalité.

Des revenus mal connus.

Au-delà des éléments que nous venons de signaler, il faut ajouter plusieurs problèmes qui réduisent encore la pertinence des données publiées.

La question du temps de travail

Le revenu est évidemment lié au temps de travail. Pour mesurer d'autres revenus, et tout particulièrement les salaires, les statisticiens redressent les chiffres bruts en calculant des revenus en « équivalent temps plein ». Ici, il s'agit d'une activité libérale. Le nombre d'heures qui définirait un « temps plein » n'est pas défini. De plus, les données de revenus dont on dispose ne sont pas appareillées avec des durées de travail. On sait donc que les chiffres obtenus intègrent une dimension durée du travail sans pouvoir quantifier l'effet de cette dimension... (voir encadré 1).

La question des « charges »

Pour passer des honoraires aux revenus il faut déduire les « charges » (charges sociales, salaires versés au personnel du cabinet, reversements pour remplacement, amortissement du matériel...). Les statisticiens font un calcul de « charges » différencié par spécialité. Ainsi le taux de charge passe

de 57,5 % des honoraires pour les radiologues à 44,4 % pour les psychiatres. Mais pour chaque spécialité, un taux de charge unique est appliqué quel que soit le secteur (alors que l'on sait qu'une part des cotisations sociales des médecins du secteur 1 est pris en charge par l'Assurance maladie), l'ancienneté de l'installation (et donc un amortissement plus ou moins avancé du matériel), le type d'exercice...

Revenus instantanés et revenus sur l'ensemble de la vie

Les revenus donnés sont les revenus des médecins une année donnée. Si l'on veut comparer les revenus des médecins à ceux d'autres professionnels, cette vision instantanée des revenus est insuffisante parce que le profil de carrière des médecins est spécifique : entrée plus tardive dans l'emploi, carrière linéaire (mais sans chômage), et parce que leurs retraites ne sont pas calculées comme celles des salariés et incorporent des éléments patrimoniaux mal connus.

Dans son avis de mai 2007, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)⁵ estime, sur la base de données fournies en particulier par le régime de retraite complémentaire des cadres (AGIRC), que les revenus des médecins libéraux sont du même ordre de grandeur que les revenus des 5 % des cadres les mieux rémunérés.

.../...

Temps de travail et comparaisons des revenus

Les durées de travail des médecins sont très hétérogènes. Elles sont sensibles au statut – de près de 53 heures par semaine pour les généralistes à moins de 39 heures pour les salariés non hospitaliers – et au sexe – de 54 heures par semaine pour les hommes spécialistes à 42,5 heures pour les femmes spécialistes.

Temps de travail hebdomadaire des médecins pour l'année 2004

Médecins	Homme	Femme	Ensemble
libéraux généralistes	56 h 37	45 h 20	52 h 46
libéraux spécialistes	53 h 54	42 h 38	50 h 35
hospitaliers exclusifs	50 h 05	38 h 25	45 h 08
salariés non hospitaliers	38 h 07	39 h 07	38 h 44
Total Médecins	52 h 58	41 h 34	48 h 35

Source : Données déclaratives issues de l'Enquête emploi 2003-2004 de l'Insee, publication DREES Études et résultats n° 430, 2005.

Ces écarts de temps de travail sont évidemment une des causes des écarts de revenus. Mais les modes de calcul des revenus des médecins sont tels qu'on ne peut, comme pour les autres salariés, faire des calculs en équivalent temps plein (ETP), qui neutraliseraient l'effet des différences de temps de travail.

On devine que les écarts de temps de travail n'épuisent pas l'explication des écarts de revenus. L'écart entre temps de travail des spécialistes libéraux et des hospitaliers est proche de 10 %, alors que l'écart de revenus entre libéraux exclusifs et hospitaliers exclusifs s'établit autour de 20 %. Les données disponibles ne permettent cependant pas d'aller beaucoup plus loin dans la comparaison.

.../...

Cette constatation qui serait logique au regard des durées d'études, demeure toutefois très générale...

Revenus et « niveau de vie »

Il faut sans doute ajouter, même si on s'éloigne un petit peu du sujet, deux mots sur le « niveau de vie ». Quand on parle de revenus, on parle d'individu. Si on parle de « niveau de vie », on tente d'appréhender l'individu dans un groupe familial. Or de ce point de vue, les médecins, et tout particulièrement les médecins hommes, ont des particularités. Ils ont, en moyenne, plus d'enfants (parmi les personnes vivant en couple, 70 % des médecins ont des enfants, contre 59 % des cadres) et leur conjoint sont moins souvent actifs (30 % des conjoints et conjointes de médecins libéraux sont inactifs contre 24 % pour les cadres salariés). Au final, à revenu équivalent du « chef de famille », le niveau de vie d'un ménage de médecin sera plus faible que celui d'un ménage de cadre.

À l'inverse, il est intéressant de noter que si les femmes médecins ont des revenus plus faibles que ceux des hommes médecins⁶ (les revenus d'activité des médecins libéraux hommes représentent 1,7 fois ceux des femmes), elles se « rattrapent » en matière de « niveau de vie », en particulier parce que leur conjoint est plus souvent actif (36 % des conjointes de médecins libéraux hommes sont inactives contre 6 % seulement des conjoints de médecins libéraux femmes), et dans des activités mieux rémunérées, que les conjointes des médecins hommes.

Les revenus des autres professions du soin

Il serait évidemment nécessaire et utile de pouvoir présenter la question des revenus pour l'ensemble des professionnels du soin. Les données sont malheureusement peu nombreuses, et publiées de façon non régulière.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons rassemblé les données disponibles en précisant, entre parenthèses, l'année concernée par ces données.

Pour les infirmières et les kinésithérapeutes, on disposait de données sur les dispersions de revenus des catégories concernées. Q1 donne le revenu en dessous duquel se situent les 25 % des professionnels les plus mal rémunérés. Q3 donne le revenu au-dessus duquel se situent les 25 % des professionnels les mieux rémunérés.

On constate, comme pour les médecins, qu'au-delà de la donnée moyenne, les écarts à l'intérieur de la même profession sont très importants.

Ici aussi des mesures sur le temps de travail seraient nécessaires pour permettre une comparaison moins brute.

Revenu libéral moyen	(année)	Q1	Q3
Infirmière	26 373 € (1997)	19 666	32 776
Masseur-Kiné	27 288 € (1998)	17 836	34 758
Pharmaciens (titulaire d'officine)	101 653 € (2001)		
Dentistes	79 689 € (2004)		

Des disparités fortes qui ne correspondent à aucun projet

Les écarts, importants, entre les revenus des professionnels sont-ils le résultat, au moins partiellement, d'une action volontaire de l'État ou de l'Assurance maladie ou sont-ils le résultat, largement non voulu et non organisé, de rapports de force sociaux ?

Une hiérarchie des revenus non voulue

Le revenu libéral d'un généraliste est, en moyenne, plus de trois fois inférieur à celui d'un radiologue. Un dermatologue gagne près de deux fois moins qu'un ophtalmologue. Si on se pose la question de qui a pris des décisions pour arriver à cette situation et avec quel objectif, il faut bien répondre que personne n'a pris de décision, et qu'il n'y avait aucun objectif. Que l'on est ici face au résultat d'une « sur-rémunération » des actes techniques face aux actes cliniques.

La dangereuse dérive des « dépassements »

Les « dépassements », parce qu'ils sont justement le moyen recherché par certains professionnels pour s'exonérer de toute discipline collective⁷, sont un facteur grave de désorganisation d'un système de rémunération déjà si peu organisé. Au-delà de fluctuations conjoncturelles, leur part augmente : + 1,3 entre 2000 et 2005 pour l'ensemble des médecins, mais + 6,9 pour les chirurgiens, + 5,1 pour les gastro-entérologues sur la même période. Si l'on veut percevoir le degré de non maîtrise de la question des revenus, il est intéressant de constater que la hiérarchie des parts de dépassements n'a rien à voir avec celle des

Peut-on faire des comparaisons internationales ?

La réalisation de comparaisons internationales se heurte au fait que les séries nationales ne prennent en compte ni les mêmes types de rémunérations, ni les mêmes catégories de médecins. De plus, la structure des prélèvements obligatoires est très différente d'un pays à l'autre avec évidemment des impacts différenciés sur le revenu après impôt.

Compte tenu de ces limites, l'avis de mai 2007 du HCAAM avance « avec une extrême prudence » quelques résultats.

- Le revenu moyen des médecins, en pourcentage du revenu national par tête, varie beaucoup selon les pays. Il est plus élevé aux États-Unis, au Canada, en Allemagne et au Royaume-Uni qu'en France.
- Dans tous les pays (sauf l'Allemagne et le Portugal), le revenu des généralistes est inférieur à celui des spécialistes.
- Les spécialistes français se placent mieux que les généralistes dans la comparaison internationale.

Pour que les chiffres relatifs aux médecins ne soient pas trop abstraits, il est utile de se donner quelques repères. En France, en 2004, les salaires nets annuels pour des temps complets étaient les suivants.

Salaires nets – temps complet – 2004		
	Mensuel	Annuel
Cadres supérieurs	3 683	43 656
Professions intermédiaires	1 875	22 500
Employés	1 298	15 576
Ouvriers	1 361	16 332
Salaire moyen	1 849	22 188
Salaire médian	1 484	17 808

Pour la même année, 2004, le revenu libéral moyen annuel des médecins était de 61 805 € (5 150 € par mois) pour les généralistes, et de 103 000 € (8 585 € par mois) pour les spécialistes. La comparaison, on l'a vu, est délicate. Le temps de travail n'est pas le même, la carrière professionnelle n'a pas la même structure. Il s'agit donc ici non de moyen simple de comparaison, mais de données de cadrage.

Le salaire médian est celui pour lequel 50 % des salariés ont un salaire plus bas que ce salaire médian et 50 % des salariés un salaire plus élevé. Si la répartition des salaires était symétrique, le salaire médian serait égal au salaire moyen. Mais quelques salariés ont des salaires élevés, voire très élevés, qui tirent le salaire moyen vers le haut, mais sont sans effet sur le salaire médian.

On peut également se souvenir que dans les classifications de l'INSEE, les infirmières appartiennent à la catégorie « professions intermédiaires » et les aides-soignantes à la catégorie « employés ».

revenus. Les gynécologues et les chirurgiens ont des parts de « dépassement » importantes (respectivement 24,8 % et 27,7 %) avec des niveaux de revenus très différents. Les radiologues, les cardiologues et les pneumologues ont, à l'inverse, des parts de « dépassements » plus faibles (respectivement 2,4 %, 3,9 % et 3,6 %), alors qu'ils se situent à des places très différentes dans la hiérarchie des revenus.

Des évolutions très heurtées

L'autre moyen de tenter de trouver une cohérence dans les décisions prises en matière de revenus serait de la chercher dans les évolutions de ces revenus. Si on prend la colonne « revenus réels », c'est-à-dire évolution de la valeur du revenu en tenant compte de l'évolution des prix, on voit bien que les évolutions ne conduisent à aucun resserrement, ou modification des hiérarchies. Plus grave, les évolutions annuelles, par leur caractère heurté, manifestent une absence d'objectif. Pour les généralistes, par exemple, l'évolution de + 1,7 en terme « réel » sur la période 2000-2005 est le résultat d'évolutions annuelles très contrastées qui vont de + 7,8% en 2002 à -7,1 % en 2004. Les rapports de force conjoncturels jouent ici le rôle principal.

Curieusement, le seul domaine où l'on ait entendu parler d'utiliser les revenus pour mener une politique publique est celui de la « désertification » de certaines zones. L'idée, ici, était de favoriser l'installation en mettant des incitatifs financiers.

L'idée est curieuse car, justement et sans surprise, du fait de la faible densité médicale, les zones désertifiées sont déjà celles où les revenus sont les plus importants. La question n'est donc sans doute pas une question de revenus, mais bien plutôt de mode de vie, de conditions de travail... ■

1. Pour des raisons qui combinent de façon complexe des différences dans les horaires (et dans la durée des consultations), une présence plus importante dans les spécialités les moins bien rémunérées, une ancienneté d'exercice plus faible que celle de l'ensemble des hommes du fait de leur arrivée plus récente dans la profession.
2. Tout en mettant gravement en danger l'accès aux soins pour les plus modestes, nous revenons plus loin dans ce numéro sur cette question importante.
3. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) – www.sante.gouv.fr/drees/
4. La DREES fait ses calculs de revenus sur l'ensemble des « Omnipraticiens », c'est-à-dire sur une catégorie regroupant les généralistes et les « médecins à exercice particulier » (MEP – acupuncture, homéopathie...). Dans ce texte, par souci de simplification, j'utilise plutôt le mot de généraliste.
5. « La dispersion des honoraires des omnipraticiens », *Études et Résultats* n° 482, avril 2006, DREES. Dans cette étude, la DREES note une légère diminution de la dispersion des honoraires et des revenus liée au fait que le vieillissement de la population des médecins homogénéise les situations.
6. « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres », *Études et Résultats* n° 578, juin 2007, DREES.
7. « Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux », 24 mai 2007.

DOSSIER Travailler plus pour vivre moins bien

Les infirmières se plaignent que leur salaire n'est pas représentatif des fortes contraintes qu'elles subissent. Elles pourraient gagner plus, mais le prix à payer est très élevé.

Anne Perraut Soliveres, cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation

Anne Perraut Soliveres est l'auteur de *Infirmières, le savoir de la nuit*, PUF, 2001.

D'aucuns se retranchent complaisamment derrière l'idée que l'exercice libéral de la médecine serait, par nature, plus responsabilisant que le salariat ou plutôt, à l'inverse, que le salarié face à la nébuleuse d'un argent invisible perdrait une part conséquente de sa motivation. Certes, qu'il travaille peu ou prou, le revenu du salarié ne change pas et c'est précisément ce qui me semble le moins peser péjorativement sur sa motivation. Voilà donc une croyance libérale qui s'appuie sur la notion qu'il ne peut y avoir d'échange de qualité hors du respect de celui qui paie (proportionnel à ce qu'il paie ?), ni d'autre carburant pour la motivation que l'envie de gagner toujours davantage, ce qui devrait avoir motivé depuis longtemps les responsables politiques à sortir de cette médecine libérale inflationniste.

La liberté que sous-tend le versement singulier des honoraires qui, soit dit en passant, proviennent en quasi totalité des cotisations sociales solidaires, face à une espèce de contrainte anonyme dans laquelle se noierait l'argent des salaires, n'est qu'une illusion. Le rapport à l'argent qu'induit une telle position est loin d'être unanime, même si la frilosité des médecins au changement entretient une confusion trompeuse entre liberté d'exercice et libéralisme.

Les infirmières entretiennent avec leurs revenus une relation très paradoxale. Certes, la plupart d'entre elles considèrent qu'elles sont très mal payées, mais reconnaissent que ce n'est pas le premier de leurs soucis. C'est d'ailleurs probablement pour cette raison que les instances gouvernementales remettent toujours à plus tard l'examen des rémunérations des infirmières, sans que cela fasse de vagues pour autant. Le brouillage entretenu par les infirmières entre le désir de revalorisation de leur statut (bac plus deux actuellement

pour trois années de formation après le bac) et les conditions particulières de travail (fortes contraintes horaires et surtout pénibilité physique et psychique difficiles à évaluer) occultent un rapport complexe à l'argent qui mériterait un examen approfondi. L'origine religieuse et bénévole du métier d'infirmière continue d'empoisonner la revendication d'une meilleure prise en compte des particularités de ce métier et de ses conséquences sur la vie privée des personnes. L'origine sociale des infirmières a changé, mais cela n'a pas bousculé l'argumentaire invariable des valeurs morales supérieures à la trivialité du salaire. Les jeunes bourgeoises catholiques ou protestantes, plus ou moins bénévoles, des débuts de l'organisation de la profession, ont laissé la place à une population nettement moins favorisée pour qui la nécessité de gagner sa vie décentement pèse autant dans la motivation que le besoin, toujours prépondérant, de donner sens à son existence. La relative passivité des infirmières, malgré un fort sentiment d'être mésestimées, n'est pas pour rien dans l'immobilisme de l'institution qui en profite honteusement.

L'exercice infirmier libéral est actuellement le seul moyen d'augmenter conséquemment les revenus des infirmières, mais cela ne se fait pas sans des contraintes encore plus difficiles à concilier avec la vie sociale et familiale que celles de l'hôpital. Pour gagner plus, il faut vraiment travailler beaucoup plus

ou ne pas hésiter à abuser du système en effectuant des soins inutiles. Ainsi, à part pour les infirmières scolaires et d'entreprise, l'exercice de la profession oblige à vivre dans des contraintes souvent inconciliables avec la vie de famille.

Après une vingtaine d'années d'exercice hospitalier, Martine a choisi de faire des remplacements d'infirmière libérale. Sa première expérience

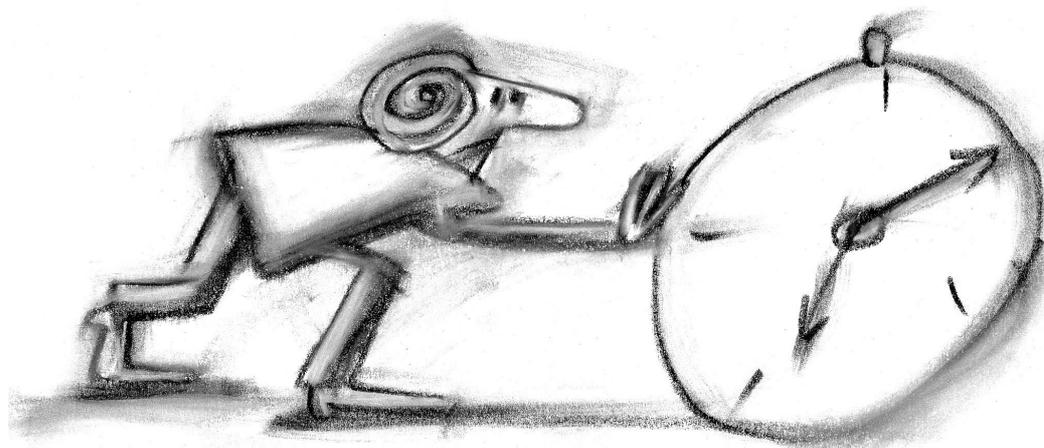
« Qu'il travaille peu ou prou, le revenu du salarié ne change pas. »

dans la Sarthe lui a fait rencontrer deux modes d'exercice très différents. Selon les cabinets, le rapport à la rentabilité peut changer radicalement et, avec lui, le temps donné pour effectuer les actes. Les soins techniques, les chimiothérapies réalisés à domicile étaient d'un bon rapport, mais elle dit d'emblée que pour que l'entreprise soit rentable, il faut mettre la pression. Les charges sont élevées et cela demande un effort important de gestion et de rigueur qui s'ajoute aux dix à treize heures de travail quotidien six jours sur sept. Actuellement, elle travaille en Alsace et découvre une situation nettement moins facile. Les infirmières sont « doublées » par les médecins qui effectuent une quantité importante d'actes qui leur sont habituellement confiés. De ce fait, la concurrence est rude entre les cabinets et les infirmières sont contraintes de se « rabattre » sur le nursing. Elle a trouvé une autonomie dans cet exercice solitaire qui lui convient parfaitement tout en regrettant l'absence de collaboration entre professionnels. Pour autant, elle ne souhaite pas travailler dans une maison médicale où elle craindrait de retrouver une domination des médecins dont elle est heureuse de s'être affranchie. Elle gagne à peu près le double d'une infirmière hospitalière, mais dit avoir fait le sacrifice de sa vie privée. Elle trouve l'exercice extrêmement pénible. Elle se plaint d'une fatigue qui ne cesse jamais et n'a plus aucune énergie à consacrer à autre chose. Son seul jour de repos se passe dans une espèce de torpeur, comme en état second où elle reste hébétée, absente, vidée. « C'est trop lourd, je n'y ferai pas long feu. »

Marie-Françoise, elle, s'est installée en libéral dans un petit village d'Isère car elle n'a pas trouvé de poste à l'hôpital et le seul emploi qu'on lui proposait en clinique était assorti d'un salaire de débütante. Pour suivre son mari qui changeait d'affec-

tation, elle a abandonné un poste d'infirmière en cancérologie en région parisienne où elle travaillait depuis dix-neuf ans et qui la satisfaisait pleinement. Elle a eu beaucoup de mal à en faire le deuil. C'est par le biais d'une annonce à l'ANPE d'une collègue qui cherchait quelqu'un pour l'aider qu'elle s'est résignée au mode d'exercice libéral. Pour elle aussi le surmenage est devenu une espèce de seconde nature. Avec sa collègue, elles s'organisent pour travailler chacune une grosse semaine (de 6 heures du matin à 12 h 30 et de 16 h 30 à 20 h 30 soit 10 h à 10 h 30) et une petite semaine (de 6 h à 12 h 30 soit seulement 6 h 30) auxquelles il faut ajouter les urgences et la gestion... Elle s'octroie un seul jour de congé, le vendredi où elle est remplacée par une infirmière qui les dépanne de temps en temps (mais ce vendredi, elle a quand même effectué quelques actes supplémentaires imprévus...). Elle prend deux semaines de vacances l'été, quelques jours en fin d'année et une demi douzaine de week-ends dans l'année en fonction de la disponibilité de la remplaçante. Elle regrette de perdre des compétences, car l'exercice solitaire (même si elle s'entend bien avec sa collègue, elles n'ont guère le temps d'échanger au-delà de l'organisation) la prive de cette formation continue qu'offre l'hôpital dans sa diversité. À domicile, il s'agit toujours des mêmes actes et en fin de semaine, elle sent qu'elle est moins patiente. Pour autant, elle se dit condamnée à gagner des sous, car elle doit rembourser ses crédits. Elle lèvera le pied ensuite. Elle gagne en moyenne 5 à 6 000 € par mois au prix d'un esclavage, certes consenti, mais pour quelle qualité de vie ?

Pour ma part, après quarante ans d'ancienneté, dont plus de la moitié avec le grade de « cadre supérieur », je gagne moitié moins d'argent, mais je passe moitié moins de temps au travail... ■



COMMENT ÇA SE VIT

Salariés, libéraux
à exercice mixte, installés,
remplaçants ou collaborateurs,
des soignants témoignent.

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

À quoi on vous paye ?

« Pourquoi vous dites que je suis trop souvent malade ? S'il n'y avait pas de gens malades, vous ne seriez pas payée » me dit Lucie, 15 ans, très en colère. Deux jours avant, je lui avais lancé : « Pourquoi t'arrive-t-il toujours quelque chose pour venir nous voir ? » devant une énième foulure de cheville la conduisant encore une fois au cabinet en urgence... L'histoire de Lucie est difficile, sa mère a de multiples symptômes qui l'amènent régulièrement aux urgences de l'hôpital, et je vois que Lucie commence à l'imiter. Je lui explique : « Tu sais, Lucie, je veux bien aussi te voir en bonne santé. D'ailleurs, je vois beaucoup de gens en bonne santé, que j'essaie d'aider à le rester, et c'est pour ce travail qu'on me paye ». Lucie, toujours fâchée, continue de se tordre les chevilles et vient voir mes collègues, pleines de patience. Cela me fait réfléchir à ce que signifie pour les gens notre mode de paiement. Payés par des individus pour des maladies et pas pour un travail qui consiste à nous occuper de la santé de la population qui nous fait confiance... C'est pourtant ce que nous essayons de faire... ■

Ras le bol du tiroir-caisse !

Pourquoi ce bon moment passé ensemble doit-il être gâché par sa conclusion obligée : « C'est 21 € » ou encore « C'est 6,30 € » ou même « Passez-moi votre carte que je me fasse payer »... ? Pourquoi dois-je être payée individuellement par chaque personne que je vois, qui croit que si elle n'a pas de sous, je ne mangerai pas... et qu'il est de sa responsabilité de nourrir son médecin, de maintenir le cabinet qu'elle fréquente et de participer au paiement de la secrétaire... ? Pourquoi mon travail est-il si mal reconnu que je doive le faire certifier par de la monnaie deux à trois fois par heure ? Ne pourrais-je être rémunérée directement par la communauté, qui le fait puisqu'elle rembourse ensuite cette « avance de frais », pour les patients dont je m'occupe et qui ont besoin de mes services ? J'ai depuis longtemps remarqué que mes relations avec ceux qui ne payent pas (aide médicale ou 100 % ou mutuelle en tiers-payant) sont aussi bonnes, sinon plus simples que celles avec ceux qui doivent avancer l'argent de la consultation. Grâce au tiers-payant, je peux décider avec les gens à quel rythme je vais les voir, ils peuvent venir souvent et m'appeler inopinément, on se donne des rendez-vous rapprochés si besoin, on se suit, on se connaît et je soigne toute la famille... Quand viendra le temps de la franchise, il va falloir ruser pour garder cette simplicité... ■

Je suis chef d'une petite entreprise

Martine Lalande, médecin généraliste

Médecin libérale installée en ville, je suis associée avec deux jeunes médecins et j'emploie une secrétaire, une femme de ménage et un étudiant le samedi matin. Je suis à la fois chef d'une petite entreprise et directrice des ressources humaines (j'établis les contrats d'embauche, les fiches de paye, les primes et les augmentations...). Je critique mes collègues de la ville qui utilisent un secrétariat téléphonique parce que c'est moins cher et pour éviter d'avoir à gérer les relations avec des salariés. Je trouve qu'ils ne jouent pas leur rôle social, qui serait de créer et maintenir des emplois de proximité, et qu'ils se privent d'un accueil de qualité pour leurs patients. Ils assument des tâches d'intendance (commandes, banque, entretien du matériel et du cabinet) que font les personnes qui travaillent avec moi. Ils n'ont pas non plus le soutien moral et la sécurité de la personne qui ouvre le cabinet et vous accueille avec bonne humeur.

Mais je voudrais être salariée, j'en ai assez du paiement à l'acte qui complique mes relations avec les patients et me stresse. Si cela devenait possible, que deviendrait ma secrétaire ? Qui la paierait ? Aurais-je une indemnité comme les parlementaires pour la payer comme assistante ? Devrais-je intégrer une plus grosse structure dont elle deviendrait salariée comme moi (et des infirmiers...) et par qui serions-nous payés ? Par l'État ? La Sécu ? Les assurances ? Qui fixerait le salaire (la convention des cabinets médicaux prévoit des tarifs lamentablement bas...) ? Qui déciderait de la répartition des tâches (entre secrétaires et infirmiers...) ? Qu'en penseront les patients ? ■

Comment je vis deux modes de rémunération ?

Bernard Meslé, médecin généraliste

Depuis cinq ans, je travaille sur deux mi-temps de 5 journées et demi chacun : un en médecine générale dans un cabinet médical « libéral » payé à l'acte (« à la passe » dirait un de mes associés) et un à l'hôpital public, salarié, comme médecin responsable d'un centre de planification et d'IVG. Je vis cette rémunération salariée comme une plus grande liberté à plusieurs niveaux.

D'abord une simplicité de gestion financière : pas de comptes à faire comme dans mon « petit commerce » libéral.

Un contact avec les patientes sans interférence avec le paiement direct à mon niveau, bien que cela soit un peu en trompe-l'œil, car lesdites patientes doivent quand même régler au secrétariat du service le ticket modérateur si elles n'ont pas d'assurance complémentaire (mutuelle ou autre) ou que celle-ci n'est agréée par l'hôpital. Cette part payante fait réfléchir sur les examens complémentaires que l'on met en œuvre : dois-je faire un frottis du col utérin ? Des sérologies ? La patiente n'aura-t-elle pas une addition trop lourde à régler ?

Une assez grande liberté de gérer mon temps : consultations, interventions (IVG), réunions, formations, préparation des enseignements (cours et enseignement dirigés auprès des étudiants en médecine et des élèves sages-femmes), tout cela sur mes 5 journées et demi et donc rémunéré (c'est presque la réalisation des propositions du Syndicat de la Médecine Générale : avoir une rémunération globale pour les soins, la prévention, la concertation et la formation). ■

COMMENT ÇA SE VIT

Salariés, libéraux
à exercice mixte, installés,
remplaçants ou collaborateurs,
des soignants témoignent.

Infirmes

■ Anne-Marie Pabois, médecin généraliste

J'ai toujours été une infirme du tiroir-caisse : alors que pour certains, c'est un joyeux compère béatement ouvert sur un rythme endiablé, pour moi, il est toujours plus ou moins grinçant, brinquebalant, semblant collé par je ne sais quelle monnaie sentant mauvais... Mais il est vrai que je trouve toujours aussi injuste cette codification vague : qu'est-ce que ça veut dire un kilo ou une consultation, qu'est-ce que ça contient ? Qu'est-ce qui constitue une consultation, quels actes, quelles démarches, quelles recherches, quels contacts, quels projets, quels résultats pour le patient, pour sa famille, pour sa santé morale et physique, pour sa vie, pour son insertion, pour... qu'est-ce que renferme une consultation ? C'est comme l'agriculteur payé au kilo de haricots verts : le prix de revient ne tient compte ni de la valeur des produits (leur valeur gustative, l'absence de résidus toxiques) ni du temps de travail (plus long si désherbage manuel), ni de la quantité de produits toxiques comme pesticides et herbicides utilisés pour produire plus facilement un meilleur rendement à l'hectare, donc plus de gain. Pour tout producteur de matière première, comme pour tout prestataire de service, le salaire ne reflète qu'une seule donnée, qu'un seul résultat : la quantité produite à l'hectare ou le nombre de consultations à l'heure. Plus on va vite, plus on gagne. De là à confondre vitesse et qualité du travail, à ne parler que de résultats immédiats et refuser d'entrevoir le long terme... À marcher plus vite que son ombre, on finit par la perdre. ■

Travailler en centres de soins infirmiers

■ Margot Kurtz, infirmière

La plupart des infirmières qui travaillent à domicile se mettent en libéral, seule ou en association. Alors, pourquoi quelques irréductibles continuent à travailler en centre de soins ? Réponse à partir du quartier du Neuhof à Strasbourg

Le fait d'appartenir à une structure et de faire partie d'une équipe sont des éléments motivants et rassurants. Cela permet de se concerter sur l'évolution des soins, de se fixer des objectifs. Les conditions de travail n'y sont pas étrangères : la semaine de 35 heures, pas plus de cinq jours de travail par semaine, de ne pas se poser des questions sur la continuité des soins en cas de congé maladie, et aussi le droit à cinq semaines de congés payés... Le salariat permet également de pas être dans

l'obsession de la course à l'acte et d'être plus disponible et à l'écoute des patients. Tout cela fait partie du choix de travail en centre de soins.

Bien entendu, notre fiche de paye n'est pas la même. Nous suivons les échelons selon notre convention collective et pratiquement les barèmes hospitaliers.

L'important est de continuer le travail commencé sur un mode caritatif dans ces quartiers pour permettre des soins de proximité auprès de ce public très défavorisé. ■

J'étais « libéral-salarié », me voilà « salarié-libéral »

■ **Jean-François Perdrieau**, médecin généraliste

Je travaille depuis deux ans et demi dans un centre de santé associatif dans le 20^e arrondissement de Paris après avoir été pendant six ans installé en libéral dans le Nord des Hauts-de-Seine. J'ai quitté une association libérale qui était organisée en société de fait avec un compte commun, le partage des frais puis le partage de ce qui reste entre les quatre associés, rémunération répartie sur l'année, faisant de nous des quasi salariés, ou en tout cas payés comme tel, puisque nous gagnions tous les mois la même chose, les augmentations se faisant en fin d'année, en fonction des « bénéfices » du cabinet.

Je suis payé actuellement en fonction du nombre d'actes effectués au cours du mois, un vrai salaire, cette fois-ci, avec une feuille de paye sur laquelle sont indiquées mes cotisations sociales ainsi que celles de mon employeur, mais avec un salaire variable. L'avantage majeur, en tout cas dans ce centre, car ce n'est pas le cas dans tous, est que je peux fixer le rythme de mes consultations qui est, pour moi, d'une toutes les vingt minutes, rythme qui était le nôtre (à mes associées et à moi) lorsque j'étais libéral. Je peux également prévoir des créneaux plus longs pour certains patients, ponctuellement ou pas. Cette tolérance est confortable, même si elle n'est pas toujours comprise, je suis le médecin qui aime bien parler avec les patients, alors que je crois que je laisse juste le temps aux patients de parler sans les couper, ce qui est fondamental dans ma pratique, et je deviens ainsi celui à qui on adresse les patients qui ont besoin de parler... Le bémol, et il peut être de taille, est que plus je prends de temps avec les patients, moins je suis rémunéré, je me retrouve à regarder le soir le nombre de patients vus dans la journée, et à m'inquiéter lorsque leur nombre est trop petit, par rapport au revenu que j'estime être nécessaire, ce qui est tout à fait subjectif. Je peux donc être très content de ma journée, car j'ai aidé des patients à régler des situations complexes, et être déçu le soir en regardant le « total de la journée ». Je suis donc sorti du libéral et de ses contraintes administratives, mais retourné au paiement à l'acte, mais je ne désespère pas de pouvoir en sortir... ■

RACquez !

■ **Christian Jouanolou**, médecin généraliste

Visite de médecine générale au quatrième étage dans un appartement sobrement meublé et propre, pour une troisième enfant de six mois : toux et fièvre. À la fin, je demande à la mère « Avez-vous la Carte Vitale ? », biais qui m'évite de poser le véral « Comment me payez-vous ? » qui me gênait tant au début en ville, venant de l'hôpital public. Introduisant dans mon lecteur sa CV en espérant le paiement par CMU : rien, elle doit avancer les frais. Avant que je demande « Votre carte n'est pas à jour ? », elle me dit « Pouvez-vous me faire le tiers-payant ? », auquel elle n'a pas droit. Je réponds oui et explique que « Pour l'instant, en Gironde, la CPAM tolère que nous pratiquions le tiers-payant non justifié, notamment la nuit ou pour certaines familles : elle nous paye quand même », pour l'instant. Donc pour une visite de 30 €, il y a 21 € de tiers-payant et 9 € de RAC, le reste à charge hors Sécu pris en compte par mutuelles et assurances.

Et là, je lui pose la question « une mutuelle ? », ou pas ? Elle répond « Nous avons la CMU, mais mon mari, absent, vient de trouver un travail intérimaire et nous dépassons le plafond de ressource... », donc elle avance les frais. Et aussi « J'ai fait des

recherches dans un cybercafé pour comparer les tarifs des mutuelles, et j'en ai peut-être trouvé une, pour dans un mois ou deux » !

Et là, je lui pose la question « Comment faites-vous ? », ou pas ? Elle répond « Lorsque les enfants sont malades, non, on voit le médecin », et lorsque c'est elle ou son mari « On attend le début du mois suivant »...

Et là je me pose la question « Ses 9 €, je les prends ou pas ? ». Qu'auriez-vous fait ?

Si je les laisse, je lui fais une charité qu'elle n'a pas réclamée. Elle n'a demandé que le tiers-payant, je peux la vexer. Si je les prends, moi qui n'en ai pas besoin, je lui rends sa dignité.

Alors je prends des minutes pour parler un peu de la santé qui est un droit et pas une marchandise, de l'accès aux soins qui devraient être gratuits... Tout cela évidemment, sans prosélytisme, avec tact et mesure. Puis je pars avec 9 €, ils me brûlent la poche. ■

DOSSIER

Quand le tarif «opposable» ne voudra plus dire grand-chose

Comment la déliquescence du tarif opposable rend l'accès aux soins de plus en plus coûteux et sans possibilité de contrôle par l'assuré

Beaucoup de médecins ne pratiquent plus le tarif opposable, c'est-à-dire demandent davantage que le tarif remboursé par la Sécurité sociale, ce qui complique l'accès aux soins.

■ **Elisabeth Pénide**, médecin généraliste

La création d'un nouveau secteur dit optionnel dans lequel certains spécialistes pourraient pratiquer un dépassement d'honoraires dit contrôlé, est une étape de plus vers une sorte d'évanescence du tarif « opposable ».

Vous avez dit opposable ? L'Assurance maladie définit un niveau de prise en charge des dépenses de soins à travers un tarif auquel elle applique un taux de prise en charge. Il est dit « opposable » par le contrat que les professionnels passent avec l'Assurance maladie en signant la convention. Par ce biais, l'Assurance maladie influence indirectement (elle fixe le tarif des actes et non leur nombre) le revenu des professionnels.

Retour sur l'histoire d'une érosion, ou comment les pouvoirs publics, par incapacité ou peur de poser la question des rémunérations des médecins, ont renvoyé le sujet à la charge des malades.

Acte 1 : En 1980 le gouvernement Barre veut maîtriser les dépenses d'Assurance maladie (et non l'ensemble des dépenses de santé) sans se heurter directement aux médecins. Pour cela, il invente le secteur 2 à honoraires libres : les honoraires du secteur 1 ne peuvent progresser que dans la mesure où les médecins contiennent le montant de leurs prescriptions (notamment pharmaceutiques) ; si les médecins veulent que leurs revenus échappent à ce gel, ils n'ont qu'à aller en secteur 2.

Dès lors, le conventionnement des médecins libéraux est organisé en deux secteurs :

En secteur 1, le médecin pratique les honoraires fixés dans la convention (tarifs opposables). Il n'est autorisé à les dépasser qu'en cas d'exigence particulière de son patient (DE). En échange, l'Assurance maladie paye une part importante de ses cotisations sociales (à l'heure actuelle, environ 10 000 € par an par médecin).

En secteur 2, le médecin pratique des honoraires libres : il est autorisé à dépasser le tarif officiel, mais avec « tact et mesure » ; ces dépassements (sommes demandés en sus) ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie.

Acte 2 : La direction de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) s'oppose violemment à cette nouvelle architecture qui « va estroper l'esprit de la convention de 1970, car les caisses vont geler les honoraires et remettre en cause les avantages conventionnels ».

Les minoritaires de la Fédération des médecins de France (FMF) signeront seuls cette convention créant le secteur 2.

En 1980, tout médecin peut choisir librement le secteur de son activité et peut en changer dès qu'il le désire.

