

« Le meilleur de nos soins, le plus tôt possible »

Ainsi parlait Patrice Muller, au sujet des personnes en exil et de leurs difficultés à se faire soigner malgré l'AME (Aide Médicale d'Etat). Aujourd'hui, 40 % des français ont déjà renoncé aux soins. L'enquête publiée par le Secours populaire ¹ comme celle du Syndicat de la Médecine Générale ² mettent en évidence les difficultés des patients à se faire soigner, même quand leurs médecins tentent de faciliter le parcours de soins. Les personnes à faibles revenus sont sept fois plus nombreuses que les autres à penser que leur état de santé n'est pas bon ³. Les franchises sur les consultations et les examens sont doublées par celles sur les médicaments. Les gens commencent à réaliser qu'ils n'ont pas vraiment le droit de se soigner. Alors qu'ils financent l'Assurance maladie par leur travail, ils sont considérés comme redevables ou fraudeurs. Les médecins doivent tenir compte des capacités financières de leurs patients et craignent de les voir disparaître du circuit de soins. On voit progresser la place des assurances privées proposant leurs services à ceux qui peuvent payer. Les caisses locales de l'Assurance maladie sont démantelées, la récente loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » donne le pouvoir aux régions, des hôpitaux aux médecins traitants, réduisant encore la place des citoyens dans la gestion du système de soins.

Et pourtant, des expériences montrent qu'on peut organiser l'accès aux soins pour tous et la prise en compte de la santé. Telle l'expérience de l'équipe de la « Case de santé » à Toulouse, où les usagers sont associés à la prise en charge de leurs problèmes médicaux et sociaux par une équipe pluridisciplinaire intégrée dans le quartier, avec le tiers-payant et un travail de prévention. Admise au statut de centre de santé, elle se voit refuser les subventions pour continuer. Répétition de l'expérience des « Unités Sanitaires de Base » à Saint-Nazaire...

Aujourd'hui, les jeunes médecins veulent être salariés, tout le monde parle de « Maisons de santé », de nombreuses régions n'ont plus suffisamment de professionnels de santé. Il est temps de réorganiser l'accès aux soins au plus près des habitants. C'est-à-dire : le tiers-payant généralisé, la suppression des franchises et des dépassements d'honoraires, des regroupements de professionnels de santé et des moyens pour les réseaux de santé, des rémunérations pour la formation continue et l'éducation à la santé... le plus tôt possible.

Patrice Muller n'est plus là pour nous inspirer, mais ses articles écrits depuis vingt ans dans *Pratiques* restent d'actualité. Ils illustrent l'histoire de ceux qui, au cours des années, ont développé une autre conception de la médecine et défendent le droit à la santé pour tous. Patients, professionnels et citoyens, continuons son combat ensemble.

1. Baromètre IPSOS/SPF, publié dans *Convergence-Alerte pauvreté* n° 2 85, octobre 2008 ; www.secourspopulaire.fr

2. Enquête sur l'accès aux soins réalisée par seize cabinets de médecins, auprès de 905 patients, résultats sur le site du SMG : www.smg-pratiques.info.

3. 22 % des personnes qui gagnent moins de 1 200 euros par mois pensent que leur état de santé n'est « pas satisfaisant » contre 3 % de ceux qui gagnent plus de 3 000 euros par mois (baromètre IPSOS/SPF).

10 **Réinventer le soin, entre freins et leviers, entre déceptions et avancées, un pari toujours actuel.**

1. Éclairages

12 Patrice Muller

Les yeux qui pétillent

13 Magali Portier-Lecarpentier

Le cœur du métier

L'instant de voir

Quel a été le cœur du métier pour Patrice Muller, si sensible au pétilllement des yeux et pour une jeune médecin qui réagit en résonance ?

14 Patrice Muller

La profession médicale au tournant

18 Patrick Hassenteufel

Regard large

Deux verrous à dépasser

Au large tour d'horizon de Patrice Muller qui retrace les interactions des différents acteurs répond un politologue spécialiste des questions de santé.

21 Patrice Muller

Le meilleur de nos soins le plus tôt possible

21 Mady Denantes

Accès aux soins

L'Aide Médicale d'Etat (AME) fragilisée

L'accès aux soins, si nécessaire, si menacé.

22 Patrice Muller

Politologie, du nouveau pour s'imposer

23 André Cicollela

Regard large

La santé ne fait pas partie des politiques majeures

Au travers d'une « fausse » offre d'emploi pour un ministre de la Santé rédigée en 1993 répond un militant vert responsable du secteur santé.

24 Patrice Muller

Tentative d'une taxinomie restreinte du comportement des acteurs du système de santé en période électorale à propos de notre système de soins et de notre protection sociale

25 Act Up

Regard large

Combien coûtent nos vies ?

En réponse à l'analyse des rapports de force en médecine, des militants d'Act Up soulignent la force de la pression des personnes vivant avec le VIH.

26 Patrice Muller

L'information médicale et les patients, quels enjeux ?

27 Pierre Suesser

Information

Quand l'information médit,

le soin cale...

Patrice Muller et Pierre Suesser évoquent leur combat pour défendre le droit à la liberté face au danger de l'informatisation du dossier médical.

28 Patrice Muller

20 000 € par médecin et par an

29 Pierre Chirac

Big Pharma

S'indigner et agir autrement

Il y a de quoi s'indigner et se battre pour avoir une information indépendante des firmes pharmaceutiques, Pierre Chirac de la revue Prescrire le confirme.

30 Patrice Muller

Plan de sauvetage de l'hôpital

32 Denis Labayle

Hôpital

Hôpital, y a-t-il volonté d'en sortir ?

L'hôpital public souffrait d'une féodalité médicale et d'une logique de non choix politique, il souffre aujourd'hui de la féodalité administrative et sa logique de profit, un médecin hospitalier en atteste.

34 Patrice Muller

La journée, un nouveau rythme

35 François Baumann

Formation et pratique

Pour conserver une médecine humaine, mais aussi praticable

La politique et le concret de la vie se rejoignent pour mieux organiser son emploi du temps, un responsable de FMC le confirme.

36 Patrice Muller

Santé publique, un pilier du métier

37 Henri Pézerat, Annie Thébaud-Mony

Santé publique

Des réseaux pour identifier les risques liés au travail et à l'environnement

Des réseaux de soignants capables d'alerter en cas de découverte de cancers professionnels. Analyse et revendications croisées par un généraliste, un toxicologue et une sociologue.

38 Patrice Muller

Un enjeu géopolitique majeur

39 Marc Schoene

Santé publique

Construire une démocratie locale en santé

Deux généralistes plaident pour que les questions de santé soient débattues au niveau local, entre soignants habitants et institutions.

40 Patrice Muller

Foucault, Cooper, Laing, Mannoni, Basaglia et les autres, au secours !

41 Paul Machto

Psychiatrie

Les questions théoriques ne sont plus à l'ordre du jour

L'heure ne semble plus à l'écoute de la folie, ni à une bonne coordination psychiatre-généraliste. Explications par un généraliste et un psychiatre.

42 Patrice Muller

Recette pour la création d'un îlot d'utopie

43 Yacine Tandjaoui

Pratique

Modifier la recette

Comment mieux soigner et mieux vivre malgré le système de paiement à l'acte ? Aux recettes d'un médecin expérimenté répondent les souhaits d'un jeune médecin.

2. Saga du SGM

- 46 Christian Nachon
1973-2008 | **SMG : que serais-je sans toi ?**
- 47 Jean-Pierre Dio
1973 | **PRATIQUES, c'est pratique (bonus, c'est utopique)**
- 47 Philippe Van Es
1975 | **Pratiques, je me souviens**
- 48 Yolande Rousseau
1976 | **Un cabinet médical et militant**
- 50 Annie-Claire Deyon
1977-1978-1998 | **Une vie, des vies**
- 51 Daniel Coutant
1983 | **Demain est aujourd'hui**
- 52 Elisabeth Maurel-Arrighi
1984 | **Avignon : le Palais des papes**
- 53 Annick Plou
1988 | **Une nuit qui porte conseil**
- 53 Didier Ménard
1990 | **Les réseaux de santé, une histoire du SMG ?**
- 54 Philippe Lorrain
1997 | **L'option référent dans ses limites et ses atouts**
- 55 Sylvie Cognard
2001 | **Un procès public de la vache folle**
- 56 Françoise Gayet
1965-2008 | **Femme médecin au SMG**
- 57 Anne Perraut Soliveres
2000-2003 | **Qu'est-ce qui fait courir Pratiques à Millau ou au Larzac ?**
- 57 Elisabeth Maurel-Arrighi
2003 | **Le fond et la forme ou le théâtre au secours de la politique**
- 58 Jean-François Huez
1981-2006 | **Le laboratoire d'idées**

59 Didier Ménard
2007 | **La bataille contre les franchises**

60 Jean-Louis Gross
2008 | **Penser utopique, agir dans la réalité**

62 Christian Bonnaud
2008 | **Les temps changent**

63 Patrick Dubreil
La charte du SMG, toujours actuelle

64 **La vie du SMG et de la revue Pratiques**
Et après ?

66 Christiane Vollaire
Déssectoriser
La transdisciplinarité et l'articulation de la théorie et la pratique peuvent soulever des réticences.

68 Clotilde Mahaut
La fabrique d'un collectif
Une jeune psychiatre défend la nécessité du débat.

69 José Guerra
Créer des opportunités
Au-delà des revendications corporatistes un collectif de jeunes médecins s'est constitué pour défendre les soins

70 Elisabeth Maurel-Arrighi
Et maintenant ?
Une généraliste s'appuie sur les avancées et les freins qui jalonnent l'histoire du SMG pour envisager des pistes de mobilisation pour l'avenir.

MAGAZINE

4 **Courrier des lecteurs**

5 **Congrès du SMG : Réécrire la médecine, un pari toujours actuel**

6 **Nouvelles de la diffusion**

7 **IDÉES**
Entretien avec Roger Lenglet
Une nouvelle culture des luttes

72 **ACTU**
Marie Kayser
L'Ordre condamne encore Pétition du Comede
Martine Devries
Le CoMéGAS saisit la HALDE
La loi des jungles
Marie Kayser
Sida : pénurie à Mexico
Accès à l'emprunt : la plaie pour les malades !
Au petit jeu des firmes pharmaceutiques
Non au fichier EDVIGE
Secteur optionnel : une menace
Projet de loi « Hôpital Patient Santé Territoire »

78 **LE MÉDICAMENT**
Daniel Coutant
Automédication, dans quel objectif ?

72 **RÉSEAU**
Philippe Plane
Réseau : un goût amer ALCAD

72 **IMAGES DU CORPS**
Cécile Estival
Imagerie médicale et observance

86 **FORMATION**
Nicolas Prothon
Congrès : qui doit payer ?

86 **ACCÈS AUX SOINS**
Marie Kayser et Lucien Farhi
Enquête « accès aux soins »

90 **REVUE DE REVUES**
Jean-Pierre Lellouche
Purpura thrombopénique

91 **HISTOIRE DE LA MÉDECINE**
Jean-Pierre Lellouche
Histoire et historiens de la médecine

92 **NOUS AVONS LU POUR VOUS**
Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir :
Sportifs en danger – La condition des travailleurs sportifs, Rêver sous le III^e Reich et La téléphonie mobile, un scandale sanitaire.

■ De la part d'un pharmacien biologiste

Avant, tu mettais ta plaque et les patients venaient si tu faisais bien ton travail. A présent, cette logique professionnelle est remplacée par une logique financière. En voici deux mécanismes très ordinaires. En ville : un groupement de labo a des capitaux, il crée de novo un labo à coté d'un labo ancien et indépendant. Qui tiendra financièrement ? Le groupement, quelle que soit sa compétence professionnelle.

En clinique : le directeur d'une clinique a besoin d'investir, il annonce qu'il choisit comme partenaire le labo qui pourra lui « mettre en dépôt » quelques centaines de milliers d'euros. Qui prendra le marché ? Le groupement, quelle que soit sa compétence professionnelle. Banale logique commerciale, certes, de l'ordre de celle du *Bonheur des dames* de Zola. Triomphe logique de la modernité. Le problème est que notre santé n'est pas une marchandise.

Personnellement, je préfère me faire soigner par le professionnel le plus compétent que par le plus riche.

Notre monde est décidément impitoyable !! ■

■ A propos de l'article de Yann Faure, « Une bataille de champs »

Les habitudes et les mentalités mettent un temps infini à évoluer !!! Mes souvenirs remontent loin, j'ai connu d'abord les affres de l'étudiant en première année qui lors de son passage en chirurgie devait assurer l'anesthésie... à la fin de la guerre. Je dois avouer que quelques années plus tard, le surgissement, en 1953 des premiers anesthésistes « vrais » fut un grand soulagement, et pour le chirurgien aussi, qui n'avait plus à se préoccuper de l'étudiant inexpérimenté ni à lui donner des directives ! Et si j'ai connu des services de chirurgie où régnait une entente cordiale entre le chirurgien et l'anesthésiste, ce fut rarement dans les lieux de haute réputation... Et tout cet article intéressant, non sans humour, montre bien qu'il y a des « profils » de personnalité pour chacune des deux spécialités qui ont quelques difficultés à vivre ensemble tant que l'un a quelque chose à voir avec le pouvoir...

C'est avec l'œil de « l'étranger » que l'on peut prendre conscience de nos aberrations ! ■

Françoise Lagabrielle



■ **A propos de l'article « Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres » de Philippe Foucras**

[...] Ce n'est pas la question de la CMU qui doit être posée, mais celle de la réalité de vie des personnes. Pour la misère et l'exclusion, il s'agit d'une véritable déshumanisation où la question de (l'absence) de confiance est centrale : confiance en soi, confiance dans les autres, confiance dans l'avenir. Tant qu'on ne connaît pas cette réalité de la vie des personnes, on ne peut comprendre les comportements et réactions des gens concernés. Philippe a raison de parler de stratégies de survie, d'humiliations, d'impossibilité d'organiser l'avenir... mais pas pour tous les bénéficiaires de la CMU !

Bruno de Goer

Tout à fait d'accord avec la problématique, mais pas avec la solution... : prévoir des plages horaires sans rendez-vous pour se rendre accessible... Il y a d'autres façons de rendre la médecine générale accessible aux plus démunis que de proposer des plages sans rendez-vous :

- avoir un secrétariat physiquement présent et accueillant qui permette aux patients de venir prendre rendez-vous, ce qui leur permet de localiser le cabinet, et de vérifier qu'on y est toujours bien accueilli ;
- prévoir des rendez-vous non remplis à l'avance (un à trois par matinée ou après-midi) pour les urgences, que l'on peut utiliser pour un rendez-vous rapide ;
- accepter d'ajouter une personne à une consultation même surchargée, en l'encourageant à s'installer dans la salle d'attente et à s'y reposer (il faut aussi que ce lieu soit accueillant) ;
- utiliser les réseaux qui ont (le nôtre en a) des accompagnateurs (trices) qui aident les personnes désinsérées à faire leurs démarches et les accompagnent au cabinet à l'heure du rendez-vous qu'ils auront pris ensemble...

[...] Ne pas prévoir de plages horaires sans rendez-vous, génératrices de stress et de travail rapide, ou d'attente interminable pour les patients, n'est pas synonyme de refuser les patients démunis ou ayant la CMU.

Martine Lalande

La question qui se pose n'est pour nous, au cabinet, pas celle de la pauvreté ou de « qui paye ta mutuelle (CMU versus Mgen par exemple) », mais de quelle culture nous sommes : plus mes patients sont d'une culture populaire, de l'oralité, plus la question du temps de demain, d'hier et d'aujourd'hui n'est pas la mienne et plus la question des rendez-vous est complexe.

Nous avons encore des familles qui se chauffent au jour le jour (charbon ou kerdane) pour qui l'idée d'anticiper le demain et le mois suivant ne fait pas partie des habitudes.

Certains patients d'immigration récente ont beaucoup de mal à concevoir notre gestion rationalisée, éduquée, du temps où l'on peut se dire « mardi dans 14 jours à 14 h 20 », ils arrivent un mardi ou à 14 h 20 ou bien...

Nous avons depuis huit ans une coopération avec l'Algérie : des confrères viennent passer 10 à 15 jours avec nous, je n'en ai pas vu beaucoup arriver le jour dit, et repartir le jour prévu !

Enfin, il y a la nécessité du « tout de suite », du « maintenant » qu'ont certains clients devant l'angoisse, et cette urgence a croisé la médecine : une fois dans la salle d'attente, l'angoisse retombe, on peut attendre des heures...

Nous avons donc à la maison médicale un service de porte : « tu viens quand tu veux de 8 heures à 19 heures », et des rendez-vous, pour permettre à chaque culture de s'y retrouver et de se croiser dans la salle d'attente.

Bertrand Riff

PARRAINEZ DES JEUNES !

Quoi de plus opportun, dans un numéro consacré à Patrice Muller et, plus généralement, à la transmission, que de rappeler le rôle joué par le parrainage ?

Si nous insistons tellement là-dessus, à *Pratiques*, ce n'est pas seulement pour l'impact de cette formule sur l'équilibre d'une revue qui ne vit que de vos abonnements, à l'exclusion de toute aide des pouvoirs publics et de toute publicité.

C'est surtout qu'il s'agit là d'un des moyens les plus efficaces de diffuser nos idées aux jeunes générations. A quoi bon, autrement, rester entre nous, quand nous attendent tant de combats pour un monde plus solidaire, un monde dans lequel, la santé d'un homme, d'une femme, d'un enfant ne soient plus tributaires de leur lieu d'habitation, de la couleur de leur peau, d'un tampon sur leurs papiers d'identité.

Parrainez les jeunes de votre entourage, étudiants, stagiaires, connaissances, faites leur ainsi découvrir *Pratiques*, amenez les à s'y impliquer.

**NE REMETTEZ PAS CE GESTE AU LENDEMAIN,
REMPILISSEZ LE BULLETIN DE PARRAINAGE
QUE VOUS TROUVEREZ
A LA FIN DU NUMERO**

ABONNEMENT ELECTRONIQUE : UNE PREMIERE A PRATIQUES

Pour 15 € seulement par an, recevez, à partir du n° 44, en sus de votre abonnement « papier », l'intégralité des fichiers .pdf correspondants à vos 4 numéros. Reproduisez et diffusez de la sorte les articles que vous souhaitez en extraire pour en faire part à vos proches, vos collègues, vos connaissances ; emportez-les avec vous pour vous y référer, les étudier commodément, au cours de vos déplacements.

Rempissez le bulletin de l'encart joint.

Les tarifs de rentrée

Nous rappelons à nos lecteurs, que nos tarifs demeurés inchangés depuis deux ans, augmentent de 3,6 %, faisant passer l'abonnement de 55 à 57 €, soit bien moins que l'inflation. En limitant de la sorte cette augmentation, *Pratiques* témoigne à ses lecteurs de l'effort continu de resserrement de sa gestion dans lequel elle est engagée et souhaite ainsi se montrer digne de l'attachement qu'ils lui ont manifesté au moment de ses difficultés.

Une nouvelle culture des luttes

Comment ne pas laisser « fluidifier » la rentrée sociale

Entretien avec **Roger Lenglet**, philosophe et journaliste d'investigation

Les grands groupes privés ont modernisé leurs procédés, utilisant lobbying, désinformation et corruption pour asseoir leur pouvoir, jusqu'auprès des syndicats. L'affaire de la « fluidification » sociale de l'IUMM n'en est qu'un bon exemple. Comment renouveler les luttes face à cette évolution ?

Pratiques : Dans vos derniers livres, vous montrez que la corruption gangrène les syndicats et le monde de la santé. Comment cela se passe-t-il ? Comment réagir ?

Roger Lenglet : En santé, comme dans le syndicalisme, une grande partie des problèmes vient de la corruption et du lobbying des industriels, on n'en a pas assez conscience. Pour la combattre, on doit en examiner les pratiques, repérer les techniques employées et exiger un cadre législatif à la hauteur. Nous sommes quelques-uns à faire ce travail, mais trop peu de citoyens en prennent connaissance pour l'instant. Le premier obstacle à lever est l'ignorance passive, et c'est le plus lourd. Les salariés en général et un grand nombre de syndicalistes de base sont « naïfs » vis-à-vis des entreprises, mais aussi des instances syndicales. Cela ressemble à la « naïveté » des patients et souvent des médecins vis-à-vis des autorités et des industries de la santé. En fait, il faut réussir à intéresser un maxi-

« La force de rébellion et de contre-expertise est venue d'une poignée de gens qui n'étaient pas englués dans une grosse structure. »

mum de citoyens à ces pratiques de manipulation, à leurs conséquences et aux manières de les combattre, sans attendre grand-chose du sommet, car plus on monte dans la hiérarchie, plus la naïveté recule, mais plus règnent l'hypocrisie, les jeux de complaisance et la volonté de maintenir les arrangements. Au niveau des décideurs, personne ou presque n'a intérêt à dénoncer ce système, ne serait-ce que pour éviter des scandales qui écla-bousseraient leurs propres structures. D'ailleurs, ceux qui, à ce niveau, veulent s'y attaquer, prennent de gros risques en termes de carrière et se retrouvent isolés, qu'il s'agisse des juges (comme on l'a vu avec Eric de Montgolfier, Eva Joly et d'autres), des chercheurs, des hauts fonctionnaires ou des politiques. Comme d'habitude, la

pression viendra des associations qui multiplieront les investigations et les initiatives (y compris les procès).

Autrement dit, santé publique et syndicalisme, même combat ?

Leur paralysie se recoupe souvent. L'affaire de l'amiante, qui entre à présent dans sa phase pénale, reste un dossier-phare pour comprendre comment les grands syndicats, y compris les principaux syndicats de médecins, ont pu laisser l'hécatombe progresser sans réagir. La corruption douce de représentants du corps médical et syndical, sur fond de naïveté générale des bases, de chantage à l'emploi et parfois de déni du danger par les ouvriers eux-mêmes, a permis aux lobbyistes chargés du problème de maîtriser la communication. L'analyse et l'indignation étaient proches de zéro, sauf chez de rares personnes. Médecins et syndicalistes ont ainsi laissé se mettre en place un véritable trafic d'influence avec les représentants qui participaient au petit système créé par un cabinet de lobbying avec l'aval des ministères de la Santé et du Travail, la bénédiction de grands pontes, les ronflements appuyés de l'Académie de médecine... Qui a réagi ? Des victimes, des militants associatifs ! On n'a pas fini de réfléchir à cela. Ces victimes ont vraiment cherché à comprendre qui prenait les décisions et qui alimentait le système, ils ont fouillé, amassé les documents, identifié les lobbyistes, et ils ont prévenu des journalistes d'investigation vraiment prêts à en découdre. La force de rébellion et de contre-expertise est venue d'une poignée de gens qui n'étaient pas englués dans une grosse structure de délégation médicale ou syndicale. Qu'il s'agisse de l'amiante ou d'autres produits délétères, des médicaments trop rapidement mis sur le marché ou dont les effets indésirables sont cachés, on retrouve toujours les mêmes composantes.

Roger Lenglet a publié différents ouvrages dans le domaine de la santé et de l'action des lobbies, notamment *L'argent noir des syndicats* (Fayard 2008), *Profession corrupteur* (Gawsewitch 2007), *Des lobbies contre la santé* (Syros/Mutualité française 1998).

.../...

.../...

S'agit-il partout des mêmes mécanismes ?

Oui, et bien que je n'aie aucun goût pour la théorie du complot, mes enquêtes sur le terrain montrent que les mêmes cabinets de lobbying gèrent les affaires les plus sensibles des laboratoires pharmaceutiques, des firmes agroalimentaires, des cigarettiers, des alcooliers, des financiers et des politiques... Et aujourd'hui, ils commencent à intégrer dans leur clientèle les centrales syndicales et patronales ! Certains se sont spécialisés dans l'approche des militants jugés trop actifs et, après une analyse psychosociale de chaque sujet, définissent la stratégie pour s'en débarrasser. On se croirait en plein polar, mais c'est aujourd'hui comme cela que les choses se passent. Ces lobbyistes centralisent les affaires touchant aussi bien la santé publique que l'insurrection de syndica-

« Les mêmes cabinets de lobbying gèrent les affaires les plus sensibles des laboratoires pharmaceutiques, des firmes agroalimentaires, des cigarettiers, des alcooliers, des financiers et des politiques. »

listes jugés « incontrôlables ». Résultat, les vraies actions possibles, luttes efficaces ou réformes, sont paralysées par les stratégies de relations publiques. Encore une fois, il faut apprendre à les combattre. Que vous soyez toxicologue, pharmacologue ou syndicaliste, les mécanismes pour vous endiguer sont toujours les mêmes. On peut dire en effet : salariés, patients, médecins et délégués du personnels, même combat.

Peut-on avoir d'autres détails sur le fonctionnement ?

Des livres entiers me sont habituellement nécessaires pour en décrire les détails et montrer comment ils forment un système de contrôle mais, pour me résumer, je dirais que ça fonctionne aussi par la distribution des jouissances : rémunérations en liquide, nominations, promotions, emploi de proches, primes exubérantes, petits et gros cadeaux... Chacun croit connaître ces pratiques, mais on sous-estime la manière stratégique de les utiliser. En reconstituant cela au cas par cas, preuves à l'appui, on voit bien comment telle entreprise ou tel service règlent leurs problèmes. Pour les apparences, on organise de plus en plus souvent de fausses tables rondes réunissant des représentants des forces en présence, lesquels s'interrogent parfois sur leur utilité ou se prêtent aux compromis en échange d'avantages mondains et matériels. Avec les syndicats professionnels ou politiques, l'arme complémentaire est le financement, personnel et/ou structurel. Dans l'enquête sur l'argent noir des syndicats, que j'ai

menée avec deux syndicalistes très combatifs, Jean-luc Touly et Christophe Mongermont, nous avons montré que l'affaire de l'UIMM (Union des industries et des métiers de la métallurgie) n'est qu'un coin du voile qui cache en fait un vrai « sport national ». Nous avons fait un petit tour de France des différents secteurs économiques, et je n'ai pas trouvé une seule grande entreprise qui ne verse pas des commissions pour maintenir la « paix sociale », surtout lorsqu'elles imposent aux salariés des mesures édifiantes. Même des PME achètent ainsi leurs « emmerdeurs ». Des juges prud'hommaux nous ont fait des confidences extraordinaires à ce sujet, de même que des syndicalistes de toutes les organisations, des lobbyistes, et même des leaders de centrales qui aimeraient réduire la corruption dans certaines de leurs fédérations !

Vous montrez aussi d'autres procédés...

L'un d'eux s'est développé à très grande échelle... On achète le mandat du syndicaliste en échange de son départ, sous couvert de licenciement. Je cite le cas d'un laboratoire pharmaceutique qui l'a fait avec trois syndicalistes CFDT en leur offrant assez d'argent pour que chacun monte sa propre entreprise. Pour une fois, l'affaire s'est retrouvée devant la justice, mais le corrupteur n'a pas été condamné, la cour a simplement obligé le principal syndicaliste à rendre l'argent sans être réintégré ! Le juge a rappelé que « le mandat ne peut être vendu, car il appartient juridiquement aux salariés qui le délèguent ». De toutes ces pratiques, nous donnons des exemples précis et nombreux, en citant le nom des sociétés, des syndicalistes et des organisations, pourtant nous n'avons pas eu un seul procès. Juste du silence. Le seul syndicat qui a réagi vivement dans les médias, c'est la CGT par la voix de son trésorier national qui a traité notre co-auteur Jean-Luc Touly, ex élu CGT, de menteur. Comme nous n'avons pas l'habitude de nous laisser faire, le trésorier national, va devoir s'expliquer devant les tribunaux pour ce propos diffamatoire, ce sera l'occasion de confronter publiquement ses arguments aux démonstrations de notre enquête.

Quelles sont les conséquences globales de cette évolution ?

Près de 50 % des ressources syndicales proviennent aujourd'hui de versements discrets des entreprises. En vingt ans, le nombre des permanents syndicaux en France a été multiplié par cinq, alors que celui des salariés syndiqués a été divisé par le même nombre, le taux de syndicalisation tombant finalement sous la barre des 8 %.

Les leaders des centrales n'évoquent jamais cette inversion historique. Et ce processus déplorable a coïncidé avec le développement du syndicalisme dit de « négociation » au détriment du syndicalisme de lutte, alors que les deux devraient être associés. Les grands acquis sociaux ont été arrachés par les luttes et non par l'accompagnement des politiques fixées par les dirigeants d'entreprises.

Votre tableau est très noir. Certains vous diront qu'il ne faut pas désespérer les gens...