Acte 3 : En 1989, le gouvernement de gauche constate que dans certaines régions, les patients

n'ont plus réellement accès aux soins du fait de l'absence de médecins de secteur 1. Il veut revenir sur cette évolution, mais, confronté à des manifestations des professionnels et à une grève des internes, il se contente de « geler » l'accès au secteur 2 sans revaloriser le secteur 1. Pour les généralistes, la possibilité d'accéder au secteur 2 constituait un argument de négociation avec les caisses. Dorénavant, n'auront accès au secteur 2 que certains spécialistes, sur présentation de titres (ancien chef de clinique...).

Ce secteur devient le refuge des « parce que je le vaux bien » et l'Ordre des médecins va définir quatre critères justifiant l'existence du secteur 2 :

- la notoriété ;
- le temps passé et la complexité de l'acte ;
- le service rendu ;
- les possibilités financières du patient (pierre « angulaire » de cette notion).

Pour l'Ordre : « la mise en place d'un barème serait contraire à l'esprit et à la lettre de l'article 53 du code de Déontologie Médicale. »¹

Acte 4 : La Convention nationale du 11 mars 2005 complexifie les tarifs : tarifs de coordination, tarifs pour avis ponctuel... treize tarifs différents avec en plus cinq situations particulières ! Cette convention permet également aux médecins spécialistes de secteur 1 de pratiquer un dépassement défini (15 %) en cas de non-respect du parcours de soins : c'est une nouvelle brèche dans le tarif « opposable ».

Dès lors, les assureurs complémentaires proposent des couvertures à la carte qui en fait n'assurent jamais un individu à 100 %. Mal informés, perdus dans les maquis des remboursements, obligés de jongler entre les grilles tarifaires des complémentaires – pour ceux qui en disposent –, les malades n'ont guère de choix : ils paient.

Début 2007, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) montre que les pratiques des dépassements deviennent de plus en plus importantes... et que pour certains médecins, les dépassements sont une source de revenu plus importante que les tarifs de l'Assurance maladie !² La pratique de dépassements devient majoritaire chez les spécialistes ; beaucoup plus inquiétant, ils ne sont plus l'apanage des médecins de secteurs 2, mais aussi des praticiens du secteur 1, même dans le cas du respect du parcours de soins comme le laisse entendre le courrier du ministre en juillet 2006, enjoignant aux caisses d'Assurance maladie à rappeler à ces médecins la stricte application des tarifs « opposables ». C'est là que le bas blesse, car de contrôles, il n'en existe que de rares, quant aux sanctions...

Les compagnies d'assurance quant à elles constatent la pratique de « super dépassements », et déclarent : « Nous ne remettons pas en question le

principe de suppléments d'honoraires, mais nous n'acceptons plus d'être pris pour des gogos et qu'une minorité de médecins s'enrichissent sur le dos des malades et sur le nôtre. »³

Acte 5 : Le gouvernement propose un Secteur Optionnel qui devrait permettre à certains médecins de secteur 1, et en premier les chirurgiens victimes du « gel » de leurs tarifs, d'appliquer des dépassements contrôlés et pris en charge par les organismes complémentaires, tout en gardant les avantages sociaux du secteur 1, et de permettre également aux médecins du secteur 2 d'appliquer ces mêmes tarifs en profitant des mêmes avantages... Dans l'espoir de contrôler les dépassements abusifs des médecins spécialistes de secteur 2 ? Ou dans celui de permettre aux assureurs de faire leur choix ?

Nous revoilà donc dans la logique des années 80. En permettant ces dépassements, on limitera les dépenses d'Assurance maladie (ces dépassements n'étant pas remboursés) tout en augmentant les revenus des professionnels...

Mais la profession n'acceptera jamais devoir limiter aux seuls chirurgiens cet avantage et cette pratique sera généralisée très vite à tous les spécialistes, et bientôt à tous les généralistes qui ne sauraient être en reste.

De plus, elle s'opposera à une définition stricte de la limite du dépassement d'honoraires, faisant valoir l'article 53 du code de Déontologie décrit plus haut. D'ailleurs la FMF, syndicat de spécialistes, dans son communiqué du 17 avril 2007 demande la création d'un Secteur Unique à Honoraires Librement Modulables...

Nous entrons dans une phase extrêmement grave de l'histoire de notre couverture sociale : le gommage de plus en plus fort des effets du tarif opposable. Comment imaginer que les soins seront accessibles à tous et au même niveau ?

L'Assurance maladie cesse d'être un régulateur possible au profit des assureurs privés qui mettraient en place, sur la base de dépassements négociés (évidemment sur un marché en concurrence), des contrats type HMO (Health maintenance organization) américains.

Loin des idées de Liberté, d'Égalité et de Fraternité... ■

1. Article 53 (article R.4127-53 du code de la santé publique) le seul à traiter des honoraires sans jamais aborder les tarifs conventionnés : Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquies des sommes perçues. Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades. Le médecin doit inscrire sur la feuille de soins le montant exact des honoraires réellement perçus.
2. Rapport de l'IGAS mars 2007, « Les dépassements d'honoraires », Pierre Aballea, Fabienne Bartoli, Laurence Esloos et Isabelle Yeni.
3. *Le Point* du 12/04/2007.

Plaidoyer pour le tiers-payant

Le tiers-payant permet de diminuer les inégalités d'accès aux soins, et pourtant les généralistes n'ont pas le droit de le pratiquer systématiquement...

Mady Denantes, médecin généraliste

Le tiers-payant est, pour le patient, une dispense d'avance des frais. Le médecin se fait régler directement par la caisse d'Assurance maladie la partie prise en charge par la Sécurité sociale : 100 % pour une consultation en lien avec une affection de longue durée prise en charge à 100 % (ALD30)¹ ; 70 % de la consultation si le malade n'est pas en ALD 30, le patient règle alors les 30 % restants au médecin.

Les pharmacies et les laboratoires d'analyses médicales pratiquent systématiquement le tiers-payant ; les médecins spécialistes y ont droit pour les actes à coefficients élevés et pour les actes en ALD.

Les médecins généralistes n'ont pas le droit de pratiquer le tiers-payant

La pratique du tiers-payant faisait partie des obligations du médecin référent². Depuis 2004³, le tiers-payant n'est autorisé et obligatoire que pour les patients bénéficiaires de la CMU et pour les consultations en lien avec les accidents de travail et les maladies professionnelles (prises en charge à 100 %).

Deux cas particuliers : les patients qui n'ont plus la CMU depuis moins d'un an⁴ et les patients bénéficiaires de l'aide à la mutualisation (dont les revenus dépassent de moins de 20 % le seuil permettant de bénéficier de la CMU, soit moins de 727 € par mois) ont droit à la dispense d'avance des frais sur la part Assurance Maladie Obligatoire.

En dehors de ces cas, le tiers-payant n'est autorisé aux médecins généralistes que sous condition d'accords locaux spécifiques

Dans beaucoup de départements, et même sans accord officiel, le tiers-payant est pratiqué par les généralistes et ils sont payés sans problèmes par leur CPAM.

Dans d'autres départements, à Paris par exemple, les remboursements des actes réalisés en tiers-payant sont aléatoires, ce qui pousse les généralistes de Paris à ne pas utiliser le tiers-payant.

Pourtant, l'accès avec dispense d'avance des frais

aux médecins généralistes devrait être privilégié et facilité puisque, médecins de premier recours et au long cours, ils sont, en théorie, la base du système de soins !

20 € en poche. G., 58 ans, retraité, vit à l'hôtel et vient me voir très irrégulièrement. En fin de consultation, je prends sa carte vitale et lui demande 21 €. Il me tend un billet de 20 € : « Désolé, mais je n'ai pas 1 € de plus ». Je m'inquiète de sa situation financière : il n'a plus que ce billet pour finir le mois. Et moi qui lui demande de revenir la semaine prochaine pour contrôler d'une vilaine plaie ? Je pratiquerai donc le tiers-payant, car il a une maladie prise en charge à 100 % (ALD30). Si la CPAM ne refuse pas ce règlement en tiers-payant, je serai payée 21 € dans les cinq jours qui suivent !

L'enfant A, 10 ans, accompagne son grand frère à ma consultation, mais c'est lui que j'examine, car il est maigre, fatigué, abattu. Il a de la fièvre et les conjonctives pâles. Je demande un bilan sanguin en urgence. L'enfant n'a pas d'argent : je pratique le tiers-payant, 14,70 € me seront réglés sur cette consultation. Une semaine plus tard, sans nouvelles d'A, mon associée et moi décidons de téléphoner aux parents. La mère nous dit avoir des soucis pour payer 21 €, nous lui proposons de venir et nous ferons le tiers-payant. L'enfant sera revu sans prise de sang et adressé aux urgences. Dans la semaine, je croise la maman dans la rue : l'hôpital n'a pas gardé l'enfant qui a un rendez-vous la semaine prochaine. Vu le soir même en urgence par mon associée, il sera réadressé, en état grave, à l'hôpital après entretien avec le senior pour être sûr qu'il soit gardé en hospitalisation. Diagnostic : Sida avec 40 CD4. Coût de l'opération pour nous : trois consultations à 21 € qui devraient être réglées 14,70 € par la Sécurité sociale, beaucoup de soucis et d'énergie dépensés. La

CPAM refuse de régler une des consultations : le tiers-payant n'est pas autorisé.

Comment soigner, entre restrictions, précarité et inégalités d'accès aux soins ?

Je travaille en association avec un autre médecin généraliste, et depuis la suppression de l'option référent, nous demandons à nos patients de régler intégralement les consultations. Mais si cela leur pose problème, nous pratiquons le tiers-payant. Le règlement par la CPAM nous est parfois refusé, et parfois même pour des patients qui y ont droit, car ils n'ont plus la CMU depuis moins d'un an, par exemple !

De plus, le tiers-payant apporte une sécurité pour le généraliste qui, terminant tard et seule ses journées, n'a ainsi plus de grosses liquidités dans son tiroir ; et, avec la télétransmission, les paiements ont lieu en quelques jours.

Le tiers-payant permet aussi de mieux gérer les urgences, car beaucoup de patients vont directement à l'hôpital pour en bénéficier.

Une simple toux. M^{me} S. 52 ans, hypertendue, a passé l'après-midi aux urgences hospitalières parce qu'elle toussait. Elle a attendu trois heures, on lui a fait une prise de sang et une radio, elle est ressortie avec une prescription de sirop pour la toux. Pourquoi est-elle allée aux urgences surchargées de l'hôpital et pas au cabinet médical où il y a une consultation sans rendez-vous tous les jours ? Parce qu'elle n'a pas su dire que son hypertension était traitée par un IEC, famille d'antihypertenseurs qui peuvent faire tousser. Il suffisait de changer de traitement ! Coût estimé du périple hospitalier : plusieurs centaines d'euros avec persistance de la toux (contre 21 € et soin adapté pour le médecin généraliste).

En France, les inégalités sociales de santé s'aggravent

C'est ce que nous apprend le BEH⁵ de janvier 2007 : l'espérance de vie à 35 ans, est de 74 ans pour un ouvrier alors qu'elle est de 91 ans pour un cadre. Commentant cette étude, Martin Hirsch, alors directeur de l'Agence des solidarités actives, écrivait : « la réduction des inégalités de santé est une fin en soi, probablement la priorité des politiques de santé, même si elle est complexe ». Et comme une publication⁶ montrait que les populations précaires consultent trop peu et trop tard, pourquoi refuser le tiers-payant ?

Le tiers-payant est un mode de paiement socialement équitable

D'après une étude en économie de la santé⁷ : « Aplanissant les effets revenus, le tiers-payant apparaît donc comme un facteur de diminution des inégalités de consommation de soins dues aux

écarts de revenus. À morbidité et couverture égales, il tend à rapprocher la dépense des assurés « moins riches » de celle des assurés plus aisés. » D'après le docteur E. Arié⁸, médecin enseignant en économie et gestion des systèmes de santé : « Tous les spécialistes de santé publique savent qu'il faut faciliter financièrement le plus possible l'accès au médecin de premier recours – c'est-à-dire le médecin généraliste – car les diagnostics et traitements précoces, susceptibles d'éviter qu'une maladie ne devienne grave, donc chère, constituent le premier facteur d'économies des dépenses de santé. C'est pourquoi, dans la plupart des pays développés, l'accès au médecin généraliste est dispensée de toute avance de frais et de franchise ; il est absurde de dissuader financièrement ce que des considérations de santé publique et d'économies de santé devraient inciter à encourager. »

Pour le CoMeGas⁹, face à ces difficultés, les médecins généralistes, premiers concernés dans l'accès aux soins, doivent disposer d'outils efficaces. Parmi eux, la dispense d'avance des frais par le tiers-payant a montré son efficacité, mais elle n'est pas prévue par la convention actuelle, d'où des disparités et aberrations suivant les CPAM¹⁰. Pour faciliter l'accès aux soins, nous demandons le droit pour chaque médecin d'utiliser le tiers-payant pour tous les patients qui en ont besoin. Largement utilisé par les confrères spécialistes pour les actes techniques, pourquoi est-il interdit ou restreint chez le médecin généraliste, médecin de premier recours ? ■

- Liste sur <http://www.ameli.fr/16/DOC/1571/article.html>
- L'option médecin référent a été supprimée en 2004, mais les médecins référents ont obtenu une prolongation de la possibilité d'utiliser le tiers-payant pour les patients dont ils étaient le médecin référent et dont ils sont le médecin traitant, jusqu'en 2009.
- Nouvel accord conventionnel entre les caisses d'Assurance maladie et les syndicats médicaux.
- Application de l'art 38 de la loi du 21 décembre 2001 relative au financement de la Sécurité sociale : les patients dont les revenus sont supérieurs à 606 € par mois et inférieurs à 727 € peuvent recevoir une aide de l'État pour payer une mutuelle. Cette aide est de 100 à 400 € selon l'âge. Par exemple, si vous gagnez 610 € par mois, et que vous avez moins de 25 ans, vous aurez une aide de 100 € par mois : une mutuelle de 400 € ne vous coûtera que 300 €. Ceux qui ont droit à cette aide ont droit aussi au tiers-payant, mais la caisse d'Assurance maladie de Paris ne le reconnaît pas toujours.
- Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* réf : « Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux » BEH, 23 janvier 2007, n° 02-03.
- BEH2005, Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002.
- CreDES bulletin d'information n° 27- mars 2000.
- Dr Elie Arié, médecin, enseignant au Conservatoire National des Arts et Métiers.
- Argumentaire du Collectif de Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins.
- Caisses primaires d'Assurance maladie.
Liste sur <http://www.ameli.fr/16/DOC/1571/article.html>

DOSSIER Modes de rémunérations et modes de soins : l'équation impossible

Christian Saout nous fait part des attentes insatisfaites des patients et des analyses des associations sur les différents modes de rémunération des soignants.

Christian Saout, vice-président du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

Changer le rapport aux soins, vers une médecine plus qualitative plutôt que quantitative. Tel est finalement l'enjeu des dernières décennies. Sous une quadruple contrainte : la montée des épidémies, la croissance des maladies chroniques, les attentes des patients à la recherche d'une relation thérapeutique respectueuse de leur détermination et la persistance d'inégalités d'accès aux soins.

Des efforts ont été accomplis pour répondre à ces enjeux. Ils sont insuffisants. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre-t-elle le droit à l'information du patient sans que pour autant, en pratique, cette information soit au cœur

de la relation thérapeutique. Les professionnels eux-mêmes ont tenté de faire évoluer leurs pratiques : fréquentant les groupes Balint dans les années soixante-dix, ils ont mis en place des cabinets de groupe dans la décennie suivante et ont animé des réseaux de soins qui se sont développés à la fin des années quatre-vingt-dix. Pour autant, la relation médecin-malade n'est guère améliorée : la durée moyenne d'une consultation est inférieure à dix minutes

à Paris et, selon certaines études, le médecin n'écouterait déjà plus son patient au-delà des deux premières minutes. Le colloque singulier reste donc toujours un singulier monologue ! Si l'on regarde du côté de la coordination des soins, l'échec est patent. À telle enseigne que le législateur du 13 août 2004 s'intéressant, une fois encore, à réformer l'Assurance maladie, a estimé

urgent de créer un dossier médical personnel « outil de la coordination des soins », croyant probablement aux vertus magiques des nouvelles technologies de l'information pour influencer sur les pratiques médicales rétives en matière de coordination des soins.

Dans un tel contexte, il est tentant de rechercher des explications dans le mode de rémunération des médecins qui repose en grande partie, mais pas totalement, sur le paiement à l'acte. On observera cependant que d'autres pays ont sauvé un paiement à l'acte sans avoir de telles incidences sur la qualité des soins. Il faut donc sur cette affaire être pondéré. La qualité des soins est avant tout le résultat de pratiques plus concertées entre professionnels et plus soucieuses de la prise en compte des attentes du patient. Ces pratiques nouvelles pourraient probablement être encouragées par d'autres modes de rémunération que la rémunération à l'acte, dont il est néanmoins vrai qu'elle « fige » la prestation.

En effet, la rémunération à l'acte ne reconnaît que ce qui est « cotable » au sens de la nomenclature. Et dans notre pays, cette nomenclature a essentiellement pris en compte le curatif, laissant de côté la prévention, l'éducation thérapeutique et la coordination des soins. Ce n'est que très récemment que des efforts ont été faits pour intégrer certaines de ces dimensions dans la cotation : forfait de 40 € pour l'inclusion dans un protocole de soins d'affection de longue durée, consultation de prévention des plus de soixante-dix ans, intégration du patient diabétique dans un programme d'éducation thérapeutique.

« Du côté de la coordination des soins, l'échec est patent. »

La rémunération à l'acte pousse aussi à la multiplication des consultations pour rechercher l'amélioration du revenu. Incapable de conférer au médecin un rôle d'expertise diagnostique convenablement rémunérée, comme dans d'autres pays occidentaux comparables au nôtre, les médecins, à la recherche d'un revenu en rapport avec leur niveau de formation, n'ont pas d'autre solution que de multiplier les actes au détriment de la qualité de la prestation. Leurs organisations syndicales, pour un grand nombre d'entre elles, n'ont fait que confirmer ce tropisme vers la recherche de « l'effet volume » : la multiplication des consultations au service de l'augmentation du revenu des médecins plutôt que le positionnement de l'exercice professionnel sur un chemin d'excellence adéquatement rémunéré.

Par ailleurs, la rémunération à l'acte n'a pas permis de donner son plein effet au parcours de soin voulu par les auteurs de la loi sur l'Assurance maladie du 13 août 2004. D'ailleurs, ce parcours de soin se borne à identifier une porte d'entrée dans le système de soin : le médecin traitant. Ce ne serait pas si mal si cette porte d'entrée n'ouvrait pas sur un « parcours de tarifs ». Ce serait encore mieux si, à l'instar du médecin référent, elle identifiait des solutions pour faciliter conjointe-

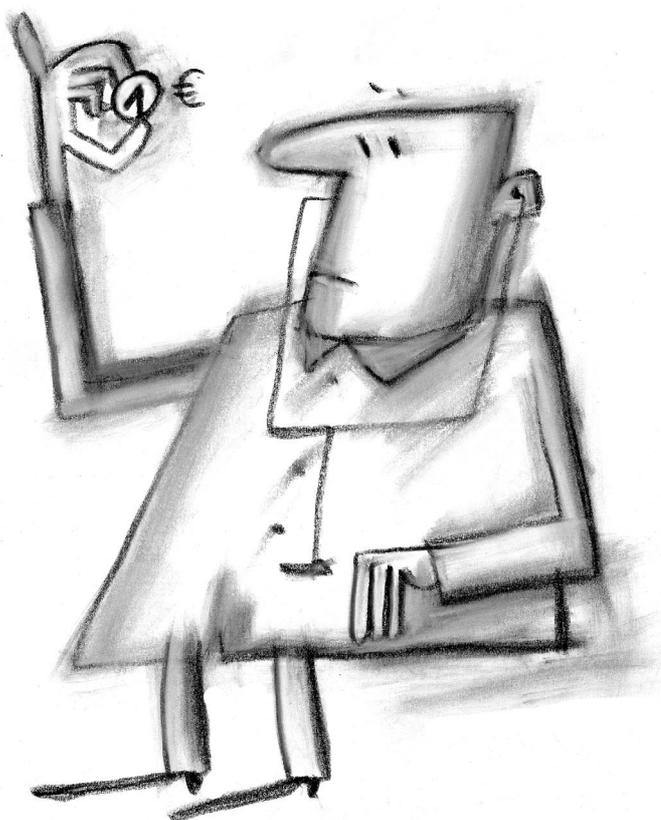
ment l'accès aux soins et la qualité des soins. C'était tout l'intérêt du tiers-payant dans le modèle du médecin référent. Nous aurions dû poursuivre dans cette voie à la recherche d'un contenu pour un parcours de soin personnalisé avec une rémunération forfaitisée. Nous ne l'avons pas fait. Nous avons même défait le médecin référent pour le remplacer par le médecin traitant... réduit, comme nous l'avons dit, à une porte d'entrée.

Enfin, la rémunération à l'acte est un « pousse au crime ». Comme l'ont tragiquement montré les enquêtes successives du Fonds CMU, des associations et de la presse. Si des forfaits de prise en charge pour une pathologie donnée existaient, les spécialistes ne pourraient pas, comme ils l'ont fait, écarter les bénéficiaires de la CMU de l'accès à leur cabinet. Avec eux, la médecine qui soignait est devenue la médecine qui refuse les soins. C'est inacceptable dans un pays où la rémunération des médecins repose sur un financement

socialisé par les cotisations patronales et salariales et par l'impôt. D'ailleurs, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, saisie par le CoMeGas (Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins) et par le CISS, a estimé que l'attitude des spécialistes constituait

« La rémunération à l'acte est un "pousse au crime". »

.../...



bien une discrimination passible de sanctions. Les enquêtes menées par les associations ont révélé, comme un peu plus tard les manchettes spectaculaires de certains quotidiens, que les dépassements d'honoraires étaient devenus « monnaie » courante. Si, dans certains secteurs, il est difficile de trouver une offre de soin à tarif opposable, il est des domaines où il est devenu aujourd'hui impossible de trouver une consultation sans dépassement. Ainsi dans l'enquête du Collectif interassociatif sur la santé réalisée en mars 2007, 41 % des français déclaraient avoir été confrontés au cours des trois dernières années, eux-mêmes ou l'un de leurs proches, à un supplément non remboursé. Et bien que la loi, en l'espèce le Code de déontologie des médecins, prévoit que ces dépassements doivent être appliqués avec « tact et mesure », ce n'est largement plus le cas. Des niveaux de dépassement très élevés, loin des deux critères évoqués, sont appliqués en médecine générale et de spécialité, comme l'a d'ailleurs confirmé un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales remis cette même année 2007, même si l'étude du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie rendue publique également en ce début d'année 2007 semble tempérer légèrement le phénomène des dépassements estimé choquant par bon nombre de concitoyens.

Les hypothèses de secteur optionnel qui ont été évoquées aboutiraient à des dépassements « encadrés ». Ce serait une première avancée, mais à condition que le secteur 2 disparaisse totalement. Dans ce cas, le secteur optionnel ne serait qu'une manière de rouvrir la discussion sur l'adéquation de la rémunération de la consultation médicale. Personne n'est opposé à une juste rémunération de l'acte, à un étage supérieur à ce qu'il est actuellement, mais à une seconde condition : c'est que l'on distingue aussi entre l'acte

diagnostic et l'acte administratif, comme la délivrance d'un certificat médical par exemple. Or, les médecins reconnaissent aujourd'hui qu'une part non négligeable de leur activité, près de 50 %, est composée de tâches « administratives » qui pourraient être réalisées par d'autres professionnels du soin. En même temps, il est curieux de les voir s'opposer à la délégation des tâches ou au transfert de compétences vers ces autres professionnels du soin !

Comme on le voit, la réflexion entre acteurs privés et publics reste tributaire d'une approche de la rémunération médicale par l'acte. Il est probable que nous pourrions faire émerger autour de ce mode de paiement des solutions pour une meilleure qualité et une meilleure coordination des soins. Mais pas totalement : la forfaitisation de certains « profils thérapeutiques » doit permettre de garantir la qualité et la coordination des soins pour ceux qui en ont le plus besoin.

La difficulté, comme d'habitude dans notre bon vieux pays, c'est que nous nous enfermons dans un cadre de réflexion, comme une sorte de chaussette à taille unique dans laquelle chacun est prié d'enfiler son pied quelle qu'en soit la conformation, alors que les patients n'ont pas tous les mêmes attentes en matière de suivi ou de coordination de leur profil thérapeutique, et que les médecins eux-mêmes n'ont pas tous les mêmes aspirations professionnelles.

Si, pour une fois, nous changeons de perspective en essayant de reconnaître le monde réel tel qu'il est, nous pourrions convenir d'adopter, pour notre intérêt commun de meilleure santé publique, des modes de rémunération différenciés en fonction de réponses médicales différenciées à des besoins différenciés ! ■

Changer de formes de rémunération pour changer de pratiques ?



Un médecin est-il payé simplement pour vivre dignement ? Les honoraires qu'il perçoit en font-il un notable ? Quand c'est la Sécu qui solvabilise la clientèle, il y a un paradoxe à éclairer. Qu'est-ce qui fait courir les docteurs, qu'est-ce qui les fait tenir aussi ? L'argent n'est pas tout, bien d'autres choses s'échangent au cours des consultations.

Païement à l'acte ou au forfait, salariat : chaque mode de rémunération a ses avantages et inconvénients. Passer de l'un à l'autre entraîne des modifications dans la pratique des professionnels, mais les comparaisons sont difficiles à interpréter.

Allons voir ce qui se passe ailleurs. Cinq exemples à l'étranger, étudiés sous des angles variés, permettent d'entrevoir les enjeux : qui paye, comment et pour quoi ? Nous n'apportons pas de réponse toute faite. Le paiement direct à l'acte a montré ses limites. L'épuisement des professionnels, leur insatisfaction, ainsi que celle des usagers, disent l'urgence à innover. —

Que disent les économistes

Paiement à l'acte, capitation ou salariat : avantages et inconvénients.

La rédaction de *Pratiques*

Il y a une littérature abondante sur les avantages théoriques des modes de rémunération. Trois sont en général évoqués : le paiement à l'acte, la capitation et le salariat.

L'avantage qui est généralement et théoriquement accordé au paiement à l'acte est qu'il rémunère une relation directe. Le professionnel étant payé par le patient, il y a une incitation à la qualité. Pour le patient, qui peut mettre en concurrence les professionnels, car il peut en changer, il y a un mode de contrôle en fonction de la satisfaction qu'il retire, ou non, des services du professionnel. Mais il n'induit pas une vision globale du soin et n'incite pas à la prévention. Il incite plutôt à conserver le patient au détriment de la coopération entre professionnels : pour maximiser son revenu, le professionnel a intérêt à multiplier les actes. Telle est la critique fondamentale adressée à la rémunération à l'acte.

Dans le cas de la capitation, au contraire, le professionnel a intérêt à minimiser le recours à ses services par le patient pour maximiser son temps de loisir. Il a de plus intérêt à faire de la prévention pour que le patient le voie moins souvent. Il y aurait là un élément vertueux de la capitation. Le patient peut, à condition que le nombre de professionnels soit suffisant, changer de praticien assez régulièrement, l'incitation à la qualité pour le praticien, au bénéfice du patient, est maintenue.

Le salariat, lui, a les avantages de la capitation. Mais il n'y a pas cette mise en concurrence, car le salariat est un mode de rémunération qui s'inscrit dans une organisation hiérarchique. Dans cette organisation, tous les salariés doivent répondre de leur efficacité, à une hiérarchie qui les contrôle. Le contrôle ne s'exerce pas par le contrat entre le professionnel et le patient.

Voilà quels sont les discours théoriques. Il y a eu quelques études empiriques pour tenter de vérifier si ces données théoriques correspondaient à une réalité.

Ce type d'études est très difficile à faire, puisqu'il faudrait pouvoir comparer, dans un même contexte, des médecins qui travailleraient avec un paiement à l'acte et d'autres qui travailleraient à la capitation ou comme salariés. Si on compare dans des contextes différents, on a des facteurs de confusions culturels, économiques et sociaux. On dispose de quelques écrits qui s'appuient sur des cas où l'on a pu comparer des médecins qui pratiquaient dans des environnements « équivalents ». Mais il n'y a pas suffisamment d'études de ce type pour que ce soit très conclusif.

Certaines des études disponibles vont dans le sens de la théorie, mais d'autres ne retrouvent pas ce qu'on attendait, parce qu'il y a d'autres facteurs qui interviennent : le contrôle par les pairs, le mode de formation, la représentation que le professionnel se fait de son exercice, l'environnement social... des aspects sociologiques donc. Dans la vision purement économique, le médecin est censé réagir aux stimulations financières pour optimiser le rapport travail/loisir. C'est plus complexe dans une vision sociologique, dans laquelle on prend mieux en compte la réalité des comportements des professionnels.

Les études empiriques, même si elles confirment plus ou moins certains points de la théorie, ne sont donc pas suffisantes pour être déterminantes.

D'autant que la question est moins de savoir quel est l'effet immédiat du mode de rémunération que de savoir ce qu'il induit en terme de politique de santé et de construction du système à long terme : dans cette perspective, on peut penser que la rémunération à la capitation induit, à terme, un mode de pratiques et une structuration du système de soins fondamentalement différente de ce qui est induit par le paiement à l'acte. ■

La coopérative

Un médecin généraliste, qui a exercé le métier de menuisier dans le cadre d'une coopérative ouvrière, donne des pistes pour établir une juste rémunération. Une réflexion citoyenne.

Jean-Louis Gross, médecin généraliste

Quelle est la juste rémunération d'un médecin généraliste :

- Celle d'un cadre supérieur ne lésinant pas sur le nombre d'heures ?
- Celle d'un correspondant spécialiste, moins combien de pour cent parce que « quand même, ils ont plus travaillé que nous pour passer le concours de l'internat » ?
- Le revenu moyen de nos patients ?

Avant même de se demander si nous devons être rémunérés à l'acte, à la capitation, au forfait selon nos activités, il est important de répondre à deux questions : combien et pourquoi une rémunération ?

C'est auprès des valeurs défendues par les coopératives ouvrières de production que des éléments de réponse honnêtes peuvent émerger.

Sur le pourquoi de la rémunération, ces entreprises de l'économie solidaire mettent l'argent au service de l'homme et non pas l'homme au service de l'argent. La question ne se pose donc pas dans le sens « combien vaut mon travail, que vaut ma force de travail », mais plutôt sous la forme « de quoi ai-je besoin, pour vivre dignement ? ».

Soyons clair, il ne s'agit en aucun cas de mettre les médecins au Smic, mais de considérer la juste rémunération des professionnels de santé comme un problème concernant l'ensemble de la société. Dans nos entreprises coopératives (au moins dans les plus démocratiques), les revenus sont décidés par les assemblées générales où chaque travailleur associé s'exprime sur la base « un homme, une voix » et ceci quel que soit le montant de son capital détenu. Sans tabou sont mises à plat les différentes équations de la rémunération : les besoins de chacun, les possibilités économiques de l'entreprise, les besoins liés à l'environnement et au

marché du travail, les responsabilités prises par chacun au sein de l'entreprise.

Nous voyons, dans la plupart de ces entreprises, un écart réduit entre les faibles et hautes rémunérations. Cela va du salaire égalitaire à un écart raisonnable permettant de trouver des cadres dirigeants sur le marché de l'emploi, en restant à des niveaux bien inférieurs aux entreprises capitalistes. Cela est juste, car les besoins d'un cadre ne sont pas fondamentalement différents de ceux d'un ouvrier. Ainsi ce sont naturellement des militants sociaux qui sont à la tête de ces entreprises. C'est le marché du travail et la société ultra-libérale qui attribue une valeur ajoutée à tel ou tel type de profession. Nous avons là une reproduction de classe sociale. Le terme de lutte de classe n'est pas l'apanage de nostalgiques du communisme, mais bien une exclusivité d'un système qui décide que les riches doivent gagner plus que les pauvres.

Il faut mettre définitivement de côté l'argument fallacieux du nombre d'années d'études. En effet, la vie d'étudiant n'a rien à envier à la vie d'apprenti ou d'ouvrier. Tandis que les premiers vont faire du sport ou vont au cinéma (ou en boîte) pour se reposer, les seconds n'ont que l'épuisement et la somnolence devant la télévision pour se reposer d'une journée à l'atelier ou sur le chantier. Où se trouve donc le mérite qui justifierait une rémunération x fois supérieure ?

Ce modèle n'est pas applicable au système de distribution de soins actuel. Par contre, nous avons à prendre en compte cette réflexion lorsque nous comparons notre revenu à celui d'autres professionnels de santé. La transparence, la finalité de la rémunération qui ne doit pas être au travail effectué, mais bien rester un moyen permettant à l'homme de vivre dans la dignité, sont autant d'éclairages permettant une analyse citoyenne et non corporatiste. ■

Rétribuer ou honorer

Percevant des honoraires, les médecins sont-ils des notables plus soucieux de leur situation que de la santé publique ? Quand la Sécu rend solvable la clientèle, il y a un paradoxe que la philosophe nous aide à éclairer.

■ **Christiane Vollaire**, philosophe

Le corps humain ne peut pas être une marchandise, et la santé n'a pas de prix. À l'aune de ces deux affirmations, il devrait être impossible d'accorder une valeur financière au soin, et l'exercice de la médecine ne saurait être que celui d'une abnégation. C'est ainsi que l'envisage Jacques Jouanna dans le chapitre de *l'Histoire de la pensée médicale en Occident* consacré à Hippocrate : « Le médecin sait que le drame reste celui du malade en proie à sa maladie et que lui, le médecin, ne peut qu'apporter une aide. Comment le fera-t-il ? Par son savoir sans doute, mais aussi par son dévouement plein d'abnégation. »¹

Drame, aide, dévouement, c'est exclusivement en termes émotionnels qu'est évoqué ici le problème de la maladie, dans le recueillement du « colloque singulier » entre médecin et malade. Tout au plus pourra-t-il y avoir, de l'un à l'autre, rétribution par honoraire, comme une reconnaissance généreuse de l'art médical par le patient qui en est tributaire.

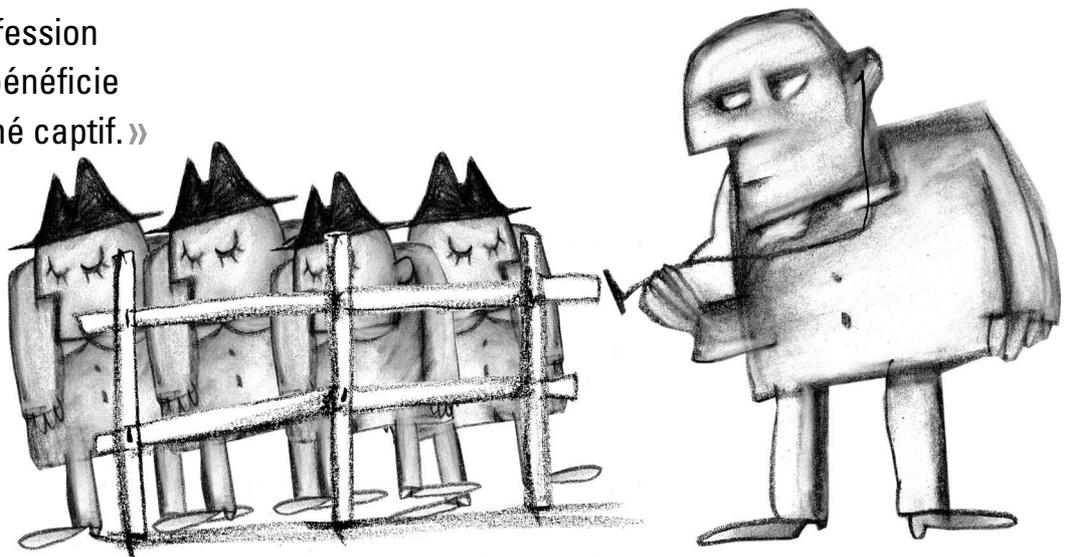
Mais actuellement, la représentation du « colloque singulier » paraît, dans une très large mesure et dans de nombreux cas, avoir volé en éclat sous les coups de boutoir d'une omniprésence technologique, et le médecin, à bien des égards, ne sert plus que d'interface entre les complexités d'un système de santé et la réalité d'un patient. Pourtant, demeure, comme une séquelle, cette pratique de la rétribution par « honoraires ». Et la pratique contemporaine du paiement à l'acte ne fait que la reconduire, comme si elle garantissait paradoxalement que perdue, à la façon d'un spectre, la fiction d'une relation duelle.

Ce sont les enjeux de cette fiction qu'on voudrait examiner, parce qu'ils interrogent la représentation que le médecin lui-même se fait de son travail.

Un décalage troublant

Dans le premier chapitre d'un ouvrage paru en 2002, Martine Bungener et Isabelle Baszanger, à partir de divers sondages parus dans la revue *Le*

« La profession
médicale bénéficie
d'un marché captif. »



Généraliste, faisaient état d'un décalage troublant entre les réalités de l'exercice médical et les représentations qu'une majorité de médecins se font de leur profession comme essentiellement libérale : « On peut s'étonner que les médecins généralistes n'évoquent jamais le fait que la profession médicale dans son ensemble bénéficie d'un marché captif, financé collectivement par les cotisations obligatoires d'Assurance maladie, et donc d'une clientèle solvable – ce dont bien sûr les professions libérales hors secteur de la santé ne bénéficient pas. »²

L'ouvrage montrait ainsi précisément la multiplicité des médiations dont la rétribution médicale est le lieu. Dans une période où les coûts des soins sont liés aux coûts de développements technologiques de plus en plus complexes, la notion duelle d'« honoraires » est une fiction, parce que le rapport médecin-patient est financièrement tributaire d'un contexte économique qui le dépasse, mais qui le conditionne intégralement, et dont les systèmes de remboursement, étatiques ou privés, sont la clé.