Cette crainte est un autre obstacle. C'est même, pour la gauche en général, un véritable obstacle épistémologique. La crainte de « désespérer Bilancourt » est une hantise très paradoxale et étouffante depuis le stalinisme. Or, ceux qui ont prétendu sauver la foi révolutionnaire en refusant de dénoncer la dérive totalitaire pour éviter de démobiliser le mouvement communiste n'ont fait que la laisser perdurer et, n'ayant pas réussi à empêcher que la vérité émerge, ils ont été confondus et emportés avec ce mensonge. Sur le plan moral et politique, ils auraient dû être les premiers à enquêter sur les dérives et à les dénoncer. Leur attitude a ouvert une voie royale à la droite « décomplexée ». Nous en payons encore les conséquences par une énorme confusion idéologique, par un rejet massif des pensées un tant soit peu structurées autour des valeurs de gauche, et un Parti Communiste famélique qui ne joue plus aucun rôle de contre-pouvoir. Si la peur de trop demander à l'« intelligence populaire » conduit à laisser

la lucidité et l'exigence à la droite, on finira par perdre tout. La pensée de gauche s'enracine avant tout dans sa capacité d'examen critique, laquelle fonde sa capacité de proposition. Et que se passe-t-il dans les faits ? La dernière loi contre la corruption a été portée par Nicolas Sarkozy, et elle ne contient presque rien, sans que la gauche ne bouge.

Avec l'association Anticor¹, nous sommes restés seuls à critiquer les insuffisances de cette loi et à faire des propositions. De même, Sarkozy se prépare à faire passer une loi sur le lobbying pour l'institutionnaliser au sein même du Parlement. Enfin, il a chargé Rachida Dati, ministre de la Justice, de concevoir un texte dépénalisant la vie des affaires, sans trouver d'opposition cohérente.

En fait, ce sont aujourd'hui des associations qui sont en train de renouveler la culture des luttes face à la modernisation des procédés employés par la droite maffieuse. Elles dénoncent de manière de plus en plus sensible l'importance de la corruption et du lobbying dans les rapports de force politique, les techniques modernes de désinformation et de démobilisation, elles connaissent mieux les enjeux de la guerre des mots livrée par les grands cabinets... Et cette culture-là commence déjà à se transmettre, je m'en aperçois tous les jours. ■

1. Site ANTICOR – association des élus contre la corruption : www.anticor.org

« Ce sont aujourd'hui des associations qui sont en train de renouveler la culture des luttes face à la modernisation des procédés employés par la droite maffieuse. »

Réécrire le soin, un pari toujours actuel

Continuer à inventer ensemble : jeunes et moins jeunes s'engagent dans le domaine de la santé

Comment passer le témoin de l'engagement, dans le domaine de la santé ? Comment transmettre le fruit de quarante ans de luttes pour un système de soin solidaire ? Qu'avons-nous à apprendre des jeunes générations qui, malgré les désillusions des décennies passées, militent, recréent et inventent ?

Pour *Pratiques*, après le décès de Patrice Muller, son directeur de publication et, depuis les années 70, l'un des plus actifs défenseurs d'un système de santé plus solidaire et humain, ces questions se posent avec acuité et jalonnent ce numéro.

Quel regard porter aujourd'hui sur les interrogations anciennes, telles qu'elles étaient formulées par Patrice Muller ? Des « experts » commentent les réflexions de Patrice.

Comment retracer les moments forts du Syndicat de la Médecine Générale (SMG), ce syndicat de soignants qui est à l'origine de l'aventure de la revue ? Et remettre en perspective les choix et les décisions des différents acteurs de son histoire ? A ces vignettes de la saga du SMG, répondent des jeunes qui se rassemblent aujourd'hui.

Forts de leur expérience de résistance sur le terrain et de leurs alternatives en actes aux réformes destructrices d'aujourd'hui, les auteurs éclairent la notion de l'engagement dans l'univers de la santé, ses articulations avec une vision différente de l'action politique. Ils mettent ainsi en évidence combien agir et réfléchir ensemble donne la force de supporter et de contrer les errements de la société, mais aussi de tenir dans un contexte qui brise et fragilise.

Remise en perspective des combats menés, croisement de notre longue réflexion éthique et politique, de nos actions passées et actuelles autour de la santé avec ce que font et disent les jeunes au cœur des mouvements solidaires d'aujourd'hui : ce numéro se veut le canevas d'un nouveau mode du « vivre ensemble ». ■

DOS
S
E
R

Une réalité qui vieillit mal

« **R**éécrire le soin » ? Pouvions-nous mettre à la disposition du lecteur, de façon claire, les points sur lesquels nous voulions « réécrire le soin » ? Au lendemain de la disparition de Patrice Muller, une double démarche nous est apparue comme assez évidente : — constituer un choix d'articles de Patrice qui a été, du fait de son rôle au Syndicat de la Médecine Générale en général et à *Pratiques*, en particulier, au cœur de cette volonté de « réécrire » ; — demander à ceux avec qui nous avons fait un bout de la route, à ceux dont la réflexion a nourri la nôtre, de « commenter » ces textes.

Le choix d'articles écrits par Patrice n'offrait qu'une difficulté : nous avons plutôt trop de matière. Notre choix a alors été guidé par un impératif : couvrir, le plus largement possible, l'ensemble du domaine. Et puis, pour rester dans des contraintes de volume, nous avons réduit, avec regrets, les plus longs des articles ¹.

Nous avons alors, en fonction des sujets traités, réparti les textes entre les « commentateurs » que nous voulions solliciter. Malgré des contraintes relativement fortes (date de remise de l'article, taille du papier), ils ont (presque) tous répondu favorablement à notre demande.

Le résultat, tel que nous le percevons au moment de le mettre à votre disposition, c'est que la pensée de Patrice n'a pas pris une ride. La seule « ride » qu'elle a, c'est cette petite ride au coin de son œil rieur. Mais ce n'est pas une « ride » qu'elle a prise avec le temps, c'est une « ride » qu'elle a toujours eue. Ça c'est l'aspect sympa de l'exercice. L'aspect moins sympa, c'est que si la nécessité de « réécrire le soin » n'a pas vieilli, c'est parce que la réalité, elle, vieillit mal. Si les critiques que faisait Patrice sonnent toujours juste, si les pistes qu'il voulait emprunter sont toujours d'actualité, c'est parce que la réalité n'a malheureusement pas bougé, ou si elle a bougé, c'est le plus souvent dans le mauvais sens. Oui la « réécriture du soin » est un pari toujours actuel. ■

1. Vous pouvez retrouver les articles en version originale sur le site de *Pratiques* www.pratiques.fr

Les yeux qui pétillent

Tout se passe comme si le pétilllement des yeux était un indicateur du niveau de vitalité que chaque individu possède et qui, au fil des épreuves graves, diminue.

Patrice Muller, médecin généraliste

Pratiques n° 30,
juillet 2005

Vous l'avez sûrement remarqué, la très grande majorité des petits enfants ont des yeux qui pétillent lorsque nous les voyons dans nos cabinets. Cette sorte d'irradiation permanente et joyeuse de leur bonheur de vivre est très répandue. Plus tard, chez l'enfant plus grand ou l'adolescent, ce pétilllement des yeux est moins partagé. Au fur et à mesure que nos patients avancent dans l'âge, il devient une denrée de plus en plus rare. J'ai cependant en mémoire quelques vieilles personnes qui ont eu la chance de le garder jusqu'au dernier jour leur vie, seul Thanatos en arrivant à bout.

Je suis un patient depuis plus de dix ans qui souffre de troubles graves de la personnalité qualifiés de psychose chronique, avec des périodes où il arrive à se socialiser, travailler, et des bas où il plonge dans une détresse profonde en restant cloîtré chez lui de nombreux jours d'affilés. Lors d'une consultation, avant même qu'il y ait le moindre échange verbal entre nous, je ne me trompe jamais avec ce patient. Il me suffit, lorsqu'il pénètre dans le cabinet médical, d'accrocher son regard pour savoir immédiatement s'il est « bien » ou « mal ». Ses yeux me lancent-ils des éclats et nous sommes dans un bon jour, le regard est-il atone et je sais qu'il est retombé dans ses grandes souffrances originelles.

« Lorsque je suis au plus précis de mon regard scrutateur, c'est le reflet de mon visage que je vois sur l'écran cornéen de mon patient. »

Tout se passe comme si le pétilllement des yeux était un indicateur du niveau de cette vitalité-ouverture-curiosité-jouissance-de-la-vie que chaque individu possède à la naissance et qui, au fil des épreuves graves, douloureuses ou destructrices de la vie, diminue plus ou moins rapidement pour disparaître définitivement chez ces personnes

(enfants ou adultes) marquées par des épreuves qui ont été des meurtres d'âme pour elles.

Mais au fond, qu'est-ce que c'est que ce pétilllement des yeux ? Un signe observable par tout un chacun pour peu qu'il veuille bien se donner la peine de se donner le temps de l'observation ou bien est-ce quelque chose qui naît de la subjectivité de l'observateur ?

Parfois, dans une consultation, à la manière du scientifique qui observe l'objet de son étude sous le microscope, je prends du recul avec le motif médical de la consultation et j'essaie d'examiner ce « regard qui pétille » au milieu du visage situé à une cinquantaine de centimètres en face de moi. Je zoome alors vers les deux prunelles mystérieuses et je scrute attentivement et méthodiquement pour essayer de voir où se niche ce signal de bonne santé psychique. Quand on y regarde de près, ce pétilllement paraît localisé sur la pupille dont le support anatomique est la cornée, cette couche transparente de la conjonctive de l'œil, située devant l'iris. Ce n'est pas par sa fonction de laisser passer les signaux lumineux de l'extérieur vers le fond de la rétine qu'elle agit ici, mais par sa fonction réfléchissante à la manière du carreau de fenêtre qui sous un certain angle permet la rétrovision.

A ma grande surprise, lorsque je suis au plus précis de mon regard de scrutateur essayant d'élucider le mystère de la fabrication de ce pétilllement, c'est le reflet de mon visage et le scintillement de ma lampe de bureau que je vois sur l'écran cornéen de mon patient.

Serait-ce cela ce pétilllement ainsi localisé : cette capacité qu'a l'autre, en face de moi, de me fabriquer et renvoyer l'image de ma propre présence ? ■

L'instant de voir !

Magali Portier-Lecarpentier, jeune médecin

Une pile d'une douzaine de texte... je flâne, je lis les titres... « Les yeux qui pétillent », un sourire sur mon visage. Je le lis, toujours ce sourire, et puis j'y pense... Il y a vraiment quelque chose dans ce texte qui m'interpelle. Deuxième lecture quelques jours plus tard : et là, « l'instant de voir » que décrit Lacan, voilà ce que ce texte m'évoque.

L'impression du soignant fait partie du diagnostic à condition que le soignant soit capable de la lire.

A la première lecture, c'est l'univers de la consultation qui revient, le plaisir de revivre à travers ce texte des moments où le temps est suspendu, où mon « instinct » reprend le dessus, où je me fais confiance. A la première lecture,

c'est toute l'humanité de la consultation qui est mise en lumière. Dans ce texte, le regard est porté sur ce qui va donner un sens à ma consultation, sur la façon dont je vais pouvoir entrer en résonance avec la personne qui me regarde. Il y a la pensée du médecin qui « prend du recul » sur cet instant que je trouve émerveillant, et la naïveté retrouvée de voir son propre visage qui « scintille » de nouveau grâce à l'éclairage de notre métier, comme les yeux pétillants des enfants qui laissent entrevoir le bonheur « naïf » d'exister.

A la deuxième lecture, ma pensée est organisée et cet instant est volatilisé. ■



La profession médicale au tournant (extraits)

Apprendre à débattre des questions de santé. Contrer les logiques marchandes. Définir, au plus prêt du terrain, des objectifs de santé publique. Mettre en émulation le système de soins.

■ **Patrice Muller**, médecin généraliste

Esprit,
février 1997

« Des logiques marchandes minent de l'intérieur un système reposant sur le service public et la solidarité. »

La « crise » est un qualificatif récurrent pour définir l'état de notre protection sociale. L'utilisation d'un terme qui suppose la situation explosive est paradoxale compte tenu de la pérennité de cette crise. Nous sommes ici dans le registre de nos terreurs psychologiques fondamentales, registre favorable pour le décideur politique qui se présenterait comme un « sauveur », dans l'urgence, du système avant la plongée dans le chaos.

Force pourtant est de constater que les quatre dernières décennies ont été, au contraire, marquées par une évolution lente, de type adaptatif, de notre système de soins selon des axes forts, inchangés durant la période considérée : d'une part un hospitalo-centrisme qui pèse de plus en plus lourd dans les dépenses de soins et, d'autre part, le nombre croissant des dépenses de soins non remboursées par la Sécurité sociale au fil des ans.

Les divers gouvernements – de droite et de gauche – se sont succédés durant les trente dernières années en laissant se mettre en place dans notre système de soins des dysfonctionnements majeurs. Ces dysfonctionnements sont parfaitement connus, analysés et combattus ou, à l'inverse, tacitement approuvés par les initiés : les professionnels de santé, les syndicalistes, les gestionnaires, les politiciens, bref tous ceux qui ont à gagner ou à perdre dans le système de soins. Mais, sorti de ce sérail, c'est le degré zéro du débat politique.

Apprendre à débattre

On ne débat pas en France de la politique de santé comme on pourrait débattre de l'éducation nationale. Chaque citoyen responsable a une vague

idée de l'école dont il a envie pour ses enfants. Mais combien d'entre eux ont-ils seulement réfléchi à la manière dont ils sont soignés ?

L'éducation nationale et le système de soins, qui ont beaucoup de points communs en tant qu'institutions publiques, piliers de notre société civile et poids lourds dans le budget de la nation, sont pourtant traités de façon radicalement différentes dans le jeu politique. Pourtant, seule l'éducation a trouvé une place dans le débat politique.

À l'opposé, en matière de politique de santé, c'est le degré zéro du débat politique ou presque. Ce néant de la réflexion politique en matière de politique de santé s'étend de la discussion du café du commerce aux instances politiques les plus hautes : des programmes des partis politiques qui en général « torchent » leur programme santé en quelques lignes, aux débats de l'Assemblée nationale lorsque des mesures importantes (souvent d'ordre budgétaire) sont soumises en fin de session dans un pot-pourri intitulé DMOS (Diverses mesures d'ordre social).

Pour une représentation de notre système de soins

Le système de l'Assurance maladie doit être considéré avec sa spécificité (à la différence des autres régimes de notre protection sociale qui gèrent et redistribuent des prestations en espèces) d'être un producteur de services de soins.

Il est remarquable que les mouvements sociaux de la fin de l'année 1995 aient été essentiellement une protestation pour la défense des acquis se présentant sous la forme de prestations en espèces fournies par la Sécurité sociale (régimes des retraites en particulier). En revanche, il y eut très

peu de slogans concernant la défense ou l'amélioration de notre système de soins.

La « crise » actuelle recouvre en fait quatre crises fondamentales touchant respectivement (du plus manifeste au moins visible) : le financement du système de soins ; la régulation du système de soins ; les connaissances et les pratiques autour du concept de la santé ; les valeurs éthico-morales qui sous-tendent les actions en matière de santé. Ces quatre crises structurelles sont redoublées par des dysfonctionnements majeurs dans la représenta-

tion et les rôles réciproques des différents acteurs de notre système de soins : le citoyen-malade, le citoyen-payeur, les gestionnaires de l'Assurance maladie, les professionnels de santé, le Parlement, l'Etat.

La crise de financement du système de soins

La crise du financement du système de soins a été placée sous le sceau du déficit financier « insupportable » de la Sécurité sociale, déficit qui est le seul aiguillon des décideurs politiques

.../...



INEXORABLES AUGMENTATIONS DU TICKET MODÉRATEUR (HIER)
FRANCHISES MÉDICALES (AU JOURD'HUI) :
LE MARCHÉ DE LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE
INDIVIDUELLE SE PORTE BIEN.

.../...

pour proposer des changements. Le plan Juppé en est le énième avatar.

Aux problèmes macroéconomiques, les énarques juppéens de service ont répondu par des solutions macroéconomiques : on essaie de diminuer globalement les dépenses de santé socialisées (coût salarial et compétitivité internationale obligent) et on augmente les recettes plutôt fiscalisées (augmentation de la contribution sociale généralisée et en contrepartie baisse du taux de cotisation à l'Assurance maladie).

La crise de la régulation du système de soins

Notre système de soins réclame des changements structurels profonds.

Des logiques marchandes ou inflationnistes de production de soins minent de l'intérieur les fondations d'un système reposant sur la notion de service public et de solidarité nationale : les bien portants paient pour les malades, avec un accès à des soins de qualité pour tous quelles que soient les conditions socio-économiques des individus.

Cinq éléments principaux contribuent à la gabegie actuelle. Premièrement, la rémunération à « l'acte » des médecins où des structures de soins (cliniques privées) poussent à multiplier les gestes diagnostiques et thérapeutiques et à négliger la prévention ou les activités professionnelles situées dans le hors soins, mais pourtant nécessaires pour l'amélioration de l'efficacité du système (la concertation avec les autres professionnels de santé, la formation médicale continue, etc.). Deuxièmement, l'influence de l'industrie pharmaceutique pèse trop lourd dans la prescription thérapeutique via la presse médicale, la visite médicale, la formation médicale continue. Troisièmement, les dépassements d'honoraires avec « tact et mesure », autorisés pour une large part du corps médical, conduisent les médecins à des logiques économiques de type commercial.

Avant-dernier élément : les inexorables augmentations du ticket modérateur et autres forfaits hospitaliers, au fil des ans, ouvrent les perspectives d'un marché de plus en plus vaste de la couverture complémentaire individuelle que lorgnent les assureurs (et probablement les mutualistes par la force de la concurrence). Enfin, la concurrence des professions ou des structures pour prendre en charge les patients. Chacune des principales composantes du système de santé trouve des avantages économiques à s'accaparer le patient, avec une absence d'incitation à ce qu'il soit confié à la structure la moins lourde (et la moins coûteuse) possible.

L'ensemble de ces tendances lourdes aboutit à une lutte pour savoir qui s'appropriera la part du

gâteau la plus importante des dépenses de santé financées par la Sécurité sociale.

Les gestionnaires en titre des fonds de l'Assurance maladie (les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie) ainsi que les tutelles étatiques (ministères des Finances et de la Santé) ou encore les représentants élus du Parlement n'ont la possibilité que d'un contrôle a posteriori des dépenses déjà dûment ou indûment accomplies. De nouvelles règles sont nécessaires pour une meilleure gestion des fonds alloués au système de santé. Une budgétisation prévisionnelle soumise à discussion, un vote puis le contrôle de la mise en application doivent être le principe général de la gestion des dépenses de soins.

Cette budgétisation doit, à chacun des niveaux où elle sera appliquée, considérer dans un budget global l'ensemble des dépenses des trois grands secteurs de notre système de soins que constituent :

- la médecine préventive ;
- la médecine ambulatoire curative : regroupant les professions médicales et paramédicales affublées du qualificatif fallacieux de libérales puisque le

financier essentiel en est l'Assurance maladie ; le secteur hospitalier (public et privé).

Cette budgétisation doit être décentralisée selon trois niveaux. Un niveau national : le Parlement, après discussion, doit voter le budget global des dépenses de santé. Nous sommes favorables à un débat de type parlementaire sanctionné par un vote, définissant un budget national pour l'ensemble des dépenses de santé socialisées. La nation pourra trancher sur la question de la répartition de la richesse nationale entre les grandes institutions publiques : l'éducation nationale, la justice, l'armée, l'équipement, etc. C'est à ce niveau que seront appréciées les augmentations budgétaires d'une année sur l'autre et surtout celles entrant dans une loi-cadre définissant les orientations du système de santé sur le moyen et le long terme (planification). Par ailleurs, le niveau national devra définir les enveloppes budgétaires attribuées à chacune des régions compte tenu des choix de la politique de santé définie au Parlement.

Le niveau régional devra favoriser (si besoin par une politique volontariste de vases communicants) et ajuster la distribution des fonds en fonction des spécificités en matière d'offre et de demande de soins de chaque région en ajustant les équilibres entre les différents étages de soins.

Au niveau local seront posés les problèmes d'évaluation et de contrôle des pratiques médicales. Il s'agit de trouver l'échelle géographique pertinente (la bonne échelle géographique pourrait être de l'ordre du canton, c'est-à-dire une population comprise entre 50 000 et 200 000 personnes)

« Ce schéma de régulation décentralisé est l'exacte antithèse d'un contrôle informatisé et centralisé. »

comprenant les professionnels de santé qui ont affaire, au quotidien de leurs pratiques sur le terrain, à une même population.

Il s'agit de réunir autour d'une même table, régulièrement, les représentants élus des professions de santé, les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie et les usagers. C'est au niveau local que s'apprécieront au mieux d'éventuels comportements aberrants ou que se mettront en place des actions de santé efficaces et utiles.

Ce schéma de contrôle et de régulation décentralisé est l'exacte antithèse du contrôle informatisé concocté dans le plan Juppé qui impose un contrôle exhaustif et centralisé.

Les connaissances et les pratiques autour du concept de la santé

La médecine française est encore largement façonnée par le modèle organo-techniciste, tel qu'il est secrété dans sa forme la plus pure par le

Centre hospitalier universitaire qui reste la fabrique des comportements actuels de l'ensemble des soignants.

Beaucoup de déterminants de la santé d'une population sont situés à l'extérieur du système de soins. Cependant, il n'est pas suffisant, pour améliorer la santé d'une population, de transférer une partie des dépenses de santé vers d'autres secteurs porteurs à terme d'une amélioration de la santé : éducation, environnement, conditions de travail, etc.

De ces considérations précédentes découle l'idée de la mise en place d'une médecine de premier niveau pivot du système de soins et qui inclurait dans ses objectifs de travail ces dimensions élargies de la santé.

Une telle conception de la médecine existe d'ores et déjà à l'état embryonnaire dans certains « réseaux » (réseaux de prises en charge des personnes âgées, de patients sidéens, toxicomanes) ou encore dans le concept de filières de soins. Elle .../...



.../... implique un travail pluridisciplinaire (avec les paramédicaux et les travailleurs sociaux) en plus du colloque singulier médecin-patient qui nous est familier. Elle suppose nécessairement de proposer aux médecins « libéraux » de sortir du paiement à l'acte. Capitation, forfaitisation, salariat à temps partiel sont des pistes de travail déjà validées dans de nombreux autres pays. En corollaire, la formation médicale initiale et continue des médecins est à repenser : c'est l'image du médecin techniciste qui est actuellement valorisée au détriment du médecin qui a une vision horizontale et large de la santé et de la maladie.

Les médecins doivent pouvoir jouir d'une indépendance totale dans le quotidien de leurs pratiques par rapport aux bailleurs de fonds et aux décideurs politiques. Mais ils ont des comptes à rendre collectivement et individuellement devant les instances de concertation aux différents étages national, régional et local évoqués ci-avant. Vouloir modifier en profondeur le système de soins suppose une modification des comportements de chacun des acteurs sur le terrain de la santé. Cette modification des comportements ne peut être imposée par le haut et par la contrainte (financière ou sous l'effet de la fantasmagorie peur du grand loup qui se va se fâcher si on ne lui obéit pas).

« Les médecins doivent jouir d'une indépendance totale tant vis-à-vis des financeurs que vis-à-vis des politiques. »

Nul ne pense à un changement frontal des us et coutumes dans notre système de soins. Il s'agit d'améliorer le fonctionnement du système de santé à partir des initiatives et de la volonté des acteurs du système. Le progrès ne viendra pas de nouvelles règles du jeu qui résoudre par le haut les problèmes, mais plutôt pas-

sera par l'évolution progressive de nos façons de maintenir ou de recouvrer un bon état de santé, dans le cadre d'un régime d'assurance maladie unique, suffisant pour l'ensemble de la population, et cela du point de vue des usagers de la médecine comme du point de vue des professionnels de santé impliqués.

Il est de la responsabilité des décideurs politiques de faciliter ces nouveaux modes d'exercices et de gestion dans le but d'instiller une émulation au sein du système de soins actuel, complètement sclérosé. Une telle mise en émulation de l'ensemble du système de soins suppose que sur le terrain, dans les régions, un nombre significatif de professionnels de santé et d'usagers font leurs idées et les mettent en application, persuadés qu'ils sont de l'amélioration de la qualité des soins qui en découlera. Fasse qu'une intelligence politique favorise l'émergence d'une telle émulation : tous les ingrédients existent à la base pour une telle régénération de notre système de soins. ■

Deux verrous à dépasser

La conception curative de la médecine et les principes de la médecine libérale sont les deux verrous à dépasser pour développer de nouvelles pratiques médicales.

Patrick Hassenteufel, professeur de science politique, Université de Versailles-Saint-Quentin

Cet article, contemporain de l'annonce du plan Juppé, propose à la fois un diagnostic (sévère) de l'état du système de santé français et des axes de changement. Plus de dix ans après, on peut se demander, d'une part, si les problèmes identifiés par Patrice Muller se posent toujours avec autant d'acuité aujourd'hui et, d'autre part, si les pistes de réforme qu'il a esquissées ont connu des traductions effectives.

Au niveau du diagnostic, il est frappant de noter que Patrice Muller met tout particulièrement l'accent sur la tendance à la réduction du remboursement des soins par la Sécurité sociale (page 14) du fait notamment des dépassements d'honoraires et des « inexorables augmentations du ticket modérateur et autre forfait hospitalier » (page 16). Si le plan Juppé, puis la mise en place de la CMU (d'ailleurs annoncée par Alain Juppé dans son discours du 15 novembre 1996), avaient semblé marquer un coup d'arrêt dans cette évolution, la réforme Douste-Blazy puis la mise en place des franchises médicales n'ont fait que renforcer cette tendance qui a conduit au développement du phénomène du non recours aux soins pour des raisons financières. Il s'agit là aujourd'hui, encore plus qu'il y a dix ans, d'un problème majeur de notre système de protection sociale.

Les autres problèmes mis en avant par Patrice Muller, l'hospitalo-centrisme, la centralité du paiement à l'acte, l'influence de l'industrie pharmaceutique et la concurrence entre structures de soins, sont loin d'avoir fait l'objet de mesures de portée significative pour les contrecarrer. Elles traduisent à la fois le poids prépondérant d'une

vision curative et techniciste de la médecine, l'importance de la défense des principes de la médecine libérale portés par les syndicats dominants et le déficit de régulation du système de soins.

Pour sortir de cette « gabegie », Patrice Muller en appelle à un changement profond tant au niveau institutionnel qu'au niveau de la conception de la santé et de la pratique médicale. Sur le premier aspect, il propose une budgétisation décentralisée (page 16). Les nouvelles règles du jeu qu'il préconise reposent sur une « budgétisation prévisionnelle » votée par le Parlement comme l'a mis en place le plan Juppé. Toutefois, les propositions faites ici s'en distinguent à double titre : d'une part, parce qu'il propose un autre découpage du système de soins donnant toute sa place à la médecine préventive, toujours le parent pauvre aujourd'hui ; d'autre part, parce qu'il propose une véritable décentralisation qui passe, non seulement par une régionalisation des budgets, mais aussi et surtout par la mise en place de « structures de concertation et de travail » réunissant représentants des professions de santé (et non des seuls médecins), des caisses et des usagers au niveau local (du canton suggère Patrice

Muller). Cette vision d'une régulation démocratique par le bas est aux antipodes de celle véhiculée par le plan Juppé qui n'a fait que renforcer la technocratisation de la régulation de l'Assurance maladie, tant par le poids de la Direction de la Sécurité sociale sur la loi de financement de la Sécurité sociale que par la mise en place des Agences régionales de l'hospitalisation. A cet égard, on peut craindre que la mise en place annoncée des Agences régionales de santé, dans le cadre de la future loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire », ne fasse que renforcer cette tendance,

Patrick Hassenteufel est l'auteur de *Les médecins face à l'Etat, une comparaison européenne*, Presses de Science Po, 1997, il vient de publier *Sociologie politique : l'action publique*, Armand Colin, 2008.

« Les autres problèmes mis en avant n'ont pas fait l'objet de mesures de portée significative. »

.../...

.../... malgré l'annonce de la mise en place de « maisons de santé » pluridisciplinaires.

L'enjeu clef du débat à venir sur cette loi est justement le dépassement des deux verrous cognitifs qui brident le développement de nouvelles pratiques médicales : la conception curative de la médecine et les principes de la médecine libérale (en particulier le paiement à l'acte). Ce n'est qu'à cette condition que les modifications des comportements permettant de transformer en profondeur le système de soins que Patrice Muller appelait de ses vœux (page 18) seront possibles.

Mais cette transformation dépend tout autant (si ce n'est plus) des acteurs politiques que des médecins, plus précisément de leurs représentants. A ce niveau, Patrice Muller en soulignait aussi les « dysfonctionnements majeurs » (page 14) qui sont loin d'avoir été résolus, au contraire !

Tout d'abord, la défense des principes de la médecine libérale (qui, rappelons-le, datent de 1927 !) reste le cœur intangible du programme revendicatif de la plupart des organisations syndicales, la CSMF en tête, que ce soit dans son refus de la remise en cause du paiement à l'acte et de la liberté d'installation ou par sa défense des dépassements d'honoraires. Pourtant, on peut se demander si ce positionnement est pleinement en phase avec une profession qui se féminise et qui aspire de façon croissante à un exercice plus collectif de la médecine et à un statut se rapprochant du salariat (afin de faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale notamment). Ces nouvelles générations de médecins, fort peu représentées syndicalement, pourraient être les vecteurs de la transformation du système de soins dont Patrice Muller dressait les contours.