L'apparition de la double moralité au XIX^e siècle

Si l'on examine maintenant, dans le dictionnaire *Robert*, la définition de professions libérales, telle qu'elle s'établit en 1845, sous la France embourgeoisée de Louis-Philippe, on trouve la définition suivante : « Professions libérales : de caractère intellectuel (architecte, avocat, médecin, etc.), que l'on exerce librement ou sous le seul contrôle d'une organisation professionnelle. »

L'exercice libéral désigne ainsi une forme de notabilité sociale, telle que Balzac ou Flaubert en dresseront le portrait à travers la France du XIX^e siècle. Cette notabilité place les professions bourgeoises hors de tout contrôle hiérarchique ou étatique, et pour cela même les inscrit dans un système de corporation qui défend leurs intérêts professionnels face à la puissance de l'État. Dans *Le Système totalitaire*, Hannah Arendt analyse de façon implacable la « double moralité » à laquelle est ainsi conduite la bourgeoisie libérale qui se fonde au milieu du XIX^e siècle, dévoyant les revendications politiques de la révolution française liées à l'exigence de citoyenneté, en les intégrant dans un système de recherche du profit : « La distinction entre vie privée et vie publique ou sociale n'avait rien à avoir avec la séparation justifiée entre les sphères personnelle et publique, elle était plutôt le reflet psychologique de la lutte entre le bourgeois et le citoyen au XIX^e siècle, entre l'homme qui jugeait et utilisait

toutes les institutions publiques à l'aune de ses intérêts privés, et le citoyen responsable qui se préoccupait des affaires publiques comme étant les affaires de tous. »³

Ce « bimoralisme » analysé par Arendt peut s'appliquer mot pour mot à la position du médecin notable, « utilisant les institutions publiques à l'aune de ses intérêts privés ». Or c'est cette position qui semble faire l'objet d'une véritable nostalgie dans les représentations médicales contemporaines, dont Baszanger et Bungener décrivent l'aveuglement corporatiste face à la réalité actuelle du contexte socio-économique. Si l'on définit en effet comme « libérale » une position libérée des contraintes étatiques, alors il est clair qu'une profession, dont l'exercice dépend des complexités d'un système de remboursement national, ne peut en aucun cas se présenter comme libérale. C'est en ce sens que les auteurs opposent en particulier les professions médicales aux professions juridiques.

Le maintien de la rétribution par « honoraires » est lié à cette revendication dix-neuviémiste de pouvoir et de notabilité, qui pousse le médecin ou le pharmacien à embrasser assez systématiquement ce qu'on appelle une « carrière politique », à s'intégrer à la caste dirigeante, par ce bimoralisme qui tend à confondre responsabilité politique et défense des intérêts privés. C'est pourquoi les auteurs peuvent ajouter : « Les généralistes demandent beaucoup aux pouvoirs publics pour assurer le maintien de leur niveau de vie et la pérennité du système de santé, tout en continuant à revendiquer les privilèges associés au caractère libéral de leur profession. »⁴

Les impasses du corporatisme médical

Sont ici pointées les impasses du corporatisme médical, qui érige le bimoralisme dénoncé par Arendt en système de revendication catégorielle. La médecine devient ainsi le lieu même du conflit d'intérêt qui structure la bourgeoisie libérale : faire de l'institution publique la garante du jeu des intérêts privés, sans souci du collectif. C'est évidemment de la même logique que relève ce qui, loin d'être une survivance dans le système hospitalier, en est au contraire l'une des institutions : le service privé, parasite paisiblement lové, en toute impunité, au sein de l'hôpital public.

Il ne s'agit pas ici seulement d'un système de médecine à deux vitesses, mais d'un véritable parasitage des investissements publics par la

« La médecine française n'a cessé, depuis le XIX^e siècle, de s'aveugler sur sa place véritable. »

.../...

privatisation d'une sorte de retour sur non-investissement.

C'est enfin de cette logique que relève la pratique ahurissante du « dépassement d'honoraires », qui rend les exceptions plus nombreuses que la règle, et produit de ce fait une organisation aussi injuste que livrée à l'aléatoire. On est alors évidemment au plus loin de la mystique de l'« abnégation ». Mais cette mystique déréalisante, loin de proposer une sorte d'idéal de désintéressement comme finalité de l'exercice médical, conduit au contraire, par son irréalisme même, à en rendre indifférenciés tous les abus, parce qu'elle fait obstacle à une analyse efficace et authentique des conditions réelles de l'exercice médical.

Il n'y a aucune raison d'exiger du médecin la moindre abnégation, mais on doit au contraire lui reconnaître la légitimité d'une rétribution équitable. Et c'est pour cette raison même qu'on est en droit de dénoncer les rémunérations abusives dont il peut être l'objet.

Les obstacles à la transparence

On peut affirmer que ces abus relèvent, qu'ils soient ou non officialisés, d'un régime de corruption. La corruption n'est en effet rien d'autre qu'une rupture introduite au sein de la communauté sociale, un régime d'exception ouverte ou larvée qui opacifie les rapports économiques et trouble l'ordre de la représentation collective. Et c'est bien de ce trouble que participe la privatisation larvée de l'espace public. Mais, en outre, ils introduisent dans l'esprit du public une sorte de normalité de la non-transparence, un caractère ordinaire et acceptable du dessous de table, qui ne cesse de circuler, tout autant clandestin que de notoriété publique, dans tous les rouages de l'espace médico-hospitalier.

Si l'exercice de la médecine est un art (au sens où il exige une réelle plasticité mentale), la profession médicale est un métier qui, comme tel, mérite salaire. Un métier qui ne peut s'exercer efficacement que dans la transparence d'un échange plutôt que dans l'opacité d'un racket. Mais aussi dans la continuité d'un suivi, plutôt que dans les ruptures successives d'une série d'« actes ».

C'est pourquoi on peut aussi en tout point opposer une politique du forfait à une politique de l'acte : le forfait intègre cette continuité réelle de l'exercice médical, qui pourrait seule actualiser et rendre possibles les conditions d'une relation duelle entre médecin et patient, et offrir ainsi une place non pas à la fiction du « colloque sin-

gulier », mais à la réalité d'un échange contextualisé. De la même manière, une politique du réseau, intégrant la nécessité réaliste de la continuité des prises en charge et des soins par les différents acteurs de la santé, favoriserait pour le patient la possibilité de se sentir intégré dans un tissu de relations humaines autant que professionnelles. Et c'est ce que revendiquent, en particulier par la voix du Syndicat de la Médecine Générale, un certain nombre de médecins qui dénoncent les corporatismes archaïques de leur institution au nom d'une position authentiquement sociale.

La médecine française n'a cessé, depuis le XIX^e siècle, de s'aveugler sur sa place véritable, qui est l'interface qu'elle occupe entre les vastes systèmes de profit financier que sont les laboratoires et les compagnies d'assurances, et les exigences d'un espace public démocratique qui est celui du droit à la santé. Cette interface n'est pas seulement un espace intermédiaire, mais un véritable lieu de conflits, et c'est de ces conflits qu'un Etat représentatif d'une société civile devrait se faire arbitre. L'Ordre des médecins, par ses nostalgies corporatistes de notabilité, a depuis longtemps basculé du côté d'une soumission sans condition aux pressions des groupes pharmaceutiques et des assureurs. Et, face à un État qui ne joue plus son rôle de contrepoids, mais devient au contraire, par la droitisation de ses dirigeants, le représentant privilégié des puissances industrielles, la rémunération des médecins, au regard de la diversité sociale et économique des patients, est devenue un véritable enjeu de santé publique.

Dans tous les cas, selon la formule de Virchow défendant en Allemagne en 1848, dans la période même de l'irruption de l'exercice libéral français, le concept de santé publique : « La formation médicale n'est pas faite pour offrir à des individus une solution pour gagner leur vie, mais pour rendre possible la sauvegarde de la santé des gens. »⁵ Dans un milieu médical français corporativement formaté par l'Ordre qui le représente, une telle affirmation ne relève toujours pas de l'évidence, mais de l'exigence éthique la plus difficile à imposer. ■

1. Dir. Mirko D. Grmek, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, t.1, Seuil, 1995, p. 97.

2. Dir. Isabelle Baszanger, Martine Bungener et Anne Paillet, *Quelle médecine voulons-nous ?*, Ed. La Dispute, 2002, p. 32.

3. Hannah Arendt, *Le Système totalitaire*, Seuil, 1972, p. 62-63.

4. *Op.cit.*, p.32

5. In *Histoire de la pensée médicale en Occident*, t.3, p. 311.

Donner et recevoir

En 2001¹, une généraliste affirmait que la valeur du métier de médecin passait par le plaisir de la reconnaissance entre soignant et soigné. Aujourd'hui, en 2007, elle raconte comment l'épuisement lié à la désorganisation de l'accès aux soins entame ce bonheur du donner et recevoir.

Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Une réalité économique diversement vécue

Qu'est-ce qui fait courir les docteurs ? L'argent et la notoriété, comme pourrait le faire croire la mine toujours bronzée et satisfaite de certains, ou l'allure triste et hautaine de ceux qui collectionnent les actes et les chèques qui vont avec ?

Mais c'est bien sûr plus subtil. Car il y a la réalité des charges économiques, les URSSAF, les retraites, les loyers, les frais de personnel. Généralistes en secteur conventionné 1, nous sommes tous surmenés à nous battre contre le sommeil et le mal à la tête, pris dans la nécessité de faire tourner le cabinet, de soigner au mieux nos patients et de ne pas délaissé notre vie personnelle. Le paradoxe est là : plus on expédie les patients, plus on gagne vite sa journée. Plus on est consciencieux dans des tarifs accessibles, plus il faut d'heures de travail.

La quête de la reconnaissance

Mais quels que soient nos modes d'exercice, lents ou rapides, nos contraintes ou nos besoins financiers, nous sommes un certain nombre à nous doper à la salle d'attente ou au carnet de rendez-vous pleins, à nous nourrir de la reconnaissance de nos patients.

Reconnaissance. Le mot est dit, dans sa généreuse polysémie. À la fois, la gratitude, l'autorisation d'exister, la bienveillance du regard, la notion du connaître, celle du savoir intellectuel et de la connaissance charnelle de la littérature amoureuse ancienne, distance et intimité, altérité et proximité. Avec ce préfixe « re » qui signe le plaisir du lien dans le temps, des retrouvailles, du retour en arrière, de l'attente du prochain rendez-vous.

La reconnaissance est un besoin légitime de tout être humain, et bien sûr des médecins. Mais chez eux, cela se joue de façon singulière du fait des

enjeux de vie et de mort, et de la qualité singulière de l'intimité du soin où la reconnaissance est mutuelle ; c'est ce qui en redouble la valeur.

Plaisirs et périls de l'aventure partagée

À la question « Qu'est ce qui fait courir les docteurs ? », répond en écho une autre interrogation : « Qu'est ce qui fait tenir les docteurs ? » « Comment ne pas rendre sa blouse ? Car on n'est pas obligé d'en crever » pour reprendre les mots de Martin Winkler/Marc Zafran dans *La maladie de Sacks*. Ce métier, pour peu qu'on le prenne au sérieux est dur, affecte durablement. L'argent ne suffit pas, sauf à ceux qui sont anesthésiés, blindés dans leur pouvoir et leur savoir. Or cela, nos pouvoirs publics et les instances syndicales traditionnelles ne le perçoivent pas ou n'en tiennent pas compte.

On tient, je crois, par le plaisir de donner et de recevoir, par le plaisir d'inventer à deux, patient et médecin, ou même à plusieurs, avec les autres intervenants, familiaux, sociaux, hospitaliers. L'attention portée par le médecin à son patient, l'écoute des symptômes, le contact du corps renvoient à des expériences fondamentales, du corps à corps du nouveau-né qui tête, du petit qui tient et lâche la main dans l'apprentissage de la marche, de la rencontre amoureuse.

Forcément, cela crée des liens, des liens d'affection qui portent le patient, mais aussi le médecin qui s'en trouve enrichi.

Les médecins donnent, mais ils reçoivent aussi. Et ça, ça se situe au-delà des honoraires sonnants et trébuchants. Justement les gens nous font l'honneur de leur confiance, l'honneur de nous confier quelque chose de leur histoire, de nous embarquer avec eux. Cela vaut tous les voyages aux Seychelles des congrès de ceux qui précisément

« Qu'est-ce qui fait courir les docteurs ? »

.../...

choisissent de ne pas écouter pour faire tourner plus vite leur tiroir-caisse.

Le problème est malgré tout la fatigue de randonnée. Même pour les bonnes nouvelles, la grossesse tant attendue qui arrive, les bons résultats d'un scanner après des semaines d'inquiétude, cela nous remue. Le paysage est beau, mais nous avons alors les mollets fatigués. Et parfois, souvent, la randonnée nous conduit dans des endroits terribles, arides, des lieux actuels d'exclusion, de chômage, de maladie grave, et aussi dans des espaces imaginaires plus anciens de l'enfance de nos patients, ou de leurs ancêtres. Certains jours, la consultation se passe dans les tranchées de la guerre de 1914, dans une prison de la guerre d'Algérie, ou dans une ferme entre une marâtre et une petite fille. Alors, après ces voyages-là, où l'adulte en face de nous a pu se délivrer un peu de ses souvenirs, il faut décrotter, dépoussiérer ses propres bottes et sa chemise. Bien sûr, il y a le plaisir partagé où enfin quelqu'un a

tendu la main à quelqu'un d'autre, mais au prix d'une réelle énergie, car il faut y être vraiment.

Cela est vrai au niveau de l'imaginaire et du psychisme. Mais aussi dans la « banale » enquête biomédicale. Il y a un vrai plaisir à chercher, à construire des hypothèses diagnostiques, à les explorer, à vérifier dans

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

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

Les cadeaux qui attestent

Dans l'espace mutuel où professionnel et patient s'offrent le don de la confiance, de l'intimité, il y a une asymétrie à double niveau. D'une part, le danger de la maladie est du côté du patient, mais l'agressivité en cas d'aggravation des choses peut être dirigée contre le médecin. La peur de l'erreur diagnostique

et d'éventuelles suites judiciaires sont aggravés par les concepts modernes de « contrat », de « client », et de « normes de qualité des soins » qui mésestiment tout l'arrière-plan relationnel du soin. Or il y a toujours dans le don, en plus du plaisir de la générosité, une dimension de lutte et de rivalité, « où on fait alliance pour ne pas se faire la guerre »². Ce poids de gravité est présent, quelle que soit la chaleur des relations, et même d'autant plus. Nous n'aimons pas soigner nos proches.

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

Les patients le savent, ceux qui nous offrent des cadeaux, qui attestent qu'ils savent qu'on a donné plus que le minimum exigé dans le registre de la médecine biomédicale. Les cadeaux symbolisent quelque chose de notre lien, cadeaux faits de leurs mains, confitures, fleurs du jardin, dessin d'enfant ou peinture d'artiste, objet d'artisanat, ou cadeaux qui ont à voir avec le plaisir de la fête qu'ils me souhaitent partager avec les miens, champagne ou porto selon leurs racines, chocolats, etc.

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

Une laïcité aux confins du sacré

Mais les cadeaux ont peut-être à voir avec le sacré. Le médecin figure par sa fonction la précarité de la condition humaine, l'existence de la mort, les interrogations sur l'au-delà. À la suite d'Alain Caillé, le directeur de la revue du Mauss, qui pose bien dans son dernier ouvrage, *L'anthropologie du don*, la différence entre don et sacrifice, mais qui en souligne les proximités, on peut mieux positionner le don en médecine. Car quelqu'un, le malade, est menacé d'être « sacrifié », mais le médecin aussi, qui peut ou se tuer à la tâche, ou être condamné en cas de suites judiciaires lors d'une issue tragique.

Les cadeaux offerts au médecin ont peut-être à voir avec les offrandes faites aux dieux d'autres

« Les médecins donnent, mais ils reçoivent aussi. »

« Mais les cadeaux ont peut-être à voir avec le sacré. »

civilisations et à la mémoire des morts, pour les honorer, avoir leur protection, et les mettre à distance. Le médecin fait office d'interface avec la douloureuse question de la mort. Une patiente qui m'avait offert un bol de soupe à la fin de mes visites tardives pendant toutes les dernières semaines de son mari, continue à m'apporter de temps en temps un bocal de soupe, qui symbolise, je crois, l'effort qu'elle fait pour faire la cuisine et s'occuper d'elle malgré le chagrin du deuil, pour me remercier et prendre soin de moi, et pour rappeler le souvenir du défunt.

Il ne s'agit pas de prendre une assurance sur la vie ou l'au-delà, mais de symboliser la primauté du lien, de l'alliance comme gage de vie contre la guerre ou la mort.

C'est autour de cette certitude que se joue le plaisir de donner et recevoir en médecine.

L'espace et le temps du collectif

Cela se joue dans la relation à deux, mais dans le collectif. Certains réseaux de soins travaillent vraiment ensemble, dans la transdisciplinarité, certains avec les associations de patients comme autour du Sida, ou avec les habitants-relais.

Modestement, on peut aider à ce qu'une professeur de français de classe de 4^e allie une lecture de texte de littérature amoureuse à la visite collective du planning familial du quartier, en lien avec l'infirmière scolaire et le professeur de biologie à propos de la pilule du lendemain. C'est ce qu'on appelle de la santé communautaire. Personne ne va nous payer pour cela, sauf notre bonheur commun à partager avec d'autres du beau et de l'utile. Réfléchir à plusieurs, participer à une élaboration sur le métier constituent un « salaire » réel. Ceux qui tiennent malgré le surmenage sont ceux qui s'ancrent dans le collectif, et qui prennent le temps du ressourcement. Le temps de l'analyse politique et sociale comme à *Pratiques*, le temps d'un travail sur le relationnel et le psychique, et aussi du temps pour soi, de la créativité et de l'art, du chant, du théâtre, du dessin, de la rêverie et de la balade.

Or tout cela est méprisé. Toutes les tentatives de se doter d'expériences collectives sont sabotées par les politiques et les instances syndicales classiques, par l'Ordre des médecins.

Comment alors faire comprendre à nos gouvernants, à nos technocrates, à nos confrères qui parfois le pressentent, mais l'oublent, aux étudiants, et surtout à la population qu'il faut se doter d'un système de soins et de rémunérations où toutes ces données soient prises en compte ?

« Ceux qui tiennent malgré le surmenage sont ceux qui s'ancrent dans le collectif. »

Et aujourd'hui en 2007 ?

Aujourd'hui, six ans après, l'auteure de ces lignes dit sa colère : comment parler du plaisir du métier quand l'épuisement est en première ligne ? Quand les difficultés d'accès aux soins rendent nécessaires de veiller personnellement à la prise des rendez-vous si on veut avoir rapidement des soins de qualité dans un cadre remboursé par la Sécurité sociale, quand le poids des conditions de vie des patients, de l'insécurité matérielle ou morale altèrent leur état de santé, quand le travail de coordination est dévalué, quand les contraintes du paiement à l'acte font que l'écoute, le travail en équipe, la prévention, la coordination des soins relèvent du bénévolat, quand ce qui nous fatigue le plus, c'est le temps des coups de fils, des courriers, du « service après vente » après consultation ? Quand les problèmes de démographie médicale et la désaffection de la médecine de première ligne transforment les généralistes en une espèce menacée de disparition, quand la valeur symbolique de la relation thérapeutique est étouffée par la fatigue ?

Pourtant, nous sommes encore quelques-uns à penser qu'il faudrait pouvoir tenir. Car notre métier, nous l'aimons, et nous ne voulons pas lâcher. Comment faire pour que ce lieu de célébration du lien qu'est le soin puisse continuer ? ■

1. *Pratiques* n° 13, « La médecine et l'argent », avril-mai 2001.

1. Alain Caillé, *Anthropologie du don, le tiers paradigme*, Desclée de Brouwer, 2000.

Elle a le sourire

Philippe Lorrain, médecin généraliste

Elle a le sourire, ce sourire, et le petit sac, sac plastique ordinaire, mais je sais : les cornes de gazelles. J'adore ça, mais déjà, ça m'énerve.

« Timeo danaens et dona ferentes »¹. Les cadeaux, ça cache quelque chose : bizarrement, c'est ça qui me revient. C'est pour dire que, quand on reçoit, il faut réfléchir.

Ça m'énerve, parce que je sais que ça va encore être impossible.

À 52 ans, elle a fini par obtenir que son mari de 75 ans, hémiplégique, incontinent et totalement dépendant, soit admis dans un long séjour médical contre l'avis de beaucoup dans la famille : je l'avais soutenue dans cette démarche. Là, c'est l'allocation adulte handicapée qui est refusée pour elle : les critères sont durs en ce moment et avec son petit diabète et hypertension modérée, elle n'a aucune chance. Pourtant, avec son mari hospitalisé, une grande part des ressources du ménage est amputée et elle revendique la fatigue accumulée, les enfants élevés, son incapacité à travailler, elle qui a toujours assuré le fonctionnement du foyer, mais jamais travaillé à l'extérieur.

La demande d'ALD avait été accordée de justesse, les critères médicaux étaient limites, mais je suis intervenu auprès du médecin conseil pour faire valoir les difficultés sociales comme frein à la prise en charge médicale, ça me permet de pratiquer le tiers-payant intégral qui reste toléré dans ces cas-là : elle ne paye donc désormais plus rien lors de son passage au cabinet.

Mais visiblement, pour elle, ce n'est pas satisfaisant. Elle a besoin d'apporter quelque chose de plus, pour l'impossible : qu'un nouveau certificat

médical puisse lui permettre d'accéder à cette allocation. Ça ne se refuse pas, un cadeau, alors qu'on peut refuser d'être payé : j'ai donc pris les gâteaux et pas fait les papiers, seule façon de signifier l'impossible.

Le « combien ça coûte », ça n'existe pas, il y a toujours une possibilité de négociation. Moi, ce qui m'intéresse, c'est combien je gagne, et ça je dois le négocier, me battre pour que ce soit correct, maintenant et pour la retraite. Alors, paiement à l'acte, à la capitation, à la fonction... je suis prêt à tout examiner. Dans le choix du mode de rémunération, mon critère principal de jugement est que ce n'est pas à moi, médecin, de juger de la capacité de celui qui consulte à payer. Le principe de la modulation à la tête du client me paraît inacceptable, je retiens donc le principe mutualiste comme seul recevable et donc les tarifs opposables et leur nécessaire négociation. POINT. Ce principe de solidarité me suffit à écarter les mirages des dépassements, mais aussi les « cadeaux »...

Mon métier m'apporte suffisamment : ce qui m'émerveille le plus, c'est la grande constance habituelle de mes patients à démontrer leur capacité à guérir et qu'ils insistent ensuite pour m'en manifester de la reconnaissance.

Elle a le sourire... et le petit sac, ordinaire, mais je sais : les cornes de gazelles, j'adore ça, mais ça m'énerve. ■

1. « Timeo danaens et dona ferentes » : c'était la guerre de Troie, le cheval et Ulysse à l'intérieur. Les cadeaux, ça cache quelque chose. Une très vieille histoire qui remonte à l'aube de ce qu'on sait de l'humanité.



La rémunération des médecins allemands sous tension

Face à la dégradation de leurs revenus, les médecins allemands manifestent. Retour des revendications pour le paiement direct à l'acte, dans un pays où le tiers-payant était généralisé et admis depuis longtemps.

■ **Patrick Hassenteufel**, spécialiste de la protection sociale (Université de Rennes)

La question du revenu des médecins a fait irruption dans les débats en Allemagne à l'automne 2005 du fait de mobilisations multiples concernant, pour des raisons différentes, les hospitaliers et les libéraux. Ont été posées les questions du niveau et des disparités de revenus, ainsi que celle des modes de rémunération. Ce dernier enjeu a été traité dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie de février 2007, sans supprimer toutes les tensions.

L'augmentation des salaires des médecins hospitaliers

Un mouvement de protestation a commencé en mai 2005, après le retrait de certains Länder de la convention collective des employés du secteur public qui a entraîné, pour les médecins des hôpitaux universitaires, la suppression de primes et l'augmentation de la durée hebdomadaire du travail sans compensation salariale. Cette mobilisation s'est intensifiée durant l'automne 2005 du fait de la signature de la convention collective du secteur public par la fédération des employés du secteur public *Ver.di*. Elle a été récusée par le *Marburger Bund*, le syndicat des médecins salariés, qui a demandé une grille de salaires spécifique aux médecins hospitaliers, avec un niveau de salaire augmenté de 30 %.

Le *Marburger Bund* met en avant le fait que le revenu annuel moyen des hospitaliers allemands serait de 56 800 dollars (en parité de pouvoir d'achat) contre 127 300 dollars pour les hospitaliers britanniques et 116 100 pour les hospitaliers français. Ces chiffres sont proches de ceux de l'institut fédéral de la statistique allemand qui font apparaître des écarts importants, puisque le salaire mensuel net des médecins-chefs est d'environ 7 000 €, alors

que celui des médecins assistants est d'environ 3 000 € ; près des deux-tiers des médecins hospitaliers ont un salaire mensuel net inférieur à 3 000 €. Le *Marburger Bund* a remis en cause le mandat de négociation donné au syndicat *Ver.di*. L'échec des négociations avec les Länder a entraîné, début mars 2006, le déclenchement d'une grève des soins non urgents qui s'est progressivement étendue à la majorité des hôpitaux universitaires. Ce n'est qu'au bout de quatorze semaines de grève qu'un accord a été trouvé avec les Länder. La nouvelle convention, spécifique aux médecins, prévoit des augmentations de salaires de 15 % pour les jeunes médecins et de 20 % pour les médecins-chefs en fin de carrière.

Mais, parallèlement, l'association des communes a refusé un accord sur le modèle de la convention avec les Länder, ce qui a entraîné le déclenchement d'une nouvelle grève dans les hôpitaux communaux (qui emploient la moitié des médecins hospitaliers). Un compromis a été trouvé au bout de huit semaines de conflit. Il prévoit des augmentations de salaires comprises entre 10 % et 13 %.

Les manifestations de médecins libéraux

À l'appel de la nouvelle organisation *Freie Ärzteschaft* (les médecins libres), une première journée nationale de protestation des médecins de ville a été organisée en novembre 2005. L'objectif était d'exprimer le refus de la « bureaucratisme » de l'activité médicale et des politiques de maîtrise des dépenses, en particulier les budgets médicaux (Praxisbudgets) et du système de rémunération « flottant » qui l'accompagne.

Selon l'union fédérale des médecins, un tiers des médecins aurait un revenu annuel inférieur à 24 000 €, et un autre tiers un revenu annuel

compris entre 24 000 et 42 000 €. Près de 30 % des cabinets seraient menacés de faillite. D'autres données ont été mises en avant par le ministère de la Santé : le revenu moyen (avant impôts) d'un médecin serait de 85 000 € (dans les Länder de l'Ouest) et de 78 000 € (dans les Länder de l'Est) ; l'évolution des honoraires perçus serait positive ; enfin les disparités sont là aussi importantes, non seulement entre les territoires (notamment entre l'Est et l'Ouest), mais aussi entre types d'activité : les généralistes ont un revenu moyen de 75 000 €, les spécialistes de médecine interne de 137 000 €.

La simultanéité de ces mobilisations (en ville et à l'hôpital) a conduit à l'organisation par un groupement d'une quarantaine d'associations et de syndicats de médecins d'une « journée des médecins » en janvier 2006. 20 000 médecins ont manifesté à Berlin et près d'un cabinet médical sur deux est resté fermé. Au cœur des revendications se trouvait la fin du système des « points flottants ». Cinq organisations de médecins ont rendu public un projet de réforme prévoyant une rémunération fixe des actes médicaux en euros (et non en points), la remise en cause du tiers-payant et la définition d'un panier de prestations de base financé par un forfait.

Les changements de la rémunération des médecins dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie de 2007

Du fait de ces mobilisations, les enjeux liés à la rémunération des médecins ont joué un rôle important dans les débats sur la réforme de l'assurance maladie de 2007. De prime abord, elle donne satisfaction aux médecins, puisqu'elle prévoit la suppression des budgets médicaux (Praxisbudgets) et du système de rémunération flottant qui l'accompagne. D'ici 2009 au plus tard, les budgets devront être remplacés par des objectifs quantifiés de volume d'actes cotés en euros (et non plus en points). La rémunération des actes médicaux ne serait donc plus fluctuante, mais dépendrait de montants fixes négociés pour chaque catégorie de médecins en fonction des caractéristiques démographique (sexe, âge) et de morbidité de leur patientèle. De plus, les médecins généralistes recevront une rémunération forfaitaire trimestrielle pour chaque patient suivi. Enfin, en 2009, les médecins de l'Est et de l'Ouest percevront la même rémunération pour le même acte.

Mais certaines raisons de mécontentement des médecins persistent. La maîtrise du volume des actes n'est pas abandonnée du fait de la mise en

place de budgets régionaux fermés. Les honoraires pris en charge par les assureurs privés, en général plus élevés, sont alignés sur ceux de l'assurance maladie légale. De plus, pour l'alliance des associations de médecins allemands (*Allianz Deutscher Ärzteverbände*), qui a joué un rôle moteur dans la mobilisation, la réforme tire un trait sur la remise en cause du tiers-payant, une de leurs principales revendications, et réduit le rôle du paiement à l'acte.

On comprend ainsi pourquoi les négociations entre caisses et médecins sur l'application de la réforme démarrent sur des bases très antagonistes. Trois aspects sont au cœur des tensions.

Les revendications des médecins correspondent à une augmentation globale des honoraires comprise entre cinq et dix milliards d'euros, alors que les caisses souhaitent que ce montant reste stable.

Le mode de fixation des objectifs quantifiés de volume d'actes fait également débat.

Enfin, les désaccords sont importants sur le montant et le contenu des forfaits.

Par ailleurs, la réforme a accru les tensions entre spécialistes et généralistes, ces derniers souhaitant un rattrapage de l'écart de revenus qui les sépare des spécialistes.

Pour conclure, si on compare les situations allemande et française, deux différences peuvent être mises en avant : le maintien d'un encadrement budgétaire des dépenses pour la médecine libérale et la remise en cause croissante du paiement à l'acte du fait de l'importance prise par les forfaits, en particulier pour les généralistes. Une régulation économique plus contraignante de l'activité médicale est donc combinée à des transformations structurelles de l'exercice médical. Celles-ci résultent aussi de la concurrence entre caisses, qui a permis la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins (renforcement de la prévention, réseaux de soins intégrés, centres de soins, rôle pivot du généraliste...). ■

1. Chaque médecin se voit attribuer un budget annuel tenant compte du profil moyen d'activité des médecins de sa spécialité, des caractéristiques sanitaires de sa région, de sa qualification et des spécificités de sa clientèle.

2. Les médecins allemands sont rémunérés par les caisses sur la base d'un système de tiers-payant. Le revenu de l'ensemble des médecins est inscrit dans une enveloppe négociée avec les unions de médecins. Si l'activité augmente plus vite que prévu, la valeur de chaque acte diminue – système de « points flottants » – de façon à ce que l'ensemble des revenus demeurent inscrits dans l'enveloppe.



Angleterre: rémunération à la performance et objectifs de santé publique

Ce nouveau mode de rémunération influence le comportement des professionnels exerçant au sein des cabinets de soins primaires. Pourquoi et comment ?

La rédaction de *Pratiques*

Traditionnellement, on dit que les médecins ont une obligation de moyens : on les paye pour la mise en œuvre de ces moyens, qui recouvrent leurs compétences, leur disponibilité, l'équipement de leur cabinet, etc.

Au Royaume-Uni, depuis 2004, se développe un nouveau mode de rémunération, lié à la performance : on passe de l'obligation de moyens à celle de résultats. Dans le cadre du National Health Service (NHS), chaque généraliste (GP) est évalué sur la base de plus de 140 indicateurs. Ces indicateurs donnent droit, s'ils sont atteints à 100 %, à un certain nombre de points. Chaque point étant au final valorisé en Livres.

Une moitié des points sont liés à des indicateurs de performance clinique. Par exemple, pour les diabétiques, l'indicateur portera sur le pourcentage des patients qui ont bénéficié d'un certain type d'examen (dosage de l'hémoglobine glyquée) au cours d'une certaine période.

Face à ce type de procédure, un professionnel français se pose immédiatement la question : mais comment font-ils pour savoir ? On est dans un système de soins qui pratique depuis longtemps la capitation, dans le cadre d'un contrat entre les médecins et le NHS. Le NHS dispose d'un système d'information qui ferait rêver n'importe quel épidémiologiste ou n'importe quel économiste français : il peut savoir, pour chaque cabinet médical, quel est le nombre de patients diabétiques et il a la capacité d'extraire des dossiers médicaux les résultats des derniers dosages d'hémoglobine glyquée,

et de savoir s'ils datent de huit mois, dix mois ou quinze mois. Dans le même temps, en France, on ne peut avoir ce type d'informations que sur la base d'études ponctuelles, par sondage, que l'on renouvelle, ou non, au bout de quelques années. La performance du système d'information est donc capitale.

L'objectif est d'induire de nouveaux comportements par rapport aux patients : des comportements proactifs dans le cadre du «disease management ». Le médecin « proactif » ne doit pas simplement attendre que le patient vienne : il doit assurer effectivement un suivi de leur santé. Les GP, en fin de semaine, vont regarder les dates des derniers examens, et, quand c'est nécessaire pour atteindre l'objectif, ils vont les appeler au téléphone en leur demandant où ils en sont, ce qu'ils font et s'ils veulent bien revenir pour un examen, et en tous cas leur rappeler que cet examen est nécessaire.

Mais si les GP peuvent développer ces nouvelles pratiques, c'est parce qu'ils disposent de l'organisation des cabinets médicaux : ils travaillent en équipes, avec des assistants et des secrétaires, et peuvent répartir le travail. En fonction de la nature des coups de téléphone, le travail pourra être confié à un assistant qui n'a pas de formation clinique poussée, ou à une infirmière quand le médecin estime que c'est nécessaire. Et puis l'infirmière, bien évidemment, renverra vers le médecin si cela apparaît utile. ■

Les maisons médicales : le modèle belge

Des médecins ont créé des centres de soins primaires, performants, en collaboration avec d'autres professionnels et avec un paiement au forfait : minoritaires mais pragmatiques, ils l'ont fait et ça marche.

Entretien avec **Pierre Drielsma**, médecin généraliste

Pierre Drielsma exerce à la maison médicale Bautista van Schowen¹, à Seraing en Belgique. Responsable du service d'études de la Fédération des maisons médicales francophones.

Pratiques : Les maisons médicales belges semblent en pleine expansion aujourd'hui, pourquoi ?

Pierre Drielsma : Parce que nous croyons en ce que nous faisons et que nous sommes économiquement viables. Nous sommes un mouvement post-soixante-huitard, un des derniers vivaces en Belgique. Les deux premières maisons ont ouvert en 1972 à Tournai et Bruxelles, il en existe plus de quatre-vingt aujourd'hui. Nous représentons 5 % des médecins francophones (300/6 000). Nous sommes surreprésentés comme maître de stage et les jeunes médecins nous connaissent bien : ils souhaitent de moins en moins travailler seuls. La croissance du nombre de patients inscrits est régulière et tend à s'accélérer : une croissance encourageante qui ne donne pas envie de baisser les bras.

Comment avez-vous survécu ?

Au début, nous avions un moyen de subsistance, imparfait, mais qui avait le mérite d'exister : le paiement à l'acte. Jusqu'au début des années 1980, la Belgique a vécu au-dessus de ses moyens et les professionnels de la santé étaient bien payés. Nous arrivions à financer nos structures avec une partie de nos honoraires. Les honoraires étaient répartis en une masse commune : en fait, les plus militants collectivisaient l'ensemble de leur recette quand d'autres versaient une part proportionnelle de leurs revenus. Puis nos revenus ont baissé et notre philosophie collective a moins séduit nos jeunes collègues. Des camarades nous ont abandonnés, désenchantés par une révolution qui n'arrivait pas. C'est peu après cette

époque que nos collègues libéraux ont lancé une grève des soins contre l'instauration d'un carnet de santé. Grève que nous avons combattue de toutes nos forces au côté des syndicats interprofessionnels (ouvriers). En guise de remerciements, l'INAMI, équivalent de votre CNAM, et les mutuelles qui gèrent chez nous la Sécurité sociale ont décidé de nous soutenir. Nous avons négocié la mise en place d'un forfait, inscrit dans la loi depuis 1963, mais qui n'avait jamais été appliqué aux soins de première ligne.

En quoi consiste le forfait ?

Il prend en charge les soins de médecine générale, infirmiers et de kinésithérapie. Pour ces trois disciplines, les patients qui s'engagent dans le système, sauf exceptions (période de garde, déplacement), sont obligés de s'adresser à la maison médicale. Si la maison fonctionne au forfait, tous les patients sont obligés de s'inscrire dans le dispositif. En contrepartie, les soins sont entièrement gratuits sans avance de frais, ce qui est une vraie révolution.

Un arrêté du Conseil d'Etat interdisait aux prestataires de percevoir une participation personnelle du patient (ticket modérateur) : cet inconvénient apparent a fourni aux centres forfaitaires un avantage concurrentiel redoutable dans le contexte social actuel (croissance du chômage et diminution de l'accès aux soins).

Le montant du forfait mensuel est variable pour chaque patient selon son statut. Il a été calculé sur la base des dépenses moyennes de santé dans le pays. Comme nous avons de relativement bonnes pratiques médicales, nous dépensons moins en



curatif. La réalisation de cette économie est récompensée par une augmentation des forfaits de 10 % : le forfait nous permet donc de financer, en partie, nos actions sociales et de prévention. De plus, depuis 1993, un décret reconnaît la spécificité de notre travail en nous allouant des subventions annuelles en contrepartie d'un travail épidémiologique, ainsi que le travail de coordination interdisciplinaire. Nous recevons, en moyenne, 25,491 € par patient chaque mois.

Qu'est-ce qui a changé au niveau de votre pratique et des pratiques des usagers, lors du passage au forfait ?

Les pratiques ont changé. L'inscription des patients permet de faire de la micro-épidémiologie, donc de connaître ses patients. Par exemple à Bautista Von Schowen, nous comptons 200 diabétiques (sur 4 000 inscrits), la moitié ont un bon équilibre évalué par le taux d'hémoglobine glyquée ; nous pouvons alors concentrer nos efforts sur les cas les plus difficiles. D'une manière générale, nous pouvons défendre en haut lieu nos pratiques, ce qui est confortable, même si ce n'est qu'un début.

Par ailleurs, la « gratuité » permet aux défavorisés de se fixer sur un médecin, ce qui favorise confiance et soins. Si les patients n'étaient pas contents, ils résilieraient leur inscription. Au moins le rapport qualité-prix est satisfaisant.