«Une vision démocratique par le bas aux antipodes de la technocratisation de l'Assurance maladie.»

Ensuite, la fragmentation de la représentation des médecins (qui s'est encore renforcée avec la création d'Espace généraliste en 2006) fait aussi obstacle à toute tentative de participation d'un syndicat à une réforme de l'organisation du système de soins. Ainsi, MG-France a payé cher son soutien au plan Juppé porteur d'une

logique de renforcement de la place du généraliste à travers la mise en place du système du médecin référent. De ce point de vue, les élections pour les Unions régionales de médecins libéraux (URML) ont attisé les concurrences intersyndicales et contribué à donner une prime à la contestation par rapport à la participation à des réformes. Enfin, il est clair que les gouvernements à majorité UMP qui se sont succédés depuis 2002 ont avant tout cherché à se réconcilier politiquement avec la CSMF, représentant un électorat qui avait fait défection en 1997, en accordant des augmentations d'honoraires, en ne touchant pas aux principes de la médecine libérale et en privilégiant les remboursements à l'encadrement des dépenses et à la réorganisation du système de soins.

On peut donc douter que le gouvernement actuel soit l'agent de la révolution politique et conceptuelle de la santé, esquissée par Patrice Muller, qui est toutefois progressivement à l'œuvre dans le cadre d'expériences de terrain. Une nouvelle impulsion politique serait pourtant plus que nécessaire, puisque les transformations institutionnelles à l'œuvre depuis le plan Juppé ont accru les capacités d'intervention de l'Etat au détriment des partenaires sociaux de plus en plus marginalisés à la fois en tant que gestionnaires de l'Assurance maladie (avec la création de l'UNCAM) et que représentants des assurés (du fait de la référence croissante au patient). ■

Le meilleur de nos soins, le plus tôt possible

Pour les étrangers en situation précaire, les galères de vie conduisent à un accès au système de soins trop tardif.

Patrice Muller, médecin généraliste

Les bénéficiaires de l'AME (Aide Médicale d'Etat) sont le plus souvent dans des galères de vie. Déracinés, fuyant un pays leur étant devenu insupportable, ils vivent chez nous dans un climat hostile : pauvreté, difficultés de la langue, racisme, conditions de logement souvent épouvantables, travail-au-noir-précaire-dangereux, avec la menace permanente de l'expulsion. Quand un de ces exilés fait une démarche de soin, dans cette ambiance de peur et d'insécurité permanentes, c'est

le plus souvent qu'il est à bout et n'arrive plus à tenir le coup physiquement. La première demande de soin est faite à un moment où la maladie est déjà très évoluée : c'est d'emblée un diabétique compliqué ou un cardiaque décompensé qu'il va falloir traiter. La réalité que nous voyons est une sous-utilisation de notre système de soins, in extremis. Il reste beaucoup à faire pour que ces personnes en danger puissent être prises en charge le plus tôt possible. ■

Pratiques n° 26,
juillet 2004

L'AME fragilisée

Mady Denantes, médecin généraliste membre du CoMéGAS

L'enquête de 2006 de Médecins du Monde ¹ montrait 37 % de refus de soins chez les médecins généralistes pour les bénéficiaires de l'AME (34 % de refus chez les généralistes de secteur 1 et 59 % de refus chez les généralistes de secteur 2 !).

En mai 2007, un rapport officiel de l'IGAS ² défendait le maintien et l'amélioration de cette aide médicale pour des raisons humanitaires, de santé publique et de bonne gestion des ressources publiques. Les auteurs du rapport notent que, contrairement à beaucoup d'idées reçues, le nombre de bénéficiaires est inférieur à celui des personnes qui pourraient y prétendre, ils s'inscrivent en faux contre l'idée que ce dispositif inciterait à la fraude et couvrirait des dépenses justifiées. A l'inverse, ils mettent en lumière la dette de l'Etat envers l'Assurance maladie pour financer ce dispositif et insistent sur l'accès difficile des bénéficiaires de l'AME à la médecine de ville.

Sans tenir compte ni des données d'enquête sur la difficulté d'accéder aux soins pour les patients bénéficiaires de l'AME, ni du rapport de l'IGAS de 2007, certains avancent le projet que le ministère de la Santé envisage de compliquer encore l'accès à cette AME pour « lutter contre les abus » (alors qu'aucune étude ne prouve l'existence de ces abus). Les mesures proposées portent sur la création d'un ticket modérateur et sur la mise en place d'un forfait au moment de l'inscription à l'AME ³.

Faut-il rendre l'accès à l'AME plus difficile quand une étude

récente de la DREES, la Direction des études du ministère ⁴, nous révèle que même avec l'AME, une personne sur quatre déclare avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, essentiellement pour des raisons financières, et qu'un bénéficiaire sur trois a été confronté à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé ?

N'est-ce pas là le vrai dérapage quand une protection maladie n'est pas même sollicitée par ceux qui y ont droit, quand les professionnels de santé, dans des proportions terrifiantes, refusent de recevoir des patients au mépris de toute éthique et du serment prêté ?

« Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera... Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. » ⁵ ■

1. Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France. *Médecins du Monde*, nov. 2006, 43 p.

2. Rapport sur la gestion de l'AME. Inspection générale des finances et inspection générale des affaires sociales, mai 2007.

3. « Polémique sur la couverture médicale des sans papiers », *Le Figaro*, 17/01/08.

4. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. *Etudes et Résultats* n° 465, DREES, juillet 2008, 8 p.

5. « Le Serment d'Hippocrate réactualisé », *Le bulletin de l'Ordre des médecins*, avril 1996.

Patrice Muller

Pratiques n° 31,
février 1993

Politologie : du nouveau pour s'imposer

L'importance de notre budget annuel (480 milliards de francs) est à la mesure des défis majeurs que nous aurons à relever dans les prochaines années. La perspective d'un changement de notre management politique nous amène à rechercher :

1 MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

(Réf. PRATI 3193)

Basé au siège (Paris 7^e), vous cumulerez les fonctions de responsable devant le gouvernement de l'ensemble des décisions concernant votre champ de compétences : le Système de santé et la Sécurité sociale. En collaboration permanente avec le Premier ministre et la présidence de la République, vous coordonnerez la mise en application de la loi-cadre destinée à redéfinir les modalités du financement de notre protection sociale, ainsi que les grands axes directeurs pour les deux décennies à venir concernant notre système de soins.

Les buts de cette loi-cadre seront nécessairement ambitieux, remettant en cause les structures établies et les modes de travail à court terme. Vous ne vous laisserez pas surprendre par les évolutions que les indicateurs sociaux et économiques connus permettent à tout homme/femme de la rue de prévoir. Vous serez donc responsable d'une planification sur le long terme, ayant pour objectif principal la mise en place d'un système de soins performant dont le coût et le financement seront parfaitement acceptés et maîtrisés par la collectivité publique.

Ce système de soins devra intégrer pleinement dans son mode de fonctionnement futur (horizon année 2013) les paramètres suivants :

- La coordination entre les différentes pratiques médicales (préventif, curatif, recherche épidémiologique, formation continue, etc.).
- Le soutien logistique pour la mise en place de pratiques expérimentales et novatrices dans le champ de la santé.
- Les instruments d'évaluation et de mesure adéquats permettant de suivre au mieux l'efficacité des pratiques médicales.
- Une gestion plus décentralisée de l'Assurance maladie à l'échelon loco-régional, à laquelle participeront les usagers, les professionnels de santé et les autorités de tutelle.
- Un secteur conventionnel unique pour l'ensemble de la population et des professions de santé (dont le corollaire sera la disparition progressive du secteur 2).

Vous serez chargé de l'organisation des relations publiques au niveau national. Initiateur de la dynamique du groupe, vous en assurerez la constante motivation.

Femme ou Homme, vous avez nécessairement une longue expérience du Jeu Politique qu'il vous faudra savoir dépasser.

Charismatique, rigoureux et organisé, bon gestionnaire, vous êtes naturellement attiré par des responsabilités managériales. Nous vous proposons, en cas de succès, d'évoluer au sein de notre structure vers les plus hautes sphères : poste de Premier ministre, présidence de la République.

Merci d'adresser une lettre manuscrite, CV et deux photos d'identité en précisant la référence du poste choisi à notre Conseil qui vous garantit la plus entière confidentialité.

SMG PHARMA division nationale

Cherchenet recrutement

La santé ne fait pas partie des politiques majeures

Nous sommes face à une pensée politique indigente qui ramène la santé à une affaire de cotisations à augmenter et de remboursements à diminuer, pour gagner un peu de temps.

■ **André Cicollela**, chercheur en santé environnementale

Cette offre d'emploi (rédigée en 1993 !) s'avère on ne peut plus d'actualité au moment où Roselyne Bachelot nous annonce sa loi « Santé Territoires Prévention », la réforme, selon elle, la plus importante depuis cinquante ans, ce sur quoi on ne peut qu'être d'accord. Cette réforme globale du système de santé et d'Assurance maladie que Patrice appelait de ses vœux est donc aujourd'hui d'actualité. Notre système de santé et d'Assurance maladie repose sur des fondements datant de l'après-guerre. Le statu quo n'est plus tenable et la nécessité de sortir des plans conçus à la va-vite doit céder la place à un projet construit pour durer lui aussi pour plusieurs décennies.

C'est ce que Patrice avait analysé il y a quinze ans avec beaucoup d'humour en fixant l'échéance à 2013. Mais cette pseudo-lettre d'embauche n'est pas qu'un trait d'humour, elle est d'abord un constat sur la place que devrait avoir un ministre de la Santé dans le paysage politique. Or, traditionnellement, que le gouvernement soit de droite ou de gauche, le ministre de la Santé reste un personnage de second plan. On a même connu sous Lionel Jospin une (pâle) secrétaire d'Etat à la santé, Dominique Gillot, sous la tutelle (pesante) de la ministre des Affaires sociales de l'époque, Martine Aubry. Signe évident que, pour les uns et les autres, la santé ne fait pas partie des politiques majeures... Signe aussi d'une pensée politique indigente qui considère la santé comme un sous-ensemble du social, en la ramenant à une affaire de cotisations qu'il faut augmenter et de remboursements qu'il faut diminuer pour gagner un peu de temps jusqu'au prochain constat fatidique et

blasé du « Trou de la Sécu ». Comme nous le rappelle sous un ton volontairement neutre la pseudo-offre d'emploi de Patrice, avec les 480 milliards de francs de l'époque, 198,3 milliards d'euros en 2006, la politique de santé « pèse » en termes budgétaires, mais elle pèse aussi par son poids dans la vie des citoyens. Un système de santé et d'Assurance maladie est la colonne vertébrale d'une société et non un simple marché. Ce doit donc être une politique majeure et pour ce faire, la priorité est de cesser de confondre politique de santé et politique de soins, pour comme le dit Patrice « intégrer le préventif et le curatif » (mais là, mon cher Patrice, permets-moi de te faire remarquer que la santé n'est pas qu'une affaire médicale, mais à ta décharge en 1993 le mot « santé environnementale » était inconnu en France). Mais quelle réforme mettre en place ? Le texte de Patrice apporte une réflexion utile aujourd'hui pour opposer un projet de santé publique à un projet de privatisation porté par la Réforme Bachelot, au-delà des apparences : évaluation et mesures pour suivre l'efficacité des pratiques médicales ; gestion décentralisée de l'Assurance maladie avec participation des usagers, des professionnels de santé et des autorités de tutelle ; secteur conventionnel unique. Vision globale de la santé, démocratie, proximité... ce sont les maîtres mots d'une réforme durable. Ce sont ces mots qui doivent nous guider dans notre réflexion pour opposer une réforme cohérente face à une réforme principalement guidée par une logique de marché. Merci Patrice pour ta contribution ! ■

André Cicollela est responsable de la Fondation Science Citoyenne de la commission Santé des Verts.
<http://sciencescitoyennes.org>

Tentative d'une taxinomie restreinte du comportement des acteurs du système de santé en période électorale à propos de notre système de soins et de notre protection sociale

IL Y A CEUX qui disent des choses, font le contraire de ce qu'ils disent et mobilisent des foules ¹.

IL Y A CEUX qui disent des choses, proposent de vagues idées directrices pour une amélioration du système et mobilisent les foules ².

IL Y A CEUX qui disent des choses extrêmement précises, proposant des solutions aux problèmes posés qui mériteraient pour le moins d'être discutées dans le cadre d'un débat démocratique et même essayées grandeur nature sur le terrain, mais qui n'attirent pas les foules ³.

IL Y A CEUX qui depuis longtemps ont compris les faiblesses de notre jeu démocratique et expliquent comment réussir un putsch dans l'institution médicale ⁴.

IL Y A CEUX qui ne disent rien, mais n'en pensent pas moins ⁵.

IL Y A CEUX qui ne disent rien et n'en pensent rien ; ils ne s'intéressent au système de soins que lorsqu'ils sont malades. Ils ne comprennent pas ces luttes de pouvoir par absence de la connaissance de rouages de notre machine à fournir des soins, et font simplement le constat que se soigner coûte de plus en plus cher ⁶.

1. Marc Blondel, le secrétaire général de FO qui a réuni 12 000 militants à Bercy et adressé une « mise en garde solennelle » contre toute atteinte à la Sécurité sociale, alors que cette centrale syndicale s'oppose depuis plus de vingt ans à toutes les réformes pour améliorer notre système de soins, mais qui pourraient menacer son pouvoir décisionnel exorbitant – au regard de sa représentativité réelle – ainsi que la manne financière que représente pour ce syndicat le fonctionnement actuel des caisses de Sécurité sociale.

2. Un peu en vrac, citons ici les autres centrales syndicales de travailleurs, les mutuelles, les partis politiques dits de gauche, certains écologistes.

3. De façon non exhaustive et avec un parti pris revendiqué, on peut placer ici le Syndicat de la Médecine Générale et de nombreux technocrates (économistes, professionnels de santé suffisamment médiatiques pour pouvoir s'exprimer dans les médias en leur nom propre).

4. Cf. l'entretien dans ce numéro avec le Professeur Marcel Legrain.

5. Les politiciens au pouvoir actuellement, qui se gardent bien d'agiter la moindre vague dans le monde médical, certains qu'ils sont de leur victoire électorale et du ralentissement de la cervelle de bon nombre de médecins libéraux grâce à l'augmentation de 5 francs des honoraires médicaux au 1^{er} mars 1995. Nous mettons aussi dans cette case MG-France qui, en ne prenant pas position dans la période actuelle sur les questions d'ensemble portant sur l'avenir de la protection sociale et du système de soins, s'aménage toutes les portes de sortie possibles, y compris celle d'un syndicat de services étroitement corporatiste au bénéfice des seuls médecins généralistes. Citons aussi les compagnies d'assurance peaufinant dans leurs cartons des projets de système de soins éclatés avec filières de soins mis en concurrence commerciale via une couverture santé complémentaire individuelle.

6. Nous mettons ici 99,9 % des électeurs appelés à choisir le prochain président de la République.

Combien coûtent nos vies ?

Face à ceux qui osent poser la question du coût de la vie des personnes malades, les associations dénoncent les scandales financiers et les logiques budgétaires.

Act Up-Paris

La taxinomie de Patrice Muller oublie deux « acteur(rices) » : d'une part les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui se battent pour leur vie, ne se contentent pas de « proposer » des solutions, mais obligent les pouvoirs publics à modifier les politiques pour répondre à l'urgence de la pandémie ; d'autre part l'industrie pharmaceutique.

Pendant très longtemps, les associations de lutte contre le Sida ont refusé de se pencher sur la question des « dépenses » de santé – par exemple au moment de l'arrivée des trithérapies, et en particulier avec les antiprotéases. Le raisonnement était simple : nous sommes en train de mourir, ces traitements sont notre seul espoir, ils doivent être disponibles, quel qu'en soit le « coût ». Et si les PVVIH estimaient que les pouvoirs publics devaient seuls négocier le prix des médicaments en France, elles en faisaient le centre du combat pour l'accès aux soins dans les pays pauvres, luttant pour le diminuer, par exemple en promouvant les génériques.

Aujourd'hui, la donne a changé : le discours alarmiste sur les déficits de la Sécurité sociale est l'alpha et l'oméga des discussions de santé, la droite au pouvoir l'utilise pour démanteler le système solidaire de protection sociale et l'opposition socialiste est incapable, faute de volonté politique, de la contrer. Les PVVIH n'ont plus le choix et doivent faire de la question du financement de l'Assurance maladie une de leurs priorités.

Car soyons clair(e)s : toutes les récentes « réformes » concernant la Sécurité sociale touchent en priorité les plus malades, accusé(e)s de plus en plus explicitement de coûter trop cher : réforme des ALD et du protocole de soins, forfait à un euro, augmentation du forfait hospitalier, forfait sur les soins coûteux, franchises médicales, etc. Toutes ces mesures, destinées à

« responsabiliser » les assuré(e)s, frappent de plein fouet celles et ceux qui ont le plus recours au système de soins, à commencer par les personnes vivant avec une pathologie lourde.

Mais si nous nous sommes récemment emparé(e)s de la question des dépenses de santé, ce ne sera pas pour reprendre en chœur le refrain du Troude-la-Sécu, et pleurer sur les horribles déficits de la santé. Car nous savons que ces dépenses ne sont pas un coût : elles sont un investissement. Et s'il s'agit de parler d'économies et de recettes, nous poserons publiquement la question du prix du médicament et de la nécessaire contribution de l'industrie pharmaceutique, qui n'a cessé de s'enrichir sur notre dos, avec la complicité des pouvoirs publics, sans jamais rien donner en retour.

Un exemple ? Le laboratoire Roche a commercialisé, en 2003, un antirétroviral d'une nouvelle classe, le Fuzéon®, au prix effarant de 20 000 dollars annuels en moyenne. Roche a justifié ce prix en arguant des recherches indispensables pour améliorer le produit, et les pouvoirs publics ont accepté. En mai dernier, le laboratoire annonçait qu'il cessait ses recherches sur le VIH. Roche doit maintenant rembourser l'argent volé au nom de recherches qu'il ne mènera pas, les pouvoirs publics doivent imposer une baisse des prix et taxer Roche pour financer la Sécurité sociale.

Le 1^{er} décembre 2004, nous manifestations derrière le mot d'ordre : « Combien coûtent nos vies ? ». Une nouvelle taxinomie, plus simple, pourrait être aujourd'hui : « Il y a celles et ceux qui trouvent cette question de bon ton. Et celles et ceux qui la trouvent obscène, et se battent pour rappeler que les vies doivent passer avant les logiques budgétaires. » ■

Issue de la communauté homosexuelle,

Act Up-Paris est une association qui veille à défendre équitablement toutes les personnes touchées par le VIH/Sida.

Nous tenons à rappeler que Patrice Muller a ouvert à Act Up-Paris de nombreuses colonnes dans *Pratiques* et qu'il nous a invité(e)s à plus d'une réunion du Syndicat de la Médecine Générale.

L'information médicale et les patients. Quels enjeux ? (extraits)

L'accès au dossier médical est un leurre tant que plusieurs questions préalables n'auront pas été clairement débattues au plan politique.

Patrice Muller, médecin généraliste

Pratiques n° 12,
décembre 2000

Une réflexion sérieuse sur le sujet doit poser la question du formatage actuel de l'information médicale. Aujourd'hui « l'information du patient » se joue dans le cadre convenu, nécessaire, mais notoirement insuffisant, du colloque singulier soignant/soigné. Qui plus est, pour ce qui est de la médecine libérale, perdure le paiement à l'acte où, plus le professionnel libéral prend le temps d'écouter, de parler, de dialoguer – gages d'une certaine qualité de l'information – et moins il gagne d'argent !

Nous aurions pourtant tout intérêt à aborder un cadre beaucoup moins précis, moins institutionnalisé où devraient exister d'autres circonstances régulières d'échanges d'informations entre les différents acteurs (citoyens, professionnels du soin, du secteur social, mais aussi les gestionnaires, les juristes et les chercheurs) dans une vision de santé publique ou communautaire.

Tenir compte de l'arrière-plan général sur lequel se déroule la production de l'information médicale. De plus en plus souvent, pour des nécessités d'effets d'annonce vis-à-vis des investisseurs financiers, les nouveautés médicales court-circuitent les canaux habituels d'information des professionnels du soin, les mettant devant le fait accompli.

Une autre action est à méditer : celle des associations des malades du Sida qui ont été des moteurs très efficaces pour informer non seulement les malades, mais aussi les soignants en exigeant d'eux d'être à jour sur le front des innovations.

Qui veut accéder aux informations du dossier médical ? Le dossier médical vaut de l'or pour le secteur marchand de la médecine, de l'industrie pharmaceutique aux compagnies d'assurances privées en passant par les industries de la téléinformatique.

Du côté du secteur public existent d'autres périls redoutables. Par la mise en place de dispositifs généralisés d'informatisation, l'Assurance maladie est devenue l'exemple type d'une structure technocratique et centralisée sans réel contrôle

démocratique. Si l'on se tourne du côté du monde hospitalier, les procédures d'accréditation sur le mode des normes ISO, issues du monde industriel, éloignent de plus en plus les infirmières et les médecins de leurs fonctions de soignants.

L'information médicale relative aux coûts des soins. C'est la motivation essentielle, pour ne pas dire exclusive, des décisionnaires actuels. Le type d'informations dont ils sont très friands ont très peu de rapport avec la question de la qualité des soins, mais ils prennent prétexte de cette dernière pour mettre en place les très lourds moyens nécessaires pour suivre, surveiller, punir les consommateurs ou les producteurs de soins ou encore, vendre les données ainsi glanées aux industries de la santé.

La dimension juridique et jurisprudentielle de l'information médicale. Faute d'avoir pu institutionnaliser des formes régulières de débats où les « comptes à rendre » pouvaient être débattus, c'est à la justice que l'on s'adresse. Avec quels coûts pour la relation médicale ?

Pour une information volatile. L'irruption de la justice fait naître une réticence de plus pour consigner sous forme de traces écrites (qui plus est, lorsque transcrites dans des outils informatiques) quoi que ce soit de l'ordre de l'intimité et du privé des personnes que nous soignons.

Pour être bien informés, il est nécessaire de renouveler les modes de débats.

N'y a-t-il pas un paradoxe majeur pour la démocratie qu'une minorité d'experts et de décideurs bien informés soient seuls à déterminer ce qui va influencer la vie quotidienne de tous ? Le « bien informé » de ceux qui sont dans les rouages du pouvoir politique économique ou administratif doit être élargi à l'ensemble de la population. C'est à ce prix, que les enjeux – souvent contradictoires – qui conduisent à façonner les évolutions de la façon de soigner, apparaîtront plus clairement aux yeux des citoyens. ■

Quand l'information médit, le soin cale...

Les projets actuels de standardisation des dossiers médicaux tentent d'unifier le langage médical, en niant la complexité de la démarche de soins.

Pierre Suesser, pédiatre en PMI

À propos du dossier médical partagé, nous écrivions déjà en 2001 : « En médecine ambulatoire ou à l'hôpital, le dossier médical est aujourd'hui à la fois un outil de travail pour le praticien et un moyen d'archivage d'informations médicales – cliniques et para-cliniques, biographiques et sociales –, constituées au cours du suivi médical. Il paraît utile de souligner les notions d'incertitude, de relativité, d'obsolescence, de non exhaustivité de son contenu.

En pratique, l'observation médicale de la même personne par deux praticiens différents pourra être très différente, y compris dans ses conclusions. Ce qui figure dans le dossier n'est qu'un reflet de l'état de santé d'un patient tel que l'a perçu et analysé le professionnel de santé, dans le cadre évolutif de la relation de soin. Lorsqu'il s'agit de transmettre des informations de santé vers une autre structure de soins, le médecin ne peut se contenter d'une simple copie d'extraits du dossier. Il doit au contraire se livrer à un travail de reconstruction en prenant du recul par rapport au contenu du dossier, et de sélection en fonction de l'intérêt du patient et de son droit au secret médical.

Les projets actuels de standardisation du contenu des dossiers médicaux et de codage des pathologies tentent d'unifier le langage médical, en niant la complexité de la démarche de soins. Les inévitables différences d'appréciation évoquées se traduiront par exemple par des codages identiques recouvrant en fait des situations différentes.

Ces processus, de par leur dimension réductrice, exposent au risque de substituer au patient son double informationnel ! »¹

Le danger du double informationnel que nous soulignons alors paraît aujourd'hui plus actuel que jamais. L'*Evidence-Based Medicine* (médecine par les preuves) impose l'objectivation de toute souffrance et ne reconnaît plus comme valide que

des réponses soignantes aux effets quantitativement mesurables.

Certains poussent le bouchon jusqu'à nous expliquer que l'imagerie cérébrale permet d'observer le patient en train de penser, il suffirait donc – pour caricaturer – d'analyser l'activation de ses aires cérébrales pour n'avoir plus besoin demain d'entrer en relation et en dialogue intersubjectif avec le patient devenu la doublure quelque peu encombrante de sa vérité neurobiologique !...

En exerçant une médecine holistique et en défendant une conception sociale de la santé, Patrice s'opposait en pratique à une « biomédecine contemporaine [qui] radicalise toujours d'avantage l'objectivation du corps du patient en transformant les êtres vivants en systèmes informationnels, en archives génétiques, en variables et en paramètres d'ajustement à des instruments toujours plus sophistiqués, en configuration probabiliste de risques et en exemplaires de protocoles de diagnostic et de soins standardisés, normalisés et homogénéisés. »²

Bien entendu, Patrice pratiquait une médecine moderne prenant en compte les apports de connaissances et les progrès techniques les plus récents, mais sans jamais sacrifier la parole et l'histoire singulière des patients.

La démocratie participative en santé que Patrice Muller appelait de ses vœux exige que les citoyens-patients ne soient ni réduits à leur double informationnel ni « exilés de l'intime »³. ■

1. Extrait du document « Les enjeux du dossier médical informatisé » diffusé dans le cadre de la 23^e conférence internationale « Données personnelles - droits de l'homme » à Paris, les 24, 25 et 26 septembre 2001 – <http://www.delis.sgdg.org>, rubrique « Informatisation du système de santé ».

2. R Gori, MJ Del Vogo, *Exilés de l'intime*, Ed. Denoël 2008, p. 58.

3. *Ibid.*

Pierre Suesser,

anime l'intercollectif

DELIS (Droits et libertés

face à l'informatisation

de la société)

www.delis.sgdg.org.

20 000 euros par médecin et par an

L'information des médecins sur les médicaments reste massivement dominée par l'industrie pharmaceutique et faussée par la publicité.

Patrice Muller, médecin généraliste

Pratiques n° 24,
avril 2004

C'est ce que dépense l'industrie pharmaceutique pour nous faire prescrire du médicament. On le savait déjà, mais le fait de lire ce scandale que nous dénonçons depuis des lustres dans le très officiel « Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie » paru le 23 janvier 2004 nous conforte dans nos propositions. Citons *in extenso* le passage accablant¹ dudit rapport : « (...) l'information sur la prescription médicamenteuse reste massivement dominée par les industries du médicament. Cet état de fait est le résultat de deux phénomènes qui se cumulent.

« A quand l'interdiction pure et simple de toutes les formes de publicités ? »

D'un côté l'insuffisance d'organisation et d'investissement de la part des institutions publiques : l'information mise à disposition par les différentes sources publiques (Résumé des caractéristiques du produit, Avis de la commission de la transparence, Fiches de transparence, recommandations de l'AFSSAPS, etc.) est souvent ressentie par les praticiens comme complexe et difficile d'emploi. De même, il n'existe pas de base de données publique, disponible en ligne, sur support informatique, au moment de la prescription. D'un autre côté, l'effort considérable des industries pharmaceutiques pour la promotion du médicament (évalué à plus de 20 000 € par praticien et par an), appuyé sur une connaissance fine du « profil » de chaque prescripteur et relayé par le nombre très important des visiteurs médicaux (24 000 selon l'Association des directeurs de la visite médicale). La Cour des comptes a attiré

l'attention, à de nombreuses reprises, sur la nécessité de développer, dans ce domaine, une information indépendante. »

Quant à nous, nous attendons toujours les mesures simples, efficaces, énoncées depuis des années qui permettront enfin aux médecins d'avoir une information de qualité, en temps utile, indépendante de la pression mercantile des firmes pharmaceutiques. A quand l'interdiction pure et simple de toutes les formes de publicités, parrainages, visites médicales et autres « soutiens financiers » de la part de l'industrie pharmaceutique, toujours très prévenante à l'égard du corps médical pour qu'il prescrive leurs produits sans vergogne ? A quand l'indispensable évaluation rigoureuse du service médical rendu pour chaque médicament et qui nous manque pour faire correctement notre métier ? La connaissance précise de la plus-value du service médical rendu d'une molécule par rapport à ses concurrentes nous permettrait de substantielles économies pour l'Assurance maladie. Cette information indépendante, comparative, que nous exigeons d'avoir, avant même la mise sur le marché des produits, incombe aux pouvoirs publics qui négligent scandaleusement ce domaine. ■

1. Cf. chapitre 2 : Qualité du système de soins, première partie :

Le périmètre des biens et services et la qualité médicale des actes, section 5 : Les instruments effectifs de l'amélioration des pratiques, pages 87 et 88 de la version électronique du rapport.

S'indigner et agir autrement

La visite médicale est un moyen d'information des médecins totalement biaisé et très coûteux pour la collectivité.

Pierre Chirac, pharmacien

25 000 euros : selon un rapport de l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) publié en 2007 et consacré à « L'information des médecins généralistes sur les médicaments », telle est la somme que les firmes consacrent désormais chaque année en France à chaque médecin généraliste, rien que pour la visite médicale...

Le constat de Patrice Muller est donc toujours d'actualité, et la situation est plutôt pire encore quelques années plus tard.

L'indignation de Patrice est, elle aussi, toujours d'actualité. Comme le résume très bien l'IGAS elle-même, la visite médicale est un moyen très coûteux pour la collectivité – ces 25 000 euros sont en effet très largement et généreusement pris en charge par l'Assurance maladie, par le biais du remboursement du prix des médicaments – de tenir informés les médecins, d'autant que ces informations sont biaisées...

On rêve d'une formation initiale et permanente qui s'appuierait sur les rapports de la Cour des Comptes et de l'IGAS pour ouvrir les yeux des soignants sur certaines réalités de la « médecine ». Une telle formation augmenterait le nombre de soignants qui décident : « Non merci, je n'ai pas besoin des firmes pour assurer ma formation permanente, et il vaut bien mieux au contraire que je puise mes informations ailleurs, dans l'intérêt du patient ».

Les constats et les indignations de Patrice sont toujours d'actualité, tant pour ce qui concerne le comportement des firmes pharmaceutiques que celui des autorités de santé, ou de certains professionnels de santé. Pourtant, la situation n'est pas désespérée ! Par exemple, toujours pour rester dans le domaine de la visite médicale, de plus en plus de médecins refusent de recevoir les visiteurs médicaux, ou limitent le nombre de visites.

Les Patrice Muller d'hier et d'aujourd'hui n'ont pas perdu la bataille. De plus en plus de soignants, jeunes et moins jeunes, remettent en cause les mauvaises habitudes, et veulent agir autrement. Non, on n'est pas obligé de recevoir les visiteurs médicaux ; oui, on a le droit de prescrire en DCI ; non, on n'a pas besoin des firmes pour financer la formation permanente ; oui, il faut exiger la démonstration d'une valeur thérapeutique ajoutée aux nouveaux médicaments ; non, les conflits d'intérêts ne sont pas acceptables, etc.

Il suffit d'être motivé, persévérant, et de perdre l'illusion que l'on est tout seul, et que l'on ne peut rien faire...

Il y a dans les universités, chez les jeunes soignants, tous les relais souhaitables à l'action de demain. Ils suivront les bons exemples d'hier, et sauront inventer les combats adaptés à leur époque, pour défendre un système de soins de qualité et solidaire, au service du malade-citoyen. ■

Pierre Chirac est rédacteur en chef de la revue *Prescrire*.
www.prescrire.org



L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE
MODE D'EMPLOI
Leçon 1 :
l'information des médecins

Plan de sauvetage de l'hôpital : l'indécrottable médiocrité de la décision politique

Les projets de réforme de l'hôpital manquent d'envergure politique ; ils ne changent rien aux règles d'un corporatisme étroit, qui permet à chacun de tirer la couverture à lui.

Patrice Muller, médecin généraliste

Pratiques n° 9,
avril 2000

Le 1^{er} mars 2000 nous prenions connaissance d'un énième plan de sauvetage consistant à injecter 10,1 milliards de francs supplémentaires dans les budgets de l'hôpital public et à créer 12 000 emplois nouveaux dans ce secteur.

Dont acte, face aux mouvements sociaux qui montaient en puissance dans l'institution hospitalière, le gouvernement a pris conscience de l'asphyxie financière dont souffrait l'hôpital public depuis quelques années. Il décide, dans un climat d'euphorie économique et de proximité d'élections municipales, de remplir de carburant la machine hospitalière pour la remettre en marche. La ministre attend de ce plan qu'il permette de « régler les problèmes immédiats » et d'engager des actions structurelles » en réaffirmant les objectifs du gouvernement : adapter l'offre de soins aux besoins de la population, promouvoir la qualité et la sécurité des soins, réduire des inégalités dans l'accès aux soins.

Malgré l'importance de la manne financière, ce plan de sauvetage par son style, son manque d'envergure et les méthodes inadéquates qu'il utilise, est voué – d'expérience – à un échec programmé.

Au mieux, dans trois ans, tout restera à faire pour sortir l'hôpital public d'ornières structurelles totalement négligées par ce plan, alors que parfaite-

ment identifiées depuis de nombreuses années. Au pire, durant ce laps de temps, le secteur médical à but lucratif aura acquis une position dominante sur le marché de l'hospitalisation, voire sur l'ensemble du système de soins, et s'essuiera les pieds sur un hôpital public devenu moribond malgré les moyens supplémentaires mis à disposition.

Peut-on vouloir réformer l'hôpital, si on ne réforme pas en même temps l'ensemble de notre système de soins ? Ce plan manque cruellement d'ampleur et de souffle politique. Des dimensions lui font défaut qui le condamnent d'emblée :

- pas de visibilité à plus de trois ans, ce qui est le court terme dans le domaine de la santé ;
- pas de dynamiques cohérentes et lisibles avec d'autres réformes tout aussi indispensables touchant aux autres étages du système de soin avec lesquels l'hôpital public est en interrelation étroite : la médecine ambulatoire, l'hospitalisation privée à but lucratif ;
- et surtout, aucune réforme de fond concernant les outils de la gestion et de la régulation de l'ensemble du système de soins qui, restant en l'état, veut que l'argent déployé aille inéluctablement vers les plus gros et les plus forts, chacun, au nom de corporatismes étroits bien compris, tirant la couverture à soi.

A quand la réforme indispensable de l'Assurance maladie permettant qu'elle soit autre chose qu'une vache à lait au fonctionnement technocra-

tique pour faire tout et n'importe quoi en matière de santé ?

A quand une budgétisation de l'ensemble des dépenses de soins, déclinée au plan loco-régional avec une gestion associant de façon étroite les représentants des usagers, des professionnels du soin et des administrations tutélaires, ce qui pose subsidiairement la question non résolue aujourd'hui : quelle représentativité des uns et des autres ?

A quand la remise de l'hospitalisation privée dans les rails du service public, elle qui, grâce aux concentrations de capital actuelles, aux pratiques



systematisées de dépassements des tarifs de la Sécurité sociale, a le vent en poupe, sachant parfaitement s'attirer les patients lucratifs (les personnes solvables ayant une bonne couverture complémentaire) et les bonnes pathologies (celles qui, en multipliant les actes techniques diagnostics et thérapeutiques, rapportent gros), laissant « le reste » au bon soin du service public ?

A quand le courage politique pour tordre le cou aux logiques marchandes qui pervertissent ces logiques de soins dont l'hôpital sortira toujours perdant ?

Des remèdes indispensables aux maux internes à l'hôpital public. Pour mieux gérer au plan économique, on a déjà renforcé de façon importante les moyens en personnes et en outils de surveillance de l'administration hospitalière avec l'informatique et la statistique, dont on escompte plus d'efficacité et une meilleure utilisation de l'argent

dépensé. Parallèlement, les mesures de sécurité sanitaire ont été notablement développées suite aux affaires du sang contaminé par le VIH de sorte que, au quotidien du soin, des contraintes de type évaluation économique-sécuritaire ont considérablement alourdi la charge de travail des soignants qui se trouvent acculés à consacrer moins de temps au soin des personnes. Ces procédures bureaucratiques venant par le haut font des ravages en termes de motivation professionnelle. Elles sont à remplacer par des procédures démocratiques où, dans la proximité des soins donnés, le mieux soigner se jouerait par le biais de stimulations personnalisées et qui feraient que « étant sous le regard de mes patients, de mes collègues, j'ai envie, je me sens obligé de faire mieux au sein de mon hôpital dont j'éprouve une satisfaction à ce qu'il fonctionne bien globalement ». C'est ici la question de la redéfinition des pouvoirs et des statuts professionnels des uns et des autres dont il est question.

A quand la fin du fonctionnement féodal de l'hôpital ?

Au nœud de tous ces archaïsmes, se trouve l'hôpital hospitalo-universitaire, matrice où se forgent les méthodes et ambiances de travail de la très grande majorité des soignants, lieu de formation où se sont constituées également les rancœurs accumulées pour des ambitions de carrière non abouties. Le médecin chef de service, au statut inamovible, n'ayant pas de comptes à rendre sur son travail personnel, fait la pluie et le beau temps dans son service. Si le travail des personnes de son équipe est bon, son service fonctionne correctement ; s'il est mauvais, c'est la catastrophe et il ne peut pas être remis en question.

Au moment où va être inauguré l'Hôpital Européen Georges Pompidou, fleuron de l'AP-HP, qui se veut le phare hospitalier du 3^e millénaire, et qui, pour 2 % de nouveauté en matière de soin, incorpore dans ses locaux high-tech 98 % de conservatisme et de mandarinat déléterés.

A quand la suppression de l'AP-HP, « ce pouvoir dans le pouvoir », pour remettre les hôpitaux qu'elle a en charge dans le droit commun de l'administration hospitalière en termes de planification et de régulation ?

Quand donc un pouvoir politique aura-t-il le courage de s'attaquer à toutes ces questions, cruciales pour l'avenir de notre hôpital public ? ■

Hôpital : y a-t-il volonté d'en sortir ?

Pendant la dernière décennie, la crise hospitalière n'a fait qu'empirer, aggravée par les nouveaux modes de tarification et la rigidité des structures, d'où le malaise des soignants.

Denis Labayle, médecin et écrivain

Denis Labayle
est parti en retraite
prématurée pour fuir
la bureaucratie.

Huit ans après la sortie de l'article de Patrice Muller analysant les propositions gouvernementales destinées à sortir l'hôpital public de la crise, on ne peut qu'approuver son pronostic : « ce plan de sauvetage par son style, son manque d'envergure et les méthodes inadéquates qu'il utilise est voué à un échec programmé. »

Depuis, l'hôpital a bénéficié d'une nouvelle loi sur la gouvernance, les pôles qui rappellent vaguement la départementalisation des années 80, et l'on nous annonce une nouvelle loi pour l'année prochaine. L'hôpital, qui s'était habitué depuis la fin de la deuxième guerre mondiale à une réforme tous les dix-quinze ans, voit le rythme s'accélérer. Plus d'une loi tous les cinq ans. C'est dire leur efficacité !

Pendant la dernière décennie, la crise hospitalière n'a fait qu'empirer. La majorité des hôpitaux sont en quasi cessation de paiement, et ne survivent que grâce à des injections financières de dernières minutes, des emprunts à long terme qui freinent encore un peu plus leurs investissements. Mais y a-t-il volonté d'en sortir ? J'en doute. Le système

informatisé mis en place, extrêmement lourd, onéreux et peu fiable ne pouvait donner de bons résultats. On ne peut gérer correctement avec un mauvais outil. Le codage des maladies devient un art à l'escroquerie : comment obtenir le maximum de points en jouant sur l'ordre des maladies codées ? Un jeu pervers qui renforce le pouvoir des « chiffrocrates » et donne l'impression aux praticiens de travailler de plus en plus dans un monde ubuesque. La mise en place de la T2A, forme de paiement à la maladie, donne les résultats escomptés : les sommes allouées à l'hôpital public sont en diminution. Ce système de calcul avait un objectif : préparer à la privatisation, et le processus est bien enclenché. Plus des deux tiers de la chirurgie en France sont maintenant privatisés. La radiologie et la cardiologie interventionnelle suivent allégrement et la cancérologie n'est pas en reste. Et l'hôpital public, pour ne pas rester à l'écart, cherche à son tour les affections les plus intéressantes financièrement, oubliant progressivement sa fonction de service public. De fait, l'argent ne va plus « au plus gros et au plus fort »,



mais à celui qui rapporte le plus. Si le traitement de la cataracte est rentable, on le développera. Si la coronarographie est rentable, on n'hésitera pas à investir même si les besoins locaux sont déjà couverts.

Mais la privatisation ne s'arrête pas là. On embauche de plus en plus de spécialistes libéraux, payés à l'acte pour les consultations, voire même pour le bloc opératoire. Une situation idéale pour eux : moins de frais d'investissement et de fonctionnement, et un paiement individualisé. Cela s'appelle la complémentarité privé-public.

A côté du malaise financier persiste le malaise des soignants. Comme le fait observer Patrice, les structures sont toujours aussi rigides : les Centres hospitalo-universitaires ont gardé leurs habitudes tant dans le domaine de la nomination des médecins que dans l'absence de contrôle de leur activité. Aucune passerelle n'a été créée avec les hôpitaux généraux et les hôpitaux locaux. L'Assistance Publique de Paris n'a pas été démantelée comme il l'espérait sans trop y croire. Et ce ne sera pas pour demain.

Seule nouveauté, non négligeable à l'hôpital public, les premières expériences de passerelles entre les fonctions de médecins et d'infirmières : consultations de patients atteints d'hépatite C, consultations de premières urgences, consultations en cardiologie pour les douleurs thoraciques... Petites expériences, certes, mais si concluantes qu'elles vont certainement faire des petits. D'autant que le manque aigu de médecins généralistes et spécialistes pour les quinze années

« Le codage des maladies devient une véritable incitation à l'escroquerie. »

à venir impose une nouvelle répartition des tâches. Un progrès dû à la crise !

L'une des divergences d'analyse que nous avons entre nous concernait les vents du danger. Nous étions d'accord sur les risques de privatisation, et nous avions raison, mais nous ne mettions

pas dans le même ordre l'effet néfaste des féodalités. Lui insistait sur la féodalité médicale que je ne contestais pas, mais je mettais l'accent sur la féodalité administrative qui, avec les années, s'est imposée. Et je maintiens ma position. Dans la prise de décision, même la féodalité universitaire est aujourd'hui reléguée au statut de conseiller. Les décideurs administratifs, dont j'ai critiqué l'insuffisance de formation dans mon livre *Tempête sur l'hôpital*, ont maintenant tout pouvoir, et il leur suffit de s'allier à quelques membres du corps médical pour diriger l'ensemble de l'hôpital. Le personnel infirmier reste toujours absent des instances décisionnelles et n'est représenté que par un cadre, bien remodelé par l'école de Rennes, et qui sert d'alibi. La démocratie n'a pas progressé d'un pouce, elle s'est bureaucratisée.

Alors, Patrice avait raison, pour sauver l'hôpital public, il ne faut pas une réformette, mais des changements en profondeur. Toutefois une question se pose : cette société qui évolue vers l'ultralibéralisme désire-t-elle vraiment un service public hospitalier ? Et de l'autre côté, y a-t-il un vrai projet novateur de gauche ? Pas le projet poussiéreux qu'on ressort depuis trente ans des tiroirs avec les mêmes slogans éculés, éloignés de la réalité. Non, un vrai projet adapté aux mutations de l'hôpital... Je compte sur les nouvelles générations pour l'imaginer. ■

« Il insistait sur la féodalité médicale. Je mets l'accent sur la féodalité administrative. »



Un nouveau rythme de travail

De la journée de travail à l'ensemble de la carrière du médecin généraliste, comment enrichir le contenu du métier pour le plus grand bien des patients.

Patrice Muller, médecin généraliste

Pratiques n° 27,
octobre 2004

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

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

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

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

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

Une fois par trimestre. Le médecin généraliste est convié à participer à la réunion organisée au plan local par la Caisse primaire d'Assurance maladie en présence des représentants élus des assurés sociaux pour aborder et commenter les relevés épidémiologiques et suivis statistiques des indicateurs de santé, de morbidité et mortalité du bassin de vie concerné, ainsi que tous les problèmes liés à l'accès et à la qualité des soins : de l'épidémie de grippe aux campagnes de vaccination en passant par les indicateurs économiques.

Trimestriellement, il pourra être libéré de deux jours de soins curatifs pour aller se former sur des thématiques accréditées qui lui sont utiles.

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

Durant la carrière professionnelle, la possibilité est offerte au médecin généraliste, pour des raisons personnelles ou par incitation des autorités sanitaires, de changer de métier : il faut laisser en permanence des passerelles professionnelles vers les médecines spécialisées, hospitalières, les professions de santé publique ou d'enseignement du soin. De la journée de travail à l'ensemble de la carrière médicale du médecin généraliste, il s'agit là de multiples facettes permettant d'enrichir le contenu de notre métier pour le plus grand bien des personnes que nous aurons à charge de soigner et/ou de maintenir en bonne santé. ■

Pour conserver une médecine humaine, mais aussi praticable

La prise en compte du temps, l'attention portée au patient dans son environnement social, les passerelles à construire avec l'hôpital, la place et le rôle de la formation « permanente »... S'articulant avec un autre mode de rémunération.

François Baumann, médecin fondateur de la SFTG

www.unimedia.fr/homepage/sftg

Il existe peu de textes synthétiques permettant en quelques phrases d'imaginer ce que pourrait être un système de soins qui intégrerait toutes les données de l'exercice du médecin généraliste, qui serait juste pour le praticien, et équitable pour le patient. Les propos du texte de Patrice conservent cette vigueur et cette vitalité qui font que pour le médecin d'aujourd'hui, rien ou presque n'est à modifier et, tout au contraire, on pourrait dire que tout reste à mettre en place... et à appliquer.

Il faut s'arrêter sur sa classification concrète et pratique. Structurer le « métier » en tenant compte de son fonctionnement « chronologique » est déjà une initiative qui mérite que l'on s'y attache.

La médecine générale est fortement impliquée dans la notion de temps ; à la fois sur le plan organisationnel et dans sa dimension diagnostique et thérapeutique. Le temps du généraliste est très différent de celui du médecin spécialiste. Là où ce dernier va passer un temps « linéaire », une demi-heure ou une heure peut-être avec un patient, le médecin généraliste utilisera un temps séquencé. Il sait qu'il va revoir son patient et les quinze à vingt minutes qu'il lui consacra en moyenne se renouvelleront, de telle façon que c'est bien une vision globale de la santé de son patient que lui seul peut avoir. La gestion du temps va revêtir une dimension essentielle ! On ne peut qu'approuver la volonté de progresser dans l'attention à porter au patient et à son environnement socioéconomique et humain.

Trouver, et surtout donner, deux heures par jour en alternance avec ses collègues pour répondre au téléphone et reprendre les questions des patients est essentiel. Lorsque ce moment est confondu avec la consultation proprement dite, il ne peut qu'engendrer le surmenage et l'impatience. Établir un

moment privilégié de réponse constitue un progrès considérable, qui ne peut être envisagé que dans l'hypothèse d'un changement global de mode d'exercice.

D'une façon identique, la libération de temps pour visiter les malades à l'hôpital et, plus généralement, le contact indispensable qui peut s'établir entre l'hôpital et le praticien souvent isolé est logique. Les freins sont pourtant importants, et les progrès, ici encore, restent à faire.

Les passerelles que l'on nous promet depuis des années restent à mettre véritablement en place, car le surmenage, le burn-out des médecins, devient un fait de plus en plus courant. Les préoccupations que l'on peut relever dans ce texte précurseur vont dans le sens d'un soulagement de la pratique quotidienne et, y compris au niveau de la Formation Médicale Continue, dans une direction qui redonne un sens au métier de généraliste en cherchant en permanence à ménager des « issues de secours ».

Peut-être parce que cette formation « permanente » me semble essentielle, je lui aurais sans doute donné une place plus importante, et de la même manière, j'aurais été tenté d'ajouter un travail sur l'évaluation des pratiques...

Le chemin indiqué par ce texte devra être aménagé en fonction des contraintes du moment, mais l'esprit doit être conservé.

L'édifice proposé n'est réalisable que par les vertus d'une « rémunération mensuelle ». En son absence, les objectifs affichés risquent fort d'être utopiques ! Il s'agit des conditions de survie de la profession de médecin généraliste. La voie à suivre pour conserver une médecine non seulement humaine, mais aussi praticable au quotidien dans sa globalité et dans le respect de nos patients. ■

La santé publique, un pilier du métier

Il faut transformer le système de soins, les relations soignants-soignés, en s'inspirant de ce qui se fait depuis plusieurs années dans les réseaux de santé de proximité.

Patrice Muller, médecin généraliste

Pratiques n° 24,
janvier 2004

La catastrophe sanitaire liée à la canicule de l'été 2003 n'est pas isolée. Elle est à relier à d'autres causes de maladies moins soudaines, plus lentes à émerger dans le visible, mais tout aussi importantes par la gravité des pathologies et le nombre croissant de personnes concernées : cancers professionnels¹ et environnementaux, obésité, accidents du travail, pathogénie liée à la situation de précarité socio-économique d'une part croissante de la population. L'organisation actuelle des professions et des structures de soins est cantonnée dans la seule logique de réparation des corps malades. Elle est incapable structurellement de fournir une réponse adéquate face à ces enjeux majeurs de santé publique². Seule une transformation de notre système de soins favorisant dans les pratiques quotidiennes des soignants et des soignés l'identification des facteurs pathogènes à l'origine des maladies observées dans la population pourra améliorer la situation.

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

Un médecin généraliste ne pourra pas participer à un travail de santé publique de ce type tant que son revenu dépendra uniquement du nombre de

consultations dans son cabinet médical ou des visites à domicile. Cela suppose donc de favoriser économiquement dans la semaine de travail du médecin généraliste les pratiques régulières de collaboration et d'articulation professionnelles telles qu'elles ont été développées avec succès depuis plusieurs années dans les réseaux de santé de proximité. Ces pratiques sont nées en raison de pathologies qui « résistaient » au modèle dominant du soin : le Sida, la toxicomanie. Elles ne demandent qu'à être généralisées à l'ensemble des problèmes de santé publique, quels qu'ils soient, du recueil de données épidémiologiques en passant par le maintien à domicile des personnes âgées. Dans ce but, il est indispensable de revoir le mode de rémunération des médecins généralistes (comme celui d'ailleurs des infirmières libérales) avec la nécessaire sortie du paiement à l'acte pour avoir du temps rémunéré pour ce type d'action.

Aujourd'hui, le Syndicat de la Médecine Générale demande une rémunération forfaitaire qui puisse permettre au médecin de se consacrer une demi-journée par semaine à des actions de prévention et de santé publique pour aller demain vers une rémunération globale de type salariale pour l'ensemble de son activité médicale incluant le soin, les actions de santé publique et la formation professionnelle continue. Ces pratiques nouvelles dans le champ de la médecine de première ligne donneront naissance à de meilleures approches collectives de la santé. Elles sont le seul garant pour éviter ou minimiser les catastrophes sanitaires actuelles ou à venir. ■

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

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

Identifier les risques liés au travail et à l'environnement

Des réseaux locaux de médecins connaissant bien les risques subis par leurs patients pourraient contribuer à une politique de santé efficace.

Henri Pezerat, directeur de recherche honoraire au CNRS, **Annie Thébaud-Mony**, sociologue

Le texte de Patrice évoque ce que pourrait être le rôle des médecins, et en particulier des généralistes, dans une politique de santé publique. Cette politique s'appuierait sur une multitude de réseaux de médecins, secondés par une infrastructure apportant la connaissance des risques liés au travail et à l'environnement. Seuls de tels réseaux permettraient « l'identification des facteurs pathogènes à l'origine des maladies observées dans la population ».

Pour l'instant, ni les médecins, ni les épidémiologistes n'apparaissent capables de jouer un tel rôle, les premiers ayant une pratique qui – sauf exceptions – les isole les uns des autres. Quant aux seconds, ils limitent leur activité, le plus souvent, à des études statistiques qui leur fournissent des moyennes en mortalité ou en morbidité, qui gommement toutes les singularités liées à un risque particulier dans une période donnée pour une population limitée.

L'un des objectifs de ces réseaux qui restent pour l'essentiel à créer – à l'exception de l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables dans le bassin de Fos – serait de révéler l'existence de *clusters*¹, c'est-à-dire d'ensemble de pathologies liées au travail ou à l'environnement et de proposer des pistes pour en identifier l'origine.

Dans le cas des cancers, il est très souvent passé sous silence que presque tous les cancérogènes connus ont été identifiés à partir de l'observation de tels clusters, c'est-à-dire d'un excès significatif de cancers dans une population et une période d'exposition données. Il en était déduit une identification très probable d'un risque, confirmé ultérieurement par des études *in vitro* et *in vivo* et par des travaux épidémiologiques.

Aujourd'hui, il n'existe aucune structure apte à repérer des clusters et à en identifier l'origine.

Dans un article récent du *Bulletin hebdomadaire de statistique*, l'Institut de veille sanitaire reconnaît avoir été saisi, de 1997 à 2002, de 38 cas de clusters et de n'avoir jamais été capable d'en comprendre l'origine ! Ceci faute de connaissance du terrain et des risques, d'où l'habituelle conclusion sur le rôle unique et primordial du hasard. Si les réseaux évoqués par Patrice existaient, la prise en charge réelle de ces clusters auraient permis l'identification de maints cancérogènes.

Depuis 2002, un collectif (CHSCT, CGT, association et un scientifique) dénonce l'existence d'un cluster de tumeurs du rein qui continue, année après année, à s'enrichir de nouveaux cas, chez les personnes ayant travaillé dans un atelier de l'industrie chimique, ouvert en 1982 et toujours en fonctionnement. Actuellement, trente cas sont répertoriés par le collectif et il y en a très probablement d'autres, dispersés chez les sous-traitants. Dès le départ, les arguments se sont accumulés mettant en cause l'emploi d'une molécule, le chloracétal C5, mais l'entreprise (Adisséo à Commentry) refuse d'en envisager la substitution et refuse de financer les études animales nécessaires. L'InVS piétine, ergote, et a osé proposer il y a quelques mois un argument selon lequel l'excès de cas pourrait être un effet dû au dépistage des tumeurs par échographie ! Quant au ministère du Travail, il se tait. L'appui d'un réseau des médecins de la région aurait constitué une aide précieuse dans le recueil des cas s'appuyant sur une réelle connaissance du travail des patients et du contexte industriel, mais aussi dans l'aide aux victimes.

Mais, qui ignore qu'en province, dans les petites villes et villages, les grosses entreprises sont à même, et ne s'en privent pas, de faire pression sur les médecins ? Il reste donc du chemin à faire avant la mise en place des réseaux dont rêvait Patrice. ■

1. *cluster* : ensemble de pathologies liées au travail ou à l'environnement.

Un enjeu géopolitique majeur : le niveau local

Pour que le territoire local ne soit pas un simple enjeu administratif, il faut que les citoyens puissent débattre et participer aux décisions dans le domaine de la santé.

Patrice Muller, médecin généraliste

Pratiques n° 35,
octobre 2006

« Il s'agit en effet d'avoir du présent une perception épaisse, longue, qui permette de repérer où sont les lignes de fragilité, où sont les points forts, à quoi sont rattachés les pouvoirs [...], où ils sont implantés. Autrement dit, faire un relevé topographique et géologique de la bataille. » M. Foucault ¹

Sur les traces de Michel Foucault, Franco Basaglia ² a compris que la cible cruciale pour le renouveau nécessaire des pratiques psychiatriques en Italie, au lendemain de la deuxième guerre mondiale, passait par la nécessité de fermer l'asile, cet espace de relégation et d'enfermement, pathogène sui generis, qui chronicisait la folie derrière les murs. C'est de ce mouvement de fermeture de l'hôpital psychiatrique qu'est né un vide créateur de nouveaux comportements « en situation » de la part des trois principaux acteurs concernés : le soignant, le malade et l'administratif.

Par analogie, on peut dire qu'aujourd'hui, en France, le territoire local devient l'enjeu politique de tous les espoirs et de tous les dangers pour l'évolution de notre médecine. Espoirs pour ceux qui, comme nous, prônent le passage d'une médecine partant du soin pour intégrer le paradigme de la santé. Dangers présentés par ceux qui considèrent le territoire local comme une simple cible d'un pouvoir politique et administratif « haut placé » ; nos adversaires ont mis leurs bastions au niveau de la Région avec l'ARH ³ et l'URCAM ⁴ sous tutelle étroite de l'Etat pour un quadrillage biomédical de la population au sens dénoncé par Michel Foucault.

Il s'agit pour nous au contraire de dégager la question centrale d'une responsabilisation des soi-

gnants et des patients sur leur propre territoire. Cette responsabilisation passe par une reconnaissance des enjeux locaux et des politiques de proximité. Elle passe par :

- La mise en place d'une démocratie locale participative en santé : pouvoir lancer les alertes, repérer les causes pathogènes en amont de la maladie, former les acteurs de terrain sur les actions liées à l'environnement ou aux activités quotidiennes en fonction du lieu de vie.
- Favoriser les réseaux de santé de proximité permettant la continuité des soins, et la création d'agences locales de santé, en relation avec une agence nationale de prévention des risques.
- Créer des conférences citoyennes, favorisant le débat contradictoire, la transparence des décisions collectives, mais aussi la recherche fondamentale en santé environnementale et en matière de santé au travail.