Mais, pas d'angélisme, les forfaits ont toujours tendance à diminuer le nombre d'actes : tant qu'il s'agit d'actes inutiles ou mal orientés (médicalisation du social, soins de luxe ou sans efficacité prouvée), ce n'est pas grave, c'est de la mauvaise graisse. Mais il ne faut pas toucher au muscle (l'utilité concrète des services de santé) : le paiement à l'objectif permet au moins en partie d'éviter cet abandon d'actes utiles, mais aussi la présence de représentants des patients dans nos instances qui veillent au grain. Aucun mode de paiement n'est parfait ! Evans disait qu'il fallait changer de système tous les cinq ans pour prévenir les effets pervers.

Je ne suis pas entièrement d'accord, mais nous préférons un paiement mixte : la capitation pour le suivi longitudinal, l'acte pour les actes ennuyeux et/ou sous prestés, un forfait d'infrastructure pour un bon cabinet, un paiement à l'objectif pour stimuler la santé publique (vaccins, dépistage, pathologies chroniques).

Ce que vous gagnez avec le forfait vous permet-il de prendre le temps de travailler ?

La durée des consultations est de quinze à vingt minutes en moyenne ², mais il est clair qu'il serait suicidaire de rester une heure avec chaque patient, la rémunération fondrait comme neige au

soleil. Rien n'empêche cependant la « charité » au forfait comme ailleurs. Mais ce n'est pas notre modèle.

Si la facilitation de l'accès aux soins est à l'évidence un succès, qu'en est-il de la capacité de vos patients à mieux gérer leurs problèmes de santé ?

L'autonomisation reste le projet long terme des maisons médicales. À propos du rôle actif et positif assigné aux patients, le politologue Pascal Delwit ³ déclare : « Volontairement, la plupart de ces centres se sont implantés dans les quartiers les plus défavorisés. Pour les initiateurs des maisons médicales, la clientèle prioritaire devait être la classe ouvrière et les éléments inférieurs de la couche moyenne de la population. En vérité, ce ne sont pas les ouvriers qui sont venus, mais des personnes à très faibles revenus, des habitants émarquant au Centre Public d'Aide Social, municipal, parfois qualifiés de *LUMPEN*, et des gens du 3^e et du 4^e âge peu enclins au dynamisme. Il s'agit du public le plus désarmé culturellement pour suivre une éducation sanitaire, se prendre en charge et participer à une médecine préventive. »

Tout cela est en partie vrai, mais nos observations ne confirment pas entièrement ce pessimisme, le patient même très paumé, qui est reçu avec dignité à la maison médicale, finit par se respecter lui-même. Et dès ce moment, sa propre prise en charge s'améliore, comme sa santé. Par exemple, des patients diabétiques, peu autonomes sur des critères externes ⁴, peuvent très correctement suivre leur régime et leur traitement et obtenir des résultats de contrôle sanguin excellents.

Pierre Drielsma, quel avenir voyez-vous ?

L'avenir c'est le changement social ; quand l'Europe aura fini de ronger son os néolibéral et aura compris qu'il n'y a plus rien dessus, on pourra repartir de plus belle. Les Maisons Médicales sont une arme de ce changement social : elles démontrent qu'on peut avancer sans se soumettre au diktat de l'argent. À condition d'être pragmatique. ■

1. Médecin chilien, membre du MIR (mouvement de la gauche révolutionnaire), arrêté, torturé et assassiné par les sbires de Pinochet.

2. Ce qui est semblable à la moyenne belge (à l'acte).

3. Université Libre de Bruxelles.

4. QI, handicap sociaux.

L'effet pervers andalou

Un système de soins public et des objectifs de santé publique, gâchés par les impératifs économiques, par le modèle biotechnologique et par la bureaucratiation. L'auteure analyse les conditions de travail de ses collègues et l'avis des usagers.

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

La revue *Pratiques* s'est déjà fait l'écho¹ du voyage d'étude que le Syndicat de la Médecine Générale a organisé en 2006 en Andalousie. Il s'agit ici d'essayer de voir en quoi un cadre d'exercice différent modifie les pratiques professionnelles.

Le médecin andalou passe contrat avec le système public de santé au niveau régional : le contrat définit le lieu où il exerce, le niveau de rémunération, les conditions de son exercice et les engagements auxquels il doit souscrire.

Le généraliste travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans un centre de santé ; il est responsable, avec un(e) infirmier(e), d'une population de référence de 1 500 à 2 000 patients. Le spécialiste exerce à la fois en centre de santé spécialisé et à l'hôpital.

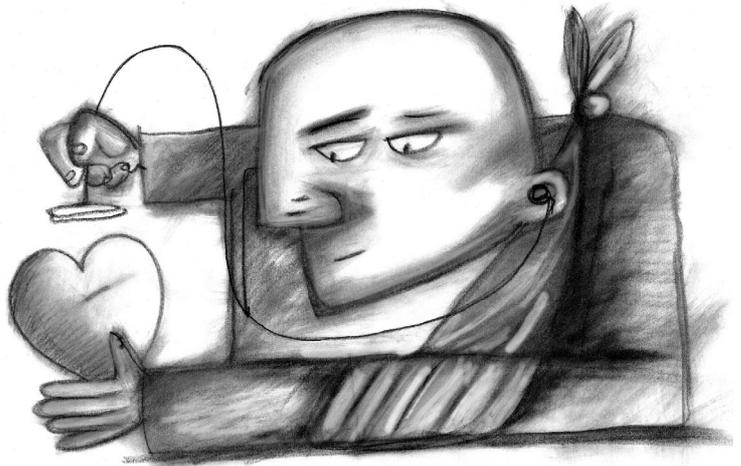
Le patient dépend du centre de santé de son quartier, il peut toutefois s'inscrire dans un autre centre, mais dans ce cas il ne pourra pas bénéficier de visites à domicile. Il a le choix de son médecin généraliste, dans la limite des places disponibles et il bénéficie d'un système de soins gratuit hormis une partie des médicaments. Il passe par le généraliste avant d'aller voir le spécialiste, sauf en cas de suivi régulier ou d'urgences pour lesquelles il va directement à l'hôpital.

Un système de soins public dans lequel le financeur qui est aussi l'employeur impulse et impose la politique de soins

• La gratuité quasi-totale est un facteur important de l'accès aux soins pour tous et il n'y a pas de problème de déserts médicaux en raison de l'existence d'une carte sanitaire qui régit soins primaires et spécialisés. La contrepartie pour les soignants est d'accepter des remplacements en

contrats précaires et des postes dans des lieux où ils n'ont pas choisi d'exercer.

- Le passage obligatoire par le centre de santé primaire avant d'accéder au spécialiste répond aux critères internationalement reconnus d'une bonne efficacité d'un système de soins, mais pose la question des délais d'attente : une loi a dû être votée permettant à l'assuré d'aller dans le privé et de se faire rembourser au-delà d'un délai d'attente de soixante jours. En Andalousie, le délai d'attente moyen d'accès au spécialiste est actuellement de vingt jours.
- Dans les centres de santé, le travail se fait en équipe : le rôle infirmier est majeur pour le suivi à domicile, la prise en charge des maladies chroniques... les médecins sont plus centrés sur la prescription médicamenteuse et l'envoi aux spécialistes. Si la durée de la consultation est fixée à quinze minutes pour les infirmières, les spécialistes, les pédiatres, elle n'est que de cinq





minutes pour le généraliste. Cette durée extrêmement brève est fortement contestée par les soignants et les associations de patients.

- La Direction de la santé met en place des programmes prioritaires et y affecte les moyens nécessaires : le dépistage du cancer du sein par exemple a un très bon taux de participation. Il y a aussi des programmes mettant en lien centres de santé primaires et spécialisés, par exemple prise en charge de l'insuffisance cardiaque : les généralistes rencontrés trouvent que ces programmes améliorent les liens avec les spécialistes, mais ils critiquent la fréquente inadéquation de ces programmes avec les priorités ressenties au niveau du centre ainsi que la surcharge de travail qu'ils représentent. Par ailleurs, il n'y a pas de recueil épidémiologique des problèmes de santé sur un quartier et l'information et l'éducation à la santé restent ciblées au niveau individuel : tabac, obésité, cholestérol.
- Le généraliste est reconnu comme spécialiste de médecine de famille et a un salaire mensuel de 2 500 € pour 35 heures de travail par semaine. Par l'attribution de primes pouvant aller jusqu'à deux mois de salaires, la Direction de la santé oriente l'exercice des soignants : primes attribuées à toute une équipe pour travaux de recherche par exemple ou primes individuelles liées à la réalisation des objectifs, dont un des domaines prioritaires est le médicament : prescription en Dénomination Commune Internationale, prescription des médicaments les plus éprouvés.
- Le temps de travail comprend d'autres champs que le curatif : formation continue et concertation ont lieu en équipe pluridisciplinaire sur le temps commun aux deux équipes du matin et du soir. Les centres peuvent avoir aussi une fonction de médecine scolaire avec permanence de médecin et d'infirmier(e) dans le lycée du quartier.
- Les centres de santé sont un lieu important de formation initiale. Certains médecins généralistes ont des activités d'enseignement et de tutorat pour les étudiants en médecine de famille. Ceux-ci passent presque la moitié de leurs quatre années de formation spécialisée en centre de santé, les futurs spécialistes y passent plusieurs mois. Ceci résulte d'une part de la volonté politique d'une formation initiale sur le terrain de la médecine générale et, d'autre

part, d'un besoin d'internes dans les centres de santé publics.

- La place des usagers est reconnue officiellement : cahiers de doléances dans les centres, participation annuelle à des conseils de santé communautaire, enquêtes sur le fonctionnement faites par des organismes indépendants. Cependant, les associations d'usagers nous ont fait part de leurs difficultés à partager un minimum le pouvoir de décision, elles luttent aussi pour obtenir que la durée de consultation soit portée à dix minutes.

Beaucoup d'interrogations à partir de cet aperçu et des échanges que nous avons eus avec des soignants andalous

Le centre de santé pourrait représenter la « maison de santé de proximité » que nous appelons de nos vœux : équipe pluridisciplinaire, accessibilité des soins pour tous, lieu de prévention et d'éducation à la santé, lieu de formation.

Les soignants et les usagers que nous avons rencontrés ont cependant formulé de fortes critiques sur leur système de soins :

- Primat du discours économique avec restrictions budgétaires aboutissant à une mauvaise prise en charge des patients, à un épuisement des soignants et à une dégradation du système public favorisant le développement du système privé.
- Primat de la biotechnique et de l'éducation individuelle à la santé, quasi-absence d'études épidémiologiques en santé publique, absence d'intervention sur les causes environnementales des maladies.
- Bureaucratization progressive du système avec mise en place d'objectifs sans concertation préalable, démotivation des soignants, absence de participation réelle des usagers et attitude consommatrice de ceux-ci.

Un système de santé public avec des soignants salariés a les moyens de faire appliquer la politique qu'il choisit, les questions fondamentales qui restent posées sont celles des choix politiques faits en matière de santé et du fonctionnement démocratique du système. ■

1. Bernard Meslé « Centro de Salud La Merced », *Pratiques* n° 34, p. 71.

Daniel Coutant « Les centres de santé en Andalousie », *Pratiques* n° 35, p. 83.

Antonio Escolar Pujolar « La massification », *Pratiques* n° 35, p. 87.

My doctor was rich

Une chirurgienne américaine présente la dégradation de la médecine aux États-Unis liée à la mainmise des assurances sur le système de soins, aux dépens des professionnels comme des usagers.

Theresa Schiffeler, chirurgienne ophtalmologiste

C'est normal que les médecins et les infirmières français s'intéressent aux conditions de travail de leurs confrères de l'autre côté de l'Atlantique, à leur niveau de vie et aux salaires sur lesquels ils fantasment. Malheureusement, « l'Âge d'Or » de la médecine américaine est bien révolu. La baisse des rémunérations et la lutte avec les grandes compagnies d'assurance médicale aux États-Unis y sont les causes d'un malaise chez les soignants, et j'ai un sentiment de déjà-vu quand je vois ce qui se passe en France. Trop de besoins, pas assez de moyens ; nous faisons face dans les deux pays à une crise identique dans la médecine, mais la nôtre a une dizaine d'années d'avance, comme pour

beaucoup d'autres phénomènes culturels. Les victimes de cette crise sont avant tout les patients, mais aussi les soignants, moins bien payés et moins respectés que dans le passé. La société ne peut pas continuer à ignorer la condition des soignants sans grand péril. Cela mène à une dégénération du niveau des soins et, d'une façon subtile mais plus dangereuse, dans le moral et l'éthique des soignants. Au risque de passer pour une libérale politiquement incorrecte, je pense que tous les médecins devraient être

bien remboursés précisément pour protéger le public. Pour éviter de commettre les mêmes erreurs que nous, il serait souhaitable que les Français examinent de plus près ce qui se passe dans le pays où j'étais chirurgienne ophtalmologiste pendant trente-cinq ans.

Quelle est la condition réelle des médecins dans notre système médical ? D'abord, il faut balayer

certaines idées reçues. Les médecins américains ne sont pas tous riches (les compagnies d'assurance, si) et la plupart des jeunes médecins sont aussi altruistes qu'en France. Les patients les plus pauvres ne sont pas complètement démunis de soins ; il y a un système de couverture universelle pour les citoyens en dessous d'un certain palier économique qui assure les soins d'urgence, prénatals et pédiatriques, et les hospitalisations en cas de maladie grave ou d'urgence chirurgicale. Une salle d'urgence est obligée de traiter toute personne qui s'y présente (y compris les immigrants illégaux) et beaucoup de médecins donnent des soins gratuits à ces patients. Nous n'avons pas tous oublié le serment d'Hippocrate. Pour comparer nos niveaux de vie, il faut comprendre le système d'éducation médicale et les frais de notre façon d'exercer. Il est beaucoup plus difficile de devenir étudiant en médecine (il y a cinq mille candidats pour cent à cent cinquante places dans les facultés), mais plus facile d'arriver au bout des études. Une sélection très sévère se fait après quatre ans d'études universitaires (qui comprennent les deux premières années d'études médicales en France) et avant le début des quatre années de faculté de médecine. L'inscription est très chère (jusqu'à 40 000 dollars par an, sans compter les frais d'hébergement, nourriture, la voiture obligatoire, etc.). Il existe des bourses généreuses pour les candidats de qualité exceptionnelle, mais tout le monde peut avoir un prêt basé sur la certitude, maintenant un peu dépassée par les événements, de l'avenir économique favorable d'un médecin. Des prêts de 200 000 à 300 000 dollars, aussi impensable que cela puisse paraître à un Français, sont la norme et non pas l'exception. Un candidat pauvre qualifié a autant de possibilités de faire les études de médecine qu'un fils de famille. Une fois inscrit, il est rarissime qu'un(e) étudiant(e) (50 % des étudiants aujourd'hui sont des femmes) ne termine pas. Donc un jeune médecin en s'instal-

« Les médecins américains ne sont pas tous riches (les compagnies d'assurance, si) et la plupart des jeunes médecins sont aussi altruistes qu'en France. »



lant débute avec un fardeau assez lourd et on y ajoute le coût de l'assurance contre les litiges, qui peut monter jusqu'à 136 000 dollars pour les obstétriciens, neurochirurgiens et anesthésiologistes, mais qui reste très cher même pour les généralistes et les spécialités à moindre risque. L'internat terminé, la plupart se dirigent vers des énormes cliniques qui regroupent des centaines de médecins de toutes spécialités, qui possèdent l'équipement le plus moderne, et où l'on est sûr de remplir son carnet de visite le premier jour. La majorité des médecins d'un certain âge travaillent seuls ou en petits groupes dans un cabinet privé. Chaque cabinet a plusieurs employés ; une réceptionniste peut servir un à trois médecins ; pour chaque médecin, il faut compter en plus au moins une infirmière ou technicien et une personne qui s'occupe de récupérer des remboursements des compagnies d'assurance ou du gouvernement. Cette dernière est presque la plus importante. Dans une pratique typique, on a affaire à plus de cinquante tiers-payants ! Le gouvernement est le plus grand « assureur ». *Medicare*, notre Sécurité sociale, couvre tous les seniors de plus de 65 ans ; *Medicaid* assure les pauvres. Au début de l'existence de ces assurances, les honoraires restaient libres et le patient payait la différence entre le tarif demandé et la somme remboursée directement au médecin. C'était « l'Âge d'Or » de la médecine. Les patients seniors qui avaient les moyens s'armaient d'une assurance maladie supplémentaire comme une mutuelle en France. La classe ouvrière avait l'assurance payée par les employeurs. Pour ceux qui n'avaient pas d'assurance, les médecins pouvaient à leur discrétion accepter un moindre paiement, voire donner les soins gratuits ; souvent, on consacrait une demi-journée par semaine à ces malades de « charity ».

Mais plus la population des seniors augmentait et plus ils profitaient de leurs soins médicaux « gratuits », plus le gouvernement dépensait. Donc, vers 1985, il y a eu la première révision des remboursements et la fin des honoraires libres. *Medicare* a imposé ses tarifs et les médecins n'avaient qu'à les accepter. Pendant plus de cinq ans, les tarifs furent figés – ils n'augmentaient pas avec le coût de la vie. Puis les tarifs ont diminué de 5 % chaque année, tandis que les frais, les prix de l'équipement et les salaires des employées n'ont cessé de grimper. Résultat ? Ce n'est pas une surprise : les médecins multipliaient les actes et les interventions. C'est facile de rationaliser.

Prenons le cas d'une extraction de cataracte. En 1981, l'intervention (et tous les soins pré et post-opératoires pendant trois mois) était remboursée 2 500 dollars, ce qui peut paraître obscène en France mais, compte tenu du niveau d'expertise, était comparable aux remboursements dans d'autres spécialités. Aujourd'hui, la même interven-

tion, encore plus rapide et sûre, mais toujours aussi délicate et encore plus exigeante pour le chirurgien, est remboursée 680 dollars. Une telle chute en vingt-sept ans ; imaginez ce que cela représente en diminution de pouvoir d'achat. Réaction des chirurgiens ? Beaucoup plus d'interventions. Selon notre agence nationale, HCFA, qui gère les dépenses médicales, un tiers des interventions sur la cataracte ne sont pas justifiées. Ma propre expérience en tant que consultante confirme ces chiffres. Réponse du gouvernement ? Chaque baisse annuelle dans les honoraires est accompagnée d'une baisse supplémentaire pour pallier « the physician behavioral factor », la tendance des médecins à augmenter le nombre d'actes.

Confrontées à des dépenses sans cesse en hausse, les compagnies d'assurance, dont les primes commençaient à dépasser les possibilités des assurés à les payer, se sont mises à réduire leurs tarifs et ont fait une proposition aux médecins qu'ils ne pouvaient pas refuser, comme la « protection » d'une mafia. « Ou bien vous acceptez nos honoraires, ou nous vous rayons de notre liste. » Les médecins ont cédé. Il y avait une sécurité à savoir qu'il y avait une grande quantité de patients, même si les actes étaient mal payés.

Mais les tarifs ont trop baissé. De nos jours, de plus en plus de médecins privés n'acceptent plus aucune assurance. On peut voir moitié moins de patients, passer beaucoup plus de temps avec chacun, se passer d'une employée qui coûte

cher et gagner autant qu'avant avec plus de satisfaction personnelle, car on a le temps de réfléchir et vérifier les données. Dans notre petite ville, plus de 15 % des médecins exercent ainsi et le nombre augmente tous les mois. En plus, il y a une instabilité chez les jeunes médecins qui sont toujours à la recherche d'une meilleure situation, voire une autre profession. Il n'est pas rare de rencontrer des médecins qui, après cinq à dix ans de pratique, ont réussi à rembourser leurs prêts et qui pensent très sérieusement à quitter la médecine. Pour quoi faire ? Presque n'importe quoi.

Nous avons expérimenté le système des médecins traitants référents (« gatekeepers » ou gardiens du portail) qui touchaient des primes s'ils empêchaient les malades de consulter un spécialiste sans leur accord. Un fossé s'est creusé entre les généralistes, qui jouaient le rôle d'intermédiaires et qui contrôlaient la distribution des fonds, et les spécialistes. Le climat de méfiance entre confrères a plongé tout le monde dans un désordre malsain

« Le climat de méfiance entre confrères a plongé tout le monde dans un désordre malsain provoquant la fuite des spécialistes des listes des assureurs. »

.../...

provoquant la fuite des spécialistes des listes des assureurs. Finalement, la pression des patients et le constat des assureurs que voir un médecin traitant plusieurs fois pour un problème au-delà de ses compétences coûte plus cher qu'une seule visite chez le spécialiste, surtout à tarif égal pour chaque acte, ont mis fin à ce système dans beaucoup de régions.

Un des scandales les plus honteux, à mes yeux, concerne la réutilisation d'instruments « jetables » avec le risque que cela entraîne. Certains ophtalmologistes utilisent deux ou trois fois une lame destinée à une seule utilisation. La première incision fait une coupe parfaitement nette, les fois suivantes les bordures sont moins exactes. Les conséquences dans la chirurgie de la myopie, par exemple, ne sont pas acceptables et peuvent être catastrophiques. Les hôpitaux ont subi les mêmes pressions des assureurs et certains ont fait des économies peu salubres : les tuyaux endoscopiques qui ne doivent servir qu'une fois sont envoyés à une compagnie qui se spécialise dans la stérilisation des instruments et reviennent à l'hôpital avec des restes de tissus et du sang à l'intérieur (selon un reportage dans le *Time Magazine*).

Le dilemme de la médecine moderne n'est pas un sujet qui peut se résumer à quelques phrases simplistes. Plus de quarante ans passés à observer le paysage médical dans les cabinets, les cliniques et les hôpitaux américains m'ont donné une certaine perspective sur les changements et la dégénération des soins et dans les attitudes des soignants. Comme en France, la profession médicale américaine souffre d'un manque d'autonomie, de liberté intellectuelle, et de la satisfaction qu'elle nous a apporté pendant si longtemps. Aux États-Unis, on est en train de perdre non seulement une génération de médecins très compétents et expérimentés qui partent en retraite prématurée – s'ils peuvent se la payer – mais aussi la nouvelle génération de médecins potentiels qui ne considèrent plus la médecine comme une carrière valable.

Il faut que les médecins soient remboursés suffisamment par le gouvernement pour ne pas avoir besoin d'être malhonnêtes, tout comme il faut payer les infirmières assez pour qu'elles restent dans la profession. En quelque sorte, pour arriver à une médecine utopique, il faut être plus réaliste. « A hungry doctor is a dangerous doctor and a hungry surgeon is even more dangerous. » ■



Quels enjeux politiques ?

Les questions liées au mode de rémunération sont politiques. S'y côtoient et s'y affrontent la (les) volonté(s) des professionnels et l'absence de projet des politiques. Depuis des années, il se dit que les évolutions de la profession (féminisation) ou des conditions d'exercice (vieillesse, « désertification ») vont pousser à un changement des pratiques et des modes de rémunération. Et puis rien ne vient. Où en sont les médecins sur cette question ?

Et, si rien ne change, pourquoi ? Il faut sans doute revenir sur une histoire « longue » des rapports entre médecins et pouvoir public, mais aussi revenir sur l'histoire la plus récente : la fin de l'option référent. Il faut aussi ne pas exclure l'hypothèse de l'inconsistance des politiques.

Si le changement n'est pas assuré, il est sans doute nécessaire, en particulier du fait des problèmes démographiques. Reste que derrière la question des rémunérations, il y a celle des objectifs du payeur. Payer quoi ? En contrôlant comment ? —

COMMENT ÇA SE VIT

Salariés, libéraux
à exercice mixte, installés,
remplaçants ou collaborateurs,
des soignants témoignent.

Infos sur des « faux-libéraux » à Bordeaux ?

■ Bernard Coadou, médecin généraliste

Le Groupe Médical Edouard Vaillant (de Bordeaux Nord) fut un des 70 projets d'Unité Sanitaire de Base (USB) portés par le Syndicat de la Médecine Générale (SMG) dans les années 80. Devant la non mise en place des USB, nous nous sommes résignés à poursuivre notre activité de médecine générale en quartier populaire dans la structure commerciale qui était la nôtre, avec au départ trois médecins (membres du SMG) en association de fait, employant deux secrétaires et une responsable d'entretien.

La structuration juridique de l'association des médecins a évolué (passage en SCP – Société Civile Professionnelle – en 1988, avec constitution la même année d'une SCI – Société Civile Immobilière), le nombre des praticiens a progressivement augmenté (six actuellement) et s'est diversifié syndicalement, mais les « utopies SMG » initiales n'ont pas été totalement délaissées... Choix a été fait de fonctionner en masse commune : l'ensemble des rétributions (honoraires au cabinet, vacations hospitalières, en centre de planification, en lycée professionnel, enseignement, animation en formation médicale continue, etc.) est reversé au compte commun ; le revenu de chaque médecin est proportionnel à son temps de travail, les employées sont salariées par la structure.

Les activités médicales diverses sont validées comme travail en assemblée plénière des médecins, certaines missions de solidarité internationale peuvent y être intégrées.

Vingt-cinq ans de pratique dans cette structure me permettent d'apporter quelques réflexions :

- Le paiement à l'acte permet une rémunération correcte¹ des médecins. Actuellement, le revenu mensuel est de 4 000 € toutes charges payées, avant impôt, pour cinquante heures de travail par semaine. Dans le même temps, l'accès aux soins pour l'ensemble de la population est assuré (notre « patientèle » sait que l'argent ne doit pas être un obstacle et qu'un arrangement est possible : paiement différé, gratuité...).
- Il est réducteur de la réalité de nos pratiques et n'incite pas à une médecine de qualité. Il ne reconnaît pas et donc n'incite pas à développer les activités non curatives qui font partie de notre quotidien : prévention, éducation sanitaire, coordination médico-sociale, etc.
- Le paiement direct des professionnels par les assurés n'est pas synonyme de responsabilisation des uns et des autres ; il favorise la multiplication des actes. Sur une même patientèle, « l'autorégulation » des professionnels nous semble permettre des écarts de 50 % de revenus, selon la pratique commerciale.
- Ce lien d'argent nous semble même un obstacle à une pratique médicale réellement indépendante, où le médecin ne serait pas juge et partie !

Nous continuons donc d'espérer d'autres formes de rémunération (forfaits de coordination, capitation, etc.) qui nous semblent mieux reconnaître les différents champs d'activité de la médecine générale et être moins inflationnistes. ■

1. Ce niveau de rémunération nous semble correct même s'il semble dérisoire pour certains de nos confrères... combien d'euros pour être heureux ?... le débat est à poursuivre... !

Modes de rémunération et d'exercice : les changements malgré tout

Des études récentes montrent que le discours médical public sur l'exercice professionnel est en décalage avec les comportements de terrain et qu'il n'existe pas de vision partagée sur les changements en cours.

■ **François-Xavier Schweyer**, sociologue, Laboratoire d'Analyse des Politiques Sociales et Sanitaires, École Nationale de Santé Publique, Rennes

Le paiement à l'acte n'est pas qu'un mode de rémunération, c'est aussi un symbole, un totem de la médecine libérale, alors que les autres principes « historiques » de la médecine libérale ont été progressivement remis en cause. L'idéologie libérale reste d'ailleurs fortement affirmée par les médecins, mais l'observation des pratiques montre une multiplication de modèles alternatifs. Sur plusieurs points, le discours public de la profession médicale est en décalage avec les comportements et les initiatives de terrain. Plusieurs études récentes montrent que parmi les médecins, particulièrement les jeunes générations, les conceptions de l'exercice professionnel évoluent. Peut-on dire que les professionnels veulent changer de mode de rémunération et d'exercice ? Ou faut-il penser que les transformations de leur environnement professionnel imposent aux médecins des adaptations ? Les débats qui existent au sein de la profession médicale attestent qu'il n'existe pas de vision partagée sur les changements bien réels qui sont en train de s'opérer.

L'accroissement des effectifs de la profession médicale, très important ces trente dernières années, s'est accompagné d'une hybridation de l'activité médicale, ce que C. Herzlich a appelé le poly exercice, cette combinatoire d'activités simultanées ou successives au cours de la carrière. Ainsi, en Bretagne par exemple, 26 % des généralistes ont une autre activité, qu'il s'agisse d'enseignement (6 %), de vacations hospitalières (16 %) ou en PMI, etc. ¹. La fréquence d'une activité annexe croît avec l'âge et traduit une volonté de diversifier

son activité pour conjurer la routine, car les gains obtenus restent marginaux. Plus généralement, une étude récente de la DREES établit que 40 % des médecins libéraux perçoivent aussi des salaires et que le montant de ceux-là représente 13 % de leur revenu d'activité (20 % des médecins hospitaliers ont des revenus libéraux)². Par ailleurs, en France comme dans les autres pays riches, les systèmes de soins s'orientent vers des modes d'exercice de la médecine libérale plus collectifs, interprofessionnels et structurés. Or le paiement à l'acte exclusif, qui est une singularité française, réduit le champ des activités solvables et se révèle inadapté aux modes d'exercice plus collectifs et coopératifs (suivi des trajectoires des patients, activités de coordination des soins). Ce qui fait dire à Pierre Volovitch que le paiement à l'acte est intimement lié à une pratique solitaire du soin ³. La question de la rémunération est indissociable d'une réflexion sur la pratique.

Une perception aiguë des changements

Une étude réalisée en juin 2005 auprès de médecins spécialistes et généralistes a montré une perception aiguë des changements, avec un consensus sur le fait que l'on vit aujourd'hui la fin d'un monde ⁴. Les attitudes adoptées étaient toutefois contrastées entre une vision négative de la

« 65 % des généralistes se disent favorables à l'ouverture du salariat. »

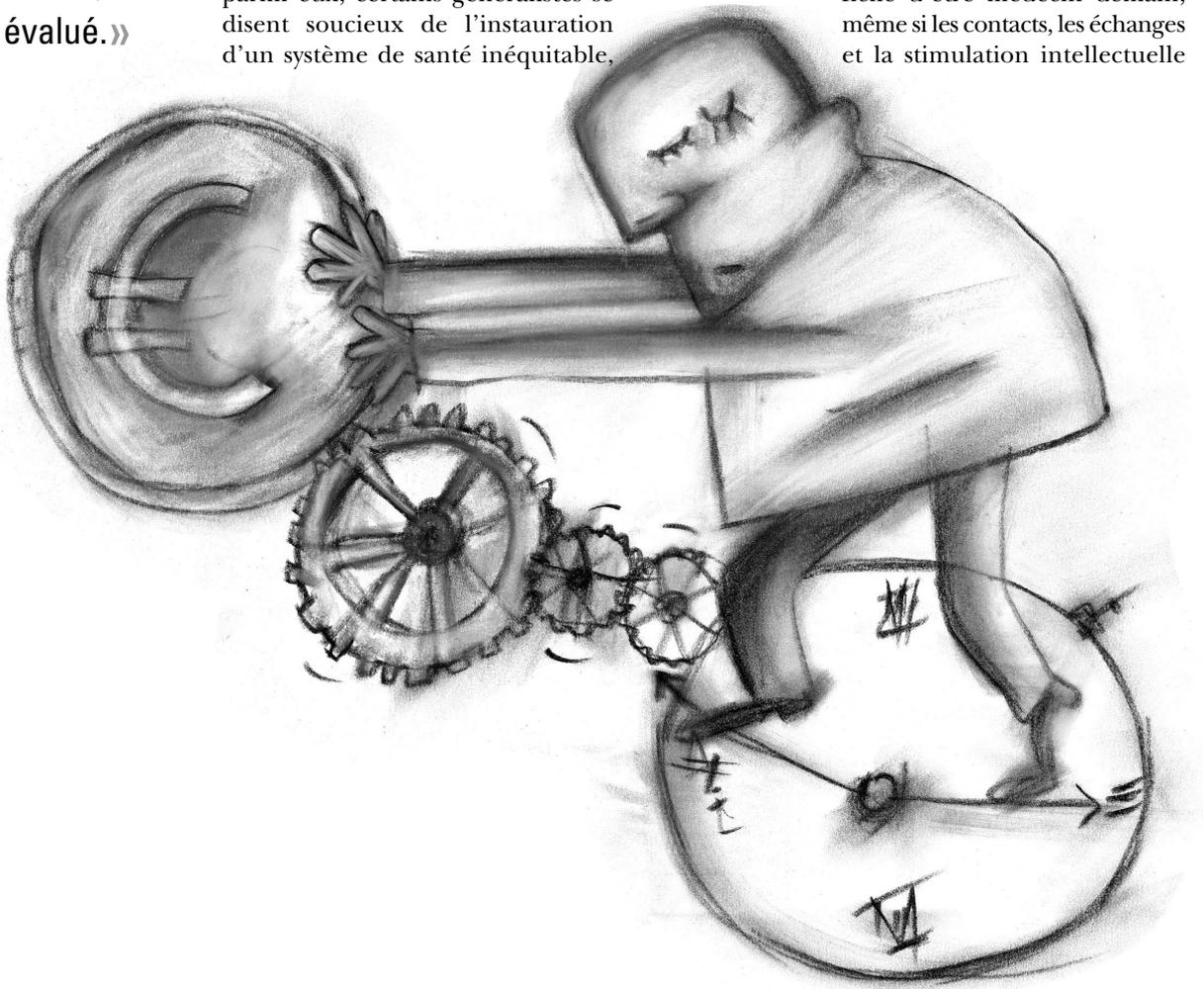
.../...

« Le métier médical serait moins individuel et intuitif et plus organisé, normé, évalué. »

menace et de la dégradation partagée par les médecins les plus attachés au modèle libéral (qui ne sont pas nécessairement les plus âgés) et une vision, sinon positive, du moins plus proactive des changements à entreprendre, partagée par les médecins convaincus du bien fondé du développement d'une démarche qualité, de la nécessité de repenser l'organisation du travail et enfin de changer le mode de rémunération. Ces attitudes sont éclairantes pour comprendre ce qu'attendent ou redoutent les médecins libéraux. Les discours pessimistes sont des discours de la perte. Certains généralistes évoquent la disparition de la médecine générale par manque de candidats ou parce que l'exercice libéral serait délaissé au profit du salariat. Les spécialistes, eux, soulignent que le statut libéral est sévèrement concurrencé par celui de praticien hospitalier et que l'avantage de l'installation en ville n'est plus aussi évident. D'autres enfin évoquent le spectre de la « médecine à l'américaine » où les compagnies d'assurance deviendraient les patrons, et parmi eux, certains généralistes se disent soucieux de l'instauration d'un système de santé inéquitable,

devenu inaccessible à certaines parties de la population. Le pessimisme, parfois radical, exprime un malaise qui se traduit par des menaces de défection ou de déconventionnement et par une critique sans nuance, qui justifie le repliement sur l'activité individuelle et le refus des réformes. Les discours mettant en avant la nécessité de changements, eux, articulent trois éléments : la qualité des soins, l'organisation du travail et la rémunération. La démarche qualité change le métier médical en le professionnalisant, au sens où il serait moins individuel et intuitif et plus organisé, normé, évalué. Les exigences sociétales et réglementaires obligent les médecins à travailler autrement et rendent plus complexe l'exercice, notamment en termes de gestion des informations. Les médecins sont amenés à travailler de façon plus systématique (avec un effet d'allongement de la durée des consultations) et coopérative (en regroupement ou en réseau). L'accent est mis sur la division du travail qui doit permettre de décharger les médecins de tâches administratives et organisationnelles ou d'envisager des transferts de tâches aux paramédicaux. Ces perspectives sont jugées exigeantes et inconfortables.

Pour certains, il sera plus difficile d'être médecin demain, même si les contacts, les échanges et la stimulation intellectuelle



sont jugés positifs. Pour beaucoup de ces médecins, le paiement de l'activité est à revoir. Trois *scenarii* sont évoqués : une révision de la tarification à la hausse pour pouvoir « prendre du temps », la généralisation de modes de paiement mixtes (le paiement à l'acte doit être gardé comme garantie de l'indépendance professionnelle, mais il est inadapté pour la gestion du parcours de soin), enfin, certains médecins aspirent à devenir salariés de maisons de santé – certains d'entre eux se disent d'ailleurs quasi salariés de la Sécurité sociale.

Un mode de rémunération mixte semble aujourd'hui acceptable

Ces résultats sont très concordants avec ceux de la dernière enquête « Généralistes, qui êtes-vous ? » de 2007⁵, qui montre que les mentalités évoluent sensiblement vers une transformation des modes d'exercice et de rémunération : 65 % des généralistes ayant répondu se disent favorables à l'ouverture du salariat pour les généralistes qui le souhaitent, 71 % se disent pour la création de maisons de santé pluridisciplinaires, 63 % pour la délégation de certaines tâches à des paramédicaux, 60 % à la forfaitisation de 50 % de la rémunération pour la coordination et la prévention. L'enseignement qui peut être tiré de cette enquête est qu'un mode de rémunération mixte semble aujourd'hui acceptable, comme cela se pratique dans de nombreux autres pays. D'autre part, que les activités de prévention, d'éducation pour la santé, de coordination sont reconnues comme appartenant pleinement au champ médical, ce qui est nouveau et traduit le fait que les généralistes se sentent plus reconnus dans leur spécificité. Enfin, le regroupement est attractif en ce qu'il permet de mieux gérer les gardes, qu'il apporte un sentiment de sécurité dû à la possibilité de demander conseil, et qu'il est le moyen d'organiser le temps de travail et de le maîtriser.

Ce dernier point est essentiel pour les jeunes générations de médecins. Toutes les enquêtes récentes montrent que le travail n'est pas le tout de l'existence : les conditions d'exercice doivent offrir une bonne qualité de vie, un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. L'exercice libéral peut paraître contraignant, en termes de maîtrise du temps de travail surtout. De 1999 à 2004, 55 % des diplômés en médecine générale se sont installés en cabinet libéral et 45 % ont préféré le

salariat. Les effets prêtés à la féminisation deviennent des effets de génération, les jeunes médecins sont investis dans leur travail, mais avec un souci de maîtrise de l'organisation du travail⁶. L'attrait pour l'exercice de groupe traduit l'attente d'échanges, de conseils mais surtout offre un moyen de maîtriser le temps de travail par une offre de soins partagée. La relation aux patients change, le critère d'excellence n'est plus dans la disponibilité permanente, mais bien dans la capacité d'organiser à plusieurs une offre de soins de qualité. Le désir de limiter son activité s'explique aussi par un rapport à l'argent qui évolue. Pour beaucoup, l'accroissement des revenus n'est pas un objectif prioritaire. D'une part, les couples de double actifs sont plus nombreux et un niveau de vie jugé « acceptable » peut être atteint avec des temps partiels, d'autre part la demande sociale élevée et l'évolution de la démographie médicale ont desserré la concurrence et assurent un niveau d'activité dès le début de la carrière.

L'évolution des modes d'exercice et de rémunération déjà entamée va s'accroître sous l'effet d'une organisation du travail plus collégiale, de politiques publiques de plus en plus convergentes au niveau européen et d'une érosion du modèle canonique de la médecine libérale qui converge vers certains traits du salariat. Pour autant, les médecins sont loin d'être unanimes sur le bien fondé des transformations. L'attachement au paiement à l'acte et à la liberté d'installation reste sonore, peut-être avec la conscience que cela ne durera pas. ■

1. Levasseur G., Schweyer F-X, « La médecine générale en Bretagne », *Les dossiers de l'URCAM Bretagne*, n° 14, dossier spécial 2003.
2. K. Attal-Toubert, N. Legendre, « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et cadres », *Études et résultats*, n° 578, juin 2007.
3. Volovitch P., « La question de la rémunération », *Pratiques* n° 27, octobre 2004, p. 28.
4. Schweyer F-X, Levasseur G., Campéon A., *Étude exploratoire auprès de professionnels de santé médecins spécialistes et généralistes*, LAPSS, Université Rennes 1, Mutualité française, juin 2005, 60 p.
5. *Le généraliste*, n° 2403, 16 mars 2007. 1537 généralistes ont renvoyé le questionnaire proposé par la revue.
6. Lapeyre N., Le Feuvre N. « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 2005, n° 1, 59-81.

Le grand saut en arrière

Contre « l'identité libérale », l'affirmation d'une spécificité de la médecine générale ouvre un espace à d'autres pratiques, d'autres rémunérations. La droite médicale a fait de la rémunération au forfait le symbole à abattre.

Philippe Lorrain, médecin généraliste

Une identité libérale forgée contre les assurances sociales

Des premières lois sociales (1930) aux années 70, le syndicalisme médical s'est structuré en opposition aux principes de tarif opposable et du tiers-payant : un long processus de lutte contre l'État d'abord, puis les assurances sociales et enfin la Sécurité sociale forge l'identité libérale de la médecine ambulatoire. La Confédération Syndicale des Médecins Français (CSMF), constituée en 1928, réunit des organisations diverses, mais toutes en opposition aux premières lois sur les assurances sociales. Ces lois instaurent la possibilité de tiers-payant sous certaines conditions. La médecine libérale se définit alors sur cinq principes fondamentaux : libre choix du médecin par le patient, respect du secret professionnel, liberté de prescription, contrôle des malades par les caisses (et des médecins par les syndicats), entente directe sur les tarifs entre les médecins et les patients qui payent directement les honoraires.

Les ordonnances de 1945, qui mettent en place la Sécurité sociale, font perdre aux médecins la liberté de fixer individuellement leurs honoraires : la charte libérale est cependant adoptée et inscrite. Des conventions départementales apparaissent alors avec tarifs spécifiques. En l'absence de convention, il existe un tarif syndical fixé par le syndicat et un tarif de remboursement fixé par les caisses. C'est en 1956 que le concept de tarif opposable national apparaît avec un projet de remboursement à 80 %, le corps médical y est opposé. Le 12 mai 1960, le décret Bacon prévoit l'hypothèse de signatures individuelle d'une convention tarifaire pour les médecins qui acceptent de pratiquer les tarifs opposables : le Sénat en empêche l'appli-

cation. Le débat sur les honoraires « libres ou conventionnés » divise la CSMF jusqu'au départ, en 1960, des partisans inconditionnels de la liberté tarifaire qui créent un syndicat concurrent (qui deviendra la Fédération des Médecins de France, FMF, en 1968). Les « conventionnistes » sont alors majoritaires à la CSMF : il s'agit « d'entrer dans la convention pour la contrôler ».

On commence à parler du « trou de la Sécu » en 1963, sous Pompidou. En 1967, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie est créée, conduisant au premier accord national sur le tarif de la consultation. Une jurisprudence du Conseil d'État définit les principes fondamentaux parmi lesquels la détermination des tarifs par voie conventionnelle. La première Convention Médicale, nationale, est signée en 1971. Elle s'impose aux médecins qui y gagnent en contrepartie la participation financière des caisses à un nouveau système de retraite nommé ASV. La liberté d'installation y est également inscrite et s'ajoute à la charte libérale. Elle est essentiellement tarifaire, ainsi que celle de 1976.

En 1978, Raymond Barre parle d'enveloppes globales. Les conventions suivantes ne seront donc plus uniquement tarifaires. En 1980, c'est la FMF qui négocie avec la CNAM l'ouverture du secteur 2. Il s'agit d'un « espace de liberté tarifaire » ouvert à tous les médecins libéraux : le droit à dépassement, non remboursé par l'Assurance maladie, mais pris en charge de façon variée par les mutuelles complémentaires, est simplement « encadré » par la notion de « tact et mesure ». L'application stricte des tarifs opposables aura été de courte durée. En contrepartie, les médecins signent une convention intitulée « maîtrise des dépenses et bon usage des soins ». On parle de « maîtrise médicalisée ».

Cet accord conventionnel est emblématique de la très vieille alliance entre le mouvement ouvrier et

« L'application stricte des tarifs opposables aura été de courte durée. »

la médecine libérale. Force ouvrière (FO) est à la tête de la CNAM depuis sa création. Pour FO, mais ce point de vue est partagé par la Confédération générale du travail (CGT), la fonction des représentants ouvriers dans les caisses est de « protéger » les médecins contre l'Etat. Pour eux, la condition d'une bonne médecine, c'est l'indépendance des médecins, donc leur statut libéral. Il n'est donc pas question de réellement « maîtriser » les médecins. Au demeurant, la CNAM n'a aucun moyen de « médicaliser » la maîtrise et pour les médecins, l'argument moral de la défense de la qualité des soins paraît secondaire face à la défense de leur rémunération.

Affirmation d'une spécificité de la médecine de premier niveau

Lorsque je m'installe, fin 1981, l'exclusivité du syndicalisme polycatégoriel est battue en brèche. Le Syndicat de la Médecine Générale (SMG) regroupe depuis 1975 des généralistes autour d'une charte qui se démarque radicalement de la charte libérale de 1928 :

- rechercher et faire valoir les causes véritables des maladies ;
- imposer une formation des soignants adaptée aux besoins de la population ;
- prendre en considération la transformation des conditions de travail des médecins ;
- s'opposer à l'emprise des profits sur la médecine ;
- être responsable devant la collectivité.

En 1981, la gauche arrive au pouvoir avec le projet de créer des « centres de santé intégrés » : accès à des soins de qualité de l'ensemble de la population par une médecine de « premier niveau », qui réunirait des professionnels du soin, et pas

uniquement des médecins, avec une approche pas uniquement « biologique » de la maladie, on parle aussi de psychosocial. Ce « pavé dans la mare » éclabousse les médecins qui se retrouvent dans la rue dans de « grandes » manifestations. Le Syndicat de la Médecine Libérale est créé en décembre 1981 : contre l'emprise de la « Sécu ». Pour moi, qui vient de m'installer, la Convention Médicale qui s'impose me paraît naturelle et les tarifs opposables une évidence. Pour le SMG, il est ouvertement question d'équilibrer la « donne » à gauche en s'opposant à la CSMF. Mais la représentativité lui est refusée par Georgina Dufoix à l'automne 1984.

En 1986, le syndicat MG France (MGF) est créé. Il regroupe le Mouvement d'action des généralistes (fondé en 1984), des « autonomistes » de l'UNOF (branche généraliste de la CSMF individualisée en 1984), des adhérents du SMG, et d'autres... Les « fondamentaux » sont catégoriels :

- médecine générale reconnue à l'université à égalité avec les autres disciplines ;
- participation de la médecine générale ès qualité à toutes les commissions en charge des problèmes de santé ;
- médecine générale rémunérée à sa juste valeur et pour la totalité de ses fonctions ;
- cadre conventionnel spécifique et unique permettant au généraliste d'assurer sa fonction de premier recours, de continuité et de synthèse. L'idée d'une spécificité de métier et d'une médecine de premier niveau creuse son sillon. La notion de filière de soin finit par avancer, tant parmi les généralistes que chez les gestionnaires et les politiques.

La Convention de 1988 prévoit une évolution des

.../...



.../...



L'option "réfèrent" était fragile. Pour certains elle était le symbole à abattre.»

prestations remboursables, donc des honoraires des médecins, conditionnée par le respect d'objectifs quantifiés de limitation des dépenses. C'est une maîtrise comptable qui ne dit pas son nom : la CSMF s'y oppose, la FMF signe seule, sauf les textes encadrant le secteur 2.

En 1989, MGF est reconnu « représentatif », pour les généralistes : il est à la table des négociations conventionnelles. En 1990, c'est l'avenant n° 1 à la Convention de 1988 signé par MG France qui instaure les « Contrats de Santé » dans le cadre de la continuité des soins, première reconnaissance d'une « médecine de premier niveau » : la pratique du tiers-payant est aussitôt combattue par la CSMF qui en obtient le gel, en contrepartie de son entrée dans la Convention qu'elle signe alors.

En 1994, les premières élections aux Unions Régionales des Médecins Libéraux, qui viennent d'être créées, sont largement gagnées chez les généralistes par MGF, avec 6 % des suffrages.

Un renversement d'alliance pour un autre type de pratique ?

En 1995, le plan Juppé parle de « maîtrise comptable » basée sur un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie voté chaque année par le Parlement. Fait capital, la Confédération française démocratique du travail (CFDT) succède à FO à la présidence de la CNAM. Un syndicat de salarié abandonne la posture de défense de la médecine libérale et se place au coté des réformateurs technocratiques du système de soins. La CSMF parle de renversement d'alliance et entre dans ce qu'elle appelle la « période de glaciation », une opposition totale qui durera plus de dix ans.

Le large appui de la profession, exprimé lors des élections, le contexte politique (modification de la réglementation permettant des Conventions séparées pour les généralistes et les spécialistes) et la volonté de réformer des partenaires conventionnels permet en 1997 la première Convention spécifique à la médecine générale signée par MG France, seul. L'option médecin réfèrent y est inscrite : formation continue adaptée et rémunérée, incitation à la prévention... et surtout la révolution dans le mode de rémunération sous la forme d'un forfait annuel payé au médecin pour tous les patients qui s'y inscrivent, permettant la rémunération de toute l'activité « non curative » du praticien. Le paiement à l'acte est conservé pour l'activité curative, mais avec obligation de strictement respecter le tarif conventionnel et pratique systématique du tiers-payant.

Mais la Convention des spécialistes, signée par un seul syndicat, l'Union Collégiale des Chirurgiens de France, créé à l'occasion des dernières élec-

tions professionnelles et reconnu représentatif dans la foulée, est annulée par le Conseil d'État. Les spécialistes fonctionnent alors sous règlement conventionnel minimum. L'option médecin réfèrent organise les soins primaires, mais il n'y aura jamais d'articulation avec les spécialistes.

Cette option est née d'une nouvelle alliance, entre un nouveau syndicat médical (et une nouvelle génération de médecins) et le tandem CFDT-Mutualité à la CNAM. Elle a été techniquement très mal mise en place, ne suscitant l'adhésion que d'un nombre limité de médecins et d'assurés sociaux : les grippages techniques sont-ils dus à un manque de volonté politique de la part de la CFDT, ou aux dysfonctionnements de l'appareil administratif de la CNAM ? Elle a été utilisée comme unique moyen de promotion de la médecine générale, en faisant par ailleurs pression sur la rémunération (limitation des revalorisations de la lettre C rémunérant la consultation, et fortes incitations à diminuer le nombre de visite à domicile en en rendant le prix très peu attractif pour les médecins) : fragile et sans autre support, elle était d'emblée le symbole à abattre.

En 2000, le gouvernement de gauche met en place la Couverture Maladie Universelle. Coté rémunération, les professionnels devront appliquer strictement les tarifs opposables pour les bénéficiaires de la couverture complémentaire réservée aux bas revenus. Allant plus loin, les pouvoirs publics fixent des tarifs dans des domaines, la prothèse dentaire en particulier, où ils n'existaient pas. Quelques années plus tard, les travaux sur les refus de soins permettront de mesurer combien une partie du corps médical, et tout spécialement les spécialistes, font ce qu'ils peuvent pour ne pas prendre en charge une population pour laquelle il n'y a pas de liberté tarifaire.

La hausse de la valeur de l'acte ne contrera pas la « liberté tarifaire »

Le 6 juin 2002, une séance de négociation conventionnelle très inhabituelle se déroule au siège de la CNAM. La Convention est en panne : MG France, qui en est le seul signataire, a perdu les élections aux Unions Professionnelles en 2000 et la CSMF redevient le premier syndicat chez les généralistes¹.

On est en période électorale, Chirac postule un deuxième mandat. Un mouvement de « grève des gardes », né en dehors de tout contrôle syndical, dure depuis des mois : le problème de la garde médicale cristallise les revendications des généralistes qui expriment leurs difficultés à exercer (notamment en zone rurale, où de moins en moins de médecin font face à des secteurs de garde de plus en plus étendus). On commence à parler d'épuisement professionnel. Les revendications sont portées par des coordinations et les

cahiers de doléances expriment des exigences sur la rémunération (augmentation et liberté tarifaire) en marge de l'expression des difficultés à faire face à la charge de travail. Les représentants des coordinations sont reçus à L'Élysée et Chirac promet l'augmentation du tarif de la consultation de 17,50 à 20 €.

Les partenaires conventionnels sont contraints à entériner la promesse de l'Élysée. Il faut rétablir la paix conventionnelle : le principal enjeu est de faire rentrer la CSMF dans le giron. Le compromis consiste en un accord tarifaire classique (en sus de celui de la consultation, le tarif de la visite est revalorisé de 20,58 à 30 €, en contrepartie de l'engagement d'en limiter le volume de 50 %, sur le dos des malades donc). La revendication de réouverture du secteur 2 pour tous est rejetée : la FMF ne signe donc pas, et des leader des coordinations viendront grossir ses rangs.

Dès ce moment, l'option médecin référent était moribonde : il était illusoire de penser pouvoir conserver une rémunération au forfait et une augmentation massive de la rémunération à l'acte. Ni MG France, ni la CFDT ne feront une tentative pour la sauver.

Personne ne répond à ce qu'ont exprimé les médecins quant à leurs difficultés d'exercice.

Pas moins de vingt plans de réforme se seront succédés depuis la création de la Sécurité sociale et de sa branche maladie. Tous auront échoué à « équilibrer les comptes ». Un rapport de la Cour des Comptes de 2004 signale que la crispation des médecins et de leurs syndicats à défendre les principes de la charte libérale (principalement liberté tarifaire et paiement direct à l'acte) empêche toute régulation efficace par l'Assurance maladie. Les médecins convaincus de la nécessité d'une réforme profonde du système de distribution des soins pour l'établissement d'un système de santé performant au service de l'ensemble de la population restent trop peu nombreux : le débat permanent entre libéralisme médical offensif et santé publique leur a toujours été défavorable. La préoccupation de santé publique n'aura émergée que deux fois : en 1981 avec les projets d'Unités Sanitaires de Base du SMG (une seule réalisation à Saint-Nazaire) sabordés au moment de la mise en place du gouvernement Fabius, puis en 1996 avec l'option médecin référent.

La CSMF, opposante acharnée au système de la rémunération par forfait, négocié et signé, seule, la convention de 2005 : l'option médecin référent est supprimée, avec un moratoire de deux ans, le système du médecin traitant est institué. Il n'y a plus de rémunération au forfait et la possibilité de pratiquer le tiers-payant est, de nouveau, très limitée. C'est le retour à l'obligation du paiement direct et uniquement à l'acte. Les « médecins traitant » ne sont dotés d'aucun moyen pour faire face à leurs nouvelles responsabilités administratives : le « parcours de soin » tend à limiter le remboursement des prestations spécialisées. Les médecins spécialistes n'ont-ils pas intérêt à la liberté tarifaire qui leur est concédée pour les patients qui consultent en « accès direct » ?

Depuis, un évènement politique majeur est survenu : les élections du printemps 2007. Une victoire de la gauche aurait, peut-être, relancé le débat sur la rémunération forfaitaire et une réaffirmation des tarifs opposables : c'est là que se situe l'enjeu d'un système performant de santé dans le cadre d'une protection sociale solidaire. Elles ont conduit au pouvoir ceux qui renoncent à combler les déficits de l'Assurance maladie et laissent filer les dépenses quitte à augmenter le « reste à charge » qui pèse sur les ménages. C'est dans ce cadre que s'ouvre la négociation conventionnelle par la CSMF d'un « secteur optionnel », espace de liberté tarifaire pour tous les médecins.

On ne sait jamais comment finit l'histoire, mais j'ai l'impression d'un grand retour en arrière : c'est la charte libérale de 1928 qui reste d'actualité. Plus qu'un retour en arrière, c'est probablement la porte ouverte à une « dérégulation » libérale de l'offre de soins et à l'abandon de l'Assurance maladie solidaire. ■

« On ne sait jamais comment finit l'histoire, mais j'ai l'impression d'un grand retour en arrière. »

1. Les pouvoirs publics (État et Assurance maladie) ont poursuivi une politique délétère face aux URML. Quand le syndicat qui gagne est un « allié » (MG France 1994), la mise en place cahotante de l'option référent de l'OMR le discrédite. Quand le syndicat qui gagne est un opposant (CSMF en 2000), on fait comme si rien ne s'était passé. Attitude qui est évidemment la meilleure pour pousser celui que l'on traite de cette façon à ronger son frein et à attendre une « vengeance ».

Vie et mort de l'option médecin référent

L'option médecin référent était-elle « l'ébauche d'une véritable politique des revenus » ou « les prémices d'une rémunération à la capitation » ? On ne le saura pas, car certains ont préféré la mettre à mort.

Christian Bonnaud, médecin généraliste

L'option médecin référent constituait, dans le paysage médical libéral, une avancée sociale importante, ce d'autant qu'elle était perfectible. On se situait avec cette option médecin référent dans l'objectif d'éduquer, de prendre en charge, avec les moyens nécessaires. Bien différent est l'actuel contrat « médecin traitant ». Ce contrat, en exemplaire unique pour la caisse, ne permet pas la pratique de la dispense d'avance de frais. Il comporte des obligations de suivi du dossier non rémunérées, sauf pour les gens en ALD (affection longue durée), et une pénalisation financière des patients en cas de non-signature ou de consultation non justifiée d'un autre médecin...

« Comme une reconnaissance du travail que nous faisons déjà. »

Si on refait un peu d'histoire, on peut dire que la pratique médicale ambulatoire en France est basée sur la rémunération directe du médecin par le patient. Le médecin est « honoré ». Cela s'appelle la médecine libérale. Ce mode de rémunération, depuis la signature de la convention en 1960, est enca-

dré par des tarifs opposables négociés entre les syndicats médicaux représentatifs et les organismes payeurs (aujourd'hui l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie).

Dans les années d'après-guerre et jusqu'au début des années 1980, en cas de pauvreté et souvent en lien avec les soins des tuberculeux, les dispensaires permettaient les soins gratuits, avec des médecins salariés. Ceux-ci travaillaient souvent à temps partiel et avaient une pratique libérale en plus. Seuls échappaient à cette rémunération directe les actes

en lien avec un accident de travail ou une maladie professionnelle, et les actes pour les patients en AMG (aide médicale gratuite)... les patients venaient consulter avec des bons, qui nous étaient ensuite payés par l'État. Et depuis janvier 2000, ceux ayant droit à la CMUc (couverture médicale universelle complémentaire). C'est sur ce terrain très libéral que fut négociée l'option médecin référent par MG France, dans laquelle nombre de médecins SMG se sont engouffrés.

Le tiers-payant pour le patient, la rémunération forfaitaire pour le médecin

Dans le cabinet, nous avons opté très rapidement pour la signature de cette option conventionnelle, et ce pour deux raisons principales. La 1^{re} était la dispense d'avance de frais qu'elle entraînait pour les gens, ce d'autant qu'un certain nombre d'assurances complémentaires ont fonctionné dans l'option, avec une rémunération directe du médecin, par un seul payeur (la caisse principale se faisant ensuite rembourser par la caisse complémentaire). Pour les gens, cela favorisait l'accès aux soins et pour le médecin, il y avait moins d'argent à compter le soir, et moins de chèques à porter à la banque (confort appréciable). Il fallait simplement vérifier les retours et s'assurer que les gens ne changent pas de régime. La 2^e raison de ce choix est liée à la rémunération forfaitaire, qui nous a paru comme une reconnaissance du travail que nous faisons déjà, de mise à jour du dossier et de prise en charge d'actes qui n'étaient pas que du soin.

Cela fut pour nous très important, nous avions l'impression d'être enfin payés pour parler à l'assistance sociale, au spécialiste, pour nous déplacer

à l'hôpital, en bref pour être ce que nous demandent les patients et les pouvoirs publics, un des pivots du système de soins. Il ne paraissait pas illusoire de penser d'ailleurs que cette rémunération serait augmentée, alors que l'acte de soin (la consultation) ne serait pas touché. En bref, cette rémunération forfaitaire (45 € par an par patient de plus de 16 ans) nous paraissait comme l'ébauche d'une véritable politique des revenus des professions de santé.

La signature de cette option a correspondu à l'arrivée de la carte Vitale dans les maisons et de l'ordinateur sur le bureau des médecins pour la lire. Les premiers médecins à s'informatiser massivement sont les médecins référents : l'outil Vitale est le facteur facilitant le tiers-payant incontournable, ce fait a été probablement le plus motivant pour l'informatisation de la profession, plus que l'informatisation des données médicales. Les gens ont alors souvent considéré cette carte comme une carte de paiement, et cela leur paraissait naturel. Pour nombre d'entre nous, c'était enfin la possibilité de supprimer ce lien direct monétaire entre les patients et nous. C'est simple, la caisse nous paie, et avec le patient, nous pouvons parler de soins, de santé, de prévention, d'éducation sanitaire. Nous pouvons programmer un suivi, sans crainte, surtout pour les plus pauvres, de les obliger à déboursier de l'argent. Cela permet un meilleur suivi, une relation, non basée sur l'argent uniquement. Ainsi, nous avons pu prendre le temps de voir plusieurs enfants de la même famille, de soigner les personnes en fin de vie, sans avoir à demander de l'argent à chaque passage. De plus, une rémunération forfaitaire permettait une prise en charge globale, avec étude du dossier, prise de recul, information et prévention. Ce travail nous le faisons déjà, mais il fut ainsi reconnu et rémunéré, ce qui représentait l'ébauche d'une rémunération forfaitaire, prémisses peut-être d'une rémunération à la capitation plus large.

Un mode de paiement qui donne du temps pour la qualité

De plus, l'option pouvait permettre de contribuer à limiter les actes, puisqu'un critère de qualité était introduit concernant le nombre d'actes par an faits par les médecins référents. Ce nombre devait se trouver entre 1 500 et 7 500 par an. Le

médecin devait avoir à charge un minimum de patients, pour garantir une pratique de terrain suffisante. Mais la contrepartie était qu'il ne devait pas voir non plus trop de patients, afin d'avoir suffisamment de temps pour les consulter (on a cependant le droit de penser que trente actes/jour pour 250 jours ouvrables/an, c'est sûrement trop !!). Un engagement à la participation à la formation continue faisait également partie du contrat. De même, le médecin s'engageait à participer à des campagnes de prévention. Il avait l'obligation d'être partie prenante d'un tour de garde, la permanence des soins devant être assurée 24 heures sur 24.

La globalité de la prise en charge était ainsi reconnue (soins, prévention, éducation sanitaire, formation continue) et cela grâce à un contrat signé en quatre exemplaires, le patient, le médecin, le régime obligatoire, le régime complémentaire. Cela n'empêchait d'ailleurs pas les gens de changer de médecin en cas de besoin ou d'insatisfaction, puisqu'il leur suffisait, à ce moment-là, de résilier le contrat. D'ailleurs, ce contrat pouvait être résilié chaque année ou reconduit de façon tacite.

Les médecins souhaitant pratiquer en dehors de l'option pouvaient le faire, sans aucun problème. Il n'y avait pas de critère coercitif pour les professionnels. La pratique libérale en dehors de cette option continuait d'ailleurs à être majoritaire chez les médecins. De plus les patients, en cas de nécessité, et sans pénalisation, pouvaient consulter un autre médecin, référent ou non d'ailleurs.

Le système du médecin référent était perfectible, il aurait pu être choisi par un plus grand nombre de médecins s'il avait été l'objet d'une promotion par l'Assurance maladie, ainsi que par le syndicat MG France qui l'avait pourtant initié. La dispense d'avance des frais aurait pu devenir totale, ce d'autant que les médecins signataires s'engageaient à pratiquer des tarifs conventionnels, remboursables. On voyait ainsi s'ébaucher un système de rémunération à la fonction, ou de capitation.

Et maintenant ? ■

« C'est simple, la caisse nous paie, et avec le patient, nous pouvons parler de soins, de santé, de prévention, d'éducation sanitaire. »

Coup de gueule d'un ex-médecin référent

■ Marie Kayser, médecin généraliste

L'option médecin référent est morte, sa naissance a été laborieuse, sa vie difficile, elle a fini assassinée. J'aimerais ici crier ma colère face à ceux qui l'ont assassinée : les syndicats médicaux Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), Syndicat des médecins libéraux (SML) et Alliance, la direction de l'Assurance maladie et le gouvernement.

Je voudrais interpeller les syndicats de salariés qui ont laissé faire, et le syndicat MG France qui a refusé de se positionner clairement en défenseur de cette option dont il avait pourtant été le promoteur. Je voudrais interpeller ceux qui auraient dû accompagner sa vie : pourquoi si peu d'études sur son impact dans la prise en charge des patients ? Pourquoi l'Assurance maladie et les mutuelles n'ont-elles pas mis en place un règlement efficace des tiers-payants aux médecins ?

Je voudrais que nous nous interrogiions au sein de mon syndicat : le Syndicat de la Médecine Générale (SMG). Nous étions nombreux à être « référents », y appréciant le tiers-payant pour les patients et la reconnaissance par un forfait de la globalité du travail accompli. Mais syndicale-

ment, nous sommes toujours restés un peu sur la réserve : le changement apporté par l'option était trop partiel, les objectifs des caisses en matière de prévention risquaient de ne pas être ceux que nous souhaitions... Quand l'option a été menacée, nous avons alors vraiment réalisé ce qu'elle représentait et participé à sa défense au sein de l'Association des Médecins Référents.

L'assassinat de l'option et la réforme de 2004 ont modifié mes relations avec l'Assurance maladie. Certes, je peux encore travailler en concertation pour mes patients avec des médecins conseils et des services de la caisse. Mais je ne considère plus la direction de l'Assurance maladie comme partenaire dans le soin. Je ne supporte plus les pressions des délégués de la caisse. Ils sont les représentants de ceux qui ont refusé de s'atteler à une véritable réorganisation du système de soins, qui ont supprimé la rémunération forfaitaire de notre travail de généraliste, et qui ont pour seul but la limitation des remboursements au détriment de l'accès aux soins des patients. ■

Les politiques se dégonfleront ?

Pourquoi ça ne bouge pas ? Question posée à un habitué des cercles où se décident en France la politique et santé. Haut fonctionnaire, économiste, le blocage lui paraît politique.

Il y a vingt ans, on disait que les jeunes médecins ne voulaient plus du paiement à l'acte et donc que ça allait bouger. Ces mêmes médecins ont vingt ans de plus et ça n'a pas bougé. Pourquoi ?

Patrick Hassenteufel a très clairement expliqué que l'identité du corps médical s'est construite contre l'Assurance maladie et pour le maintien de son autonomie, en faisant du paiement à l'acte et du refus du tiers-payant la condition de cette autonomie. C'est la position du syndicalisme médical majoritaire, celle de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). MG France maintient sa revendication d'un changement et paraît favorable aux paiements forfaitaires, mais il demande quand même l'augmentation du C pour rejoindre le CS : si on revendique les deux, c'est le paiement à l'acte qui est renforcé.

Peut-on être optimiste quant à l'évolution des modes de paiement dans ce pays ? Non ! Les politiques sont frileux, de droite comme de gauche, ils sont suiveurs : du fait de la complexité de l'organisation du système de soins, ils ont besoin d'appui dans le corps médical, tout simplement pour faire vivre la convention !

Lorsque le ministre Evin a mené une grande bagarre pour essayer de réguler le secteur 2, il y a eu des résistances avec grève des internes : s'il a tenu, c'est dans les plus grandes difficultés. Les politiques sont tétanisés, terrorisés, par la capacité de pression des médecins. Tant que le corps médical ne sera pas, non pas dans sa majorité, mais dans une proportion significative demandeur d'une réforme, ce ne sont pas les politiques qui la feront. ■ **La rédaction de Pratiques**

Une disparition programmée de la médecine générale

La complexification des soins et l'apparition de déserts médicaux obligent à des transformations au sein desquelles d'autres formes de valorisation de la médecine générale sont nécessaires.

■ **Pierre Rabany**, médecin généraliste et enseignant à la faculté de médecine Bichat-Lariboisière – Denis Diderot, Paris 7

Il est devenu évident que le réseau de médecins généralistes se défait en France. Alors que la densité médicale est importante dans l'hexagone, la densité de médecins généralistes est une des plus faibles d'Europe. Cette situation s'aggrave rapidement. Quelle sera la situation médicale dans les dix ans à venir dans les communes qui auront perdu le tiers de leurs médecins généralistes partis à la retraite ? Quelle sera la situation dans des communes rurales, là où une poignée de médecin assure les soins sur un habitat très dispersé ?

Cette situation tient en partie au non renouvellement des médecins généralistes, la filière de médecine générale étant délaissée par les étudiants et quand celle-ci a été choisie, très fréquemment, elle est abandonnée pour des emplois hospitaliers marginaux et précaires.

Un certain mépris de la médecine générale

Cette situation ne semble pas fortuite. Elle est d'abord le résultat d'un certain mépris de la médecine générale, l'idée dominante étant qu'il faut consacrer ses forces aux soins de spécialité. En France, la prévention ne fait pas partie de la culture de santé des quarante dernières années. Et quand elle est redécouverte par nos « élites », c'est sur un mode centralisé de campagne nationale. La santé publique, mais sans réseau de soins primaires. Contrairement aux pays du nord de l'Europe, en France, le médecin généraliste n'est pas analysé comme le pilier du réseau de soins primaire, lui-même indispensable à la qualité du système de santé, mais plus comme un « bobologue » comme l'avait exprimé avec délicatesse un ancien ministre de la Santé devenu depuis « sarkozyste de gauche ».

Ce regard sur la médecine générale est bien sûr alimenté par tout le secteur hospitalier et intériorisé par les étudiants. L'attachement dogmatique au paiement à l'acte qui empêche l'évolution d'une pratique de soin individuel et cloisonnée vers une activité collective, concertée, soucieuse de s'adresser à la personne malade, mais aussi de développer des objectifs de santé publique, reste une « ligne de défense » d'une partie de la profession relayée par le gouvernement. L'absence de filière autonome de formation des futurs généralistes, avec ses lieux de formation, embryons exemplaires de l'exercice d'une médecine de soins primaires, rend difficile l'identification des jeunes médecins à cette pratique professionnelle. Les conséquences en seront de deux ordres : la limitation de l'accès aux soins, particulièrement dans les zones rurales et dans les zones urbaines défavorisées, le recours plus fréquent aux structures hospitalières ou, à défaut, aux spécialistes.

Cette évolution du système de santé coïncide parfaitement avec les intérêts des assureurs privés et l'orientation ultra libérale de nos (notre...) gouvernants : pousser la clientèle aisée vers des soins plus coûteux pendant que les médecins généralistes réduits en nombre administreront des soins rapides à la partie de la population qui ne pourra pas accéder à des couvertures complémentaires toujours plus coûteuses.

Sinon comment expliquer que le gouvernement ait laissé perdre, les trois dernières années, 2000 postes d'internes en médecine générale au profit des autres spécialités ? Comment expliquer que depuis trois ans, la baisse historique du nombre de médecins généralistes n'ait pas entraîné de réaction gouvernementale, alors que la densité de médecins généralistes en France est une des plus faibles d'Europe ? Sans parler du protocole d'accord conventionnel de 2004 qui limite l'accès aux soins d'une partie de la population et « bureaucratise » la pratique de la médecine générale.

.../...

.../... Cet ensemble d'éléments caractérise une politique qui méprise le réseau de soins primaires pourtant reconnus unanimement comme un facteur essentiel de santé publique.

Sur quelles contradictions s'appuyer ?

Cette évolution est-elle inéluctable ? Allons-nous rejoindre, à court terme, le modèle de santé américain avec un accès aux soins limité, des soins primaires déficients, un haut niveau de technicité hospitalière, et au bout du compte une morbi-mortalité élevée ?

On peut bien sûr compter sur la convergence des politiques publiques européennes pour éviter ce scénario catastrophe. Mais le particularisme français en matière de santé est fort. Il associe un système hospitalo-universitaire puissant et fermé, un attachement au paiement à l'acte qui reste présent au-delà du cercle des médecins, une dévalorisation des soins primaires, des assureurs privés soutenus par un gouvernement très libéral.

Comment assurer des soins primaires de qualité et les pérenniser ?

Comment endiguer la fuite des jeunes médecins vers des structures de soins secondaires, où ils sont d'ailleurs précarisés ?

Dans l'évolution libérale du système de santé, quelles contradictions pouvons-nous exploiter pour promouvoir l'accès aux soins et, au-delà, une démarche de santé publique ?

La complexité et l'évolution rapide des prises en charge médicales rendent la pratique solitaire très lourde et insécurisante. Les jeunes médecins le ressentent. Ils sont soucieux de partage d'expérience et d'échanges. Ils recherchent une organisation du travail qui leur garantisse un temps de formation et une vie personnelle en dehors de leur activité médicale. Ils sont souvent conscients de l'importance des activités de prévention individuelles, mais aussi collectives. Ils ont le plus souvent intégré l'importance de leur rôle dans la coordination des soins, dans la relation avec les autres professionnels : infirmières, kinésithérapeutes, auxiliaires de vie. Pour toutes ces raisons, une majorité d'entre eux ne sont pas hostiles à un autre mode de rémunération que le paiement à l'acte. On a besoin d'eux pour pérenniser la médecine générale et, au-delà, pour construire un réseau de soins primaire de qualité. Une partie importante des jeunes généralistes fuient devant la dévalorisation de notre profession, mais également devant la lourdeur de notre activité et l'insécurité qu'elle engendre. La perspective de maisons médicales communautaires est adaptée à un grand nombre d'entre eux. D'où l'importance du développement, dans un premier temps, de maisons médicales universitaires. Lieux de formations pour les futurs généralistes, ils constitueraient une vitrine pour la médecine générale, un lieu d'expérimentation pour le développement des soins primaires, un repaire pour les futurs médecins généralistes. Constitués autour de cabinets médicaux existants, ces lieux de formation nécessitent bien sûr la présence

d'internes, mais également de chefs de clinique. Après les grèves d'enseignants de la fin de l'année 2006, le principe de la nomination de vingt chefs de clinique avait été retenu. Mais à quelques semaines de leur prise de fonction, les ministères refusent de les salarier comme tous les autres chefs de clinique et veulent leur imposer un statut « libéral », ce qui leur rendrait impossible d'exercer les fonctions de formation dans les domaines de la recherche, de la coordination des soins et de la prévention. Nos dirigeants ultralibéraux se méfient de la valeur exemplaire que pourrait prendre ces maisons médicales, composées en partie par des professionnels disposant d'un temps pour d'autres fonctions que le « colloque singulier ». Ce conflit est assez symbolique des contradictions entre le « monde libéral » et les nécessités des soins primaires.

« La santé publique, mais sans réseau de soins primaires. »

Le deuxième levier que nous pourrions utiliser pour faire progresser notre conception des soins primaires est celui de la désertification médicale des zones rurales à faible densité et bientôt des quartiers les plus populaires. Quelles que soient les dispositions qui seront prises dans le domaine de la liberté d'installation, elles n'auront pas d'effet avant de nombreuses années. Il est peu probable que des mesures incitatives, essentiellement financières, puissent apporter une solution. Par contre, nos propositions de soins primaires communautaires dans le cadre de Maison de Santé de Proximité peuvent être acceptables pour des médecins généralistes. L'activité collective, le partage de la prise en charge, peuvent susciter intérêt, sécurité et plus de liberté pour tous tout en maintenant un réseau de soins primaires de qualité. On comprend que cette proposition ne peut pas s'inscrire dans le cadre du paiement à l'acte et qu'elle ne peut pas être négociée avec les pouvoirs publics ou la caisse d'Assurance maladie, mais peut-être peut-elle être installée par la négociation avec les institutions départementales et régionales.

Dans sa volonté de consacrer tous les aspects de notre société au libéralisme et à la production de profit, la droite française développe dans le même temps des contradictions. Dans le domaine de la santé, la contradiction essentielle réside dans la destruction de l'embryon de soins primaires que constitue la médecine générale. À nous d'utiliser cette faille pour développer avec les autres professionnels de santé de première ligne et les acteurs de terrain les prémices d'un réseau de soins primaires. ■

Changer de mode de rémunérations : marché de dupes ?

Les adversaires du paiement à l'acte sont enfin reconnus ? Il faut se souvenir qu'un payeur finance en priorité pour résoudre SES propres problèmes. L'enjeu est donc bien celui de l'espace de négociation.

Didier Ménard, médecin généraliste

Changer de mode de rémunération pour sortir du libéralisme

Vouloir modifier le mode de rémunération n'est pas le fait d'une lubie passagère. Que cette transformation dérange ne signifie pas que la question ne doit pas être posée. Si, depuis longtemps, les forces qui s'y opposent font croire que le sujet n'a pas d'intérêt, cela ne trompe personne. Car c'est la nature idéologique du problème qui conduit à refuser le changement. Changer le mode de rémunération, c'est bousculer les fondements de l'exercice libéral.