Pour ce faire, il apparaît essentiel d'institutionnaliser le débat au niveau local. Se pose alors la question : quels lieux de débats à créer, dans quels espaces ? Dans le quartier de la ville ou dans le canton, où mettre les tables et les chaises pour discuter, réfléchir, débattre ensemble, soignants, habitants et administrateurs ? Deux espaces potentiels existent déjà, répartis sur tout le territoire : les Caisses primaires de l'Assurance maladie et les conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Sous condition d'une redéfinition de leurs fonctions pour les premières et d'une suppression de l'institution pour les seconds, ces deux lieux peuvent facilement, sans frais supplémentaires pour la collectivité, être réhabilités par cette démocratie participative locale indispensable⁵ pour « notre » changement. ■

1. M. Foucault, « Pouvoir et corps », paru pour la première fois dans *Quel corps ?*, n° 2, sept.-oct. 1975, p. 2-5 repris dans Foucault M. 2001, *Dits et écrits 1954-1988*, Paris, Gallimard Quattro, vol. I, p. 1627.
2. Entretien avec M. Colucci et P. Di Vittoria, *Pratiques* n° 35, p. 21-28.
3. Agence Régionale de l'Hospitalisation
4. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.
5. Cf. pour des développements sur cette question le n° 17, avril 2002, de la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* « Des remèdes pour la Sécu », p. 50-52.

Construire une démocratie locale en santé

La déconcentration du pouvoir d'Etat au niveau régional ne peut être confondue avec la construction d'une nécessaire démocratie locale en santé.

■ **Marc Schoene**, médecin généraliste

L'article de Patrice Muller sur le « niveau local » balayait un éventail de sujets aujourd'hui de pleine actualité : projets de loi prochaine sur les Agences Régionales de Santé (ARS), sur l'organisation des soins de santé primaires ; extension du réseau des Villes-Santé ; développement depuis le début des années 2000 des Ateliers santé ville et plus récemment lancement des contrats locaux de santé publique qui visent à conforter l'intervention en santé des collectivités locales. Ajoutons enfin que la santé communautaire, longtemps ignorée ou décriée, a droit de cité et est même de plus en plus soutenue. On pourrait donc savourer avec satisfaction cette évolution conforme à des attentes ici partagées. Je voudrais, en toute liberté, n'engageant que moi-même, exprimer quelques interrogations et formuler quelques remarques.

Nombreux sont ceux qui se réjouissent de la constitution des Agences Régionales de Santé, et de ce qui est considéré comme une organisation territoriale plus cohérente et plus proche du terrain en santé publique. Sans reprendre les avantages incontestables d'un niveau régional, il convient d'une part de comprendre que nous aurons avec les ARS une déconcentration (et non une décentralisation !) au niveau des régions du pouvoir de l'Etat, bien décidé à donner son LA en santé. D'autre part de constater que le territoire local est loin d'apparaître comme une préoccupation dans les objectifs connus des ARS. Pour beaucoup « le local » pertinent, c'est le niveau régional.

Même si le « local » tel que proposé par Patrice Muller (le canton, la commune, le quartier) n'a pas attendu d'autorisation pour s'exprimer et agir

en santé, et dispose des Ateliers santé ville, des réseaux et d'autres formes d'intervention en santé, c'est ici que je pointerais le chemin qui reste à parcourir, et les obstacles à surmonter. Les collectivités locales restent encore timides en santé car elles n'ont pas (ou peu) de compétence réglementaire en santé publique, et surtout la comprennent souvent encore comme un transfert de charges. Les professionnels de santé ne sont pas, ou très peu formés en santé publique, et surtout n'ont pas de mode de rémunération d'une activité de santé publique dans la cité.

Quatre acteurs sont concernés en santé : professionnels, habitants, institutionnels et élus, et doivent être partie prenante d'une véritable démocratie sanitaire.

La responsabilité, ce terme galvaudé comme bien d'autres, ne doit pas être utilisé pour viser une culpabilisation des individus – surtout des plus fragiles – mais doit être celui d'une implication réelle du citoyen en promotion de la santé. On est loin du compte, en matière d'implication des citoyens tant dans les relations soignant-soigné, que dans leur place reconnue et facilitée dans les lieux d'élaboration, de décision ou de mise en œuvre de la santé.

Alors que les graves inégalités sociales en santé se creusent encore, que se déstructurent chaque jour un peu plus les fondamentaux de la solidarité, il est plus nécessaire que jamais de décrypter les mots (ici de local, de responsabilité...) tant ils sont employés avec des contenus, des finalités à géométrie variable. Sachons séparer le bon grain de l'ivraie ! et au-delà construire de façon moins dispersée une démocratie locale en santé. ■

Marc Schoene est directeur de la santé à Saint-Denis, président de l'Institut Renaudot www.institut-renaudot.fr

Bibliographie

- « Quelle place, quel rôle et quelle organisation du "local" dans le nouveau paysage de la santé », Institut Renaudot, 1995.
- « La santé dans les villes de plus de 30 000 habitants », F. Bertolotto et M. Schoene, plaquette non éditée disponible au centre de documentation de l'Institut Renaudot, 20 rue Gerbier, 75011 Paris. Tél. 01 48 06 67 32 Fax : 01 48 06 10 67 renaudot@free.fr

(extraits)

Foucault, Cooper, Laing, Mannoni, Basaglia¹ et les autres, au secours !

Rien ne va plus dans la prise en charge des personnes en grande souffrance psychique.

Patrice Muller, médecin généraliste

Pratiques n° 10,
juillet 2000

En théorie, tout baigne. Il y a les considérations théoriques du comment soigner la folie, pour lesquelles il existe un large consensus, facile et démagogique dans le milieu des soignants. Tout notre beau monde s'est accordé sur l'importance de l'écoute et de la parole qui soignent et sur l'utilité d'associer, si nécessaire, des médicaments pour améliorer l'humeur de nos patients. Mais si l'on sort de la discussion théorique ou de salon, rien ne va plus dans la prise en charge des personnes en grande souffrance psychique.

Nous, les médecins généralistes, nous pouvons dire que la souffrance psychique est notre pain quotidien. Nous nous en débrouillons pas trop mal. Lorsque, par exemple, quelqu'un dans notre cabinet nous fait part de son mal de vivre, de ses inquiétudes, de sa lassitude pour le train-train de la vie de tous les jours où se mélangent pêle-mêle les soucis du travail, la fatigue des transports, les tensions du couple, l'adolescent qui est en rupture avec l'école. Sans oublier que tout ceci s'accompagne souvent du corps qui fonctionne mal et que nous avons à démêler les écheveaux entre le corps qui parle pour lui-même et celui qui parle pour autre chose.

Les choses se corsent quand cela déborde avec le patient, que nous n'arrivons plus à le contenir : il s'agit alors de la grande folie, celle qui fait rompre avec les repères de la vie de tous les jours.

Dans ces situations, isolés le plus souvent dans nos pratiques professionnelles, nous, les médecins de la première ligne, nous sentons insuffisants, lorsqu'il s'agit d'articuler notre intervention avec les spécialistes. C'est là que notre chemin de croix commence. A partir du moment où l'hospitalisation en milieu psychiatrique s'avère nécessaire, nous savons que nous allons rajouter de la iatrogénie à la souffrance psychique de notre malade.

Quand un malade est hospitalisé, il est rarissime

de pouvoir avoir un contact direct avec le médecin en charge pendant l'hospitalisation.

Et l'accès aux soins en ville ? Il y a des psychologues compétents et disponibles, dont les soins ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale ; il y a le médecin psychiatre conventionné, mais encore faut-il faire la démarche de pouvoir aller voir « le médecin des fous » et lorsqu'il allonge le malade après quelques entretiens classiques en face-à-face, les feuilles de Sécurité sociale s'interrompent, paiement direct de l'analyste oblige. Il y a aussi les « psy » du secteur public psychiatrique qui consultent « gratuitement » dans les dispensaires, mais comme ils sont souvent submergés de travail et que ce sont parfois les mêmes que ceux du secteur de l'hospitalisation...

Il fut un temps où la folie, dans sa capacité formidable à déstabiliser l'ordre établi, remettait en question de façon fructueuse les fondements théoriques et pratiques du soin. Cette période semble révolue. Aujourd'hui, tout ronronne comme si la folie était passée sous un contrôle médical parfait grâce aux nouvelles molécules supposées de plus en plus affiniées pour mieux corriger les troubles du comportement, dûment étiquetés, de nos patients.

Vers quelle psychiatrie allons-nous ? Quelle psychiatrie voulons-nous ? Que sont devenues les tentatives d'abattre les murs de l'asile ? La psychanalyse n'est-elle devenue qu'une pratique professionnelle désuète réservée à une bourgeoisie éclairée et solvable au point que les jeunes médecins psychiatres l'ont complètement abandonnée dans leur cursus professionnel ?

Mon témoignage ne vaut que par mes (mauvaises) expériences de médecin généraliste, exerçant dans la banlieue parisienne. Je ne doute pas qu'ici et là des soignants de la folie remettent en question sans cesse leur métier pour aller vers du mieux, mais globalement, j'ai la ferme impression que cela ronronne... ■

1. Michel Foucault décrit la naissance, durant le xvii^e siècle, de lieux d'enfermements pour tous les asociaux. David Cooper et Ronald David Laing sont les chefs de file de l'antipsychiatrie qui visait à changer de modèle de soin. Maud Mannoni crée à Bonneuil un lieu d'accueil pour enfants psychotiques, sur le concept d'institution éclatée. Franco Basaglia est le chef de file du mouvement visant, en Italie, à fermer complètement les asiles psychiatriques.

Les questions théoriques ne sont plus à l'ordre du jour

En psychiatrie, il n'est plus question que de pragmatisme, d'efficacité, d'évaluation.

■ **Paul Machto**, psychiatre et psychanalyste

Je vais me risquer à adresser à Patrice une réponse à l'interpellation des psychiatres qu'il faisait dans un numéro de *Pratiques* daté de juillet 2000.

Alors mon cher Patrice, il ne faut pas mythifier le passé : « ce large consensus théorique sur comment soigner la folie » que tu évoques, n'existait pas.

Depuis les années 90, les Foucault, Mannoni avaient déjà disparu des références des jeunes et moins jeunes psychiatres. Quant à Basaglia, Laing et Cooper, pour eux, ces noms auraient évoqué peut-être, qui, une marque de pasta italienne, qui une marque de céramiques anglaises ! À l'heure actuelle, sais-tu que les noms de Bonnafé, Tosquelles, Oury, ne sont plus connus que par un cercle de fadas de la psychiatrie de secteur et de la psychothérapie institutionnelle ?

De plus, les questions théoriques ne sont plus à l'ordre du jour depuis belle lurette : il n'est plus question que de pragmatisme, d'efficacité, d'évaluation. C'est le retour des électrochocs, l'invention de la Stimulation Magnétique Transcrânienne, la rapidité des psychothérapies brèves comportementales, pour « soigner » les dépressifs, les phobiques et les obsessionnels. Quant à la folie, mon pôvre, l'écoute et la parole, que nenni ! des bonnes doses de neuroleptiques, pardon « d'antipsychotiques », car les délires et l'angoisse psychotiques sont trop inquiétants pour les psychiatres.

D'ailleurs, je ne sais plus qui a lancé que si la plupart des médecins choisissent la médecine pour leur haine de la maladie, la plupart des psychiatres font leur choix pour la haine de la folie ! Et l'on sait bien que comme de la maladie au malade, il n'y a pas grand-chose, de la folie au fou... Ne sommes-nous pas entrés dans une ère où la chose importe plus que l'humain ?

Quoique ! Quoique ! À ce que j'ai entendu dire, il semble qu'un petit groupe d'internes en psychiatrie aient à nouveau le désir de secouer le bocal

psychiatrique ! Si, si, tu sais le bocal dans lequel les trusts pharmaceutiques font leur meilleure tambouille, celle qui finance les congrès de psychiatrie, les soirées de « formation » dans les restos gastronomiques, les réunions syndicales même !!! Si nous passons à la pratique quotidienne que tu évoques avec un ton malin et des flèches assassines, je soulignerai de mon côté la difficulté toujours actuelle d'une bonne coordination entre pysy et généralistes, d'une approche préventive des situations, qui deviennent dramatiques et s'affrontent dans l'urgence, c'est-à-dire toujours en catastrophe.

Mais se pose une vraie question : comment construire une pratique de collaboration sur le long terme sur un territoire entre généralistes, psychiatres et équipes de secteur (là où il en existe encore...) ? Rares sont les concertations pour les modifications de thérapeutiques, pour la préparation d'une hospitalisation en milieu spécialisé, fréquents sont les passages à l'acte médicaux sous la pression de l'entourage, sans contact préalable avec le thérapeute. À l'inverse, il faut effectivement souligner la rareté des contacts entre psychiatres-psychothérapeutes voire psychanalystes, généralistes et services hospitaliers, malgré Internet et les mails ! Mais comment parvenir à transmettre la complexité d'une relation thérapeutique ? On ne peut que transmettre des impressions, alors qu'est souvent attendue une « conduite à tenir » !

Alors, quelle psychiatrie pour demain ? Quand celle d'aujourd'hui renoue avec les pratiques coercitives et d'enfermement d'un autre temps, une psychiatrie en phase parfaite avec l'idéologie sécuritaire. Celle qui se construit pour chacun, au cas par cas, au « un par un », en choisissant ses propres correspondants. Voilà la seule façon possible de résister à la pression actuelle. ■

Paul Machto exerce à Montfermeil (93), il est membre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie et de la Fédération des ateliers de psychanalyse.

Références bibliographiques

Manifeste pour une refondation radicale de la psychiatrie, Fragments I et II, Union Syndicale de la Psychiatrie (2000 et 2008).
Un monde de fous, Patrick Coupechoux et Jean Oury, Ed. Le Seuil, 2006.
Le naufrage de la psychiatrie, Sophie Dufau et Patrick Pelloux, Ed. Albin Michel, 2006.

Recette pour la création d'un (petit) îlot d'utopie heureuse

dans l'océan du commerce de la médecine libérale

Patrice Muller, médecin généraliste

Pratiques n° 13,
avril 2001

Préparation

Des années d'études médicales débutées avec Mai 68.

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

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

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

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

Tenir compte du facteur – déterminant pour le succès ou l'échec de l'implantation du cabinet médical – du mode de rémunération à l'acte.

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

Ingrédients pour un fonctionnement durable et intéressant du cabinet médical

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

deux tréteaux, qui constitue un excellent bureau de médecin).

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

Mais plutôt, faire le choix d'une médecine plus lente, moins lucrative, dans laquelle le médecin reçoit en retour les satisfactions d'un métier beaucoup plus riche. Le plus de plaisir qu'il s'octroie en travaillant ainsi venant compenser largement le manque à gagner par rapport à certains confrères. Sortir des logiques perverses du paiement à l'acte. Mettre dans un pot commun tous les honoraires de la pratique libérale de chacun, auxquelles viennent se rajouter les vacations de médecine hospitalière, scolaire ou de santé publique. Se partager ce qui reste dans le pot, une fois les frais de fonctionnement payés, sous forme de rémunérations mensuelles globales ne tenant plus compte du nombre d'actes effectués par chacun, mais simplement du prorata du temps de travail (plein temps, mi-temps, etc.) de chacun des membres de l'équipe.

Cuisson : lente et longue, non terminée à ce jour

Au début, des phases très délicates au plan économique – nous avions envisagé de fermer boutique au bout de deux ans d'installation. L'équipe s'est agrandie, est passée de deux à quatre médecins et, au bout de plus de vingt-cinq ans d'exercice, nous sommes salariés sur la base de 24 000 francs par mois au prix de trop longues journées de travail (paiement à l'acte oblige), pour un travail qui continue à nous passionner, bien que nous continuions à nous sentir très étriqués dans nos conditions d'exercice libéral...

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

Modifier la recette

Le système de soins français, basé sur une logique de rentabilité, pénalise les patients, mais ils ne réalisent pas encore qu'il va falloir résister.

■ **Yacine Tandjaoui**, interne en médecine générale

Le texte de Patrice Muller sur le « sauvetage de l'hôpital »¹ publié peu avant la naissance de l'Hôpital Européen Georges Pompidou reste d'une actualité déconcertante et augurait d'un « laisser aller » sournois vers un délaissement de l'hôpital public.

Bien que le système de soins français reste parmi les plus performants et solidaires au monde avec pour fleur de lance l'hôpital public, son avenir semble compromis en l'absence d'une volonté politique ferme.

Les outils de rétribution économique des centres hospitaliers publics et privés se rejoignent sous un acronyme quasi inconnu de leurs usagers : la T2A pour tarification à l'activité. Pourtant, il semble logique de ne pas évaluer deux institutions aux fonctions différentes (l'une à but lucratif, l'autre solidaire) avec la même grille. Surtout quand cette grille a été conçue pour les centres privés et ne s'applique pas aux pathologies lourdes et chroniques rencontrées exclusivement dans les centres publics. Ce choix politique récent et lourd de sens va nécessairement diminuer l'offre de soins publics au profit de financiers prompts à transformer notre carte verte en carte bleue.

La question de fond à laquelle chacun se doit de répondre est celle de la rentabilité de centres de soins publics. Acceptons-nous que des hôpitaux et des maternités ferment, privant un bassin de population d'un accès aux soins gratuits et permanents, pour des motifs budgétaires ? Si nous voulons contrecarrer ce phénomène annoncé et déjà en marche, il faudrait théoriquement soit consacrer plus d'argent à notre système de soins, soit le réorganiser pour qu'à efficacité équivalente (ou meilleure), il soit moins coûteux. On devine que les deux seront nécessaires, car la santé coûtera

de plus en plus cher (allongement de l'espérance de vie, progrès techniques, augmentation de la population...).

L'inconvénient est que chacune de ces deux options nécessite un choix politique fort que ne semble pas prêt à faire le gouvernement actuel. La double peine qu'il a appliquée aux malades avec les « franchises médicales » est une illustration patente de sa volonté d'en finir avec un système de soins solidaire.

Alors quoi faire si ce n'est discuter, résister, et entreprendre. Ma volonté de devenir soignant remonte à un âge où je n'aurais pas su épeler solidaire, mais aujourd'hui je sais l'écrire et le crier.

De nombreux soignants conscients de l'évolution actuelle du système de soins s'investissent dans une résistance noble et difficile. Malheureusement, la population générale, pourtant première concernée, regarde cette agitation du coin de l'œil sans se rendre compte que c'est de l'asthme de son fils et du diabète de sa mère dont il s'agit. Les actions doivent être locales et d'ensemble. Diffuses et synergiques. D'éducation, de résistance et de création.

Ma grand-mère, fine cuisinière, m'a appris à modifier les recettes. Aussi, avec tout le respect dû à celui qui nous a précédé, nous allons nous attacher à transformer sa « recette pour la création d'un (petit) îlot d'utopie heureuse » en « recette pour la création d'un (grand) îlot de réalité heureuse ».

« Ma volonté de devenir soignant remonte à un âge où je n'aurais pas su épeler solidaire, mais aujourd'hui je sais le crier. »

1. Patrice Muller, « Plan de sauvetage de l'hôpital, l'indécrottable médiocrité de la décision politique », *Pratiques* n° 9, p. 52-53.



Saga du SMG

Le pari de réécrire la médecine, c'est une histoire d'idées, d'analyses, mais aussi d'amitiés, de rencontres, d'engagements dans le concret du métier et de la vie. Nous sommes partis des souvenirs heureux et malheureux, intenses pour beaucoup de ceux qui les ont vécus.

Nous avons demandé à certains de ceux qui ont traversé cette aventure d'ouvrir une sorte d'album photos avec nous, et de raconter les instants qui les ont le plus marqués, avec ce qu'ils en pensaient à l'époque et ce qu'ils en pensent maintenant. Bien sûr, avec en filigrane la mémoire vivante de notre ami Patrice Muller qui a porté tant de choses.

Aujourd'hui, nous invitons nos lecteurs à feuilleter cet album avec nous comme si nous nous retrouvions tous autour d'un verre pour échanger des souvenirs ou se raconter des explorations lointaines, histoire de retrouver l'ambiance d'amitié, d'espoir, l'envie d'y croire des années passées.

Pour cela, nous cherchons à mieux comprendre ce qui s'est passé. Quels freins ont empêché nos rêves de se réaliser ? Dans quels rapports de force avons-nous été pris ? Quelles alliances ont échoué ? Pourquoi n'avons-nous pas mieux utilisé les contradictions du système ? Il s'agit d'envisager la meilleure façon de faire bouger les choses aujourd'hui et de voir comment, malgré les reculs actuels, réécrire la médecine. ■

DOSSIER 1973 SMG : serais-je sans toi ? 2008

Christian Nachon, médecin généraliste

Imbibé d'une culture ouvrière où la lutte des classes était la référence, la politique, le pouvoir de traiter les inégalités de la société, étonné à m'en donner le tournis qu'un jour je serai médecin, milieu de notable auquel je n'étais pas destiné, j'ai poursuivi mes études partageant mon temps entre la fac, un travail d'infirmier la nuit et une militance sans engagement prononcé dans un groupe politique, si ce n'est plus tard au PSU.

A la fin de ce parcours universitaire, quel bonheur de retrouver des médecins et apprentis médecins à la recherche d'une autre pratique médicale moins hiérarchique, plus collective, faisant participer les usagers, libérée de l'emprise de l'argent, du profit et des laboratoires pharmaceutiques, désireuse de mettre ses connaissances techniques au service de la population afin de lutter contre les véritables causes des maladies, imaginant des structures sanitaires et sociales pluridisciplinaires où le personnel serait salarié pour un travail incluant le soin, la prévention et la formation, pratique médicale qui n'allait pas sans un investissement dans la lutte pour la libéralisation de l'avortement, contre les contrôles patronaux des arrêts de travail, pour l'évolution de l'Ordre des médecins.

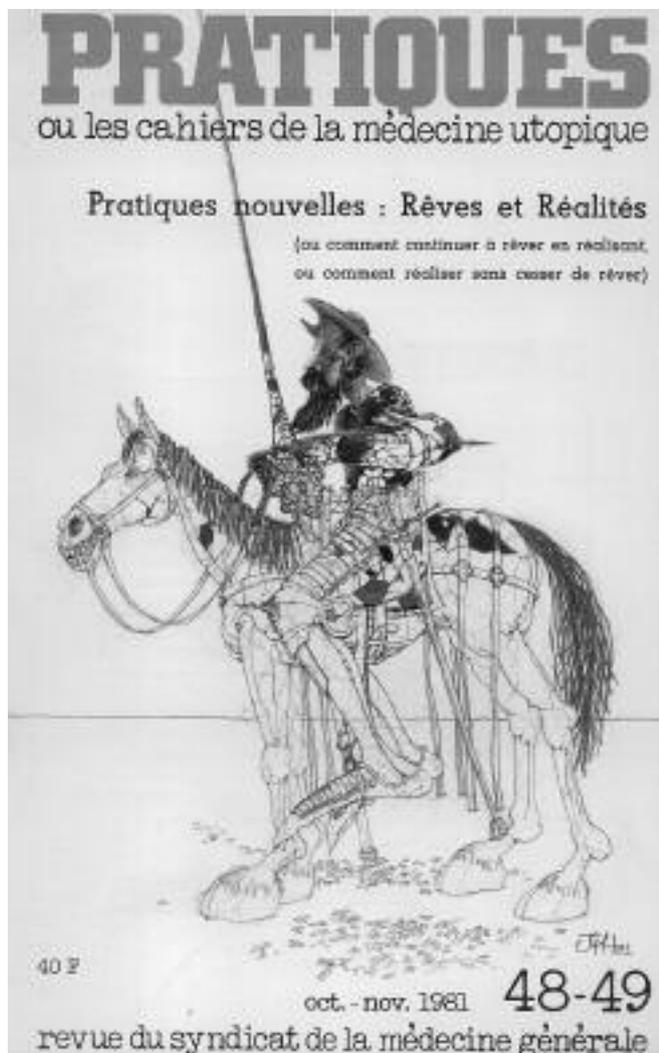
Toutes ces idées étaient portées par le SMG, notre syndicat.

À l'orée d'un plongeon dans la vie professionnelle, quel bonheur d'avoir la possibilité de s'investir dans un projet dont la réflexion était collective, le rêve d'une transformation du système de santé pouvait devenir une réalité.

Installation rapide en août 1976 avec mon ami Patrice Muller, avec mise en commun des honoraires et des salaires pour chacun, consultations sur rendez-vous, création d'un groupe de FMC sans labos, d'une association d'usagers du cabinet, participation à la mise en place puis au fonctionnement du centre de planning et d'IVG de l'hôpital Antoine Béchère, deux procès avec l'Ordre des médecins pour non paiement de cotisations. Pendant les premières années, on gagne peu, mais quel bonheur !

À 60 ans et plus de trente-deux ans d'exercice, quel bilan tirer ?

Tout d'abord, avec Patrice, une chance extraordinaire de vivre, pendant ces nombreuses années, une mise en adéquation du rêve et de la réalité, partielle et imparfaite, mais tellement enrichissante pour nous et nos patients.



Ensuite un profond sentiment de révolte face à un système de santé où les inégalités d'accès aux soins se développent, où les corporatismes s'intensifient, où les paramètres financiers s'imposent au détriment des critères humains.

Gouvernements de gauche et de droite vont dans la même direction, les uns en TER, les autres en TGV, proposent les mêmes remèdes : remboursement, augmentation du ticket modérateur, création d'un forfait hospitalier pour les uns, des franchises médicales pour les autres. Chacun parle de la fin de l'État providence, stigmatisant par là même les plus pauvres, les plus défavorisés « responsables » du trou de l'Assurance maladie, alors qu'il y a urgence à parler de l'État responsable, responsable de droits fondamentaux dans une société dite développée dont le droit à la santé fait partie. ■

1973 *PRATIQUES*, c'est pratique (bonus : c'est utopique)

Jean-Pierre Dio, médecin généraliste

La scène se passe dans une deux-chevaux, engagée sur l'autoroute toute nouvelle Rouen-Paris, un soir de 1973/74. Les hommes, jeunes, ont des cheveux longs, sauf notre serviteur, et des pattes d'éléphant. Les femmes, aucune dans cette automobile. Signe des temps.

Les « parisiens », qui avaient enfanté le SMG dans la joie, s'étaient délocalisés dans l'antenne normande pour finaliser 1) le congrès fondateur du SMG 2) la charte fondatrice du même 3) le projet de revue, imprimée avec des plombs (des plombs, oui).

Une revue, c'est un titre qui frappe, sans abrutir, qui séduit sans tromper. C'est des mots, certes, mais sur des comportements, des relations intersubjectives, des espérances dans le champ de ce qu'il est convenu d'appeler la médecine, laquelle se définit – lisez n'importe quel dictionnaire – par rapport à la santé et non par rapport à l'activité des médecins. Désolé, les médecins ! Discours sur les maladies particulières, certes, on n'est pas que des magiciens ; mais aussi, conviction qu'il n'y a de médecine que générale (on ne disait pas encore holiste ou holistique). Conviction aussi, nullement originale, que dans le domaine de la médecine – inévitablement générale – comme ailleurs,

on ne progresse que par analyse critique de la pratique. Bingo ! On retombe toujours, dans les discussions rouennaises autoroutières sur le même mot, la pratique, ou mieux, les pratiques particulières. PRATIIIIQUES !

Va pour *Pratiques*, mais comme on l'a dit plus haut, pas spécialement novateur. Un peu plus de peps rendrait ce titre plus spiritueux. Or, on vient de rédiger une charte. Simple et courte, pas comme bien des projets soixante-huitards de bonheur universel, en 1789 articles. Mais un menu, à prendre ou à laisser, pas une carte à picorer des stimulants

Une charte des borgnes, à l'image des aveugles, mais suffisamment à l'écart des ornières communes, pour être traitée d'idéaliste, de machine désirante, de... (j'allais le dire) UTOPIE.

Eh oui ! Comme Cyrano de son nez, faisons-nous gloire d'une utopie qu'un des premiers textes de la revue qualifiait non pas d'irréalisable, mais de désirable, non encore réalisée. Le sous-titre de la revue a aidé à la distinguer d'une revue antérieure du même nom à l'analyse structurale des textes littéraires. L'Argus de la presse n'y retrouvait pas ses petites pratiques.