L'échange d'argent direct entre le malade et le médecin est un gage de liberté pour les défenseurs de la médecine libérale. L'idéologie ayant ses limites, les mêmes défenseurs du libéralisme sont les premiers à utiliser le paiement différé via l'Assurance maladie, pour solvabiliser les patients quand les sommes engagées sont élevées. Et comme celles-ci ne cessent d'augmenter, ce mode de contournement du paiement à l'acte va perdurer.

De même, on sait que pour promouvoir les actions de santé publique : éducation sanitaire, prévention, coordination, formation... le paiement à l'acte n'est pas adapté. Au moment où l'on commence à comprendre que les maladies les plus fréquentes, les plus compliquées à soigner, les plus coûteuses pour la collectivité sont des maladies qui justement nécessitent de l'éducation sanitaire, de la prévention, de la coordination, de la formation, il serait logique à la fois sur le plan économique et du point de vue du système de l'offre de soins de rechercher un

mode de rémunération qui permette la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée.

On parle de plus en plus de forfaitisation, de paiement à la capitation. Des voix s'élèvent dans le monde des experts pour dire que cela a du sens.

L'Assurance maladie résiste aux changements : voir les réseaux de santé et l'option référent. Pour nous qui pourfendons le paiement à l'acte exclusif depuis des décennies, on serait donc à l'aube de la reconnaissance du bien-fondé de notre combat ? Force est de constater que n'est pas encore venu le temps de la réjouissance. Car il y a un mais...!

Il y a un mais

Quel que soit le mode de paiement, il y a un receveur et un débiteur. Pourquoi le débiteur, en l'occurrence l'Assurance maladie, accepterait-il de satisfaire cette revendication de changement de mode de rémunération ? Sans faire un procès d'intention, analysons le comportement de ce financeur à l'aune de son engagement dans les processus de transformations des exercices professionnels de ces dernières décennies.

L'histoire nous apprend que l'Assurance maladie s'engage dans l'accompagnement d'une transformation des pratiques professionnelles selon l'adage « charité bien ordonnée commence par soi-même » : je finance à condition que cela résolve d'abord mon problème institutionnel. Sans calomnie. Ainsi la direction de la Sécurité sociale a-t-elle détricoté la loi sur les réseaux de santé pour financer les réseaux qui satisfont sa conception de l'organisation des soins, selon le

.../...

seul modèle pluriprofessionnel qu'elle connaisse : le modèle hospitalier. Tout ce qui relève de la collaboration médico-sociale, la coopération non hiérarchique, la formation pluriprofessionnelle, l'éducation sanitaire communautaire... ne mérite pas son soutien puisque, dit-elle, l'Assurance maladie gère le risque maladie et non les pratiques médicales alternatives au modèle dominant.

Suite à cette politique, les réseaux de santé porteurs de véritables changements de pratiques professionnelles sont en train de mourir dans l'indifférence de ceux qui pourtant disaient que le Fonds pour l'amélioration de la qualité des soins était dévolu à l'innovation...

De même, la douloureuse affaire de l'option référent en médecine générale ou comment l'institution soutient l'innovation comme la corde soutient le pendu. Les fossoyeurs institutionnels et syndicaux se sont unis pour torpiller ce nouveau mode de rémunération. Au nom de quoi ? Du compromis pour obtenir la signature d'une convention médicale. C'est faire peu de cas des responsabilités de gestionnaire d'un système d'offre de soins.

Contre une vision centralisatrice et normative de l'offre de soins et de la prévention

Il suffit de voir comment la question de la prévention est abordée pour être effrayé par la conception que peut avoir l'Assurance maladie du contenu de l'exercice professionnel.

Chaque médecin recevra une rémunération forfaitaire pour une action de prévention, à condition qu'il fasse ce que lui dicte l'institution : campagne de dépistage ciblée, éducation normative sur telle question de santé publique... Ce qui n'a pas grand rapport avec la prévention adaptée aux réalités de notre exercice quotidien et ne tient pas compte de l'expertise des professionnels.

Sans dire que le dépistage et l'éducation vus du point de vue de l'Assurance maladie n'ont pas lieu d'être, il faut débattre de ces problèmes dans un espace de négociation spécifique. Et surtout pas dans le cadre de la convention médicale où l'on mélange trop la défense des intérêts catégoriels des médecins et l'organisation de l'offre de soins.

Les changements de comportements professionnels doivent être abordés avec respect, pour construire la confiance, terreau indispensable aux évolutions souhaitées. Et non dans un climat de défiance créé par la généralisation du contrôle individuel. Contrôle qui ne tient pas compte des réalités de l'exercice de la médecine qui, nous

devons le rappeler, ne se réduit pas à la vision que peut en avoir le service médical de l'Assurance maladie.

Ce n'est pas un hasard si nous en sommes arrivés à faire le constat que c'est celui qui essaie de faire au mieux son métier en prenant le temps de privilégier la relation humaine qui reste, quoiqu'en disent les tenants de la bio-technicité, le fondement essentiel de la médecine, et qui est le plus mal rémunéré.

Notre conception du changement de rémunération ne peut se faire qu'à partir de la définition de ce que doit être aujourd'hui l'exercice de la médecine. Quel est le rôle de chacun, acteurs du soin de premier recours, puis de la médecine spécialisée ? Rôle de l'organisation, des formes de collaboration, de la coordination, de ce qui définit une authentique qualité des soins ne pouvant se réduire à l'application de protocoles fussent-ils les meilleurs du monde...

La prévention se construit dans la proximité de l'exercice de la médecine après avoir fait un diagnostic des besoins de la population.

Construire des espaces de véritables négociations

Bref, nous ne pouvons concevoir un changement des modalités de rémunérations des médecins sans demander aux financeurs de faire une révolution conceptuelle sur ce que veut dire financer un système de santé rénové. Cette réflexion doit se nourrir des valeurs qui fondent l'Assurance maladie et qui sont aujourd'hui le meilleur rempart contre la dérive consistant à croire que les médecins sont devenus les prestataires de service d'une politique de santé où la maladie serait une marchandise.

Le défi du changement de rémunération est à portée de main, d'autres systèmes de l'offre de soins en Europe montrent que c'est possible.

Pour cela, il faut abandonner les archaïsmes idéologiques, savoir construire des espaces de véritables négociations, respecter le travail de chacun, et donc concilier la logique institutionnelle et la logique professionnelle, soumettre la parole des experts à la réalité, et demander aux forces politiques de ne pas instrumentaliser cette nécessaire réforme pour justifier leur légitimité à gérer le système de santé dans le temps imparti entre deux élections.

Sinon, le changement de rémunération sera un marché de dupes. ■



magda zine

Nouvelles attaques gouvernementales contre l'Assurance maladie solidaire

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

Le candidat à la présidentielle, Nicolas Sarkozy, avait annoncé qu'il mettrait en place de nouvelles franchises sur les soins. Devenu président, il tient ses promesses.

Une première série de mesures se met actuellement en place ¹.

Le forfait d'un euro par acte médical (consultation, radiologie, biologie) était jusqu'ici plafonné à un euro par jour ; il pourra atteindre quatre euros par jour en cas de consultations multiples. Les patients qui ne respecteront pas le parcours de soins ne seront pris en charge qu'à 50 % (70 % dans le parcours de soins). Ces mesures pèsent directement sur les assurés : 350 millions d'€ sur les 1,225 milliards d'€ du plan d'économies escomptées en année pleine. D'autres mesures vont peser indirectement : pressions sur les professionnels pour limiter les arrêts de travail de courte durée et les transports sanitaires.

Le président de la République compte faire adopter, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, la mise en place de franchises s'ajoutant aux précédentes.

Franchises de 0,50 € par boîte de médicament et par acte paramédical (kinés, infirmiers, orthophonistes...), deux euros par transport sanitaire. Les bénéficiaires de la CMU et de l'AME, les femmes enceintes et les enfants de moins de 16 ans seront exonérés aussi pour ces nouvelles franchises. Le plafond annuel global de l'ensemble des franchises serait (en tous cas dans un premier temps) de cent euros par personne ; ce qui représente une addition de 1,5 milliards d'€ pour les assurés ².

Les franchises issues d'une logique assurantielle, aux antipodes d'une logique de santé, n'agiront pas sur le niveau des dépenses de santé, mais sur celui des remboursements (cf. article de Pierre Volovitch p. 77). Elles vont s'ajouter au « reste à charge » imputable

aux seuls tickets modérateurs et forfaits prévus par la Sécurité sociale qui est déjà de 240 € par personne et par an et de 400 € si on prend en compte les dépassements tarifaires ³. Ce « reste à charge » est soit payé directement par les gens qui n'ont pas de complémentaire (ou une complémentaire leur offrant peu de couverture), soit payé par le biais de la cotisation à la complémentaire dont les prix ne cessent d'augmenter.

En écho à l'hostilité d'une majorité de citoyens face à ces franchises, Martin Hirsch, Haut Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, a lancé en juin 2007 la proposition de « bouclier sanitaire ». Il s'agit de plafonner le reste à charge pour les assurés en fonction de leur revenu (de 3 à 5 % du revenu brut). Ce bouclier sanitaire est pour les assurés une fausse « bonne idée » (cf. article de Pierre Volovitch p. 77).

Parallèlement à la mise en place de nouvelles franchises, Nicolas Sarkozy a annoncé la création pour 2008 d'une 5^e branche de protection sociale censée être une réponse au problème majeur de la prise en charge des personnes handicapées ou âgées dépendantes : les franchises annoncées initialement comme un moyen de renflouer les caisses de l'Assurance maladie lui seraient destinées. Son financement et sa gestion seraient multiples : elle relèverait de l'État, mais aussi des collectivités locales, du système assurantiel complémentaire. Il n'y a pas de frontière entre soin et prise en charge de la dépendance, pourquoi l'Assurance maladie ne prendrait-elle pas en charge la dépendance ? Avec cette 5^e caisse, à laquelle le gouvernement risque de transférer de plus en plus de charges, on s'éloigne du système d'Assurance maladie solidaire

Face aux choix gouvernementaux de franchises, la mobilisation s'est organisée.

Professionnels du soin, syndicats, acteurs du monde associatif, mutualistes, représentants des usagers ont organisé une conférence de presse commune à la mi-juin pour défendre l'accès aux soins. Ils affirment ensemble : « *La question de la dépense de soins découle de décisions politiques. Les dépenses sont fonction de l'organisation du système de soins, du mode et du niveau de rémunération des soignants, du type de formation qu'ils reçoivent (formation indépendante, formation aux questions de précarité et d'accès aux soins...), de la mise en place d'actions de prévention et d'éducation à la santé, d'actions sur les*

1. Voir le détail des mesures gouvernementales et le rapport des comptes de la Sécurité sociale sur www.sante.gouv.fr/htm/actu/comptes_secu07/dossier_de_presse.pdf
2. Extraits annuaires Sécu, lettre 260 www.annuaire-secu.com/html/news260.html
3. Didier Tabuteau, « Menaces sur l'accès aux soins », *Le Monde*, 3 août 2007.
4. Le paquet fiscal coûtera plus de 13 milliards d'€ par an dont la moitié est consacrée à la défiscalisation et à l'exonération de charges sociales sur les heures supplémentaires (*Le Monde*, 11/07).

conditions de vie des gens, sur la santé au travail et l'environnement. »

À l'issue de la conférence de presse, une journée nationale d'action a été décidée pour le 29 septembre : « 4 heures pour la Sécu, contre la franchise sur les soins ». Le collectif organisateur rappelle que : « le financement solidaire est la condition indispensable pour améliorer notre système de

santé... Notre pays n'a jamais été aussi riche. Il faut donc exiger un débat sur la part des richesses dévolue à la santé. C'est un choix de société. Alors, il faut choisir. Soit, comme l'a fait Nicolas Sarkozy, multiplier les cadeaux fiscaux aux plus favorisés et les exonérations de cotisations pour les employeurs soit partager les richesses pour maintenir une Sécu fondée sur la solidarité. Là est le cœur du débat. » ■

Les plus pauvres sont aussi les plus malades

■ **Philippe Foucras**, fondateur du CoMéGAS*

Les plus pauvres sont aussi les plus malades. Cette évidence pour nous, soignants attentifs à l'accès aux soins de tous, doit continuer à être martelée et surtout démontrée.

À offre de soins égale, LE facteur discriminant de morbi-mortalité, c'est le niveau social, économique et culturel. Le déterminant social de l'état de santé est la variable prépondérante de toute action sanitaire et sociale, et ce déterminant ne peut que devenir de plus en plus important au fur et à mesure de l'amélioration de l'offre de soins et du niveau de vie. Ne pas prendre en charge prioritairement les plus pauvres, voire refuser de le faire, c'est ne concentrer son activité de soignant, sur le plan épidémiologique en tout cas, que sur les mieux portants de la société, et accroître les différentiels médicosociaux et donc l'exclusion. La qualité d'un soignant se mesure à la façon dont il prend en charge les plus malades de ses patients et de la société. Que penser d'un soignant, d'un enseignant, etc. qui ne fait progresser que les meilleurs de ceux qu'il a en charge, ceux pour qui c'est le plus facile, ou le moins difficile ?

Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire

Le dispositif de la CMU offre depuis janvier 2000 aux personnes dont les revenus sont les plus faibles la possibilité de bénéficier d'une protection maladie complémentaire, la CMU-C. Les 4,5 millions de bénéficiaires de ce dispositif sont en moins bon état de santé que le reste de la population. Ainsi, ils sont 1,8 fois plus nombreux, à âge et sexe identique, à être en ALD et une surmortalité s'observe pour toutes les pathologies. Les écarts de prévalence les plus importants s'observent pour la tuberculose, pour les maladies chroniques du foie (cirrhoses) et pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Une

partie de cette surmorbidity est liée à des facteurs comportementaux (consommation plus importante d'alcool et de tabac, toxicomanie...). Le lien de causalité peut aussi être inverse, la mauvaise santé pouvant être un facteur de précarité : c'est sans doute le cas pour les maladies psychiatriques graves dont la prévalence est plus que doublée parmi les bénéficiaires de la CMU-C. D'autres affections sont moins fréquentes, notamment certains cancers (cancer du sein, de la prostate...). Mais cette moindre morbidité s'explique peut-être en partie par un dépistage plus tardif, car on constate, pour ces affections, un taux de décès sensiblement plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C, donc une gravité de la maladie plus importante. Le taux de décès annuel est ainsi de 2,5 % parmi les bénéficiaires de la CMU-C en ALD30, alors qu'à structure d'âge et de sexe identique, il est de 1,8 % dans le reste de la population en ALD30. ■

* Comité de médecins généralistes pour l'accès aux soins : comeegas@yahoo.fr

CNAMTS – Points de repère n° 8, août 2007, 12 pages :

www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pts_repere_8_.pdf

<http://s3s.fr/l/5RX8eG69g7/wanadoo.fr/p.foucras.html>



Aide Médicale aux étrangers sans papiers

Un audit conjoint des Inspections générales des finances et des affaires sociales sur l'Aide Médicale d'État a été rendu public en mai 2007. Il met fin aux rumeurs de fraudes entretenues par ceux qui voudraient voir la suppression de l'AME. Il montre que ce régime, qui permet la gratuité des soins pour les étrangers sans papiers, ne donne pas lieu à des dépenses abusives : le coût moyen des patients couverts par l'AME est compris entre 1 800 et 2 300 € ; la légère différence avec le coût moyen de 1 800 € pour un affilié Sécu s'expliquant par le recours plus fréquent à l'hôpital des bénéficiaires de l'AME lié aux refus de soins en médecine de ville et à un état de santé plus altéré.

Cet audit conclut à « la nécessité du maintien du dispositif existant qui permet de soigner les personnes en situation irrégulière et de prévenir les problèmes de santé publique qui pourraient découler d'un défaut de prise en charge. Il écarte une restriction de l'AME aux seuls soins urgents ou à un panier de soins qui serait à définir, ainsi que la mise en œuvre d'un ticket modérateur qui se heurterait à des obstacles pratiques difficilement surmontables. »

L'audit enjoint l'État à payer ses dettes à l'Assurance maladie : l'État ne verse que 233 millions d'€ par mois alors que le coût de l'AME est de 500 millions, ce qui aboutit à une dette cumulée de 910 millions d'€ fin 2006. ■

Marie Kayser,
médecin généraliste

http://www.audits.performance publique.gouv.fr/bib_res/733.pdf

Crédits santé

Plusieurs assurances privées ou mutualistes (Mutuelles Atlantiques) ont mis sur le marché un nouveau produit : le crédit santé.

Elles proposent aux assurés d'emprunter pour financer les dépenses qui leur restent à charge après le remboursement par l'Assurance maladie et par les complémentaires (pour ceux qui en ont). Elles ciblent particulièrement les soins dentaires, optiques et les prothèses auditives. Les taux d'intérêt sont autour de 5,9 %.

Il s'agit d'exploiter le marché des « restes à charge » qui vont croissant en matière de soins pour les assurés. Il va en résulter des problèmes de surendettement des assurés aux revenus les plus modestes.

L'association Que Choisir et le CISS (Collectif Inter associatif sur la Santé) ont vivement dénoncé ce nouveau produit assurantiel. ■

M.K.

À propos des firmes pharmaceutiques (suite)¹

Marie Kayser, médecin généraliste

Novartis perd son procès contre la loi indienne sur les brevets

Plus de 420 000 personnes dans le monde, dont plus de 80 000 en France, ont signé la pétition lancée par Médecins Sans Frontières, demandant au laboratoire Novartis d'abandonner sa plainte. La Haute cour de justice de Chennai (Inde) vient de donner raison à l'Inde.

Pour Médecins Sans Frontières, il s'agit avant tout d'une victoire majeure pour les millions de malades qui ont besoin de médicaments à prix abordable dans les pays en développement².

« Cette décision de justice permet à l'Inde de conserver une loi qui limite l'étendue des brevets... Elle envoie également un signal clair aux laboratoires pharmaceutiques et aux pays riches qui souhaiteraient renforcer la protection par les brevets dans les pays en développement... »

Une décision favorable au laboratoire Novartis, qui aurait conduit à verrouiller la loi indienne sur les brevets, et donc rendu impossible la fabrication de génériques pour des médicaments existants, aurait eu des conséquences désastreuses sur l'accès aux médicaments génériques à prix abordables qui sont vitaux pour des millions de malades à travers le monde...

Poursuite des pressions sur la Thaïlande pour qu'elle renonce à l'émission de licences obligatoires sur les médicaments.

Le laboratoire Abbott a renoncé à son procès contre Act Up-Paris³, mais il continue à refuser de commercialiser en Thaïlande l'Aluvia® (nouvelle forme thermorésistante d'un médicament anti Sida). Il veut ainsi faire pression sur le gouvernement thaïlandais pour que celui-ci renonce à la production de génériques et, en particulier, à celle de l'Aluvia®.

Le commissaire européen au commerce, Peter Mandelson, a lui aussi écrit au gouvernement de Thaïlande le 18 juillet pour remettre en cause sa politique sanitaire à l'égard de l'accès aux médicaments génériques par voie de licence obligatoire. Cette décision thaïlandaise est pourtant fondée sur une base légale, prévue par les accords de l'Organisation Mondiale du Commerce. Elle est aussi le seul moyen permettant de continuer à traiter les malades.

Ces pressions sont inacceptables, le Réseau Thaïlandais des séropositifs et Act Up-Paris appellent à poursuivre la mobilisation⁴. ■

1. Pratiques n° 37-38, page 117.

2. Extraits du Communiqué de presse de MSF <http://www2.paris.msf.org/>

3. Cette plainte venait en représailles de la cyber-manifestation internationale organisée par Act Up-Paris le 26 avril 2007 contre le site web d'Abbott pour protester contre les mesures de rétorsion d'Abbott contre la Thaïlande.

4. <http://www.actupparis.org/article3125.html>

Effet des pesticides sur la survenue de tumeurs cérébrales

■ Jacques Richaud, praticien hospitalier

Une étude de population cas-témoin¹ menée dans la région du Bordelais conforte la notion d'un effet des pesticides sur la survenue de tumeurs cérébrales, mais seulement pour des expositions professionnelles aux doses les plus fortes.

L'incidence des tumeurs cérébrales malignes est restée stable dans les pays industrialisés pendant plusieurs décennies, le nombre de nouveaux cas évalué pour 100 000 habitants et par an était en 1995 de cinq à neuf selon les pays. Depuis cette époque est observée une croissance manifeste de l'incidence d'environ 3 % par an (registre des tumeurs de l'Hérault 2002), les décès dus à ces tumeurs augmentant de 5 % par an (publication ANOCEF, en Gironde 2002) : l'incidence des glioblastomes était supérieure à 20 (pour cent mille et par an), avec une augmentation dans toutes les

tranches d'âge, accentuée chez les sujets les plus âgés (33,4 pour cent mille après 70 ans). La recherche d'une causalité environnementale a confirmé dans la région du Bordelais la possible responsabilité de dérivés nitrés utilisés comme pesticides et inscrits au registre des maladies professionnelles. Une étude dans le Tarn semble confirmer cette suspicion, mais une autre étude à Nancy (2007) ne retrouve pas de prépondérance de cette exposition. Les incertitudes persistantes rendent indispensable la généralisation d'un registre comportant des données non seulement quantitatives, mais aussi enrichies de la recherche de tous les facteurs environnementaux potentiellement mis en cause. ■

1. Étude publiée en juin 2007 par la revue *Occupational and Environmental Medicine*.

Amiante et Nouvelle-Calédonie

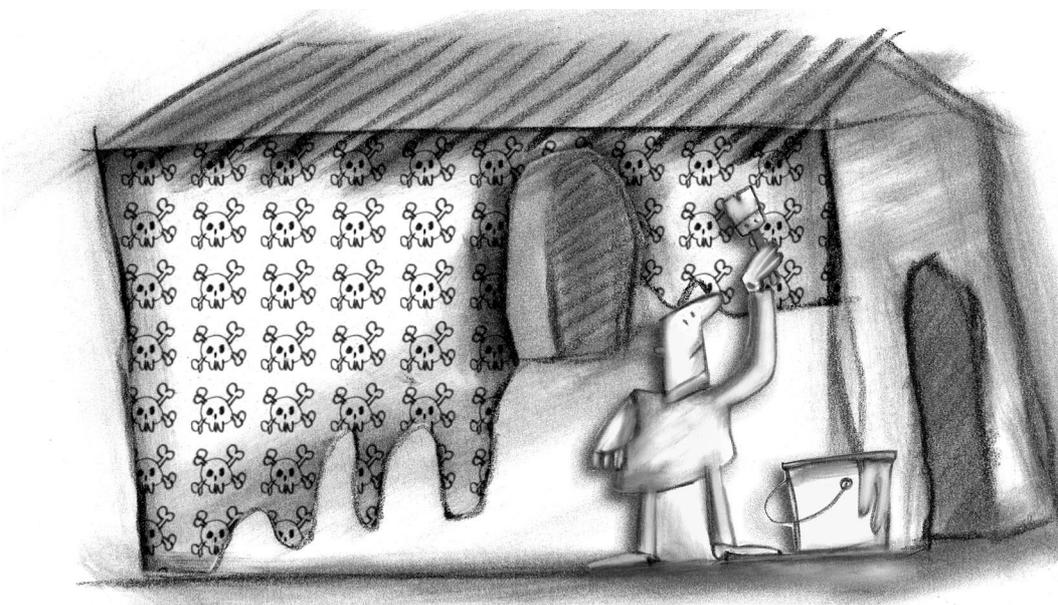
Selon le journal *Le Monde* du 9 mai 2007, l'incidence du mésothéliome, cancer dû à l'amiante, est en Nouvelle-Calédonie trente fois supérieure à la moyenne nationale ; le taux de cancers pulmonaires est anormalement élevé. Le risque est seize fois plus élevé chez les Mélanésiens que chez les Européens.

Les causes en seraient :

- le badigeonnage des cases kanakes, fait à l'instigation de l'administration coloniale avec une des roches de l'amiante : la trémolite ;
- l'amiante sous forme de chrysolite se retrouve dans les exploitations de gisements de nickel et affleure au niveau des sols : routes...

Par ailleurs, le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante n'a toujours pas été rendu applicable en Nouvelle-Calédonie. ■

M.K.



L'épreuve de lecture critique

Marie Kayser, médecin généraliste

La Lecture Critique d'Article a été introduite par la réforme des études médicales de 2002. Les étudiants doivent acquérir les « compétences techniques » pour savoir identifier la validité et le niveau de preuves d'études scientifiques présentées dans les publications dites « primaires ». L'Examen Classant National (ECN) est passé à l'issue des six premières années d'études médicales et les étudiants choisissent leur spécialité : médecine générale ou spécialité d'organes selon leur classement.

Les étudiants regroupés dans l'ANEMF (Association Nationale des Étudiants en Médecine de France) se sont mobilisés, dès le début, contre l'intégration de cette matière dans l'ECN. Leurs arguments étaient les suivants : préparations hétérogènes à cette épreuve selon les facultés, incertitudes sur la fiabilité et la reproductibilité de la notation.

Ils ont obtenu d'abord le report de l'intégration de l'épreuve de 2004 à 2008, puis à 2009 après la mobilisation de cette année (manifestation de 2000 étudiants à Paris).

De son côté, le ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche s'est clairement prononcée pour l'intégration de l'épreuve à l'ECN et affirme que « Les médecins comme tous les professionnels de la science doivent être au contact permanent de la recherche... Décrypter, décoder et restituer sont des compétences exigibles d'un professionnel de santé qualifié. Il y va de la crédibilité de nos médecins. Il y va aussi de la qualité des soins prodigués aux Français »¹.

Le sujet a fait débat dans la profession.

Les arguments avancés par l'ANEMF n'emportent pas la conviction : chaque matière est enseignée différemment selon les facultés, toute notation est soumise à fluctuation, une matière non sanctionnée par un examen perd de son importance aux yeux des étudiants.

Il est intéressant reprendre ici le débat de fond qui a eu lieu sur la liste du Formindep² et sur celle de la Commission Exécutive du Syndicat de la Médecine Générale (SMG).

La lecture critique des données de recherche présentées dans les articles de publication primaire (en anglais souvent) nécessite des connaissances assez étendues ; elle est très chronophage et peut donc difficilement être de pratique courante. En revanche, il est indispensable pour un

soignant d'avoir une réflexion critique sur les articles de publications secondaires (synthèses, méta-analyses, recommandation, consensus). Il faut certes pour cela que les étudiants aient un minimum de formation en matière de lecture critique de publication primaire. Mais l'important est l'acquisition d'une pensée et d'une réflexion critique, non seulement sur les données de la littérature, mais sur toute la formation et l'information reçues au cours des études et de l'exercice médical. Et là, il y a fort à faire face à l'influence des firmes pharmaceutiques : publicité directe ou transmise par les visiteurs médicaux³, influence des firmes auprès des « leaders d'opinion » spécialistes souvent hospitaliers et enseignants, influence des firmes auprès des réseaux, des associations de médecins et de patients.

Comme le résume Philippe Foucras, initiateur du Formindep : « C'est toute la question de la transparence et de l'indépendance de l'information, c'est la question des conflits d'intérêt et de leur gestion, c'est l'étude de la qualité d'une recommandation ou d'un guide de bonne pratique, son applicabilité à la pratique des professionnels, la présentation des niveaux de preuve, les conclusions établies en fonction du niveau de preuve. »

Il faudrait donc non seulement modifier l'orientation de cette épreuve à l'ECN, mais aussi agir pour l'indépendance de la formation et de l'information médicale. La visite du site du Formindep, la lecture de *Prescrire*⁴, et de *Pratiques*, d'autres lectures éveillant l'intelligence et la réflexion par soi-même (*Que Choisir*, *Le Canard Enchaîné*...) devraient être des éléments de validation du module de lecture critique pour les étudiants et plus tard de points de formation médicale continue pour les soignants. ■

1. Valérie Péresse, « Plaidoyer pour la lecture critique d'article », Tribune libre, *Quotidien du Médecin*, 26 juillet 2007

2. Formindep : collectif pour une Formation Médicale Indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients. <http://www.formindep.org/>

3. L'industrie pharmaceutique dépense annuellement pour la visite médicale 8 500 € par praticien selon un rapport récent de la Cour des comptes publié par *Le Parisien*, 23 août 2007.

4. *Prescrire* : <http://www.prescrire.org/>
À propos de la qualité des recommandations de la HAS voir l'éditorial de la revue *Prescrire* d'avril 2007.

Colonialisme, néocolonialisme et... immigration choisie

Denis Labayle, médecin et écrivain



La seule solution politique sanitaire pour l'Afrique est de garder ses médecins et de permettre à ceux qui sont venus se former chez nous de repartir chez eux afin de traiter leurs concitoyens. Pour cela, il faut leur donner les moyens d'exercer leur métier, ce qui sous-entend une collaboration à grande échelle.

Les temps ne sont plus à la repentance, on vous l'a dit. Finis les *mea culpa*.

« La colonisation a été ce qu'elle a été, on ne va pas revenir dessus. Ils ont voulu leur liberté et leur indépendance, alors qu'ils cessent de se plaindre. On ne va tout de même pas leur assurer en plus le couvert, l'éducation et la santé ! »

Bon, mais alors parlons du néocolonialisme, de ces gouvernements fantoches que nous avons maintenus en place pour nous permettre d'exploiter tranquillement leurs richesses.

« Oh ! Vous n'allez pas recommencer. Tout cela est le résultat d'échanges économiques entre peuples souverains, et nous n'y sommes pour rien si ces gouvernements sont corrompus et exploitent leur peuple. »

Décidément, aujourd'hui, il est difficile de vous culpabiliser.

« Taisez-vous ! Bientôt vous allez me dire que l'immigration choisie, c'est encore du colonialisme ! »

Hélas, je le crains. Prenons l'exemple de la santé. À votre avis, comment un pays sans moyens sanitaires peut-il être économiquement efficace ?

« Le problème n'est pas la maladie, mais l'ardeur au travail. »

Pourtant, souvenez-vous de la construction de la ligne de chemin de fer qui traversa le Mexique. Un chantier énorme qui n'avancait pas malgré un nombre considérable d'ouvriers : absentéisme pour maladie, inefficacité au travail. Jusqu'au jour où une enquête conclut à une évidence : pour faire redémarrer le chantier, il fallait que les travailleurs soient en bonne santé. Il était donc conseillé de soigner efficacement les malades, d'offrir des conditions d'hygiène correcte, d'apporter une alimentation satisfaisante, et... de les payer mieux. Et là, miracle, après avoir répondu aux exigences du rapport, le chantier qui avait pris des mois de retard fut terminé en un temps record.

Aucune nation ne peut s'en sortir économiquement si elle ne dispose d'une réelle politique de santé. On le sait : la situation sanitaire en Afrique est catastrophique. Tout le monde le reconnaît et le déplore avec des larmes de crocodiles. Or pour assurer une qualité sanitaire, il faut – c'est évident – des médecins, du matériel et des médicaments. Et avant tout des médecins...

Dans ce domaine, on vit dans une absurdité cynique et calculée. Au mieux, on envoie des médecins de chez nous, bénévoles, émules du docteur Schweitzer, se perdre dans la brousse, travailler seul ou au sein d'une ONG. Le plus souvent, on ne fait rien ou, pire, on pille les cerveaux. Un nouveau pillage qui vient s'ajouter au pillage économique. Oh ! Bien sûr, tout cela s'effectue astucieusement, sans forcer personne, avec même la complicité des intéressés qui oublient un peu vite leurs responsabilités vis-à-vis de leur peuple. Le colonialisme sait s'adapter aux nouvelles exigences du temps.

Aujourd'hui, on nous affirme haut et fort que l'immigration choisie ne concernera qu'une certaine catégorie d'élites. « Ne prendre que les personnes dont la présence est une chance pour la France, mais n'est pas "vitale" pour leur pays d'origine », a dit Sarkozy. À qui fera-t-on croire cette monstrueuse hypocrisie puisque l'immigration choisie a déjà commencé depuis longtemps, et dans tous les pays d'Europe. Par suite de politique délibérée de réduction de l'offre de soin, les bureaucrates ont

diminué drastiquement le nombre de médecins si bien que, dans les vingt années à venir, il va manquer en France 25 % de médecins généralistes et spécialistes. Et ce n'est pas la timide augmentation du *numerus clausus* qui va changer le processus. Aussi la solution choisie a été la plus simple : prendre les médecins là où ils étaient. Et cyniquement, nous avons résolu nos erreurs en pillant les

« Il y a plus de médecins béninois en Ile-de-France que dans leur pays. »

.../...

.../...

cerveaux des pays qui en avaient le plus besoin. Dès aujourd'hui, certaines spécialités, comme l'anesthésie ou la radiologie, disposent d'une majorité de médecins étrangers dans les hôpitaux généraux français. Déjà, on le sait, il y a plus de médecins béninois exerçant dans l'Ile-de-France que dans leur propre pays. On peut faire une analyse semblable au Royaume-Uni en comparant le nombre de médecins issus du Malawi exerçant dans leur propre pays et dans la région de Manchester. Alors pour compenser ce rapt, le gouvernement anglais a débloqué des fonds pour la formation d'infirmiers africains !

La seule solution politique sanitaire pour l'Afrique est de garder ses médecins et de permettre à ceux qui sont venus se former chez nous de repartir chez eux afin de traiter leurs concitoyens. Mais ne soyons pas angéliques, pour que ces médecins retournent dans leur pays et y restent, il faut leur en donner les moyens. Plusieurs médecins africains de mon entourage ont tenté ce retour, mais découragés de ne pouvoir exercer correctement leur métier, ils sont revenus chez nous : manque de structures sanitaires, manque de matériels, manque de médicaments. Alors, cessons de penser qu'il y a une vraie médecine pour nous et une autre médecine « assez bonne pour eux ». Où qu'on soit, il est difficile de suivre correctement une grossesse surtout à risque sans échographie.

C'est valable pour la femme européenne, afghane ou africaine. De plus, sans un minimum de matériel on ne peut enseigner les nouvelles générations de médecins. Je me demande quel peut être l'enseignement de la radiologie au CHU d'Antananarivo à Madagascar qui ne dispose pas de poste de radiologie ! Comment apprendre la chirurgie quand le matériel est obsolète et qu'on manque de fil chirurgical ? Aussi, au lieu de se donner bonne conscience en secourant une médecine de brousse, souvent au rabais, il est urgent de permettre aux médecins de ces pays de travailler localement dans des conditions acceptables. Cela sous-entend une collaboration à grande échelle dans le domaine de la formation continue, de l'échange des connaissances et de la fourniture d'équipements. Je terminerai en rappelant à mon interlocuteur invisible qu'il ne peut à la fois se plaindre de voir des malades étrangers venir se faire soigner chez nous, et en même temps les empêcher de se soigner chez eux en s'emparant de leurs médecins. C'est donc une orientation radicalement différente des politiques gouvernementales et non gouvernementales qu'il faudrait envisager. Hélas, nous ne sommes pas en train d'en prendre le chemin ! Peut-être, dans un siècle, engagerons-nous une petite repentance ? Et encore, ce n'est pas certain... ■

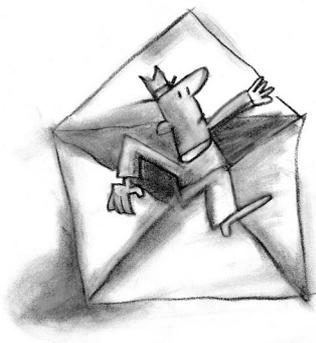
Courrier des lecteurs

À propos de « normes et ménopause »

La norme a ceci de particulier qu'elle s'adresse à la maladie, non à la malade... et que cette maladie est entre le médicament (industrie pharmaceutique) et la malade. J'ai fait faire une thèse qui montre que sur cent femmes, aucune n'a la même représentation de la ménopause... Donc chacune a sa norme... alors pourquoi imposer une norme issue de je ne sais où (ou plutôt de je sais trop où) ? C'est ce que j'ai appris durant ces années de galère à enseigner des concepts auxquels je n'avais pas réfléchi (on ne m'avait pas appris à le faire). Maintenant, les étudiants me reprochent de ne pas donner de solution à la fin du cours, sinon le conseil de remettre en cause ce qu'ils ont entendu, d'y réfléchir, de considérer le patient qu'ils ont en face d'eux et de partager avec lui la solution choisie. ■

Daniel Léonard

Professeur Associé de Médecine Générale UFR Lille



« Franchises » et « bouclier » des mesures injustes et inefficaces

■ Pierre Volovitch, économiste

Les mesures prévues pour réduire le déficit de l'Assurance maladie s'annoncent injustes et inefficaces. Elles vont précipiter le changement d'une couverture sociale solidaire en assurance.

Pendant sa campagne électorale, Nicolas Sarkozy avait annoncé la mise en place de « franchises ». Après les élections, Martin Hirsch, nouveau secrétaire d'Etat aux solidarités, a critiqué cette idée et a produit une note prônant la mise en place d'un « bouclier sanitaire ». Le même Nicolas Sarkozy a annoncé au cours de l'été la mise en place de « franchises » destinées à financer des plans de lutte contre la maladie d'Alzheimer, et contre le cancer.

Au moment où cet article est écrit, je ne connais pas la forme précise que prendra la politique de ce gouvernement, et mon hypothèse est qu'eux non plus ne la connaissent pas.

L'Assurance maladie, dans le cadre de la Sécurité sociale, c'est, en principe, un financement basé sur le revenu des personnes protégées et des droits ouverts en fonction des besoins. La force de ce dispositif, c'est la séparation qu'il instaure entre le coût de « l'assurance » et les besoins de soins de l'individu¹. La mise en place de « franchises », comme l'éventuelle mise en place d'un « bouclier sanitaire »² dénaturent profondément ce principe de financement.

Pourquoi les franchises seront inefficaces

Les « franchises » viendront s'ajouter aux « tickets modérateurs », « forfaits hospitaliers » et autres « restes à charge ». Dans tous les cas, c'est le malade qui paye, et qui paye d'autant plus qu'il est plus malade. On a réintroduit le lien entre besoins de soins et charge financière. Il s'agit donc d'une mesure injuste socialement.

Pour défendre cette mesure, ses promoteurs prétendent qu'il s'agit d'un moyen d'agir sur l'évolution des dépenses de santé.

Cette idée est fautive pour au moins trois raisons.

Les pays qui maîtrisent le mieux leurs dépenses de santé sont les pays qui les « socialisent » le plus. Plus la part des dépenses publiques dans les dépenses de santé est forte et plus la dépense totale est faible. Au Danemark, en Suède, en Grande-Bretagne, là où la part des dépenses publiques

dans les dépenses de santé est supérieure à 80 %, la part des dépenses totales de santé dans le PIB est proche de 8 %. Aux États-Unis où la part des dépenses publiques dans les dépenses de santé est à peine supérieure à 40 %, la part des dépenses totales de santé dans le PIB est proche de 15 %. Dit autrement, quand la part des dépenses qui reste à la charge des ménages est importante, les dépenses totales de santé peuvent être importantes. En

matière de dépenses de santé, la meilleure façon de maîtriser les dépenses c'est d'être solidaires. La réalité, c'est que les procédures de ticket modérateur, de forfait hospitalier, de franchise... ne visent pas à maîtriser les dépenses de santé dans leur ensemble, mais de maîtriser les seules dépenses d'Assurance maladie.

Les dépenses de santé sont très fortement concentrées sur un très petit nombre de patients. Une année donnée, la moitié de la population est à l'origine de 5 % des dépenses tandis que les 5 % des personnes qui consomment le plus sont à l'origine de la moitié des dépenses. Si l'on élargit aux 10 % des personnes qui consomment le plus, on arrive à plus des deux tiers de la consommation de soins. Qu'est-ce que cela veut dire par rapport à la « franchise » ? La « franchise » limite la consommation des petits consommateurs de soins (c'est à quoi elle sert dans le domaine de l'assurance automobile où elle fonctionne actuellement). Elle ne peut en aucun cas agir sur la consommation des personnes gravement malades. Résultat, elle s'attaque donc aux dépenses de santé là où elles sont peu importantes. On vise totalement à côté de la cible. La question des dépenses de santé est une question d'organisation du système de soins, pas une question de « responsabilisation du patient ».

En limitant l'accès aux soins primaires, la franchise va renforcer les inégalités (ce qui nous importe au premier chef) *et augmenter la dépense* (ce qui est paraît-il l'inquiétude de ceux qui parlent de mettre en place une franchise). Si les personnes

« Dans tous les cas, c'est le malade qui paye. »

.../...

hésitent, ou renoncent, du fait de la franchise, à avoir recours aux soins primaires, il y a un risque que la pathologie dont elles souffrent s'aggrave. Elles auront recours aux soins plus tard. Il faudra avoir recours à des soins plus onéreux (la pathologie s'étant aggravée) et pour un résultat sanitaire moins bon. On connaît déjà ce phénomène. Les catégories modestes utilisent moins la médecine de ville (les dépenses de médecine ambulatoire des cadres sont supérieures de 16 % à celle des ouvriers). Ce moindre recours à la médecine ambulatoire conduit à un recours plus important à la médecine hospitalière (les dépenses de médecine hospitalière des ouvriers sont supérieures de 13 % à celle des cadres). Le résultat final étant (pathologies plus graves prises en charge plus tard) une dépense totale plus importante. Pour une consommation moyenne de 100, la consommation moyenne des cadres est de 91, celle des ouvriers non qualifiés de 118. En retardant l'accès aux soins, on ne fait aucune économie, au contraire on augmente les dépenses, tout en dégradant encore les inégalités sociales face à la santé.

Un « bouclier » pour aller vers une Assurance maladie sous conditions de ressources ?

À peine nommé, le nouveau secrétaire d'État aux solidarités actives s'est ému de la mise en place de « franchises » qui allait rendre l'accès aux soins plus difficile pour les plus pauvres. Il a remis une note proposant que la franchise soit plafonnée en fonction du revenu des personnes. Dans la foulée, il a proposé que le système de prise en charge à 100 % des maladies de longue durée (ALD) soit supprimé. Si ce type de mesure était mis en place, on irait clairement vers une mise sous conditions de ressources de l'Assurance maladie.

D'un système sous conditions de ressources à un système dual.

Le bouclier sanitaire remet en cause le principe de l'Assurance maladie solidaire où les assurés à état de santé égal sont pris en charge de la même manière, la solidarité s'exprimant en amont au niveau des cotisations.

Avec le système de « bouclier sanitaire », à revenu égal, les plus malades paieront plus de leur poche, puisque chaque année, la totalité du montant du « bouclier » restera à leur charge. Et comme les plus malades sont les plus vieux, on rentre dans un système où à revenu égal, les plus jeunes ne payent plus ou payent moins (car très peu malades) pour les plus vieux. Malheur aux vieux !³

Avec le système de « bouclier sanitaire », on met

l'Assurance maladie sous condition de ressource. À état de santé égal, plus les assurés auront des revenus élevés, plus ils mettront de temps à atteindre le plafond du « bouclier » et donc à être pris en charge. Ceci pourrait sembler sur le papier plus juste, car permettant une couverture plus favorable aux plus pauvres (en notant toutefois que 2 ou 5 % d'un revenu faible est en réalité une charge plus lourde que 2 ou 5 % d'un revenu élevé).

« La meilleure façon de maîtriser les dépenses, c'est d'être solidaire. »

Mais dans les faits, les plus riches, pour continuer à être pris en charge tout de suite, se tourneront encore plus vers les systèmes d'assurances complémentaires et à terme, ils remettront en question leur participation au système public d'Assurance maladie.

Bien sûr, l'importance des changements qu'introduiront ces mesures dépend du montant de la franchise.

La question du niveau des franchises est donc centrale. Si elles sont faibles,

les impacts négatifs seront limités, mais elles seront alors incapables de répondre à la question posée, celle du financement. Aux dernières nouvelles, le déficit de l'Assurance maladie est de six milliards. Compte tenu que les non-consommateurs et les très faibles consommateurs ne financent rien (ils n'auront pas de franchise à supporter, ou de très faibles franchises), il faudrait des franchises – qui s'ajouteraient au ticket modérateur, au forfait hospitalier... – autour de 250 € par personne. Si vous exonérez les plus pauvres, ça fait monter à 300 ou 350 € pour les autres (tout dépend du niveau où vous faites passer la pauvreté...).

Les systèmes sous conditions de ressources produisent de la dualité.

« Quid des complémentaires », Martin Hirsch explique sans rire qu'une franchise proportionnelle au revenu, cela veut dire qu'elles devront moduler leur tarif en fonction des revenus – faire payer plus les plus riches. On peut lui signaler que les complémentaires ne sont pas idiotes et qu'elles vont faire payer plus ceux qui auront les plus grosses franchises non pas potentiellement (les plus riches), mais réellement (les plus malades) et que donc la prise en charge des franchises par les complémentaires seront un puissant incitatif à augmenter les tarifs pour ceux qui risquent le plus d'être malades, à savoir les vieux. Ça se fait déjà, ça devrait se faire encore plus.

Ça commence où la pauvreté ?

Le raisonnement sur le « bouclier » parle de plafonnement des franchises en fonction du revenu des personnes. C'est joli en théorie, mais en pratique ?

Pour le moment, les caisses françaises n'ont pas les moyens de réaliser ce plafonnement en fonction du revenu. Tant qu'on ne me dira pas comment on réalise cette opération, avec quelle modification de la chaîne informatique des caisses, et à quel coût, il manquera un élément au raisonnement.

Si, comme je le pense, on ne peut mettre en place un système qui prenne en compte les revenus de toute la population, on a toujours la solution, sur le modèle CMU, de définir un revenu en dessous duquel il y aura plafonnement, et au-dessus duquel on n'aura pas ce plafonnement. C'est plus facile à gérer par les caisses qu'une proportionnalité en continu sur l'ensemble des revenus. Mais si on met en place ce plafonnement au-dessus d'un seuil qui n'existe plus, au-dessus du seuil on recrée les mêmes problèmes qu'avec la CMU. Injustice pour ceux qui sont juste au-dessus du seuil, création d'une « population » stigmatisable pour ceux qui sont en dessous du seuil.

Petit détail qui n'en est pas un. Dans cette nouvelle société dans laquelle les heures « sup » sont exonérées d'impôts et de cotisations sociales, le revenu sur lequel est calculé le « bouclier social », c'est le revenu réellement perçu par le ménage ou le revenu sans heures sup ? Et bonjour la gestion de ce genre d'usine à gaz... – on calcule le « bouclier » sur le revenu de l'année dernière ? Et si la situation a changé depuis l'année dernière, chômage par exemple...

Faire payer les malades pour financer la maladie

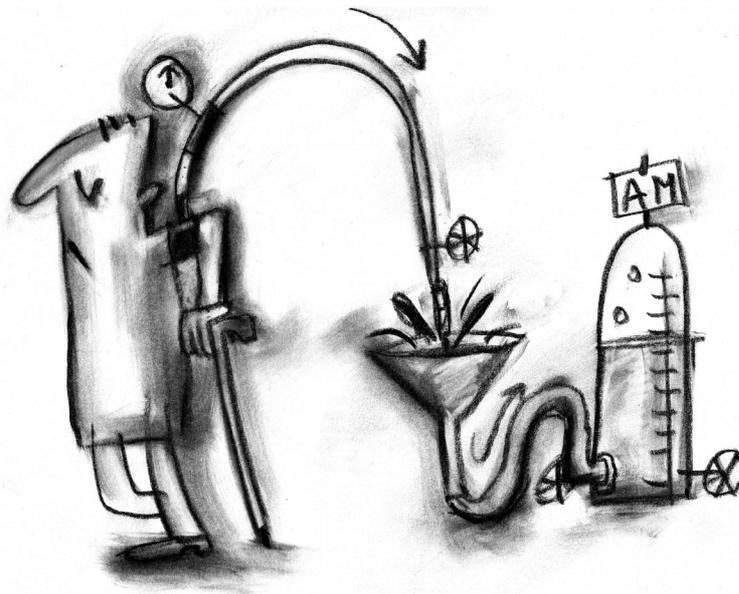
Nos gouvernants savent-ils où ils vont ? Devant l'émotion soulevée par le projet de « franchises », Nicolas Sarkozy a annoncé qu'elles serviraient à financer le plan contre la lutte de la maladie d'Alzheimer et à financer le plan cancer. Et là, ça devient formidable. Ce sont les plus malades, et donc en gros les plus vieux, qui sont appelés, en voyant diminuer la prise en charge sociale de leurs

soins, à financer d'autres soins. Avec un peu de chance, un malade d'Alzheimer peut avoir une autre maladie. C'est la diminution de la prise en charge de ses problèmes respiratoires ou urinaires qui va financer la prise en charge de son Alzheimer !

Tout le monde connaît l'histoire. Un type recherche sa montre sous un réverbère. Un autre type lui pose la question : « C'est là que vous l'avez perdue ? ». Et le premier répond : « Non, mais ici il y a de la lumière ». Si elle est bien racontée cette histoire peut faire rire.

Nous avons un problème de progression des dépenses de soin. Tous les diagnostics sérieux expliquent que l'enjeu est celui d'une autre organisation du système de soins. Peut-être même d'une vraie prise en charge de la santé, et non d'une prise en charge des seuls soins. Ce qui suppose de s'intéresser aux conditions de la santé : travail, logement, alimentation... Mais penser une autre organisation du système de soins, c'est un peu obscur pour ceux qui nous dirigent. Alors que faire payer plus, ils savent le faire (ou croient le savoir). Alors ils vont sous le réverbère (mise en place de franchises), là où ils croient avoir de la lumière, plutôt que d'aller vers ce qu'ils connaissent moins. ■

1. L'Assurance maladie dans le cadre de la Sécurité sociale n'est donc PAS un système d'assurance, mais un système de solidarité. Mais ce n'est pas ici qu'on pourra modifier un usage des mots fortement ancré dans l'usage social.
2. Ici aussi les mots sont trompeurs. Le « bouclier » que propose Martin Hirsch n'a évidemment rien de « sanitaire ». Au mieux, il limitera des dépenses. C'est donc un « bouclier financier », « économique », « social » au mieux si on veut insister sur le fait qu'il est censé protéger les personnes à bas revenus, mais il n'est en aucun cas « sanitaire ».
3. Quand on sait que ce sont plutôt les vieux qui ont voté pour Sarkozy, on se dit qu'il y a une justice !



Proximologie, éthique et marketing

Philippe Masquelier, médecin, vice-président de la Formindep

Les firmes pharmaceutiques instrumentalisent l'éthique et les associations de patients comme outil marketing. Des structures chargées de recherche et d'enseignement de l'éthique liées aux firmes appuient ces initiatives en ignorant le conflit d'intérêt.

www.formindep.org

Les firmes pharmaceutiques s'engagent de plus en plus dans ce qu'elles présentent comme un engagement éthique au service des patients et de leur entourage.

Ainsi on peut lire sur le site du Centre de ressource national en soins palliatifs (CDRN)¹ : « Le directeur exécutif de Novartis Pharma, en France, s'est engagé ainsi que son entreprise sur le terrain de la solidarité collective. Comme il est souvent nécessaire de renommer pour faire resurgir ce qui a été oublié, le concept de proximologie est ainsi né. Il permet aussi de formaliser la solidarité de proximité. La proximologie est le repérage de ce qui peut valoriser, soutenir et aider les proches des personnes malades. Elle est à la croisée de la médecine, de la sociologie, de la psychologie et de l'économie centrée sur la relation d'exception entre la personne malade et ses proches. »

La firme Novartis développe des outils de communication à destination des utilisateurs de soins et des professionnels de santé (site proximologie.com), investit dans des enquêtes importantes dont les thèmes recouvrent les domaines des intérêts commerciaux de l'entreprise. Ainsi à la page « Service Santé et Proximologie » du site web de Novartis Pharma², on retient les travaux réalisés ou en cours :

- Étude COMPAS menée auprès des conjoints de patients parkinsoniens et Novartis commercialise comme traitement du Parkinson Comtan®, Stalevo®.
- Étude PIXEL menée auprès de l'entourage des patients atteints

de maladie d'Alzheimer et Novartis commercialise comme traitement de la maladie d'Alzheimer Exelon®.

- Étude CODIT menée dans l'insuffisance rénale chronique terminale auprès des conjoints de personnes transplantées ou dialysées et Novartis commercialise Neoral® utilisé contre le rejet de greffes.
- Étude TRILOGIE menée auprès des parents d'enfant épileptique et Novartis commercialise Trileptal® médicament de l'épilepsie.
- Étude FACE menée auprès des conjoints et enfants des femmes atteintes d'un cancer du sein et Novartis commercialise Aredia®, Navoban®, Fémara® utilisés dans la prise en charge des cancers.

L'investissement de la firme Novartis dans le domaine de l'éthique et de la proximologie est limité au périmètre de prescription de ses produits. Il est donc licite de considérer cette action comme plus proche du marketing³ que de l'éthique ou de la compassion, elle s'inscrit dans la stratégie de communication des firmes.

« La firme Novartis investit dans des enquêtes sur des thèmes où elle a des intérêts. »

Bien sûr, on pourra opposer que rien n'empêche le directeur de la communication d'une firme pharmaceutique de s'intéresser, peut-être même de façon sincère, à la question des relations entre les malades et leurs proches⁵. Mais ne perdons pas de vue qu'une firme pharmaceutique a comme premier intérêt le développement et le profit

La stratégie de communication des firmes vers le grand public⁴

Une étude d'Eurostaf sur la communication grand public des firmes pharmaceutiques met en évidence les nouvelles tendances marketing qui considèrent le patient comme une cible marketing à part entière, qui doit à ce titre être touché par la communication des firmes pharmaceutiques. La législation actuelle rend difficile un tel objectif et des stratégies de contournement de la réglementation sont mises en place. Parmi celles-ci, l'étude d'Eurostaf identifie : les campagnes pathologies, des partenariats avec les associations de patients, du marketing de services sur une pathologie en particulier, le développement de sites Internet destinés à informer sur une maladie, etc.

Nous pourrions rajouter la communication « éthique » avec le site de proximologie de Novartis et le soutien aux institutions...

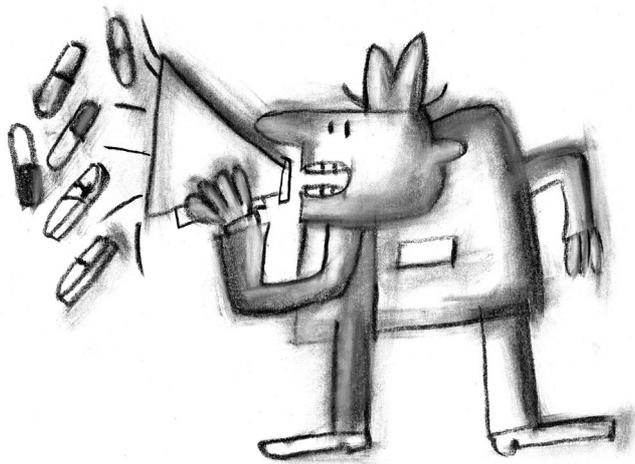
dont elle doit rendre compte à ses actionnaires. L'engagement financier significatif de Novartis dans la réflexion sur la solidarité de proximité n'est pas réalisé sans attente d'un retour sur investissement, il a pour objectif la croissance des volumes de vente dans les domaines de son engagement, il s'arrêtera quand les intérêts financiers de Novartis seront en jeu.

Novartis, par son engagement, se présente comme partenaire de soins, il investit le champ de la relation au malade et à son entourage. L'éthique médicale présuppose que la personne malade est sujet et non pas objet de soin, que le soignant doit avoir comme premier intérêt le soin de la personne malade. Le premier intérêt d'une firme pharmaceutique est son développement propre et c'est pour cela qu'il ne peut être partenaire de soins. Le conflit d'intérêt est ici majeur.

Les Hôpitaux de Paris et son Espace Ethique, le département de recherche en éthique de Paris-Sud 11, entretiennent des liens étroits avec la fondation Novartis, et avec le directeur de communication de la firme Novartis :

- soutien financier des « ateliers éthiques »⁶ ;
- colonnes ouvertes pour diffuser le concept de proximologie créé par la firme Novartis^{5, 6} ;
- participation de Novartis à l'enseignement universitaire de l'éthique : avec en particulier le directeur de communication de Novartis chargé de cours⁷ ;
- soutien du directeur de l'Espace Éthique des Hôpitaux de Paris à la promotion du concept de proximologie au travers d'une interview en ligne sur le site de la firme⁸.

Il est surprenant qu'une institution chargée d'explorer et d'enseigner l'éthique médicale ne s'interroge pas sur l'ambiguïté de son soutien à la démarche de la firme Novartis. AP-HP ne peut savoir s'il se met au service des patients ou au service du marketing des firmes. Ce soutien crédibilise aux yeux des citoyens et de la société l'engagement de la firme Novartis, il contribue à améliorer l'image de la firme et par là à augmenter son pouvoir d'influence auprès des professionnels de santé.



Manifestement l'Espace Ethique de l'AP-HP ne prend pas suffisamment en compte le concept de conflit d'intérêt dans sa réflexion sur l'éthique médicale. ■

1. Site du CDRN : www.cdrnfb.org/content/view/559/69/
2. Liste des études de proximologie bénéficiant du soutien de Novartis www.proximologie.com/a_professionnels/a01_proximologie/a01_02_engagement/
3. Baromètre 2006 Unilog Management & HEC Paris – Efficacité marketing dans l'industrie pharmaceutique, p. 4.
4. « La communication pharmaceutique grand public en France », étude publiée par Eurostaf en avril 2004. Résumé en ligne : www.eurostaf.fr/fr/catalogue/etudes/sectorielles/pharmacie-sante/comm_pharma_grand_public/resume.html
5. Programme 1^{re} journée universitaire de recherche en éthique : présentation du concept de proximologie par le directeur de communication de la firme Novartis. http://doctorants.mshparisnord.org/actualite/article.php3?id_article=490
6. – Sponsoration par la Fondation Novartis du 1^{er} atelier de réflexion éthique et cancer, – texte de conclusion de l'atelier par le directeur de communication de Novartis (p 94-95 de cet atelier) www.espace-ethique.org/fr/documents/cancer_livre.pdf
7. Présence de deux représentants de la firme Novartis dans la liste des enseignants du département de recherche en éthique de la faculté Paris-Sud 11, dont le directeur de communication de Novartis www.espace-ethique.org/fr/documents/enseignants.pdf
8. Interview du Professeur Emmanuel Hirsch sur le site de la firme Novartis www.proximologie.com/a_professionnels/a01_proximologie/a01_01_definition/

Maïs OGM : ça n'arrive qu'aux rats

Geneviève Barbier, médecin généraliste

Depuis 2006, le maïs Monsanto « MON863 » est autorisé pour la consommation humaine, donc dans nos supermarchés. Pour cela, il a été testé sur quatre-vingt rats : ont-ils le poil plus brillant, le regard plus vif ? Récit instructif.

Le géant agroalimentaire Monsanto a-t-il déjà réussi à imposer son maïs à l'ensemble de la planète, homme et animaux compris ? C'est ce que peuvent laisser penser les derniers développements de la polémique autour du maïs OGM 863, survenus cet été 2007.

Le maïs est consommé depuis des siècles : riche en vitamines du groupe B et en protéines végétales, il contient également des fibres et très peu de lipides. C'est une des plantes les plus cultivées du monde. Monsanto a produit un maïs OGM appelé « MON863 » qui sécrète un insecticide pour lutter contre un ravageur des cultures, la chrysomèle. Consommer du maïs MON863 est-il bon pour la santé ? La controverse opposant la compagnie Monsanto au CRIIGEN¹ à ce sujet est fort instructive.

L'histoire commence en 2003. Pour obtenir l'autorisation de commercialisation internationale de ce nouveau maïs, le fabricant devait convaincre de son innocuité. Il s'agissait bien de convaincre et non de prouver, car personne ne peut promettre que l'absence d'incident observé garantit l'absence d'effet. Mais que mesurer pour prédire un risque accru de cancers, ou encore des conséquences sur les générations suivantes ? La méthode choisie, en toute simplicité, est une étude sur quatre-vingt rats nourris pendant trois mois avec une ration comportant 11 % puis 33 % de maïs MON863 et comparés à des rats « témoins » (quatre cents au total). C'est la Commission du Génie Biomoléculaire (CGB) qui s'est prononcée sur les résultats de l'étude conduite et analysée par Monsanto. Une simple chronologie suffit à montrer l'âpreté de la controverse. Dans son avis du 28 octobre 2003

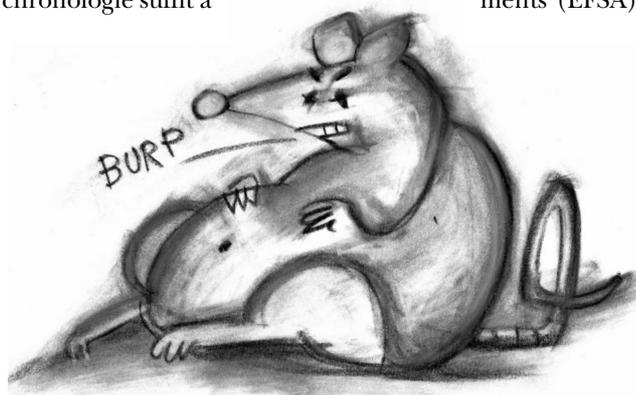
adopté à l'unanimité, la Commission déclare que « l'étude de toxicité subchronique réalisée avec le maïs MON 863 soulevait de nombreuses questions relatives aux différences significatives observées lors des dosages d'hématologie, de biochimie clinique, de chimie urinaire et de la mesure du poids de certains organes » des animaux testés. Cela signifie donc qu'elle présente des différences significatives et des risques pour la santé.

Le 19 avril 2004, l'Agence Européenne de Santé Alimentaire estime quant à elle que le maïs OGM est aussi sûr que les autres. A ce moment-là, ni le public, ni aucune équipe de recherche n'ont accès aux résultats des analyses de Monsanto, ni au contenu des débats tenus à la CGB.

Entretemps, des scientifiques choisis par Monsanto ont revisité les données de l'étude et ont conclu, en septembre 2004, que les anomalies sanguines retrouvées chez les rats consommateurs d'OGM entraient dans le champ de la variabilité naturelle des animaux. Cela ne nous dit pas pourquoi les rats sans OGM ont moins varié, eux. Pour nous, médecins, voici une nouvelle manière de voir les choses, plus moderne : un diabète, une prise de poids ou un cholestérol élevé dès 30 ans ? Ce n'est rien, monsieur, juste un effet de la variabilité naturelle chez les humains...

Souvent rat varie...

Du coup, la CGB, en la personne de Marc Fellous, reformule son avis et se range bien vite aux côtés de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) puis de l'Agence Européenne pour la Sécurité des Aliments (EFSA), qui ont l'une et l'autre donné un avis favorable au MON 863 en septembre 2004. Un membre de la CGB plaidera



ce revirement : « Nous avons simplement dit que, dans le dossier fourni par Monsanto, nous n'avons pas d'explications satisfaisantes aux anomalies observées. » Dès lors, haro sur le rat : « Le rat n'est pas un modèle idéal pour la toxicologie chronique », explique Marc Fellous, directeur à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et président de la CGB. « Les anomalies sanguines et les différences de glycémie s'expliquent par la variabilité des animaux », poursuit M. Fellous. « Quant aux anomalies rénales, elles sont naturelles puisque le rat, ce que nous ne savons pas à l'époque, les développe spontanément. » Forts de ces explications, nous voilà rassurés, c'est la faute du rat. Tout le monde est donc d'accord, feu vert général pour MON863, fin de la polémique ?

Non. Cette fois, le vote de la CGB n'a pas été obtenu à l'unanimité : Gilles-Eric Séralini, professeur de biologie moléculaire à l'université de Caen et membre de la CGB, a voté contre l'avis finalement rendu. Il est temps d'ouvrir le débat public et de faire la lumière sur des résultats sur lesquels personne ne dit la même chose. Le Criigen, en France, devra encore saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs pour obtenir les procès verbaux de la CGB. Pour les analyses de sang des rats, il faut lever le secret industriel sur l'étude menée par Monsanto, ce qui demandera de longues procédures juridiques. Greenpeace Allemagne finira par les obtenir du gouvernement allemand, malgré l'opposition de Monsanto qui perdra finalement en cour d'Appel en 2005. L'équipe du Pr. Séralini, à Caen, a repris l'ensemble des analyses statistiques de l'expérience conduite par Monsanto et publie les résultats en mars 2007². Cela fait grand bruit dans la presse : « Forts soupçons de toxicité sur un maïs OGM », titre *Le Monde* du 14 mars. « Sur les 58 paramètres mesurés par Monsanto, explique M. Séralini, la plupart de ceux qui sont altérés concernent le fonctionnement des reins et du foie », organes connus pour leur rôle de détoxification. Les effets sont différents selon le sexe : chez les femelles, il y a une prise de poids, une augmentation significative du sucre et des graisses dans le sang, l'augmentation du poids du foie et un dérèglement rénal ; les mâles, eux, maigrissent, leurs reins deviennent

« Que mesurer pour prédire un risque accru de cancer ? »

plus petits, et les analyses d'urines sont perturbées. On ne peut s'empêcher de penser aux résultats qu'avait obtenus A. Pusztai au Roxett Research Institute sur des pommes de terres produites elles aussi par Monsanto, et toujours sur des rats : dès le dixième jour, il notait un affaiblissement du système immunitaire, une prolifération cellulaire sur le tube digestif et une stimulation excessive du pancréas, des intestins, de la prostate et des testicules.

Mais les résultats de l'équipe de Séralini n'arrêtent plus le train en marche et sont contestés de toutes parts : il faudrait un « faisceau de preuves » et

non quelques anomalies isolées, les perturbations ne sont pas proportionnelles aux doses, enfin il est inutile de refaire une étude plus longue, comme le réclame Séralini, car « cela ne change pas grand-chose au résultat final ».

Et puis après tout, une femelle ça grossit, non ? Pour Monsanto, les jeux sont faits : le commissaire européen Markos Kyprianou persiste et signe le 25 juin 2007 : « Il n'y a aucune base scientifique pour douter de la sûreté du MON863 ou de son statut de produit légalement commercialisé ». Une certaine presse enchaîne et disqualifie une étude « alarmiste »³.

Actuellement, la culture du MON863 reste interdite sur le sol Européen, mais son importation a été autorisée en août 2005 pour l'alimentation animale et en janvier 2006 pour l'homme : ce calendrier est au moins finement adapté aux contraintes, attendu que les meilleures périodes pour faire avancer les dossiers délicats sont ces deux saisons des plages ou des chocolats de Noël.

Reste la fragile perspective du Grenelle de l'environnement fin septembre. D'ici-là, la France devrait s'abstenir au niveau européen sur les questions touchant aux OGM, a déclaré Nathalie Kosciusko-Morizet, la nouvelle secrétaire d'État à l'environnement.

À suivre, donc. ■

1. Comité de Recherche et d'Information Indépendantes sur le génie GENétique, association présidée par Corinne Lepage, et dont le président du comité scientifique est le Pr. Séralini. www.criigen.org
2. *Archives of Environmental Contamination and toxicology*.
3. *Le Figaro* des 14-15/7/2007 : « Les experts européens innocentent un OGM ».

L'apprenti des Eaux Vives, conte

Elisabeth Rivollier, médecin généraliste

La formation prend parfois des tours inattendus.

Il était une fois, dans un monde très différent du nôtre, un garçon qui vivait dans un village entouré des siens. Il commençait à prendre de la force quand un matin, à peine le premier repas terminé, son père lui dit : « Mon fils, l'heure est venue pour toi de choisir un métier, va voir l'Homme Sage, il te dira ce que tu es capable de faire ». L'enfant prit le chemin jusqu'à la colline où habitait un vieil homme, l'Homme Sage.

« Mon garçon, tu es né du hasard, alors tire trois lettres au hasard dans ce chapeau », lui indiqua l'homme.

L'enfant tira d'abord un F puis un A et enfin un C. « Va pour la F. A. C., lui dit l'homme. Désormais tu es apprenti. Apprenti, commence par le F. F comme forêt. Traverse les eaux vives, va dans la forêt, tu y trouveras une femme qui te fera connaître son métier. »

L'Apprenti partit. Dans la forêt, au milieu d'une clairière, il trouva sans peine une femme qui chantait doucement. Autour d'elle, des enfants dormaient.

« Que fais-tu femme ?

– Je suis berceuse, j'endors les enfants dans mes bras.

– Si je deviens berceuse, comment dois-je faire pour réussir ?

– Sens sur ta peau l'enfant glisser dans le sommeil, puis ralentis doucement ton mouvement. Mais sens d'abord ses besoins et mets le bien propre dans son linge avant de s'occuper de son repos. Ne le berce pas trop près du mur et reste éveillé. »

L'Apprenti l'observa longuement. Avant qu'il ne prît congé, elle lui dit :

« Pour être une bonne berceuse, il faut de grands bras. Mais surtout, n'oublie pas : pour certains enfants, il est très difficile de trouver le moment précis où ils vont commencer à être réceptifs à ton chant. »

L'Apprenti reprit la route vers la colline de l'Homme Sage. Alors qu'il traversait les eaux vives, là où le torrent ronfle, il aperçut un chaton emporté par les eaux. Il tendit le bras pour le rattraper, mais ne put saisir l'animal qui dans un dernier miaulement périt englouti par les eaux.

De retour, il dit à son maître :

« Je ne crois pas pouvoir être berceuse, je n'ai pas le bras assez long, j'ai laissé périr un chaton.

– Tu vas peut-être encore grandir, lui répondit le

vieil homme. Passe maintenant au A. A comme altitude. Traverse les eaux vives, gravit la montagne, tu y trouveras une femme qui te fera connaître son métier. »

L'Apprenti partit. Arrivé en altitude, au bord d'un précipice, il erra pendant des heures avant d'oser s'adresser à une femme seule qui gémissait bruyamment. Autour d'elle, des voiles noirs séchaient sous le soleil de midi.

« Que fais-tu femme ?

– Je suis pleureuse, je pleure à la place de ceux qui ne peuvent.

– Si je deviens pleureuse, comment dois-je faire pour réussir ?

– Écoute les larmes retenues et les gémissements étouffés, puis prête-leur tes pleurs progressifs et rythmés et, s'il le faut, tes cris. Mais sache d'abord qui est pleuré, qui il était pour ceux qui t'entendent. Ne leur crie pas dans les oreilles et reste sans larme. »

L'Apprenti l'écouta longuement. Avant qu'il ne prît congé, elle lui dit : « Pour être une bonne pleureuse, il faut une bonne voix. Mais surtout, n'oublie pas : pour certains enterrements, il est très difficile de connaître la douleur des gens et quelle intensité des pleurs convient. »

L'Apprenti redescendit vers la colline. Alors qu'il traversait les eaux vives, là où la cascade se précipite, un homme en haillons, un morceau de pain à ses côtés, délaçait ses souliers alors qu'un cygne s'approchait lorgnant la pitance. L'Apprenti se mit à crier, mais le pauvre homme n'entendit pas l'avertissement et le cygne s'enfuit avec tout le repas.

De retour, il dit à son maître :

« Je ne crois pas pouvoir être pleureuse, je n'ai pas la voix assez forte, l'homme affamé ne m'a pas entendu.

– Tu vas peut-être gagner du souffle, lui répondit le vieil homme. Passe maintenant au C. C comme confluent. Traverse les eaux vives, longe le fleuve, va jusqu'au confluent, tu y trouveras une femme qui te fera connaître son métier. »

L'Apprenti partit. Aux alentours du confluent, il fit maints et maints détours et contours entre les méandres de l'eau avant de trouver une femme solitaire penchée sur son ouvrage. Autour d'elle, des milliers de bobines plantées d'aiguilles étaient suspendues.

« Que fais-tu femme ?

« Il est très difficile de connaître la douleur des gens. »

– Je suis stoppeuse, je répare les accros de tous les tissus.

– Si je deviens stoppeuse, comment dois-je faire pour réussir ?

– Choisis un fil adapté au tissu que l'on t'a confié et dirige avec précaution et fermeté ton aiguille. Mais vois d'abord de tes yeux le mal, sens de tes doigts la nature des fibres atteintes. N'en fais jamais plus que celui qui a créé l'étoffe, trouve le sens qu'il a voulu, ton travail doit être solide et rester inaperçu. » L'Apprenti palpa minutieusement toutes les étoffes et beaucoup de fils, il essaya quelques aiguilles. Avant qu'il ne prit congé, la stoppeuse lui dit : « Pour être une bonne stoppeuse, il faut de bons yeux. Mais surtout, n'oublie pas : certains accros sur certains tissus dont tu penses avoir l'habitude sont perfides et leur réparation aisée n'est qu'une illusion. »

L'Apprenti prit le chemin du retour. À peine éloigné du confluent, alors qu'il traversait les eaux vives, là où elles se faufilent entre les cailloux, il fut aveuglé par un reflet du soleil, glissa et s'évala dans le passage à gué. Une douleur violente l'assailit pour s'agripper à lui. Il s'en fut saignant, claudiquant, les dents serrées tout le long du chemin jusqu'à la colline de l'Homme Sage.

Enfin il arriva dans la nuit près de son maître et lui dit :

« Je ne crois pas pouvoir être stoppeuse, je n'ai pas d'assez bons yeux, je me suis blessé.

– Tu apprendras à protéger tes yeux pour mieux voir, lui répondit le vieil homme. Il est tard ; mange la portion que je t'ai gardée et va prendre du repos. »

À peine restauré, l'Apprenti sombra dans un lourd sommeil.

Au matin, quand ils eurent fini de prendre ensemble le premier repas, l'Homme Sage lui demanda : « De quel métier te sens-tu capable, Apprenti ?

– Je ne sais pas. Les rêves de cette nuit ne me sont pas propices, répondit tristement l'Apprenti.

– De quel métier te sens-tu capable ?, répéta l'Homme Sage.

– Aucun Maître, répondit l'Apprenti.

– Aucun ?... Voyons, voyons... Il te faut encore grandir pour être une bonne berceuse, certes. Mais l'endurance nécessaire aux longues veilles : tu l'as déjà. N'es-tu pas revenu du bout du fleuve en supportant tes blessures sans te plaindre ? Il te faut encore gagner du souffle pour être une bonne pleureuse, certes. Mais la générosité nécessaire pour pleurer à la place de ceux qui ne peuvent : tu l'as déjà. N'as-tu pas voulu sauver le chaton emporté par les eaux ? Il te faut encore exercer tes yeux pour être une bonne stoppeuse,

certes. Mais le discernement pour repérer et réparer les accros : tu l'as déjà. N'as-tu pas perçu l'intention du cygne près de l'homme affamé ? De discernement tu en as fait preuve encore davantage : à chacun de tes trois retours, tu as su reconnaître tes manques, tes insuffisances, tes faiblesses.

– Mais alors Maître, lequel des métiers de berceuse, pleureuse, ou stoppeuse dois-je choisir ?

– Pourquoi pas les trois métiers à la fois ? » lui répondit le maître.

« Trois à la fois ! Mais ce n'est plus un métier, Maître ! » s'exclama l'Apprenti.

L'Homme Sage réfléchit.

« Alors ce doit être un art », conclut-il.

– « Tout cela me semble bien difficile, soupira l'Apprenti. Et il me reste tant à apprendre... »

– Il te faut l'accepter, répondit l'Homme Sage, et te mettre en quête car, tu le devines déjà toi-même, la vie est courte et l'art est long.

– Maître, cette nuit j'ai rêvé aux paroles de la berceuse. Je devais bercer un enfant très turbulent et je n'arrivais à trouver le moment précis où il devenait sensible à mon chant. Je ne savais que faire et je l'abandonnais à ses cris.

– Garde le calme en toi, répondit l'Homme Sage, et sache accepter cette vérité : l'occasion est fugitive.

– Maître, dans mes rêves j'ai revu aussi les gestes de la stoppeuse. Mes doigts

étaient devenus comme les siens, ridés et précis. Pourtant, devant un simple accro de pantalon, je ne savais quel fil employer, ni quel sens lui donner. Finalement j'abîmais tout le vêtement.

– Tu auras des échecs, répondit l'Homme Sage. Reste lucide et sache accepter cette autre vérité : l'expérience est trompeuse.

– Maître, dans mes songes la pleureuse est venue aussi. Nous étions tous deux à l'enterrement d'un roi cruel. Nous croyions pouvoir nous réjouir pour le peuple et nous décidions de pleurer de joie. La foule nous jeta dans le précipice.