C'est ainsi, par Zeus, amant de la déesse Mémoire, que les choses se sont passées, par une nuit de grésil, dans une deux-chevaux. ■

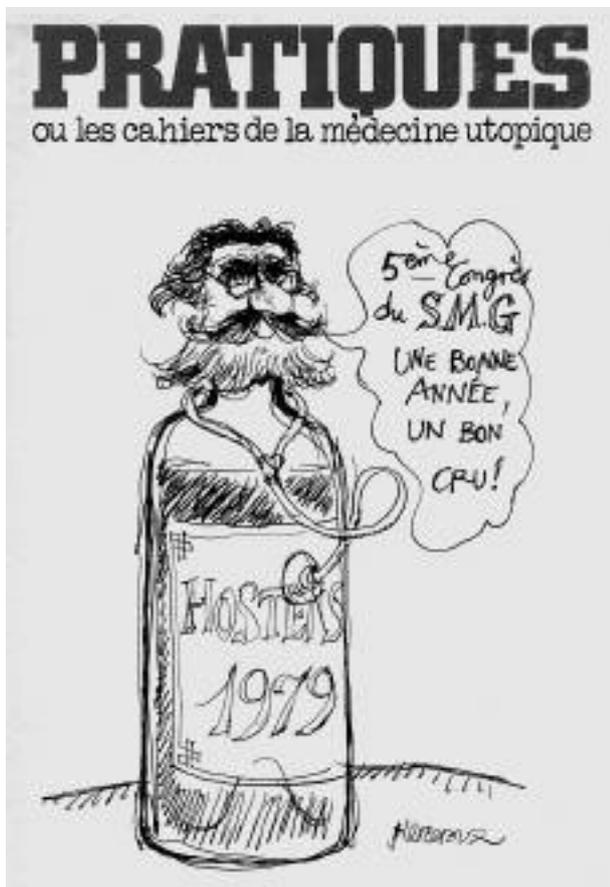


DOSSIER 1975 PRATIQUES, je me souviens

Philippe Van Es, professeur émérite de médecine générale, faculté de médecine Paris Descartes

« Je me souviens de la sécheresse de 1976 »
Georges Pérec, *Je me souviens*

Je me souviens du premier congrès du Syndicat de la Médecine Générale à Besançon en 1975, j'y étais ! Débats complexes et brillants pour le jeune gauchiste néophyte né avec Mai 68, sans aucun engagement antérieur, fascination à l'écoute des argumentations des anciens, brillants dialecticiens et de quelques plus jeunes : la problématique : créer un « syndicat de la médecine » ou un « syndicat de la médecine générale ». Sur le moment, je n'avais pas saisi tous les enjeux en cours ! J'ai progressé depuis... Ma jeune compagne de l'époque (elle l'est toujours actuellement, après bien des péripéties), enseignante, une des seules non médecin de l'assemblée, m'avait accompagné lors de notre périple de Mer, où je venais de m'installer, vers le Doubs. Elle, par contre, avait de solides connaissances marxistes acquises antérieurement. Elle devait me précéder, étant considérée comme « l'usagère de service » dans le premier comité de rédaction de la revue *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*.



J'ai sous les yeux le n° 1 prémonitoire daté de juin 75 de la revue ; dans l'éditorial, se trouve cette phrase, toujours d'actualité : « Il n'est pas facile de présenter notre projet. Tentative de critique de nos pratiques et du cadre contraignant dans lequel il nous faut exercer ? Ebauche de mise en forme de notre rêve d'une médecine qui réconcilierait l'homme et son milieu, l'homme et sa mort. Cahiers miroirs, ils nous renvoient à notre réalité toujours contradictoire, souvent difficile, à notre rêve utopique. ».

Lors de mon retour à Paris en 1978 et de mon association avec Dominique Monchicourt, je me suis investi, de plus en plus, dans la revue. Daniel Timsit premier directeur historique, a laissé la place en 1979 à Dominique. Les discussions étaient vives à l'intérieur du comité de rédaction : *Pratiques* revue syndicale et revue professionnelle ou revue de formation critique (la rubrique « du côté de l'industrie pharmaceutique » portée par les Bardeley donnera naissance plus tard à la revue *Prescrire*). Progressivement, je découvrais un monde nouveau, celui de la presse : choix des thèmes, appel à auteurs, fabrication de la maquette, travail avec les illustrateurs (Siné, Desclozaux, Jean-Yves Hamel, Kerleroux, Bretécher et bien d'autres), relation avec l'imprimeur, corrections et même routage !

Nous étions de tous les combats : contraception, avortement, arrêt de travail, urgences, risques du nucléaire et des manipulations génétiques, sans oublier le « manuel de l'hospitalisé » et la lutte permanente contre le Conseil de l'Ordre sous l'étendard de Jean-Pierre Dio !

Parfois, nous partions en voyage, tel ce séjour de certains d'entre nous dans le Loiret pour découvrir la baignoire, la chaise d'accouchement et les soirées « piano » du docteur Odent.

J'ai assuré la direction de la revue de 1981 à 1985, date de cessation de la parution de la première formule essayant de maintenir un fragile équilibre entre les différentes tendances : revue syndicale, revue professionnelle, revue transdisciplinaire de réflexion, toujours dans l'indépendance financière totale, avec toutes ses difficultés.

Cette aventure a été une des plus belles de ma vie professionnelle et de ma vie tout court. Elle m'a permis de rencontrer des êtres d'exception que je ne peux tous citer (exercice de concision oblige), dont certains hélas ne sont plus de ce monde.

J'ai retrouvé, lors d'une présentation par Martin Winckler de son livre *La maladie de Sachs*, dans une librairie du 14^e arrondissement, Patrice Muller, récemment disparu, qui m'a fait découvrir le nouveau *Pratiques* version 1998. Continuité assurée, enrichissement de la démarche initiale et fidélité aux premiers engagements, mais ceci est une autre histoire que d'autres sauront mieux que moi raconter. ■

1976 Un cabinet médical et militant

Yolande Rousseau, patiente, membre de l'association d'usagers du cabinet où travaillait Patrice Muller et où travaille encore Christian Nachon

Durant mon enfance, notre médecin de famille me semblait très grand et très sérieux. Ma maman lui disait que j'avais de la fièvre ou des boutons ; il m'auscultait, posait son diagnostic et écrivait sa prescription. C'était solennel, en silence ; d'ailleurs j'étais prévenue, il fallait que je me tienne bien. Il n'était pas méchant du tout, juste intimidant et lui au moins ne prescrivait pas trop de médicaments.

Devenue adulte et jeune maman, ce médecin avait pris sa retraite, je voyais donc sa remplaçante. Alors là c'était facile : quels que soient les symptômes, les antibiotiques étaient automatiques. Le dialogue se résumait à : « Je ne peux pas avoir autre chose que des antibiotiques ? » « Vous voulez guérir vite ou vous voulez que ça traîne ? » Dois-je l'avouer, il m'est arrivé bien souvent de ne pas les prendre. Ce médecin a eu la bonne idée de se spécialiser dans un autre domaine. Voilà pourquoi je me suis adressée au cabinet médical « Nachon-Muller » qui venait de s'installer.

Déjà, dans la salle d'attente, il y a une atmosphère différente. C'est clair, un peu en désordre, vivant. Au mur, une affiche manuscrite « Que faire si votre enfant a de la fièvre » suit une liste de conseils dont celui-ci « Vous pouvez l'amener au cabinet médical ; ce n'est pas dangereux et souvent plus rapide que d'attendre une visite ». Ils sont fous ces docteurs, quand on a de la fièvre on reste au chaud !

Pendant la consultation, ils écoutent, ils expliquent, ils prennent leur temps et surtout ils terminent par « N'hésitez pas à appeler si vous avez des inquiétudes ». De fil en aiguille, je prends conscience qu'il y a une autre manière d'exercer la médecine. Le patient n'est plus seulement passif, il peut aussi participer.

Le jour où ils proposent de fonder l'association « Ça vous chatouille ou ça vous gratouille », nombre de patients sont enthousiastes. Cette association « loi de 1901 » a été officiellement déclarée. Trois à quatre fois par an, après leurs consultations, nous nous réunissons dans la salle d'attente. Une cotisation dérisoire est demandée pour les frais de fonctionnement (timbres pour envoi des convocations, les photocopies et de la petite papeterie). Il y avait également des annonces dans la salle d'attente. Selon les sujets, soit ils assurent le débat, soit un spécialiste est invité. Voici un exemple des thèmes abordés : Médecine scolaire-médecine du travail, les allergies, hygiène de vie et alimentation, les



examens complémentaires, migraines et céphalées, l'orthophonie, le cœur et les maladies cardiovasculaires, l'acupuncture, grossesse et accouchement, quelques conseils pour passer de bonnes vacances, l'homéopathie, les vaccinations, l'hôpital, les pharmaciens et les médicaments. Avec Catherine, passionnée comme moi, nous éditons un compte-rendu et gérons les inscriptions. Nous n'avons pas les moyens informatiques et les mails d'aujourd'hui, c'est de l'artisanat mais c'est génial. A notre niveau, nous avons l'impression d'aller dans leur sens, d'avoir un petit rôle à jouer.

J'ai retrouvé le numéro zéro daté du 22 novembre 1979 qui indique déjà que les antibiotiques sont inutiles en cas d'infection virale. Trente ans plus tard, la pub nous dit « Les antibiotiques ce n'est pas automatique ». Sophie, ma fille, qui n'a connu que ces médecins, en a pris pour la première fois de sa vie à 18 ans.

Leur enseignement ne s'arrête pas au fonctionnement du corps humain. Ils mettent en application l'idée qu'ils se font de leur métier de généralistes. Leur engagement ne s'arrête pas à la rédaction d'une prescription assis dans leur cabinet en multipliant les consultations, c'est aussi faire de l'information, de la prévention et nous comprenons pourquoi le paiement à l'acte ne permet pas cette qualité de soins. Ils donnent de leur temps et de leur énergie pour aider les plus .../...

Réécrire le soin, un pari toujours actuel

.../. . . démunis, pour une médecine plus juste, ils organisent des réunions, participent à des manifestations. Ils nous font prendre conscience des arcanes du système de soin pour qui la rentabilité est un point essentiel. C'est comme cela que vous entrez dans un cabinet médical pour vous faire soigner et que vous vous retrouvez devant le tribunal d'Antony avec des banderoles pour soutenir vos médecins qui n'ont pas payé leur cotisation à l'Ordre des médecins en signe de contestation. Dans le n° 0 de notre petit journal, nous indiquons le verdict du procès : Le docteur Nachon est condamné à régler ses cotisations, mais cependant aucune demande de dommages et intérêts ne lui a été réclamée. C'est donc un demi-succès. Notre action n'est certainement

pas étrangère à cette décision. Ensuite, vous découvrez le SMG et la revue *Pratiques* et vous vous rendez compte qu'heureusement, ils ne sont pas seuls, qu'il y a d'autres médecins qui ne traitent pas une maladie, mais qui considèrent la personne dans sa totalité, qui prennent le temps d'écouter et de ce fait, comprennent que quelquefois ce ne sont pas les médicaments qui vont résoudre les problèmes.

Quand on a la chance, nous patients, d'avoir de tels soignants, c'est notre devoir de les soutenir et de transmettre à notre entourage, au sens le plus large, les réalités de la politique de soins de notre gouvernement pour éveiller leur sens critique et ne plus croire sans discernement ce qui se dit dans les médias. ■

1977 Une vie, des vies

1978
1998

Annie-Claire Deyon, médecin généraliste

Printemps 77 : j'ai 25 ans, je viens de passer ma thèse en province, j'ai été formée à l'hôpital, je n'en suis jamais sortie et je veux, bien sûr, devenir médecin hospitalier. Un ami du syndicat étudiant auquel j'appartiens m'invite à assister à Paris à la commission exécutive d'un « syndicat de médecins généralistes », le SMG. Je n'en sais pas plus, j'arrive donc de ma province un dimanche et ce qui me frappe tout de suite dans cette assemblée, c'est d'abord que plusieurs générations se côtoient, que j'entends là circuler un discours totalement nouveau pour moi et surtout s'élaborer un projet d'organisation du système de soins comme j'en rêve encore aujourd'hui. Les Unités Sanitaires de Base représentent l'échelon premier et en même temps le « pivot » d'un système de soins cohérent, efficace, économique et de qualité. Les médecins doivent pouvoir exercer trois fonctions : soins, prévention, formation. Ce à quoi j'assiste ce jour-là est tellement étonnant, tellement enrichissant, tellement stimulant que ma vie en sera transformée ; c'est cette médecine-là que je veux exercer !

Printemps 78 ; grâce au soutien moral du SMG et personnel de Gabriel Granier, alors président, qui m'accompagne avec une magnifique constance dans toutes les démarches préliminaires, les négociations avec des associations de quartier de Paris XI^e permettent l'ouverture d'un cabinet médical rue de Charonne, soutenu et partenaire d'une association d'« usagers de la santé ».

Dans le même temps, je rejoins le comité de rédaction de la revue du SMG *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*. Je me souviens de longs, mais très joyeux moments car siègent dans ce CR, comme aujourd'hui, de lumineux esprits pourvus d'une bonne dose d'humour et de poésie... jusqu'au moment difficile où deux conceptions s'affrontent quant à la direction que

doit prendre *Pratiques* : la revue doit-elle rester avant tout la revue du SMG avec « un peu » de FMC, ou bien devenir un véritable organe de formation professionnelle avec pour objectif l'élaboration de stratégies thérapeutiques cohérentes et indépendantes de l'industrie pharmaceutique ? L'enjeu politique est important, l'enjeu affectif pas moins : la scission est inévitable. Gilles Bardelay quitte *Pratiques* pour fonder *Prescrire* et Philippe Van Es va garder la flamme *Pratiques*, quasi seul pendant quelques temps.

Printemps 98 ; voyage avec le SMG au Québec à la découverte de l'organisation sanitaire de la belle province : que sont les CLSC (Centre Locaux de Santé Communautaire) devenus ? Que penser du virage ambulatoire ? Qu'est-ce qu'une « popote roulante » ? Quelle pédagogie pour l'enseignement de la médecine générale ? Réponse à ces taraudantes questions, retrouvailles avec des compagnons de route... bien sûr, nous avons un peu vieilli, mais parmi nous quelqu'un a gardé plus que tout autre une juvénile silhouette : Patrice Muller. Au cours de ce voyage, je le découvre et l'admire, parfaitement à l'aise aussi bien en orateur officiel lorsque nous sommes reçus à la faculté de médecine de Sherbrooke, qu'en danseur de rock le soir et en père attentif de son jeune garçon le reste du temps.

Printemps 2008 ; 30 ans ont passé, nous pouvons toujours raconter Mai 68 à nos enfants, nos belles idées n'ont pas le vent en poupe ! Pourtant *Pratiques* existe toujours, et de belle façon ! (L'Association Santé Charonne et son cabinet médical aussi)...

Pourtant, il existe parmi les jeunes médecins des forces vives, porteuses de projets ambitieux aussi bien sur l'organisation des soins que sur la sauvegarde d'une Sécurité sociale solidaire : nous les avons entendus récemment lors de la grève des internes...

Mais Patrice Muller, cet homme juste, n'est plus là. ■

1983 Demain est aujourd'hui

Daniel Coutant, médecin généraliste

1983-1986 Le centre de santé de St Nazaire : hier une médecine pour demain¹.

Transformer trois cabinets SMG en Unités Sanitaires de Base (USB), avec généralistes, infirmières, orthophoniste, diététicienne, animateur prévention et bien sûr personnel d'accueil... tel était le projet imaginé avec le développement du SMG à la fin des années soixante-dix. La pratique d'une médecine « lente », avec du temps de prévention, du travail en équipe, une facilitation de l'accès aux soins avec le tiers-payant pour tous, l'existence de comités d'usagers, un exercice salarié... devenait, ce 4 juillet 1983, une réalité après quatre à sept années d'existence de nos cabinets.

A l'enthousiasme manifesté par Mlle M., sous-directrice de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), que je revois adossée au réfrigérateur de l'USB Aristide

Briand, je pensais en moi même que bientôt nous n'aurions plus à parler de médecine utopique ! Hélas, c'était oublier que la CNAM était dirigée par le syndicat Force Ouvrière, hostile, comme ses alliés, les syndicats médicaux CSMF, FMF, SML et la droite, à l'expérience de Saint-Nazaire (que la gauche essayait de baptiser Centre de Santé Intégré pour être en phase avec son programme commun de gouvernement). M^{lle} M. disparut très vite de la circulation et, au nom de la défense de la médecine libérale, donc de la liberté (liberté qui s'entend comme l'interdiction pour ceux qui le souhaiteraient d'exercer autrement qu'avec paiement à l'acte), l'opposition fut farouche... L'inauguration du Centre de santé, début juillet 1983, par Pierre Bérégovoy se fit sous la protection des CRS ! Il fallait bloquer la manifestation des « libéraux » mobilisés sous la bannière d'Elisabeth Hubert, secrétaire départementale de la CSMF et future ministre de la Santé du gouvernement Chirac ! Une bande dessinée était distribuée à la population pour décrire les « médecins fonctionnaires », donnant la priorité aux réunions plutôt qu'aux malades et les adressant d'office à l'hôpital public (et non pas à la clinique privée), parce qu'incapables de les prendre en charge ! Les USB étaient rebaptisées Unités de Sabotage Budgétaire... Dans la même veine, en séance plénière, le délire d'une Conseillère générale de droite transformant le concept de « santé communautaire » contenu dans le dossier en « santé communiste » ! Le 3 octobre 1983, le journal *Le Matin* titrait : « Les pestiférés de Saint-Nazaire », etc., etc. Bien sûr, tout cela faisait plutôt rire... jusqu'à ce que Chirac, de retour au pouvoir et devenu Premier ministre, mette fin, le 31 décembre 1986, à l'expérience « faute d'évaluation »... sans dire que cette évaluation faite par des médecins de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie s'était volatilisée ! Par la suite, Claude Evin, pourtant ministre de la Santé du gouvernement Rocard, ne put en retrouver la trace...

Et aujourd'hui en 2008 ? La charte de la médecine libérale de 1927 est toujours en vigueur, l'histoire du plombier polonais remplace la bande dessinée, le terme « santé communautaire » incite un haut responsable de la Sécurité sociale à « dégainer son revolver ». On parle cependant de maisons de santé, mais libérales, curieusement sans évoquer l'article 17 de loi Bérégovoy du 19 janvier 1983 qui permet le financement d'expériences à caractère sanitaire et social. Cela obligerait à parler contenu et pratiques avant de parler structure et gros sous... —

1. Titre du livre écrit par Daniel Coutant et Jean Lacaze, Syros Alternatives.



DOSSIER 1984 Avignon : drame au Palais des papes Refus de représentativité du SMG

Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Cela y était, nous étions assez nombreux pour être reconnus comme « représentatifs ». L'Union Syndicale de la Médecine regroupait les généralistes du SMG, les médecins du travail du SMT, les psychiatres de l'USP, les médecins de PMI. Mitterrand était au pouvoir, Laurent Fabius Premier ministre, on pouvait penser que malgré les pres-

sions des syndicats traditionnels de médecins, le courant que nous représentions allait pouvoir siéger dans les instances décisionnelles de la Sécu et peser enfin concrètement dans le débat politique sur la santé. Ce n'était pas gagné, même si la raison et les chiffres étaient en notre faveur.

Arrive le congrès du SMG, à Avignon, au Palais des papes ; nous sommes plus de trois cents, Georgina Dufoix, la ministre de la Santé doit venir annoncer en plénière la décision du gouvernement. Le syndicat est partagé, certains sont très confiants, d'autres moins. On décide que si Mitterrand nous refuse la représentativité, on quittera la salle. Hélas, ce seront les inquiets qui auront raison. Georgina Dufoix arrive et annonce le refus de la représentativité. « Trop tôt, prématuré... » La salle entière se lève, quitte la salle et laisse la ministre seule.

Je me retrouve dans les toilettes du Palais des papes, je me vois dans le miroir, les larmes aux yeux, je fais partie de ceux qui étaient inquiets, je ne suis pas étonnée, mais quand même... Déjà sept ans de travail en équipe en médecine générale, une association d'usagers très dynamique, un dossier déjà tout prêt pour que le cabinet de groupe devienne une de ces 50 Unités Sanitaires de Base portées par le SMG, un espoir très fort de participer à un réel changement. Pour la jeune médecin que je suis, cette décision des politiques me plonge dans un sentiment de tristesse et d'impuissance. Puis j'aperçois René Marfaing dans le miroir, je me tourne vers lui, il est en larmes. C'est un collègue que j'aime beaucoup, il a des cheveux blancs, de nombreux combats syndicaux derrière lui, il a un peu plus que l'âge que j'ai aujourd'hui en écrivant, je me dis alors que ses larmes sont peut-être encore plus tristes que les miennes, car il peut penser qu'il ne verra jamais de changement dans le domaine du soin. Ce que je ne savais pas à l'époque, c'est que ce refus de la représentativité de notre courant aurait des conséquences aussi dramatiques. Aujourd'hui, je sais que cela a fait qu'on n'a pas eu les moyens d'empêcher le démantèlement actuel de la Sécu. ■



1988 Une nuit qui porte conseil

Annick Plou, médecin généraliste

Congrès du SMG de 1988, à Châtenay-Malabry. L'humeur est à l'interrogation sur le futur. Créé en 1975, dans la continuation du GIS¹ issu de Mai 68, le SMG se remet mal du refus de représentativité syndicale annoncé par Georgina Dufoix au congrès d'Avignon de 1983. A l'époque, on nous qualifiait de « soixante-huitards attardés » !

La décision d'investir malgré tout la lutte en participant au syndicat MG-France pour faire avancer, malgré tout, un peu de notre vision de la santé en France, a eu pour effet de dégarnir les rangs du SMG de ses militants pour des raisons techniques d'emploi du temps.

Le triumvirat que nous composons avec Patrice Muller et Jean Claude Lavandier a essayé de maintenir une présence SMG dans les différents débats publics sur la santé, malgré le blocage des laboratoires pharmaceutiques via la presse médicale. Que pouvons-nous entreprendre comme projet dans le futur et avec quels adhé-

rents prêts à s'investir encore dans l'activité militante et la réflexion ? Devons-nous saborder le SMG ou sommes-nous encore assez nombreux pour désirer maintenir ce lieu de réflexion spécifique ? Nous sommes tous les trois désireux de continuer sous forme d'une revue, ainsi que nous avons débuté dans les années 70 avec *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*. Est-ce aussi celui des militants présents au congrès ? La question est posée lors d'une assemblée générale jusque tard dans la soirée. L'ambiance est morose. Je me souviens encore des pages de journal tournées bruyamment par un militant devant nous au premier rang. Un vote est finalement décidé pour le lendemain matin après une nuit de réflexion. Le lendemain, l'AG décide de continuer avec *Pratiques*. Dans la nuit, Damien le fils de Patrice était né. —

1. GIS, le groupe information santé regroupait dans les années post 68 des médecins et des intellectuels militants comme Michel Foucault, sur des questions comme les prisons, la contraception, etc. pour une autre conception de la santé et de la médecine, contre les oppressions diverses.

1990 Les réseaux de santé, une histoire de SMG ?

Didier Ménard, médecin généraliste

Une convocation à la direction des hôpitaux, par le directeur de la mission Sida, pour évoquer notre projet de réseau à Saint-Denis. Je suis prévenu que d'autres « prometteurs »¹ seront là. Nous sommes effectivement cinq qui, sans nous concerter, avons imaginé pour faire face à l'épidémie du Sida une nouvelle organisation de l'offre de soins qui est marquée par les mêmes fondamentaux. Faire de la santé et pas du soin, accepter comme expertise l'expérience du malade, faire travailler ensemble tous les acteurs situés sur l'itinéraire de la personne malade, repenser la formation, ouvrir l'hôpital sur la ville, et faire aussi l'inverse, bref à l'époque traduire dans le concret ce que nous portons dans nos espoirs depuis que nous sommes engagés dans cette aventure de la médecine. Nous pensions alors que nous allions pouvoir porter le véritable débat sur l'avenir du système de soins, et que nous y

défendions déjà des valeurs fondamentales pour que les réseaux de santé soient aussi un mouvement de transformation sociale et de lutte contre les inégalités. L'histoire montrera que les conservatismes et l'idéologie dominante arriveront à atténuer nos ambitions, mais ce dont je me souviens le plus concernant cette rencontre au ministère de la Santé, outre le fait que nous en étions sortis avec les premières subventions pour agir en ville avec un financement dédié à l'hôpital, c'est que j'y avais retrouvé, parmi les porteurs de projets, des copains rencontrés sur la route du SMG. Comme quoi nos utopies du congrès de Besançon étaient plus vivaces que jamais. —

1. Etaient présents : le réseau Val de Bièvre, le Réseau Rive Gauche, le Réseau Paris Nord, le Réseau Créteil Solidarité, et le Réseau VIH 93 Ouest.



DOSSIER 1997 L'option référent dans ses limites et ses atouts

Philippe Lorrain, médecin généraliste

Novembre 1997, lendemain de fête de congrès à Nantes : l'ambiance a été joyeuse, sur une péniche en croisière nocturne sur l'Erdre, puis court repos à l'ancienne Manufacture des tabacs. Nous sommes trois dans le train pour Paris, pour nous rendre à la salle des congrès de la Villette.

Nous n'y sommes pas invités, mais le SMG a décidé d'envoyer une délégation à l'assemblée générale de MG-France.

Vendredi après midi, sitôt réunis, nous avons formé le cercle : la discussion fut animée autour du texte d'un avenant à la récente et tant attendue Convention spécifique à la médecine générale. Une Option Médecin Référent était en fin de gestation, le texte était écrit et il ne manquait plus que la signature d'un syndicat représentatif pour qu'elle soit appliquée : c'est à la Villette que ça se jouerait, dans deux jours. Cette option conventionnelle nous séduisait : introduction d'une rémunération à la capitation, stricte application du tarif conventionnel, obligation de pratiquer le tiers-payant, incitation à intégrer dans nos pratiques la prévention, le suivi des patients au long cours, l'obligation d'une formation continue spécifique et rémunérée... en bref la sortie de la rémunération exclusive à l'acte, la fin d'une pratique professionnelle à visée exclusivement curative et la garantie d'un meilleur accès au soin de l'ensemble de la population qui y adhérerait. Dans l'enthousiasme de nous retrouver, ce n'est pas l'avancée que nous retenions, mais ses insuffisances : la dimension de santé publique n'était qu'ébauchée, les obligations des patients et professionnels trop floues, la diversification de la rémunération trop timide... Il fut décidé que « non » ce n'était pas suffisant et qu'il fallait aller

porter le message aux collègues du syndicat représentatif.

Il ne sera pas facile d'intervenir dans cette grande salle, devant des centaines de médecins syndiqués : j'y retrouverai beaucoup d'anciens du SMG, mais notre position, revendiquée, d'« aiguillon » agacera, même si notre position séduit encore bon nombre des délégués de l'assemblée.

L'Option Médecin Référent sera adoptée, puis appliquée. Dans les suites immédiates de cet épisode ferroviaire, je retiens l'avis de Pierre Rabany disant que le nécessaire consensus syndical ne permettait pas d'aller plus avant et qu'il fallait qu'une génération de médecins généralistes fût sacrifiée à expérimenter « ça ». Il précise aujourd'hui : « Sacrifiée ! oui dans la mesure où ceux qui se sont engagés dans cette voie l'ont fait sans objectif pour l'avenir et en sont sortis défaits, parfois découragés. Le rôle du SMG était d'utiliser son potentiel de réflexion et d'action pour donner des perspectives à l'Option. La coordonner sur la commune en proposant des objectifs de santé publique, faire progresser notre conception des soins primaires et en particulier de la maison médicale. Une occasion manquée à mon sens... sans parler du confort qu'apportait le tiers-payant dans les quartiers populaires, confort qui, à lui seul, méritait l'engagement du SMG ».

Jean Pierre Dio, lors de la commission exécutive suivante, était aussi partisan d'aller de l'avant : « Avec ça, dans les années 80, nous aurions pu faire beaucoup de choses, il faut s'en saisir, l'histoire ne repasse pas les plats ».

Et nous serons très nombreux, du SMG, à nous en saisir, nous y investir. Mais l'histoire se terminera mal : le plat nous sera retiré... et nous nous retrouverons en 2004 dans le dernier carré avec ceux de l'Amedref, pour une ultime protestation. ■

2001 Un procès public de la vache folle, quand le théâtre vient défendre la démocratie en danger

■ **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Il faisait beau en Bretagne. On avait décidé de faire le procès de la vache folle, empoisonnée par des farines animales. Quels choix avaient entraîné la contamination des troupeaux ? Comment étaient intervenus les pouvoirs publics, les administrations, les producteurs et leurs syndicats, la distribution, l'industrie agroalimentaire, la presse, les citoyens, les experts ? Pour comprendre comment nous en étions arrivés là, nous avons décidé de confronter les avis des différents protagonistes. Parmi les acteurs du désastre invités : un couple d'éleveur bio qui avait dû faire abattre tout son troupeau, un éleveur de la Confédération Paysanne, un syndicaliste de la FNSEA, un chercheur de l'INRA, deux vétérinaires, institutionnel et libéral, un boucher bio, des usagers UFCV, une maîtresse qui s'occupait de la cantine des écoles de sa commune, etc.

Patrice avait eu l'idée de mettre en scène un débat citoyen en deux parties. D'abord, deux jours de confrontations, qui représentaient en quelque sorte l'instruction judiciaire, puis un spectacle sous forme de procès pour « non assistance à démocratie en danger ». Didier avait écrit le synopsis, les « parisiens » avaient travaillé leurs textes, chacun écrivant sa partie, puis il y eut une répétition générale de dernière minute.

Patrice en juge impassible, Didier en procureur incisif, Anne et Elisabeth en avocates de la défense, étonnées de leur propre facilité à justifier l'injustifiable, Jean-Louis en banquier et aussi en camionneur transportant des farines, Marianne dans un numéro de témoin masqué sous la protection rapprochée d'un gendarme et bien d'autres dont j'ai oublié les rôles. Certains des participants au débat, avaient également accepté de jouer leur propre rôle sur la scène. Le témoignage du jeune éleveur bio avait été un moment très fort en émotion, le seul pour lequel nous avons plutôt eu envie de pleurer que de rire. La démocratie avait été fabriquée avec un mannequin de couturière en fil de fer habillé par Malou et Renée, des costumes avaient été dégotés je ne sais où. C'était de l'impro, mais de la bonne ! C'était proprement jubilatoire. J'avais eu grand mal à contenir un fou rire tenace en montant sur la scène en tant que juré, d'autant que les autres étaient tous aussi hilares que moi, malgré les rappels à l'ordre de Jacques, président du Jury, réclamant sérieux et impartialité. Il s'agissait d'un procès d'assises ! Les discussions ont révélé la chaîne des

responsabilités de chacun et ses « bonnes raisons » de faire ce qu'il avait fait. Après délibération, tous les protagonistes ont été déclarés coupables d'avoir mis la démocratie en danger.

Cette catastrophe « agro-sanitaire », provoquée par la recherche du profit sans souci de la santé d'autrui, a entraîné des faillites en pagaille. Peu après, j'ai vu un patient, artisan boucher, à la suite de la faillite de son commerce, a décompensé une terrible dépression, en se retrouvant à la CMU, sans logement, ni moyen de locomotion. Ces débats m'ont aidée à l'accompagner.



C'était ainsi avec Patrice et compagnie : un sujet de santé publique complexe, ardu, voire rébarbatif devenait limpide, les liens entre santé et politique se faisaient simplement. Ces journées avaient permis une conférence et un débat de citoyens, de haute tenue éthique, qui n'ont, hélas, jamais eu lieu ailleurs.

C'est cette image de Patrice que je garde, habillé en tige noire, auréolé de ses cheveux blancs bouclés, détricotant le dédale des responsabilités et des irresponsabilités. Très sérieux en apparence, mais sans se départir d'un sourire qui le faisait croire ailleurs, alors qu'il était là avec une longueur d'avance, un peu comme le petit prince de Saint-Exupéry. ■

1965-2008 Femme médecin au SMG

■ **Françoise Gayet**, médecin généraliste

1965 Inscription à la fac de médecine de Lyon. Je serai médecin généraliste, mais pas comme mon père. Je ne serai pas la notable de mon village, « bouffée » par mon travail, dérangée à toute heure du jour et de la nuit, peu disponible pour ma famille.

Je lis *Le journal d'une femme en blanc* de André Soubiran. Écrit en 1965, d'une modernité incroyable, il dénonce les avortements clandestins. L'héroïne décide de renoncer à l'amour pour se consacrer à la cause des femmes. Je n'irai pas jusque là, j'aimerai et j'aurai des enfants.

Mai 68 arrive, je m'éclate, on refait le monde. L'externat est supprimé, nous irons tous à l'hôpital. Les mandarins en ont pris un coup, mais relèveront la tête. Pas de femmes dans nos leaders. En septembre, j'ose prendre la parole pour dire qu'il ne faut pas reprendre les cours, mais ça fait « flop ».

Novembre 1972 Procès de Bobigny : Marie-Claire, 16 ans est accusée de s'être faite avorter à la suite d'un viol. Défendue par Gisèle Halimi, elle est acquittée.

1973 MLAC. Avec des copines non médecins, je me promène avec une valise pour avorter les femmes chez elles, en prenant des risques incroyables. Envoyer les femmes en Hollande, ça ne suffisait plus pour faire changer la loi.

Juin 1974 Installation avec une autre femme. On montre aux patientes leur col de l'utérus avec un miroir, certaines font la grimace...

Octobre 1975 Ouverture du centre IVG. J'y travaillerai jusqu'en 2000, les gynécologues reprenant le pouvoir.

19 avril 1975 Premier congrès du SMG à Besançon, pas à cause de moi, à cause des Lip. Pour me consoler, on me nomme vice-présidente (!)

Etre femme, médecin généraliste et au SMG, c'est être très minoritaire et pas très à l'aise dans la société des années 1970. On se serre les coudes et on se retrouve

entre nous pour parler de ce qu'on vit. Cela donne un groupe femmes SMG avec quelques week-ends chaleureux et inoubliables. Cette démarche n'est pas faite contre nos camarades hommes du syndicat, que nous ne trouvons pas « machos », mais nous avons besoin de nous retrouver entre nous pour parler de notre vie et aussi de ce que nous pouvons faire pour écouter et mieux aider nos patientes.

Écriture d'un texte dans *Pratiques* sur les règles par N. Raillard et M.-C. Hervé qui finissait ainsi :

« Nous n'avons plus envie de nous servir de notre art pour normaliser nos sœurs. Informer, aider chacune à habiter son corps de femme à se vivre avec des particularités, recevoir, partager et si possible faire disparaître l'angoisse de maladie, de mutilation, voilà au contraire ce que nous désirons dans notre fonction de femme médecin. »

1978 Une troisième femme au cabinet On fait un dossier pour créer une « Unité Sanitaire de Base », mais ça ne marche pas.

2002 J'accepte de devenir maîtresse de conférences en médecine générale. Surtout parce qu'il y a peu de femmes qui le sont. J'espère lutter contre l'industrie pharmaceutique et le paiement à l'acte (ça n'est pas gagné).

Je fais un cours aux étudiants de 1^{re} année sur « les femmes médecins dans l'histoire ». Il sera sujet de Sciences Humaines et Sociales au concours de 2005. Au cabinet, dans notre ZUP, on soigne de plus en plus de femmes voilées. Je ne leur dis rien, mais cela me désole.

2008 La retraite approche et l'heure du bilan aussi. Quelle chance j'ai eu de vivre tout ça, même si toutes nos « utopies » n'ont pu se réaliser ! ■



2000 Qu'est-ce qui fait courir 2003 Pratiques au Larzac ?

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

Un impérieux besoin de se ressourcer, de se retrouver dans une ambiance sereine et bienveillante avec ceux qui partagent nos rêves d'une société basée sur le partage d'idées, d'initiatives, d'amitié.

Point de violence dans ces rassemblements, des discussions enflammées intelligentes ou naïves, des relations saines et joyeuses sans autre intérêt que celui de l'échange. Notre spécificité de soignants nous a naturellement portés à assurer la sécurité sanitaire du rassemblement. Réchauffement des jeunes frigorifiés (le Larzac est froid la nuit), dégrisement des picoleurs et petite bobologie ne nous ont pas empêchés de discuter durant trois jours d'une conception de la vie qui s'éloigne de plus en plus de la marchandisation actuelle avec son corollaire de déshumanisation. ■

2003 Le fond et la forme, ou le théâtre au secours de la politique

■ **Elisabeth Maurel-Arrighi**, médecin généraliste

C'était en 2003, le SMG devait intervenir au Forum Social Européen. Nous étions quelques-uns à éprouver le besoin de trouver des façons plus attrayantes que les discours pour partager notre conviction que la santé dépend surtout des conditions de vie et pas uniquement des soins, mais aussi qu'on peut exercer la médecine autrement, en lien et au service des usagers. Fréquentant l'univers du clown, du théâtre de rue, des marionnettes, j'ai proposé d'organiser un spectacle de *commedia dell'arte* « Les dessous de la santé ». Nous avons mis en scène de façon burlesque tous les protagonistes qui influent dans une relation médecin-malade. On a joué un médecin classique qui pense surtout à gagner de l'argent et qui voit en consultation pour sa toux un ouvrier travaillant dans l'industrie chimique. On voyait sur scène les démons et les anges qui parlent à l'oreille des médecins et des patients. Chacun avait son chapeau. D'un côté, le commercial de l'industrie pharmaceutique, le PDG de l'usine, le banquier du médecin, le représentant du ministère poussent le médecin à se contenter de donner des antibiotiques, à culpabiliser le patient sur le tabac, à ne pas chercher d'atteinte professionnelle, à l'expédier au plus vite. De l'autre, un syndicaliste évoque les conditions de travail, un parent

d'élèves parle de pollution, un médecin du travail indépendant, un inspecteur du travail, un membre du réseau de santé progressiste soutiennent l'intérêt du patient... Le jeu de l'identification des alliances, des rapports de force a permis d'évoquer tous les enjeux du système de soins et les interactions sociales. A la fin, on « a joué » à Intervilles. Tous les acteurs se sont retrouvés dans un jeu de tirage de corde entre l'équipe des notables et celle du côté de l'ouvrier. Au début, c'est le médecin « traditionnel » et ses alliés qui l'emportent. Ensuite, on voit comment faire évoluer la situation et trouver des alliances auprès d'autres interlocuteurs, citoyens, lanceurs d'alerte, professionnels de santé progressistes afin de faire triompher l'intérêt de la personne. Peu à peu, des spectateurs dans le public sont montés sur scène, pour jouer un personnage capable de faire évoluer la situation. On a vu très concrètement comment les fonctions et les rapports de classe déterminent des comportements, et qu'au sein d'une même fonction, la situation peut être vécue différemment.

Je me souviens de moments extrêmement joyeux, inventifs, et pourtant studieux, et surtout du plaisir d'être au plus près de la complexité des dossiers sans se cacher les difficultés. On n'est pas dans le « y a qu'à, faut qu'on... ». On est dans le « ensemble, on peut saisir davantage d'aspects d'un problème et ébaucher des solutions pour faire évoluer les choses ». ■

1981
2006

Le laboratoire d'idées

Jean-François Huez, médecin généraliste

Des retrouvailles

Décembre 2006, la médecine générale universitaire est en grève. Les internes angevins ont loué deux cars pour la manifestation parisienne et nous nous joignons au cortège. Un peu de soleil, beaucoup de têtes connues, je remonte la rue et là, juste en avant de la banderole du Collège national des généralistes enseignants (CNGE), un visage, le même ! Nous ne nous sommes pas vus depuis... 20 ans ? Patrice Muller toujours souriant, son visage presque juvénile ! Embrassades, retrouvailles, du vrai plaisir...

Des souvenirs

Le SMG... Les Unités Sanitaires de Base, ce projet nous tenait à cœur avec Chantal Masson et Bernard Châtaigner au début des années 80, au cabinet médical des Plaines, dans un HLM en banlieue d'Angers !

« Expériences nouvelles, rêves et réalités » titrait, fin 1981, le numéro de *Pratiques* dont nous avons coordonné la rédaction et qui faisait le point des projets disséminés dans toute la France. Nous nous battions à Trélazé pour la mise en place d'expériences de capitation ; nous ne voulions plus être liés à l'acte. Nous y avons cru... mais la seule expérience mise en place a concerné nos amis de Saint-Nazaire sous forme de salariat.

Contraints de pratiquer dans le système libéral dont nous démontrions les limites tout en nous solidarisant avec les assurés sociaux, notre motivation était portée vers une pratique globale centrée sur le patient, sa subjectivité et son insertion psychosociale.

Notre investissement était entier au cabinet médical dans l'éducation sanitaire, l'activité médicosociale, le travail avec le groupe d'usagers organisés en association, l'accueil à l'année de jeunes stagiaires, futurs médecins et le lancement de la formation médicale continue participative sur la ville.

Soins, prévention, formation... nous avons beaucoup expérimenté, un peu mis en place, beaucoup rêvé.

Le laboratoire d'idées du SMG... c'était une superbe école de formation que le petit groupe de généralistes que nous étions avait créé !

Aujourd'hui, la question de la formation

Le cabinet s'est agrandi. Le groupe s'est dispersé. Chantal exerce comme psychanalyste et anime des groupes Balint à la faculté, Bernard, lui, s'occupe d'un établissement de moyen séjour avec ses lits de soins palliatifs.

J'avais investi depuis longtemps la faculté, d'abord avec eux. Maintenant, ils y sont moins ou presque plus. J'y ai pris un poste à mi-temps au début des années 90. La discipline de médecine générale est maintenant reconnue

dans cette institution. Mais on n'a pas pu obtenir la formation adaptée aux besoins que nous revendiquons dans la charte du SMG.

Aujourd'hui, malgré la grève, la filière universitaire de médecine générale, en mal de reconnaissance, n'est toujours pas appuyée sur des enseignants titulaires de la discipline. Pour la première fois dans la discipline, seize chefs de clinique de médecine générale ont pris leur fonction en novembre 2007, mais sans définition précise de leur statut. L'organisation libérale de la médecine ambulatoire bloque la pratique de soins des enseignants, interdisant la mise en place de statuts à l'égal des autres spécialités.



Aujourd'hui, malgré la reconnaissance de la médecine générale comme DES (diplôme d'études spéciales), nombre d'internes de médecine générale pratiquent la médecine ailleurs qu'en soins primaires, nombre d'entre eux refusent le paiement à l'acte et font des choix de salariat malgré un intérêt affirmé pour les soins primaires.

Pendant ce temps, toi, Patrice, tu as porté la revue, *Cahiers de la médecine utopique*, envers et contre tout.

Je me souviens des nouvelles échangées en marchant vers le ministère. Tu étais souriant, toujours là. Il faisait froid et il y avait du soleil. ■

2007 La bataille contre les franchises

Didier Ménard, médecin généraliste

Au SMG, nous sommes en colère dès qu'une atteinte au système solidaire des soins est faite. Avec les franchises médicales, nous avons de quoi nourrir notre colère.

L'accès aux soins est une de nos vieilles batailles, devenue cruciale depuis l'instauration du secteur 2 en 1979. L'augmentation de la part non remboursée des soins est présentée comme la seule solution, mais année après année, cette part augmente avec la bénédiction des syndicats médicaux corporatistes.

C'est dans ce contexte qu'en 2003, le gouvernement demande un rapport à M. Chadelat, qui paraît en 2004, et qui conclut en incitant à un transfert des dépenses socialisées des caisses de Sécurité sociale vers les assurances complémentaires, offrant ainsi la santé au secteur marchand. Ce que nous ne savions pas à l'époque, c'est que la Mutualité française allait s'y précipiter et y perdre son âme. Car « responsabiliser les patients », mots maintes fois rabâchés dans les différents textes de lois, signifie toujours au final augmenter leur reste à charge en matière de soins (le fameux « RAC »).

En 2005, l'augmentation de 500 millions d'euros d'honoraires pour les médecins, principalement spécialistes, est « dealée » contre des économies d'un milliard sur le dos des malades, avec la promesse de prescription moindre d'arrêts de travail et la diminution des remboursements pour les patients en Affection de Longue Durée (remboursés théoriquement à 100 %).

Au fur et à mesure que les réformes tombent, le SMG s'attache à alerter les collègues, les syndicats, les mutualistes, les associations de malades. Mais en raison de la désinformation, largement orchestrée par le pouvoir politique, les caisses et l'industrie pharmaceutique, une cécité de la population et des professionnels règne sur les questions de soins et de santé : le système actuel détourne les jeunes médecins de l'exercice de la médecine générale et empêche l'accès aux soins de toute une partie de la population ; les pauvres meurent plus et plus vite que les riches. Et ceci, la société toute entière l'ignore ou surtout n'ose pas ou ne veut pas le voir.

Cependant, des militants lucides du mouvement social se rassemblent au sein de différents collectifs : Attac-Santé, collectif « la santé n'est pas une marchandise », Etats Généraux de l'Assurance Maladie (EGSAM), col-



lectif des hôpitaux de proximité, etc. Le SMG est partie prenante, mais la mobilisation peine à rassembler la population.

Les choses s'accroissent au premier janvier 2008 avec l'instauration par le nouveau président de la République, Nicolas Sarkozy, des franchises dites « médicales », véritables taxes sur la maladie.

Dès 2007, année de l'élection présidentielle, nous savions que cette question devenait un enjeu pour l'accès aux soins. Cette année-là, une fois de plus, nous essayons de réagir. Avec Sud Santé sociaux et l'Union Syndicale de la Psychiatrie, nous proposons un communiqué de presse. Parallèlement, une pétition circule sur le net « contre la franchise Sarkozy » à l'initiative de Christian Lehmann, Martin Winckler et Philippe Sopena, médecins généralistes dont les idées sont proches du SMG, et qui sont connus dans les médias en tant qu'écrivains pour les deux premiers.

Et nous nous retrouvons, un matin de juin 2007, dans l'arrière salle d'un bistrot de Ménilmontant, pour tenir une conférence de presse. Il y a beaucoup de monde, la salle est trop petite. Mais l'envie de ne pas laisser faire est grande. C'est ce matin-là qu'est né le Collectif National Contre les Franchises Médicales. Il œuvre toujours, mais jusqu'à ce jour, la mobilisation n'a pas permis un recul du gouvernement ¹. ■

1. Pour en analyser les raisons, lire entre autres Pierre Volovitch, « Des malades bien silencieux », *Pratiques* n° 41 Redonner le goût du collectif, 2^e trimestre 2008, p. 45-46. ■

2008 Penser utopique agir dans la réalité

Jean-Louis Gross, médecin généraliste

Depuis des années, la pensée du SMG alimente la réflexion philosophique et pratique tant sur notre métier que sur le projet de société. Ce nécessaire ressourcement va bien au-delà de la réalité quotidienne dans nos cabinets. A Nuits-Saint-Georges, nous sommes bien loin de l'Utopie : il y a une bonne ambiance entre les médecins, parfois une amitié, d'autre fois une cohabitation cordiale ou polie. Les rapports inter-médecins sont basés sur le respect de l'individualité ou de l'individualisme de chacun.

Sont partagés : un peu de formation continue, la gestion des stages chez le praticien, la gestion de la permanence locale, quelques fêtes copieusement arrosées. A cela, il faut rajouter que nous avons un hôpital local qui est un point de rencontre pluri-hebdomadaire pour plusieurs d'entre nous.

Les rapports avec les autres professionnels de santé sont réduits, comme partout ailleurs, à leur plus simple expression ; bien que grâce aux stagiaires, certains médecins ont un peu plus de contacts avec une infirmière, une pharmacie et un kinésithérapeute.

Nous sommes donc à des kilomètres des projets de soins et de santé, de l'utopie du SMG. Quid des maisons de santé, quid des associations d'usagers, des conférences sanitaires où des politiques locales de santé seraient définies par les citoyens et les professionnels de santé... ?

C'est dans ce contexte que quelques personnes se sont réunies pour envisager un regroupement de professionnels dans un même lieu. L'idée de départ était, avant tout, d'avoir un espace convivial facilement accessible. Lors de la première réunion, six ou sept professionnels étaient présents. Nous étions partants pour une copropriété de locaux, mais à condition que chacun ait une porte extérieure indépendante...

Chaque semaine (ou tous les quinze jours), le mercredi, nous nous sommes réunis pour travailler à la définition du projet. Deux éléments se sont dégagés comme pôles rassembleurs :

La volonté d'élargir au maximum la participation des professionnels de santé du canton. Ainsi, tous les médecins ont été sollicités, ainsi que la plupart des professionnels de santé du canton. Progressivement, le groupe s'est étoffé. Nous sommes actuellement : une pharmacie, un cabinet de trois radiologues, un cabinet de deux dentistes, un cabinet de trois kinésithérapeutes, une ostéopathe, un psychologue, une nutritionniste, une orthophoniste, une gynécologue et deux médecins généralistes. Il nous reste un cabinet médical disponible et un local de 40 m².

Le souci écologique a été un ciment du groupe. Cette préoccupation a été soit primordiale pour certains d'entre nous, soit acceptée facilement. Nous avons donc progressivement établi un cahier des charges pour construire un bâtiment consommant le moins d'énergie possible, tant pour la réalisation que pour l'entretien. Toute la difficulté a été de trouver des équilibres entre préoccupation planétaire (refus de bois exotiques, de produits polluants, réduction des consommations, etc.) et contraintes budgétaires (nous en sommes actuellement à un coût de construction de 2 880 € le m²...). Cette recherche de qualité environnementale a été en partie justifiée par l'argument qu'un bâtiment destiné à la santé ne devait pas nuire à cette santé. La confrontation des idées écologiques a été l'occasion pour le groupe d'échanger, de discuter. Le travail de conception du projet architectural a

duré presque deux ans, il y a eu des incompréhensions que nous avons dû lever, des compromis que nous avons dû trouver. Les membres du groupe ont appris à se connaître, un certain nombre de peurs initiales sont tombées, ou se sont transformées en respect d'une divergence reconnue et estimable. Parallèlement à ce projet de lieu, quelques personnes du groupe exprimaient des envies de prévention, de coopération ; nous avons donc, après un an et demi de réflexion duale ou en petit comité, décidé de provoquer une rencontre pour envisager un avenir commun à nos souhaits de « travailler autrement ».

La convivialité d'emblée de ces réunions, la (re)connaissance mutuelle de chacun a vivement contribué à rendre productive cette première rencontre. Le besoin de formaliser la forme associative a fait l'unanimité. Puis, nous avons travaillé sur nos envies sous forme de tours de table où chacun à tour de rôle donnait une idée, non pas sur ce que nous pourrions faire, mais sur ce que « moi » j'ai envie de faire. Au début, la plupart d'entre nous ne savait pas comment se situer dans un projet collectif : c'est cette discussion qui a permis de faire avancer la réflexion. Comment s'approprier collectivement des idées individuelles, comment dégager de la multitude d'idées celles que nous pourrions mettre en avant. Les réunions se sont poursuivies à raison d'une à deux par mois, les statuts associatifs, les plus simples possibles, ont été déposés. Nous avons travaillé pour mettre en forme des dossiers de demandes de subventions (URCAM, collectivités locales, etc.). Ce fut l'occasion de définir ce que nous pourrions faire avec ou sans subventions.

L'avenir est à écrire, nous n'avons pas « fait la révolution », mais rien ne pourra plus être comme avant parce que sept professionnels de santé se sont réunis pour discuter ensemble de leur métier, de leurs envies, de coopération à inventer. Le projet est en cours d'écriture, nous ne savons pas de quels moyens financiers nous disposerons, nous avons plein de projets de formation, de prévention, d'amélioration d'accès aux soins, d'interdisciplinarité. Tout le registre de la réflexion du SMG y est passé !

C'est extraordinaire comme la mise en commun des souhaits individuels de quelques personnes produit un projet cohérent, riche en « inventivité à réaliser ». Cette créativité, quelque soit l'avenir de l'association, est déjà une victoire sur l'individualisme qui nous cerne de toutes parts.

Penser l'utopie est une nécessité pour avancer, pour avoir une ouverture sur le monde extérieur. La confrontation de cette utopie avec le monde dans lequel nous vivons engendre une frustration difficilement supportable si elle ne débouche pas sur du concret. Le travail de fourmi partant de la réalité, construisant un travail collectif à partir des envies de chacun, est le défi relevé par notre association : « une table et des chaises ».

Il y a un lien profondément politique entre la réflexion théorique sur un projet de santé, de société et cette mise en commun concrète des souhaits individuels, produisant un projet cohérent, riche en « inventivité à réaliser ». L'avenir est inconnu, nous ne savons pas comment nous allons mettre en musique le beau texte du projet médical de l'association, nous ne savons pas comment nous allons gérer les contraintes administratives que ne manqueront pas de nous imposer les gens payés pour ça, nous ne savons comment gérer les difficultés humaines qui ne manqueront pas de polluer ce projet. Ce sont peut-être toutes ces incertitudes qui nous poussent inlassablement vers un autre monde un peu moins réaliste et un peu plus utopique. ■

2008 Les temps changent

Christian Bonnaud, médecin généraliste

Dans le beau monde libéral du soin, jusqu'à maintenant, l'offre et la demande pouvaient coïncider ; même s'il existait de nombreuses disparités territoriales, la liberté d'installation était encore possible. Maintenant, celle-ci est tellement possible qu'elle n'est plus compatible avec un équilibre territorial en professionnels du soin.

Le « libre marché » ne peut plus résoudre l'accès aux professionnels égal pour tous les citoyens. Les jeunes médecins ne s'installent plus en libéral (des postes salariés nombreux leur sont offerts), et certains médecins installés quittent la pratique libérale bien avant leur départ en retraite pour devenir eux aussi salariés, ou bien remplaçants ou bien s'installer en « exercice particulier », comme on a l'habitude de dire.

De ce fait, des territoires entiers se trouvent ou vont se trouver dépourvus de professionnels du soin libéraux, en particulier de médecins généralistes, dans les années qui viennent. Ce constat, tout le monde peut le faire, il importe d'aller plus loin dans l'analyse et de proposer des solutions allant dans le sens d'un accès aux soins égalitaire sur le plan territorial.

Au SMG, nous avons toujours lié l'activité des professionnels à la population et au territoire de vie. Le regroupement de professionnels, sur un territoire donné, est la seule solution pour assurer une permanence de soins dans le temps, et une qualité de vie pour les professionnels, permettant à ceux-ci de consacrer du temps à leur famille et aux loisirs. Les Unités Sanitaires de Base, dont une seule a pu être réalisée, représentaient cette symbiose entre des soignants et une population, avec au-delà du territoire (ce fut un quartier de ville, mais cela aurait pu être une commune ou un canton rural), une intrication aux problèmes de la cité.

Aujourd'hui, en particulier dans les campagnes, les élus, interpellés par les populations inquiètes de ne plus pouvoir avoir de médecins sur place, se mettent au tra-

vail pour attirer des médecins généralistes en particulier, et ils se sentent bien seuls. Ils interpellent les médecins, et un certain nombre d'entre eux leur répondent qu'ils ont suffisamment à faire avec leur clientèle et n'ont pas le temps de s'occuper d'autre chose.

Cela signifie que l'idée du territoire a progressé. Quand le SMG est né, on parlait à peine d'organisation du travail, de garde. Chaque médecin, au prix d'un temps de travail hebdomadaire très long, gérait seul tous ses clients. Cela lui permettait de bien remplir son tiroir-caisse, souvent aux dépens de soins de qualité. Puis l'idée de mettre en place des gardes est arrivée et, maintenant, l'idée du territoire est apparue, avec la sectorisation de la permanence des soins, pour la nuit et les week-end. Le médecin généraliste libéral est devenu, pour une petite partie de son temps de travail, un médecin de territoire, et il est rémunéré pour cela de façon forfaitaire. Nous pouvons, au SMG, légitimement penser que nos idées concernant ce type de rémunération y sont pour quelque chose. Cela ne suffit pas, il faut faire plus. Le territoire, couvert la nuit et le week-end, doit être couvert en permanence le jour. Cela permettra que le médecin fasse autre chose que du soin, par exemple de la prévention, du travail de terrain. Il pourrait ainsi devenir un acteur de santé dans sa cité, sa commune, son quartier.

Pour cela, il faut changer de paradigme, passer du médecin de clientèle au médecin de territoire, avec une rémunération différente – de type forfaitaire, salariale – qui prenne en compte l'ensemble des pans de son travail. Il paraît nécessaire d'intégrer dans ce regroupement des remplaçants et des étudiants, futurs professionnels, avec une activité de prise en charge globale de la personne dans son lieu de vie et lieu de travail. Il pourrait s'agir, du coup, d'une prise en charge globale de l'individu, avec lui.

Il y a un paradoxe : au moment où la droite au pouvoir fait tout pour limiter l'accès aux soins, et privatiser l'Assurance maladie, cela pourrait s'accompagner d'une forfaitisation de la rémunération du soignant, étonnant, non ! ■

La charte du SMG, toujours actuelle

Réécrite par **Patrick Dubreil**, médecin généraliste membre du SMG

Comment les cinq principes de la charte du Syndicat de la Médecine Générale, écrits à sa création en 1975, peuvent-ils se décliner aujourd'hui et éclairer les enjeux auxquels sont confrontés la santé de la population et l'exercice de la médecine ?

1. Lutter contre les véritables causes de la maladie

Le discours sur la *qualité* des soins cache l'obsession comptable. Le pouvoir technocratique veut formater les individus par le poids des normes ; il réprime les pauvres, les étrangers, les fous, et médicalise les problèmes sociaux ; soutenu par la désinformation des lobbies privés, il ignore ce qui dépend des conditions de vie, de logement, de travail, d'alimentation et d'environnement. Les inégalités de santé se creusent. Les soignants qui prennent en compte l'histoire et le ressenti des patients peuvent contribuer à identifier les facteurs pathogènes. Le SMG s'allie aux *lanceurs d'alerte*, associations et syndicats préoccupés des questions sociales et écologiques.