– Que le destin t'épargne un tel sort ! Tâche d'être prudent et accepte encore cette vérité là : le jugement est difficile. »

Ils se turent. L'Apprenti entendit alors pleurer un enfant en contrebass dans le village.

« C'est mon frère ou ma sœur qui pleure, je dois redescendre. Mais que faire ? Le bercer, pleurer avec lui ou réparer ses accros ?

– Je ne peux pas te répondre, lui répondit l'Homme Sage. Va auprès de lui, vois, écoute, sens, ressens. Ensuite tu décideras ce qu'il convient de faire, Apprenti... Mais désormais tu n'es plus Apprenti. Tu es... voyons, voyons... un homme de l'art ! »

« L'occasion est fugitive... l'expérience est trompeuse. »

.../...

L'apprenti des Eaux Vives, conte

.../...

Le jeune homme salua son maître.
 « Que Dieu te garde, dit le vieil homme. Au revoir... euh... Au fait, comment t'appelles-tu ?
 – Hippocrate, lui répondit le jeune homme.
 – Alors au revoir Hippocrate et que ton art soit utile aux tiens ! »
 Et Hippocrate dévala la colline en courant. Il ne sentait plus aucune des douleurs de la veille.

Nul ne sait si notre héros se maria, ni s'il vécut heureux et longtemps. Certains chercheurs affirment que, si l'on pouvait retrouver ce monde, ce monde très différent du nôtre, on découvrirait ses traces et également celles de l'Homme Sage et des trois femmes qui le firent grandir tout au long des eaux vives. ■

agenda

33^e vendredi 7/samedi 8 décembre

congrès
du
SMG

Réfléchir
au
collectif

La situation n'a jamais été aussi grave : difficultés pour l'accès aux soins avec l'instauration des franchises, problèmes de manque de soignants de proximité, attaques contre l'hôpital public...

Soignants et usagers, nous sommes confrontés à la transformation d'un système solidaire de protection maladie, à un système assurantiel privé dans lequel plus on est malade, plus on doit payer pour accéder aux soins.

Nous construisons un syndicat de soignants sur des valeurs humanistes qui s'oppose à cette protection sociale inégalitaire, qui défend les conditions de travail des professionnels, qui imagine une organisation permettant de répondre à la désaffection des jeunes face à la profession. Pour cela, nous devons renforcer le collectif, celui qui laisse sa place à chacun, et à tous, qui peut conjuguer le singulier et l'intérêt général.

C'est à Toulouse que nous organisons le 33^e congrès du SMG.

Nous vous invitons à venir y échanger sur nos pratiques et à réfléchir à la construction d'une défense collective de l'Assurance maladie solidaire.

Ces deux journées seront aussi l'occasion de vivre le collectif en faisant la fête ensemble dans la « ville rose » sur les bords de la Garonne.

- Pour plus d'informations et inscription, n'hésitez pas à contacter le secrétariat au 01 46 57 85 85 ou syndmedgen@free.fr

Soirée-débat autour de la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*

Vendredi 7 décembre à 21 heures à Toulouse

Face à l'individualisme, comment le collectif peut-il avoir encore une place ?

Ce thème est celui du numéro 41 de *Pratiques* à paraître au 2^e trimestre 2008.

Fidélité au Serment d'Hippocrate

■ Georges Yoram Federmann, médecin psychiatre

Soigner les personnes marginalisées, un sacré défi pour les spécialistes et l'occasion d'un retour pédagogique au Serment d'Hippocrate : « Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent » et à la prière de Maïmonide (XII^e siècle) « O Dieu, soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche ».

Le médecin, libéral ou hospitalier, reste encore en France dépositaire d'une mission sociale qui consiste à favoriser l'accès aux filières de soins pour toute personne vivant sur le territoire de sa cité, en continu. Or cet accès peut-être entravé par de nombreux obstacles financiers, administratifs, juridiques et socioculturels. Le médecin doit alors lutter contre ce réflexe qui consisterait à oublier sa responsabilité et son devoir d'accueillir, dans son cabinet, certains patients, et de les renvoyer vers les urgences hospitalières ou les praticiens de structures d'assistantanat comme Médecins du Monde. Là, en effet, à chaque visite, l'usager doit se heurter à « l'inertie » institutionnelle propre à chaque grande organisation, et exprimer ses plaintes à nouveau sans pouvoir s'appuyer sur le sentiment rassurant d'avoir en face de lui « une oreille » qui s'est familiarisée avec « son histoire » et son rapport au temps, cyclique (le temps de la nature et de ses révolutions) ou linéaire (le temps des hommes et du caractère irréversible de leur histoire).

Nous sommes confrontés d'emblée, extrêmement brutalement, à une violence symbolique dont la responsabilité nous incombe, à nous les quatre mille médecins libéraux de l'agglomération strasbourgeoise.

Car nous ne voulons pas toujours voir certains visages de la misère et acceptons que des patients qui souffrent à nos portes, et qui pourraient bénéficier de la continuité de nos soins et de notre attention, ne parviennent pas à écrire leur histoire médico-sociale.

En effet, le médecin libéral a admis trop souvent que ces patients ne font plus partie de son champ de compétence, et force est de constater que certaines « catégories » d'usagers dépendent entièrement des associations caritatives ou de l'assistance hospitalière.

Les personnes sans domicile fixe ou en situation irrégulière, surtout lorsque leur état impose des prescriptions, des examens et des traitements réguliers ; les chômeurs qui ne bénéficient plus de la médecine préventive du travail ; de nombreuses mères célibataires ; les personnes sous le seuil de pauvreté ; les toxicomanes, les travailleurs de force immigrés victimes d'accident du travail dont les conséquences psychiques sont parfois sans commune mesure avec le caractère en apparence anodin du traumatisme en cause, tous ceux-là sont victimes de cet état de fait.

Tous ces usagers qui vivent à nos portes, dans nos banlieues, sont les principales cibles et victimes des menaces sociales, psychologiques et politiques qui se traduisent par des difficultés d'accès au logement, au travail, aux soins médicaux, aux conseils juridiques et à la régularisation de titre de séjour, dans un « monde » de plus en plus riche où l'ultralibéralisme a remplacé le politique et l'éthique médicale.

Or ils ont mal, ils souffrent, ils sont souvent isolés. Les somatisations, l'hypochondrie et la consommation abusive de psychotropes en automédication peuvent faire fonction d'affirmation identitaire, de sentiment

« Certains ne parviennent pas à écrire leur histoire médico-sociale. »

.../...

.../...

d'appartenance au groupe des personnes consommant des psychotropes et des antalgiques et engagés dans les rituels d'achat.

Bien sûr, ces stratégies de lutte et de survie psychologiques sont vouées à l'échec et source d'insatisfaction profonde.

Comment pourrions-nous soutenir, nous médecins libéraux, notre incapacité à reconnaître ces souffrances dues à l'atteinte des « liens sociaux » (précarisation du salariat, menaces sur la sécurité sociale, délocalisations, dégraissages de personnels dans les sociétés anonymes... faisant des bénéfices) ? Cela reviendrait à être prisonnier nous-même d'une pathologie liée au rapport au temps qui nous aveuglerait à force de nous pousser à la précipitation : la durée moyenne d'une consultation de généraliste n'excède pas dix minutes. Cette pathologie nous pousserait à intégrer une sorte de fantasme de toute puissance qui consisterait à contrôler la Douleur, les Emotions, l'Inconfort et même la Mort par la grâce du progrès technique et de la recherche pharmaceutique sans prendre conscience que ce serait au prix du renoncement à l'écoute...

Ecoute qui nous conduit à être le dépositaire privilégié des états d'âme, de l'expression de la subjectivité et de la faillibilité du prochain et du lointain dans le cadre de la vie de la Cité.

Le regard de l'autre oblige, comme l'évoque Levinas ?

Nous acceptons alors de (re)devenir une sorte de compagnon de route sur le chemin de la vie, une sorte de médecin de famille en continu, étant bien conscients que nos efforts doivent se porter sur la prévention puisque environ 60 % des déterminants intervenant dans l'amélioration de la santé relèvent de facteurs d'environnement physique, social et psychologique alors que 10 % dépendent du système de soins et 30 % des facteurs biologiques. Mais comment faire pour accueillir, au cabinet, en médecin de famille, « en continu », les patients marginalisés, pas toujours solvables, comme les SDF¹. ou les « sans-papiers », qui ne bénéficient pas nécessairement de la CMU² ? Il s'agit alors notamment de repérer leur inscription dans un rapport au temps qui leur est propre et vital et qui impose aux médecins de les recevoir sans rendez-vous.

Ce faisant, j'affirme que les médecins ont une responsabilité civique et politique qui les inscrit dans la continuité de l'histoire des Hommes et de la Médecine.

Ces quelques lignes me sont inspirées par l'aventure et la lutte, à Strasbourg, des « Enfants de Don Quichotte »³ qui, outre la forte construction civique, affirment une véritable position politique qui déconcerte les pouvoirs publics peu habitués à « entendre les pauvres ». ■

1. Sans domicile fixe.

2. Couverture maladie universelle.

3. Ce texte a été reçu en février 2007 (ndlr).



Les premières années

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

Améliorer l'environnement de l'enfant dans les premières années par des actions de santé publique, un rôle pour les pédiatres.

« *Do first years really last a lifetime ?* » C'est sous ce titre « Est-ce que les premières années durent vraiment tout au long de la vie » que Henry Herrod aborde une question essentielle (*Clinical pediatrics*, vol 46, Avril 2007, p. 199-205). Certaines politiques de santé visent à aider les enfants à risque à prendre un meilleur départ dans la vie ; ces politiques sont-elles efficaces et ont-elles des conséquences positives durables ? La réponse est un double oui. Ces politiques sont efficaces et leurs effets positifs peuvent être constatés 15, 20 ou 30 ans après. Et il est essentiel que les médecins le sachent pour se faire les avocats de ces interventions tant au niveau local qu'au niveau national. L'auteur rappelle d'abord les conséquences négatives d'un environnement défavorable dans les premières années de vie en donnant plusieurs exemples : a) des enfants élevés dans un orphelinat en Roumanie et manquant de stimulations intellectuelles et affectives ont des difficultés à se développer une fois qu'ils sont adoptés par des parents aimants et attentifs ; b) parmi des enfants devenus obèses, une fréquence très élevée de maltraitance sexuelle a été retrouvée ; c) la fréquence des grossesses chez l'adolescente est nettement plus élevée lorsque la petite enfance a été marquée par une maltraitance physique ou sexuelle, par l'incarcération d'un parent, par la consommation par un parent d'alcool ou de drogues.

Puis il décrit plusieurs interventions qui ont pour caractéristiques d'avoir été évaluées cinq ans au moins après avoir été mises en œuvre, mais plus souvent quinze et vingt après et même dans un cas quarante ans après. Toutes les interventions étaient intenses et durables (minimum un an) et donc coûteuses. Mais le retour sur investissement était de trois dollars pour un dollar investi dans le cas le moins favorable jusqu'à dix-sept dollars pour un dollar.

Les interventions consistent en visites à domicile et conseils, mais aussi intervention dans les jardins d'enfants et à l'école ; interventions auprès des parents et des enfants ; groupes de parents.

Les effets bénéfiques sont liés au fait que les enfants sont plus aptes à entrer dans un apprentissage scolaire et donc plus aptes à acquérir de nouvelles compétences. Ceux qui entrent dans le système scolaire sans cette préparation risquent davantage de rencontrer des difficultés. Le succès se construit sur les succès antérieurs et de même l'échec tend à préparer d'autres échecs. Par ailleurs, en plus des effets bénéfiques sur le plan de l'apprentissage scolaire, les enfants sont moins opposants, ont moins de troubles du comportement et sont plus aptes à des interactions sociales détendues et à une meilleure résolution des conflits

« Le succès se construit sur les succès antérieurs. »

L'auteur note que les pédiatres ne sont pas formés à exercer des pressions pour une politique efficace en faveur de la toute petite enfance, ce qui est surprenant puisque l'idée que le rôle du pédiatre va au-delà des soins et de la médecine préventive de routine est une idée qui a été exprimée dès la fin du XIX^e siècle et le tout début du XX^e. Et il cite les « paroles prophétiques » du premier président de l'Académie américaine de pédiatrie, Abraham

Jacobi en 1904 : « Il n'est pas suffisant de travailler au lit du malade ou à l'hôpital sur un plan individuel. Dans un futur plus ou moins proche, le pédiatre aura aussi à s'asseoir pour contrôler les livrets scolaires, les départements de santé et la législation. Il est le conseiller légitime du juge et du jury et un siège pour le praticien dans les conseils de la République est ce que le peuple a le droit d'exiger. »

Et il ajoute que ces mots prophétiques restent aussi vrais aujourd'hui qu'ils l'étaient il y a cent ans. ■

— Richard Millet, *Petit éloge d'un solitaire*, Folio, janvier 2007

Pendant une quinzaine de jours, l'écrivain Richard Millet, né en 1953, a partagé l'expérience de la vie avec son grand père Germain Millet, né en 1875. Il naissait, son grand père mourait. Banal. À partir de rien, de souvenirs familiaux, de bribes de musiques oubliées échappées des grandes brasseries de Toulouse, que son grand-père fréquentait avec sa femme Noémie en sortant de son travail d'employé dans une pharmacie, Millet ouvre une époque, des relations révolues, mais fait toucher aussi l'étrangeté de la succession des générations. Sa force : ne pas essayer d'en faire plus qu'il est possible, car la figure des petites gens s'efface vite et il n'y a pas beaucoup d'informations sur un Germain ou une Noémie Millet. Dans sa sobriété, ce court récit peut donner envie au lecteur d'attaquer quelques uns des grands romans de Richard Millet, par exemple le très étonnant *La gloire des Pythre*, histoire d'un village pauvre, au début du XX^e siècle. ■

— Luc Boltanski, *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Gallimard, Folio essais, 1993

À sa sortie, en 1993, ce livre a sans doute surpris. Il semblait étonnant qu'un sociologue travaillant sur des notions comme la justice, les justifications, etc. se penche soudain sur les relations entre le spectateur et son écran de télévision. Et plus particulièrement sur ce qu'il éprouve face à une souffrance, une injustice transformées en spectacle à l'heure du journal télévisé. Comment réagit-il, quelle action va-t-il amorcer en réponse à ce qu'il voit ? C'est en philosophe, plus qu'en sociologue, que Luc Boltanski explore cette relation « à distance ». La recherche entreprise ici, avec ses interrogations sur le spectacle et l'action, sur la politique et l'humanitaire, a trouvé son plein développement dans l'ouvrage phare de Luc Boltanski, *Le Nouvel esprit du capitalisme* (Gallimard, 1999, avec Eve Chiapello). ■



— Jean-Luc Nancy, *Juste impossible. Petite conférence sur le juste et l'injuste*, Bayard, mars 2007

En octobre 2006, dans un théâtre, le philosophe Jean-Luc Nancy prononce une conférence devant un public d'enfants, sur le thème de la justice et répond à leurs questions : « Qu'est ce qui est le plus juste entre la droite et la gauche ? » « Ya-t-il des guerres justes ? » L'idée de cette collection « petite conférence » est superbe : elle rend accessible des thèmes, des idées, dans leurs différentes facettes. Soudain, la philo est moins intimidante... ■

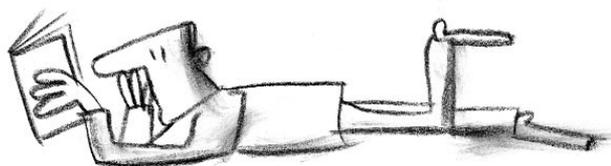
— Collectif, *Le Mystère des nombres*, Le Pommier poche, mars 2007.

« Expliquer est une affaire de métaphysique », nous déclare dans ce livre particulièrement savoureux le philosophe Miguel Espinoza. Si l'on considère que les nombres puisent leurs racines dans le réel, qu'un objet peut être choisi comme unité pour compter... alors l'aptitude des nombres à décrire et à prédire les phénomènes n'est pas une heureuse coïncidence ». Mais une logique parfaite. Antiques, mystérieux, chargés de symboles, les nombres modèlent notre vision du monde. Vingt contributeurs, mathématiciens, historiens des sciences, philosophes, nous en donnent toute la mesure. ■

— Pierre Vidal-Naquet, *L'Atlantide*, Seuil, Points essais, 2007.

Un grand historien revisite en toute modestie un grand mythe forgé par Platon – que l'historien traite de « pervers » tant il manipule son lecteur, fabriquant du sérieux à partir de contes. L'Atlantide, île fabuleuse et parfaite, miroir de la civilisation athénienne et de toute civilisation, définitivement perdue, est toujours recherchée, par tous les temps : Vidal-Naquet, qui a disparu l'an dernier, suit le trajet de cette histoire dans nos imaginaires, depuis l'Antiquité, en passant par les cartographes vénitiens du XV^e siècle qui se demandaient si le nouveau monde n'était pas l'Atlantide, Rousseau, Jules Verne et les nationalistes européens des années trente. ■

Dominique Louise Pélegrin



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Eliane Feldman-Desrousseaux, *Prendre soin de l'autre souffrant. La relation soignant-soigné en soins palliatifs*, Editions Seli Arslan, 2007

Ce petit livre, clair et agréable à lire est un vrai réconfort : sur un sujet difficile, pour un soignant qui a toujours l'impression de ne pas avoir fait « bien », ni « juste », il explique combien ce sentiment est légitime et habituel. Et même à quel point ce manque de certitude, vécu souvent comme un manque de savoir-faire, est nécessaire pour créer, ou accepter une relation qui est partie essentielle du soin dans la période de fin de vie.

Le récit de quelques cas vécus par l'auteure, jeune médecin généraliste est à la fois émouvant et encourageant ; puis sa réflexion, après une formation de psychiatre et psychanalyste, enseignante, et praticienne, éclaire les questions présentées dès le début : comment juxtaposer deux sortes de discours, celui de la technique qui sauve, et celui du sujet, et le sujet est le malade, mais aussi le soignant. Comment, pour le soignant, ne pas esquiver, oblitérer, refuser le discours du sujet qu'est le patient, comment l'écouter ; et en même temps rester attentif aux émotions et au discours du sujet qu'il est lui-même, avec les résonances qu'il perçoit dans son histoire personnelle.

Eliane Feldman-Desrousseaux a vécu et soutenu la naissance du courant des soins palliatifs, mais elle reste attentive et critique sur les limites de ce courant actuellement : la « bonne conduite » et les « bons mourants » « familialement corrects », les « bons soignants » champions de la vérité à tout prix. Le danger de médicaliser la mort, pour permettre à la société de l'ignorer encore davantage.

Elle tente de cerner la place possible du psychanalyste, psychologue, ou psychothérapeute dans un service de soins palliatifs : il peut avoir des entretiens avec le malade, souvent à la demande des soignants, inquiets, agacés, ou débordés par le comportement de certains, mais c'est le plus souvent au soignant du corps que la parole du malade s'adresse. Le thérapeute est alors témoin avant tout de la primauté de la parole, « confirmant l'idée du soignant que la parole aussi soigne ». Il peut aussi recevoir la parole du soignant, parole de détresse ou de colère, lui permettant parfois de tenir le coup, et c'est le malade à qui il évite une source supplémentaire

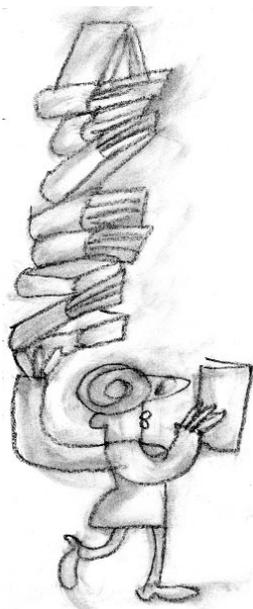
d'inconfort. L'analyste, soignant de soignant ? C'est toute la médecine, et pas seulement les soins palliatifs, qui doit s'interroger sur la place laissée à la parole du malade, c'est-à-dire au sujet. Les groupes de parole sont un moyen pour que les soignants expriment émotions, souffrances, incompréhension accumulées dans l'exercice de leur fonction, et vérifient par eux-mêmes combien le fait d'être écouté est aidant.

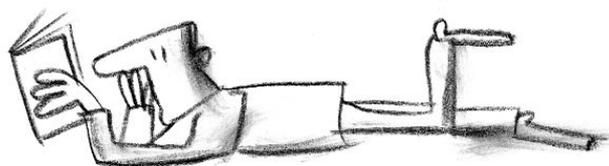
Elle nous parle aussi de son expérience d'enseignante de « psychologie médicale » auprès des étudiants en médecine de deuxième cycle, certaines méthodes, et certains exemples ; ce chapitre s'appelle, à juste titre « La formation qui déforme », il témoigne de la déception des étudiants, devant certaines attitudes de soignants, qui transforment les malades en objets d'étude et de soin. Elle donne des pistes pour remettre des choses en place, proposer du sens, et « donner à penser ». Mais la réduction de sujet à objet pèse aussi sur les soignants pris en tenaille entre le discours scientifique et la vérité du sujet.

Elle propose modestement des hypothèses pour comprendre ce qui se passe dans cette période de vécus très riches, mais parfois effrayants de fin de vie : dépressions, angoisses, confusions, qui doivent trouver d'autres réponses que psychiatriques. Le centre de l'expérience ultime doit se situer du côté du corps et de ce que la maladie y a apporté comme expériences uniques ; l'épuisement, la régression, voire la dépendance qui s'ensuit réveillant alors peut-être une mémoire archaïque de la dépendance inaugurant toute vie humaine. Dans les exemples vécus qu'elle rapporte, écoute et accompagnement parfois silencieux, les indices permettant de croire que quelque chose se passe sont ténus, fragiles : « l'apaisement d'un malade, parfois d'ultimes confidences, l'accalmie de la

souffrance nous montrent en pointillé léger que nous avons su ne pas perdre contact dans ce dernier chemin où il s'avance seul ». Elle parle, à la suite de Michel de M'Uzan, du travail de trépas, dernier mouvement psychique dont l'objectif est « de se mettre une dernière fois au monde avant de disparaître », et qui a besoin d'une présence humaine, d'une relation personnelle pour se dérouler ; souvent la personne choisie est, non pas le thérapeute du service, mais un soignant ou un bénévole. Là encore, le thérapeute attentif peut aider les soignants à tenir bon dans cette présence difficile.

Martine Devries





Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Éditions du Croquant, Savoir-agir, avril 2007

Cet ouvrage permet de remettre au cœur de l'intrigue les agents et les groupes qui mettent en forme la « crise », l'expliquent et militent pour l'adoption de mesures conformes à leurs intérêts et à leur vision du monde de la médecine. Rompant avec le discours expert omniprésent, l'auteur souhaite ainsi remettre au centre des investigations le travail politique qui préside à la construction de la « crise » et des réformes.

L'auteur décortique les transformations du système de soins américain, comment celles-ci préfigurent les transformations du système de soins français, alors même que les États-Unis font figure de cancre des pays développés puisqu'ils réalisent la « prouesse » d'être le pays le plus dépensier pour la santé tout en étant le seul à ne pas avoir instauré une couverture maladie universelle (près de 46 millions d'Américains sont à ce jour sans assurance maladie).

C'est un véritable roman policier qui montre comment les médecins campés sur leurs positions de liberté des prix et de pratiques finissent par perdre toute liberté au profit des lois du marché que mettent en place les assurances privées : en effet, les assureurs publics et privés ont pris, à compter du milieu des années 1980, le pouvoir et ont exigé de la profession médicale qu'elle en rabatte sur ce qui était de plus en plus perçu comme des privilèges exorbitants et, en tout état de cause, incompatible avec une économie en proie à la récession, alors que l'État est vilipendé pour son inconstance, sa faiblesse vis-à-vis des intérêts organisés, l'inefficacité congénitale de son action. Il se voit conféré la tâche d'encadrer, de réguler la concurrence entre organismes de gestion des soins très réticents à son intervention.

Chaque personnalité qui a entraîné une réforme du système y est décrite dans son histoire personnelle, dans l'évolution de sa pensée, dans les transformations qu'elle a suscitées. Le rouleau compresseur de l'économie de marché avance petit à petit et l'on se demande ce qui pourra bien l'arrêter. Ce livre d'apparence ardue se lit quasiment d'une traite, mais il n'y a pas qu'Hippocrate à être malade après...

Elisabeth Péride

— Sous la direction de Véronique Bourboulon et Eric Sandlarz, *De la violence politique au traumatisme. Errances et solitudes*, Éditions L'Harmattan, 2007

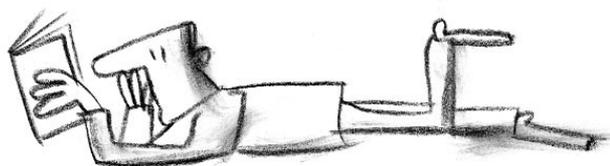
Dans ce livre de dimension modeste sont rassemblées les différentes contributions des participants aux deux derniers colloques, en 2003 et 2005, de l'association Primo Levi. C'est dire si les points de vue sont divers, venant de médecins, psychologues, accueillants, kinésithérapeutes travaillant au centre, mais aussi d'écrivains, d'historiens, de philosophes qui désirent témoigner des effets ravageurs de la torture.

Le propos reste celui de cliniciens, à l'écoute de la parole de sujets, un par un, mais un par un frappés par la grande Histoire. Dire, écrire, témoigner de la souffrance de ceux qu'ils accueillent, car « la parole et l'écriture constituent les seuls appuis pour donner forme à ce qui n'en a plus, pour penser l'impensable et dire l'indicible. »

Soucieux aussi de témoigner de la situation qui est faite chez nous, en France, actuellement, aux victimes de tortures et de violence politique qui arrivent dans notre pays. L'absence d'accueil, la difficulté à obtenir un droit de séjour ou un asile politique vaut déni des violences subies et des souffrances endurées et renforce le sentiment de solitude et de destruction déjà à l'œuvre après les épreuves physiques et morales subies par ces personnes.

Face à cette situation, et restant aux côtés de ces personnes, les écrits sont à la fois témoignages de ce qui est possible au centre, réflexion sur le travail individuel, mais aussi articulation entre les différents soignants ; et soutien aussi pour ces soignants, et peut-être pour le lecteur !

Martine Devries



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

- **François Rabelais, *Gargantua***, Edition de Mireille Huchon/Folio classique, 2007
- **Félix Guattari et Suely Rolnik, *Micropolitiques***, Les Empêcheurs de penser en rond, avril 2007

Pourquoi rapprocher ces deux livres? Parce qu'ils sont l'un et l'autre jubilatoires. Parce qu'ils nous ouvrent l'esprit ne serait-ce que par leur forme non calibrée, non convenue. D'un côté, le texte extravagant et sage, fou et merveilleux, de Rabelais, rendu facile à (re)découvrir grâce au travail de notes, en regard de chaque page. De l'autre, un voyage au Brésil du fameux psychanalyste – très célèbre là bas aussi – au début des années 80. Deux livres qui viennent nous rappeler que la « substantifique moelle » se trouve partout, pour peu que le lecteur se laisse communiquer l'appétit de l'auteur.

Rabelais, comme on le sait, excède de partout le récit conventionnel, multiplie les digressions, les folies et facéties, jouant vertigineusement sur toutes les possibilités du langage. Pour nous raconter la naissance du géant Gargantua, il commence par nous donner le menu de ce qu'ingurgita sa mère Gargamelle juste avant d'accoucher, puis énumère sur plusieurs pages les jeux du petit Gargantua qui « patrouillait par tout lieu et beuvoit en sa pantoufle », juste un gamin un peu hyperactif, en somme... Feuilletter ce livre, l'apprivoiser, le lire de toutes les façons possibles, y compris en piochant ça et là un petit morceau, comme on piquerait un met sur une table, est un plaisir inégalé. Rabelais sait ouvrir devant nous des méandres nous conduisant dans les replis les plus enfantins du plaisir, de l'inconscient. Autrement dit, lire ce livre est une expérience extrême... et fort accessible!

Le livre de Guattari et de l'intellectuelle Brésilienne Suely Rolnik se présente comme une partition à deux mains, avec là aussi mille méandres et réflexions parallèles des deux auteurs. Le texte ne suit pas précisément le déroulé des conférences, rencontres de Guattari, mais il regroupe par thèmes des bribes de toutes sortes de textes, réflexions, situations, dans des universités, face à des syndicats et autres groupes dans un Brésil en ébullition. Guattari débat par exemple avec Lula, encore loin de devenir le président de la République... Partout il s'adresse aux « inconscients qui protestent », réfléchissant avec

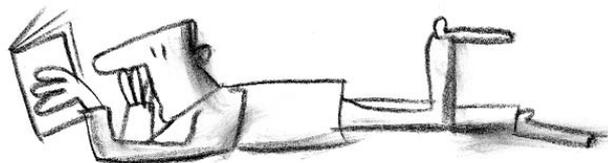
ses interlocuteurs sur « les processus de réappropriation des territoires subjectifs », la lutte contre la machine capitaliste. Si les problématiques de Guattari sont marquées par les années 70-80, comme celles de Rabelais le sont par son époque, le XVI^e siècle, elles nous interpellent, nous convainquent, nous déstabilisent et nous racontent des histoires fort nourrissantes.

Dominique Louise Pélegrin

- **Patricia Gavoille, *L'arbre dehors***, Éd. Gunten, 39100 Dole, février 2007 – www.editionsgunten.com

Après épuisement de la chimiothérapie, Jeanne est mise en maison de soins palliatifs, « ces lieux de désespoir » où viennent échouer les abandonnés comme elle. C'est son vieux mari, le Général qu'elle aime malgré tout, et son fils Paul soumis aux ordres du Général, qui l'ont placée dans cet établissement. Ils n'ont pas voulu la laisser parler, elle qui veut mourir à la maison puis demande l'euthanasie « dans cette fin de parcours qui n'en finit pas ». Jeanne l'insoumise, celle qui aime la vie jusqu'au bout, nous fait rentrer dans son cheminement vers la mort. Et elle remue tous ceux qui l'entourent : d'abord elle-même – sur qui elle exerce une ironie acide vigilante et lucide –, puis les soignants, dont elle exige relation « vraie » et attention à ses besoins de silence, et sa famille qui finit par arrêter de « parler flou » et par lui ouvrir son silence, ce silence qui leur permet, ensemble, de regarder la mort en face. *L'arbre dehors* est composé de trois récits chronologiques, trois expressions différentes du vécu singulier de trois personnes : Jeanne, Paul son fils et Marie, la jeune stagiaire de Claudette qui nous livre des extraits de son carnet de stage. Dans ce premier ouvrage, Patricia Gavoille, psychologue, nous fait cheminer avec délicatesse et sensibilité dans ce dur face-à-face avec la vérité de la vie. Nous sommes ici non dans une théorisation générale ni dans une distanciation glacée, mais dans la modestie d'une démarche soignante, dont l'auteur semble avoir éprouvé combien elle reste singulière, adaptée à chaque malade et à son environnement. La mort, cet arbre dehors, qui « est là et c'est bon qu'il soit là, signe constant des choses qui plongent dans l'argile »...

Anne-Marie Pabois



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Denis Labayle, *Ton silence est un baiser*, Éd. Juillard, juin 2007

Pour son quatrième roman, l'auteur, collaborateur de longue date de la revue *Pratiques*, a choisi le thème du conflit entre intérêts particuliers et intérêts publics, se positionnant nettement pour un intérêt particulier, celui de l'Amour.

Des chercheurs ont pour mission de trouver les médicaments qui tueront le virus qui détruit la vie sur la planète. Mais, se dressant contre les intérêts des lobbies pharmaceutiques, ils vont voir leur amour et leur vie se détruire progressivement.

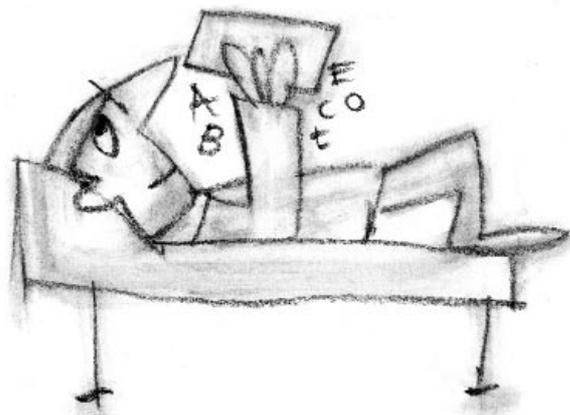
Anne-Marie Pabois

— André Cicoella, *Le défi des épidémies modernes. Comment sauver la Sécu en changeant le système de santé*, Éditions La Découverte, avril 2007

André Cicoella introduit son livre par le cri d'alarme lancé par l'OMS en 2006 : ce sont les maladies chroniques qui provoquent le plus de décès en Europe, et une partie importante d'entre elles seraient évitables par la prévention. Puisant dans son expérience de chercheur en santé environnementale, il nous apporte des données montrant que les différentes maladies chroniques sont en grande partie évitables en agissant sur les facteurs environnementaux, qu'il s'agisse de cancers, maladies cardiovasculaires, obésité et diabète, allergie, affections mentales. C'est donc une véritable prévention qu'il faut mettre en place. Il analyse ensuite le système de soins et les raisons de la crise actuelle et propose de passer d'un système de soins à un système de santé en refondant le système de soins¹, la prévention et la démocratie sanitaire. S'appuyant sur la réflexion de la Commission santé des Verts, il décrit comment pourrait être organisé ce système de santé et fait des propositions argumentées, mais qui font débat : régionalisation, modification des modes de financement...

Marie Kayser

1. Un regret : que ne soit pas plus approfondie la question du système de santé de proximité, *Pratiques* aurait peut-être pu être référencée à ce niveau.

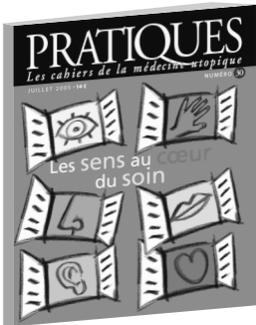


Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

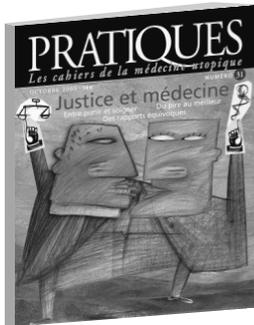
- | | | |
|--|---|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 2 : La souffrance psychique
(épuisé) | N° 12 : L'information et le patient | N° 21 : Le médicament, une marchandise
pas comme les autres |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière
(prix 16,80€) | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
(épuisé) | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
(épuisé) | N° 27 : Faire autrement pour soigner |
| N° 9 : L'hôpital en crise | | |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, sauf à partir du numéro 36 (prix nouvelle formule : 16 €) + 1,50 € de frais de traitement

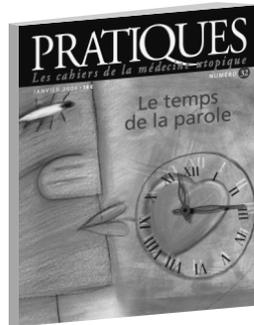
- N° 28 : Les pouvoirs en médecine
N° 29 : Réforme de la Sécu: guide pratique de la résistance



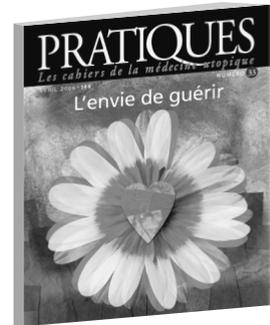
N° 30 : Les sens
au cœur du soin 14 €



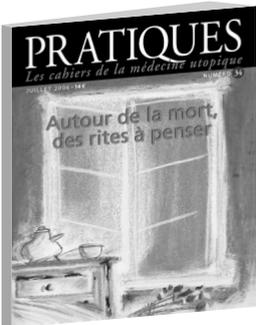
N° 31: Justice
et médecine 14 €



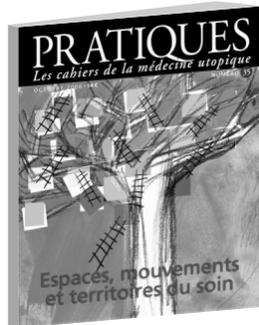
N° 32 : Le temps
de la parole 14 €



N° 33 : L'envie
de guérir 14 €



N° 34 : Autour de la mort,
des rites à penser 14 €



N° 35 : Espaces,
mouvements
et territoires du soin fd 14 €



N° 36 : La place
des sciences humaines
dans le soin
Prix nouvelle formule : 16 €
(épuisé)



N° 36/38 : Espaces,
mouvements
et territoires du soin
Prix : 25 €



Nom _____ Prénom _____
 Profession _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____
 Tél. _____ Fax _____
 E-mail _____

Bulletin d'abonnement et de parrainage

Oui, je m'abonne à *Pratiques* :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Oui, je parraine (j'indique mes coordonnées ci-dessus et celles de la personne que je parraine ci-dessous) :

Pour mon numéro offert, je choisis parmi ceux listés en page 95 :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Je choisis la formule suivante :

- l'abonnement classique :
- 1 an (4 n^{os}) : **55 €** au lieu de 64 €, soit plus de **14 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro
 - 1 an à tarif réduit : **35 €** (étudiant, jeune installé de moins de 3 ans, demandeur d'emploi)
- l'abonnement de soutien 1 an : **110 €**

Je peux payer :

- par prélèvement automatique annuel, *reconduit automatiquement sauf résiliation de ma part par simple demande.*
Je joins mon autorisation de prélèvement et un RIB ou un RIP.
- par chèque
- En cas de nécessité, un étalement trimestriel des paiements est envisageable : consultez le secrétariat.
- J'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement.

Autorisation de prélèvements

<p>J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements pour mon abonnement à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Je pourrai suspendre à tout moment mon service à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p> <p>IMPORTANT : merci de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) à votre autorisation.</p>	<p>Revue <i>Pratiques</i> 52 rue Gallieni 92240 Malakoff</p>	<p>Numéro national d'émetteur N° 533734</p>									
	Titulaire du compte à débiter										
	<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>										
	Nom et adresse de votre agence bancaire										
<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>											
Désignation du compte à débiter											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Codes</th> <th style="text-align: right;">Clé</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Établissement</th> <th style="text-align: center;">Guichet</th> <th style="text-align: right;">RIB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: right;"> </td> </tr> </tbody> </table>			Codes		Clé	Établissement	Guichet	RIB			
Codes		Clé									
Établissement	Guichet	RIB									