2. Imposer une formation adaptée aux besoins

La formation et la recherche font partie de l'activité du généraliste, elles doivent être indépendantes, rémunérées et adaptées aux besoins de santé de la population. La formation s'est construite grâce aux généralistes enseignants, mais les postes de chefs de clinique et de professeurs de médecine générale sont rares et les étudiants boudent les conditions libérales d'exercice. Les centres universitaires et les maisons de santé seront des lieux privilégiés de formation dès le début des études. Le SMG participe à la réflexion sur ces questions.

3. Transformer les conditions de travail

D'autres modes de revenus que le paiement à l'acte attirent les jeunes : salariat, forfaitisation, paiement à la fonction. L'option « médecin référent » allie coordination des soins, éducation à la santé, paiement au forfait et dispense d'avance de frais pour les patients. Les réseaux montrent que le travail pluridisciplinaire est incontournable.

La pénurie de professionnels rend nécessaires les maisons de santé. L'exercice isolé et le paiement à l'acte ne sont pas justifiés. Le SMG participe à la création de structures de santé de proximité indépendantes, avec un travail collectif et la participation des usagers.

4. S'opposer à l'emprise du profit sur la médecine

L'emprise du profit sur la santé progresse et le danger de l'intervention des assureurs apparaît. Les gouvernements européens ne parlent plus de sauver les organismes solidaires de protection sociale, mais distinguent *solidarité* et *responsabilité individuelle*. Ils favorisent les revenus des médecins, les tarifs non opposables et pénalisent les patients (forfaits, franchises, déremboursements). Les activités « rentables » sont laissées aux cliniques privées. Pour le SMG, les structures de soins doivent relever du service public et de la solidarité. L'interdiction de la publicité et la suppression de la visite médicale sont nécessaires pour une information indépendante et transparente sur le médicament.

5. Être responsable devant la collectivité

Les professionnels du soin jouent peu leur rôle de sentinelle. La judiciarisation des rapports ne favorise pas la réflexion autour des pratiques. Même si les associations d'usagers deviennent actives, les institutions freinent toute réflexion collective. Les nouvelles réformes poussent les médecins à un conventionnement individuel dans leur rapport avec la Sécurité sociale, il n'y a pas de lieu où citoyens et professionnels réfléchissent ensemble. Les Ordres professionnels doivent être remplacés par des syndicats représentatifs et des chambres de santé démocratiques et indépendantes.

En guise de conclusion

Si la santé est liée à l'organisation de la société, cela suppose d'envisager un changement profond de ses priorités. Dans un monde toujours plus violent, ces pistes proposées ouvrent le débat, plus que jamais nécessaire, pour une politique solidaire au service de la santé de la population. ■

| La vie du SMG et de la revue <i>Pratiques</i> | Du côté du gouvernement | Du côté des professionnels de santé | Du côté des usagers + société |
|---|--|---|---|
| 1972 | | Parution du livre de Jean Carpentier : <i>Apprenons à faire l'amour</i> | Procès de Bobigny (avortement) Groupe Information Santé (Michel Foucault) |
| 1973 | | Des médecins participent au GIS | Création du MLAC |
| 1975 Congrès constitutif du Syndicat de la Médecine générale (SMG) à Besançon Création de la revue <i>Pratiques</i> | Loi Veil remboursement de la contraception | | Expérience autogestionnaire de LIP |
| 1976 Congrès d'Angers | Lois Veil (amiante-alcool-tabac) | | |
| 1977 | | Création de la SFTG (FMC indépendante) | |
| 1978 Plateforme unitaire entre syndicats de salariés et de médecins, CGT, CFDT, Mutuelles, SMG, SNMG (médecins de groupe), UCMS (médecins salariés) | | | |
| 1979 Création de l'USM : SMG (généralistes), SMT (travail), SMH (hôpital), SMPSP (PMI), SP (psychiatres), SMS (spécialistes) | | | |
| 1980 Bataille contre le secteur 2 par les signataires de la plateforme 78, ainsi que la CSMF | Création du secteur 2 à honoraires libres de la convention médicale | Apparition des réseaux de santé | |
| 1981 Impulsion pour les projets d'USB (Unité Sanitaire de Base) | Election présidentielle de François Mitterrand | Création de la Revue <i>Prescrire</i> | Début de l'épidémie du Sida |
| 1982 Cinquante cabinets SMG avec association d'usagers demandent le statut d'Unités Sanitaires de Base | Création des observatoires de la santé Remboursement de l'IVG | | |
| 1983 Ouverture du centre de santé expérimental de Saint-Nazaire avec trois USB | Article 17 de la loi du 19 janvier permet le financement « d'actions expérimentales de caractère médical et social » | | |
| 1984 Congrès d'Avignon où le SMG se voit refuser la représentativité Contacts SMG MAG en vue de la création de MG-France La revue <i>Pratiques</i> devient la lettre de l'USM | Refus de la représentativité du SMG par le gouvernement Fabius et Georgina Dufoix | Contacts SMG MAG en vue de la création de MG-France | Création de AIDES |
| 1986 Fermeture des USB de Saint-Nazaire | Chirac devient Premier ministre Plan Seguin (ordonnancier bizone) | | Epidémie de la vache folle en Grande Bretagne Catastrophe de Tchernobyl |
| 1987 | | | Création de la Confédération Paysanne |
| 1988 Le SMG membre de droit de MG-France | | Création de MG-France | |
| 1989 Congrès à Sainte-Suzanne sur la place des usagers | | | Création d'Act Up |
| 1990 Parution du livre <i>La réponse médicale à la plainte</i> | Le gouvernement Balladur accorde la représentativité au SML | | |
| 1991 Journées de printemps à Prague Congrès à Châtenay-Malabry sur Médecine, Ethique et Démocratie | Circulaire de juin permettant le financement des réseaux Loi Evin (tabac : interdiction de la publicité) | Premiers réseaux VIH ville hôpital Création du SNJMG (Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes) | |
| 1992 Congrès à Toulouse sur Les images du corps | | | Création d'Asud (Auto-support des usagers de drogues) Création de TRT5 (traitements VIH) Procès Garetta du sang contaminé |

| La vie du SMG et de la revue <i>Pratiques</i> | Du côté du gouvernement | Du côté des professionnels de santé | Du côté des usagers + société |
|--|---|--|--|
| 1993 Journées de printemps à Saint-Malo sur Secret médical et assurances | | | |
| 1994 Congrès de Saint-Nazaire sur La sociologie au secours de la santé | | | |
| 1995 Journées de printemps à Chambéry sur Les réseaux | Autorisation des traitements de substitution pour les toxicomanes | | |
| 1996 Journée de printemps à Cuba Congrès à Avignon sur Le codage des actes | Ordonnances Juppé (Réseaux Soubie ; Loi de financement de la Sécurité sociale : ONDAM ; ARH ; URCAM...) | | Création du CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) Création de l'Andeva (Association de Défense des Victimes de l'Amiante) |
| 1997 Journées de printemps à Saint-Sauves sur La qualité des soins Le SMG suit la mise en place de l'option médecin référent tout en regrettant ses insuffisances | Mise en place du dispositif Option référent | Création de la CNR (coordination nationale des réseaux) Création de l'ISNAR (InterSyndicale Nationale Autonome des Résidents) | |
| 1998 Nouvelle formule de la revue <i>Pratiques</i> en lien avec les éditions Indigènes Congrès à Tournai en Belgique avec les maisons médicales belges | | | Création du mouvement Attac |
| 1999 Congrès du SMG à Saint-Denis Intervention de Pierre Bourdieu SMG membre fondateur d'Attac | Création de la CMU | | |
| 2000 SMG présent à Millau (malbouffe, OMC...) Congrès à Strasbourg sur Le dossier informatique | | | Rassemblement à Millau de soutien de José Bové |
| 2001 Journée de printemps à Lorient procès de défense de la démocratie en danger (autour de la vache folle) | | | |
| 2002 SMG membre du collectif Europe et médicaments | Loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de soins | Création du collectif Europe et médicaments regroupant professionnels et citoyens | Création de la Fondation Sciences Citoyennes |
| 2003 SMG présent au Larzac (la défense de l'accès aux soins, notion de service public pour la santé, inégalités sociales de santé) Intervention théâtrale au FSE | Rapport Chadelat | Création du CoMéGAS, (Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins) | Rassemblement au Larzac contre l'OMC Canicule : 15 000 morts en France |
| 2004 Intervention du SMG au FSE, à l'université d'été d'Attac sur la santé au travers de formes théâtrales (commedia dell'arte, Petit chaperon rouge) | Loi Douste Blazy de réforme de l'Assurance maladie (forfait de 1 € par acte, parcours de soins coordonné) | | |
| 2005 Congrès à Nantes avec le collectif « notre santé n'est pas une marchandise » et l'Amedref Parution du <i>Guide pratique contre les méfaits de la Réforme de l'Assurance Maladie</i> | Interruption de l'Option médecin référent | Création de l'Amedref Défense de l'Option référent Création d'Espace généraliste Création du SNEMG (généralistes enseignants) | |
| 2006 Journée de printemps à Paris sur Les maisons de santé de proximité | | Création de la Case de santé à Toulouse | Création du mensuel <i>Que choisir santé</i> sur abonnement |
| 2007 Nouvelle formule de la revue <i>Pratiques</i> création du Collectif contre les franchises | Election présidentielle de Nicolas Sarkozy | Création du Collectif des Jeunes Médecins Contre les Franchises devenu Collectif Solidarité-Santé | Création du Collectif contre les franchises |
| 2008 Congrès à Malakoff sur la transmission « Réécrire la médecine, un pari toujours actuel » | Instauration des franchises Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires | | Le CISS proteste contre les diminutions de remboursement des ALD |

Désectoriser

Christiane Vollaire, philosophe

Transmettre n'est pas simplement communiquer. Si communiquer suppose en effet la simple possibilité pour l'émetteur de passer un message, la transmission nécessite une activité du récepteur, un lien qui demeure, une responsabilité réciproque entre émetteur et récepteur, dont chacun doit avoir à répondre devant l'autre. Ce que la transmission engage n'est donc pas seulement un discours donné, mais un mode de pensée, de relation et d'existence. Cette nécessité de transmettre des valeurs communautaires, elle était chevillée au corps de Patrice Muller comme elle demeure, après lui, chevillée au cœur de la revue *Pratiques*.

Qu'est-ce que notre actualité ?

Cet engagement de la transmission, on le pense généralement d'abord comme transgénérationnel. C'est ainsi qu'il permet de faire perdurer des modes de pensée et de comportement, mais aussi de les faire vivre, de les modifier, de les adapter, de les métamorphoser pour leur donner une nouvelle vitalité. Foucault montrait ainsi que l'esprit des Lumières n'était pas un strict respect de la lettre des auteurs du XVIII^e siècle, mais au contraire la manière dont leur regard distancé sur leur propre époque nous permettait de penser la nôtre, et d'engager une réactualisation de leur discours. Il posait ainsi, dans une relecture de l'article de Kant « Qu'est-ce que les Lumières ? », la question : « Qu'est-ce qu'être actuel, ou qu'est-ce que notre actualité ? ».

Cela signifie aussi : « Que modifions-nous dans la réception de ce qu'on nous transmet ? » Et « Qu'est-ce qui sera modifié dans la réception de ce que nous transmettons ? » Et c'est précisément cette instabilité, cette labilité générée par la transmission qui la rend vivante.

A cette labilité se sont toujours opposées toutes les formes d'académisme, et les conformismes qu'elles génèrent. Ce sont ces conformismes et ces académismes que, par la création et par le mouvement même de la revue *Pratiques*, Patrice cherchait à combattre, parce qu'ils sont toujours porteurs de réaction. Et le moyen pour les combattre était cet art qu'il avait de glisser d'un domaine à l'autre, de mettre en relation et en communication des disciplines apparemment étanches, de solliciter des représentants de pratiques différentes, et surtout de chercher toujours les passerelles les plus efficaces entre théorie et pratique.

La transmission entre les disciplines

Ainsi, la transmission ne se fait pas seulement entre des sujets, mais aussi entre des formes de discours, entre des disciplines, entre des champs d'investigation. Elle consiste toujours à fluidifier les relations entre les domaines pour rendre la réflexion plus performante. A chaque fois qu'une avancée se produit, c'est par cette interaction entre les discours, et c'est cette transdisciplinarité qui permet d'interroger un ordre social, de critiquer une décision politique, de questionner une mesure économique, de dénoncer un postulat religieux. Cette fluidité est donc la condition



même du maintien d'un regard critique : c'est elle qui donne du recul et, maintenant la distance entre un sujet et son objet, évite l'écueil de la myopie intellectuelle.

Transmettre, c'est donc toujours aussi solliciter, lancer des passerelles, déssectoriser les formes de savoir et les formes d'action, déverrouiller les frontières que les traditions ont souvent instaurées entre les disciplines. Un des multiples exemples qu'il a donnés de cette volonté de déverrouillage a été la proposition faite à l'Université Paris 7 du projet « La Médecine en débat » : conçu comme un lieu d'échanges entre théoriciens et praticiens, mais surtout comme un lieu où des praticiens affirment leur besoin de réflexion, en même temps que leur capacité à fournir les matériaux et les outils de cette réflexion. Dans le temps même où des « professionnels de la théorie » se rendent aptes à se saisir de ces matériaux, à intégrer ces nouveaux apports, et par là même à modifier et à reconsidérer leur champ d'investigation.

Théorie et pratique

Les réticences auxquelles ce projet s'est affronté, les hostilités qu'il a rencontrées, ont été de deux ordres. C'est d'une part l'antique hiérarchie, très aristotélicienne, entre théorie et pratique, qui tend à valoriser la « contemplation intellectuelle » au détriment de l'activité matérielle. Ce partage du corps social, dont la réalité n'a cessé de montrer l'inefficacité, demeure un partage symbolique, en dépit de la façon dont il a été puissamment récuse par des penseurs comme Descartes, affirmant que la théorie doit toujours être au service de la pratique, et récusant la « *speculatio* » de la pensée scolastique comme inutile et sans objet. L'académisme universitaire demeure une tradition forte, même si elle n'est pas universellement partagée au sein de l'université. Et, au sein même d'une pensée de la médecine, la relation au praticien demeure problématique.

Mais une autre forme de réticence est liée à l'autre passerelle, celle qui lie la pratique médicale à une pensée politique. Du champ de la pensée épistémologique au champ de la pensée politique, les cloisonnements sont aussi forts que du champ de la pratique médicale à ces deux modes de pensée. Et si une pensée épistémologique (de réflexion sur les sciences médicales) a déjà du mal à se frayer un chemin dans la formation des médecins (et plus encore dans celle des professions paramédicales), une pensée du politique, et des implications de l'action médicale dans le

devenir collectif d'une réalité sociale, apparaît comme un véritable danger de discrédit.

Le discrédit jeté sur le politique

Plus encore, dans le contexte de ce projet commun, l'engagement militant de la revue *Pratiques* était perçu non comme la rigoureuse application d'une réflexion théorique, mais au contraire comme sa dévaluation, ou même comme sa corruption : quelque chose qui rendait la revue intellectuellement douteuse et peu fréquentable.

On touche ici au cœur d'une constante très contemporaine au sein des milieux universitaires des années 2000 : le discrédit jeté sur la pensée critique, dont se plaignent tous les chercheurs engagés. Qu'elle soit de sociologie, d'anthropologie, d'histoire ou de philosophie, toute recherche conduisant à un regard critique sur la réalité politique contemporaine se voit qualifiée de « non scientifique », d'emblée discréditée dans sa valeur intellectuelle. Ce discrédit engage évidemment de redoutables formes d'auto-censure : aucun chercheur n'a intérêt à risquer la disqualification de son travail. Et, comme toujours, la prétendue « neutralité scientifique » n'est rien d'autre que la façade donnée à la légitimation des pouvoirs en place. Il est « neutre » de justifier, implicitement ou explicitement, le point de vue techniciste et notabiliaire de l'Ordre des médecins, mais « non scientifique » de mettre en évidence les soubassements économiques et idéologiques de sa position.

La volonté, donc, de créer ces voies de transmission, d'une discipline à une autre, d'une activité théorique à une activité pratique, d'un questionnement sur l'épistémologie à un questionnement sur la relation au patient, d'une pensée de la technique à une pensée du politique, d'une réflexion intellectuelle à un engagement militant, toute cette fermentation très vibrante qui animait la volonté de Patrice, il savait qu'elle constituait non pas une évidence communément reçue, mais au contraire un combat à mener sur des fronts très différents. Et c'est cette conviction qui le poussait à créer ces liens entre les domaines et entre les personnes. A être en quelque sorte le « neurotransmetteur » de cette énergie, dont lui-même s'alimentait au sein de la revue. En cela, il était le représentant d'un véritable esprit « généraliste », qui ne devrait pas concerner seulement la médecine, puisqu'il est la condition même de la vie. ■

La fabrique d'un collectif

Clotilde Mahaut, psychiatre, praticien hospitalier, membre du collectif SOLidaRité-Santé

Lors des grèves de décembre 2007, en réaction au PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) 2008, est né le collectif SOLidaRité-Santé. Ce large mouvement de jeunes médecins, qui s'est cristallisé sur les articles qui concernaient « l'installation », sur le mode libéral, progressait en parallèle avec les réflexions plus globales sur le système de santé et ses politiques. La question des franchises, révélatrice du sombre sabordage de notre Sécurité sociale, était alors motrice dans les luttes et les réflexions qui s'engageaient. Un débat est né. Les futurs médecins capables de s'indigner contre la suppression de la « liberté d'installation » s'inquiétaient-ils aussi des réformes profondes mettant en cause l'accès aux soins et la survie de la Sécurité sociale ?

Être jeune médecin aujourd'hui, avec son parcours professionnel devant soi, n'est pas sans susciter de nombreuses questions. Le paysage dans lequel nous allons pratiquer s'élargit avec « l'avancée de la science », mais se rétrécit du côté de l'accès aux soins.

Le corps médical éclaté ?

Il faut se garder des tendances de la médecine à catégoriser, diviser, séparer. J'ai eu le sentiment, assez tôt, que la prise en charge « globale » était réservée au médecin généraliste tandis que l'hôpital dispensait ses soins organe par organe. Pourtant, celui qui est hospitalisé est le même qui sort et revient chez lui.

Une formation de qualité peut apporter beaucoup aux pratiques soignantes. Quelques évolutions sont à saluer. La réforme des études médicales, avec les « certificats intégrés » ou modules, apporte une transversalité dans la vision du corps (« maturation et vulnérabilité » ou « de la conception à la naissance »), l'introduction, à petite dose (homéopathique ?) de sciences humaines dans les premières années contribue également à façonner nos pratiques. Il n'y a plus qu'un seul internat qui

réunit enfin les généralistes et les spécialistes.

Mais, parallèlement, le flot de réformes du système de santé est inquiétant. Elles vont modifier et contraindre nos pratiques : le public doit s'aligner sur le privé, les choix économiques passent avant les choix thérapeutiques.

Par ailleurs, depuis trop longtemps, il y a un déficit de temps soignant, avec pour résultat une offre qui ne suit pas la demande. Elle provoque, pour les soignants, une course délétière, fatigante et nocive pour les soins. La durée des consultations doit se réduire, au risque d'aller vite, pour expliquer au patient son traitement, et l'observance peut être moins bonne. La durée de séjour à l'hôpital s'écourte et le patient, moins bien soigné revient très vite, car il rechute.

La récente introduction de la tarification à l'acte est emblématique de ce qui menace l'efficacité de notre système. Nous voilà envahis par l'acte au sens vénal du terme. Ce mot peut pourtant être plus ouvert et polysémique.

Par exemple, dans un hôpital de jour pour enfants, souffrant soit de psychoses, soit de troubles sévères de la personnalité, qu'allons-nous considérer comme acte médical, alors que chaque acte est important ? Dans un CMP de banlieue « défavorisée » pour une consultation, il faut parfois plusieurs réunions ou appels téléphoniques en amont, tant le tissu social est démaillé et est à retisser. En tant que soignants, nos actes nous engagent...

Le médecin a besoin de laboratoires pour chercher des nouvelles molécules thérapeutiques, mais aussi de laboratoires d'idées.

Entendre, se parler, échanger sur toutes ces questions, sans oublier d'y éprouver du plaisir et nous retrouverons de la liaison, du facteur pensant et des idées ressources pour réécrire nos pratiques soignantes et ne pas lâcher dans nos élans de luttes. ■

Créer des opportunités

José Guerra, médecin généraliste, membre pour du collectif SOLidarité-Santé

Septembre 2007, proposition de loi qui vise à réguler la zone d'affectation des jeunes médecins à l'issue de l'internat. Un mouvement de protestation des internes débute, peu de temps après, la grève est décidée.

Jeune interne, je me rends à l'Assemblée générale écouter les revendications et prendre le pouls de la mobilisation.

Face à un préjudice pour le corps médical, l'argument de la fin de la Sécurité sociale est utilisé afin de trouver l'adhésion des Français. Cet argument utilitaire fait mouche, et provoque mon soutien à la lutte. Je décide d'adhérer au Comité d'action, qui se constitue pour dynamiser un mouvement peu habitué aux luttes politiques. Quelques actions sont réalisées, mais très vite, l'enthousiasme fait place à la déception. Déception envers des revendications, qui se cantonnent à des problématiques corporatistes, sans solidarité avec d'autres périls pour notre système de santé, comme l'instauration des franchises.

Au sein de ce comité d'action, quelques déçus ont la volonté de défendre le droit à une santé de qualité pour tous, la Sécurité sociale universelle contre l'argent roi, modeleur et discriminant de la société.

Ainsi, nous étions une petite dizaine à participer à la manifestation contre les franchises. Fiers de représenter les internes, de montrer qu'une partie aspire à une amélioration partagée du système de soin, sans rester arc-boutée sur ses privilèges. Nous avons été heureux de la sympathie et des encouragements des autres militants.

A partir de cette manifestation, des liens se sont

noués, des réunions organisées, un collectif s'est créé. Six mois à l'étranger m'ont fait vivre par procuration la fin de la grève et le lancement d'une vraie dynamique par le collectif.

En lisant aujourd'hui les vignettes, et en découvrant l'histoire du Syndicat de la Médecine Générale (SMG), une génération plus tôt, plusieurs émotions se succèdent.

L'admiration quant aux réalisations : le SMG, les revues *Pratiques* et *Prescrire*, les Unités Sanitaires de Base.

L'enthousiasme pour une médecine utopique, pour un mouvement généreux qui a exalté l'idée d'un système de soin qui place l'homme en son centre.

La désillusion face aux difficultés qui ont été érigées sur la route, à une résistance féroce et agressive, aux grandes occasions manquées telle la représentativité du courant de la SMG dans les instances de la Sécurité sociale.

A la fin de la lecture, je nage dans un océan de résignation, mais progressivement, telle l'aurore, l'espoir et la combativité apparaissent.

En effet, il est accrochant de voir que dans la plupart des histoires vécues ici, l'engagement débute par une rencontre, une opportunité, un hasard. Cela fait prendre conscience que nous sommes nombreux (acteurs et usagers de la santé) à espérer un progrès sanitaire, à vouloir une amélioration du système et des pratiques de soin, et à être prêt à défendre une telle démarche.

Créons ces rencontres ! Créons ces opportunités, afin de fédérer ces volontés et de continuer à combattre pour cette médecine utopique ! ■



Et maintenant ?

Un chantier à continuer, des questions à débattre, et des pistes à explorer, c'est ce à quoi nous invite ce dossier.

Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Le constat n'est pas réjouissant. L'accès aux soins est de plus en plus difficile, les inégalités sociales de santé s'aggravent, les jeunes médecins se détournent des soins de proximité, et des territoires entiers se retrouvent sans professionnels de soin, pendant que l'hôpital public est étranglé par la rigueur budgétaire.

Pourtant, ce n'est pas compliqué. Comme le disait Patrice Muller : « L'idée n'est pas de changer tout par une décision venue d'en haut, mais d'encourager ceux qui veulent s'engager dans des expériences innovantes, incluant soin et prévention, et facilitant l'accès aux soins ».

Pourquoi les professionnels n'ont-ils pas voulu d'une transformation qui aurait pu rendre leurs conditions de travail plus adaptées à leurs missions ?

L'industrie pharmaceutique, qui tient la presse médicale, la fascination technologique et le refus de sortir du paiement à l'acte ont probablement joué un rôle.

Pourquoi les usagers sont-ils si peu nombreux à défendre une conception des soins qui inclue accompagnement, transmission des savoirs et travail en équipe ? Dans ce pays,

la santé continue à être pensée comme une question individuelle, les dangers des industries polluantes sont occultés, l'attachement à la liberté de choix du médecin est confondu avec le maintien du paiement à l'acte.

Enfin, pourquoi les autorités, de gauche comme de droite, ont-elles refusé la représentativité à notre courant se condamnant à un face à face boiteux avec le « syndicat médical majoritaire » ? Pourquoi, dans la culture des élites politiques, les questions de santé demeurent-elles un point aveugle qui relèverait exclusivement des médecins ?

Comment aurions-nous pu mieux réussir dans nos tentatives d'alliances avec nos collègues moins « politisés » ou avec les représentants des citoyens ?

Reste qu'aujourd'hui, toutes les questions que nous avons posées demeurent d'actualité et que les politiques publiques mises en place n'y répondront pas. Quels pourraient être les leviers du changement aujourd'hui ?

Le recrutement de jeunes médecins issus d'avantage des milieux aisés fait qu'ils mesurent mal le poids des difficultés sociales des patients. La sélection par les matières techniques et l'esprit de compétition rendent les étudiants réticents face aux implications humaines qu'exige la médecine générale. Dans le même temps, la féminisation peut faire évoluer la profession. Nos jeunes collègues femmes sont plus intéressées par le salariat ou le paiement au forfait que par la course aux actes.

La désertification de certains territoires va obliger les pouvoirs publics à encourager les maisons de santé de proximité. A nous d'aider les professionnels et les usagers à ne pas se contenter de nouveaux locaux, mais d'exiger un contenu, c'est-à-dire un vrai travail d'équipe, pluridisciplinaire, indépendant, en lien avec les usagers.

L'émergence de la culture écologique, la reconnaissance de la toxicité des produits chimiques, la prise de conscience croissante des usagers vont favoriser la fonction de « sentinelle », de « lanceurs d'alerte » des professionnels de santé. Il leur faudra consacrer du temps à la santé publique.

La dénonciation du travail de lobbying des grands groupes privés se heurte à leurs énormes moyens. Mais les batailles autour de l'accès aux médicaments pour le Sida, la lutte contre les OGM montrent que le mouvement citoyen peut faire changer les choses.

Le pari de poursuivre la réécriture de la médecine reste très actuel. La revue *Pratiques* continuera d'accueillir tous ceux qui, prenant appui sur les questions du soin et de santé, cherchent à améliorer le système de soins et à participer à un changement de société. ■

« Pourquoi, dans la culture des élites, les questions de santé demeurent-elles un point aveugle ? »



magazine

L'Ordre condamne encore

Marie Kayser, médecin généraliste

Le docteur Francis Remark, psychiatre à Périgueux, s'est vu confirmer par l'Ordre national des médecins le blâme qu'il avait reçu au niveau régional. Il avait adressé à des confrères, sous le couvert du secret médical, et avec l'accord de son patient étranger malade, un compte-rendu clinique pour organiser, par une pétition, une pression sur les services de la préfecture et obtenir le droit au séjour pour son patient. Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins avait porté plainte pour violation du secret médical.

Comme le souligne le docteur Remark ¹ « la Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des

Médecins me reconnaît le droit de soigner... mais fait silence sur le devoir de soigner qui est pourtant une obligation... Pour avoir voulu et obtenu pour mon patient la reconnaissance de ses besoins de soins et de protection, de façon à assurer les conditions d'une vie à reconstruire, je suis sanctionné. Il faut bien que ce soit pour une personne étrangère qu'un médecin soit sanctionné pour avoir, avec les moyens qui s'imposaient, obtenu le respect des soins et de la dignité de son patient... ».

¹. <http://ldh-perigueux.blogspot.com/>

Pétition du Comede

La déontologie médicale est universelle, elle s'applique aussi pour les malades étrangers ¹.

C'est la pétition signée actuellement par 524 médecins à l'appel du Comede (Comité Médical pour les Exilés).

Ils rappellent qu'il y a dix ans, l'Assemblée nationale a voté l'obligation de la continuité des soins pour tout étranger résidant en France dont « l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité sous réserve qu'il ne puisse bénéficier effectivement des traitements appropriés dans son pays d'origine ».

Ils soulignent qu'aujourd'hui, « l'application pratique de ce droit se dégrade considérablement. Au cours des derniers mois et dans toute la France, des médecins de plus en plus nombreux se sont vus refuser par les préfectures la transmission au Médecin inspecteur de santé publique (MISP) des informations médicales destinées à la continuité des soins de leurs patients étrangers ».

Ne pouvant « accepter que les principes de la déontologie médicale s'effacent devant les mécanismes de la lutte contre l'immigration », ils appellent les médecins à les rejoindre en signant cette pétition « pour que soient respectés notre exercice de médecins et les missions qui sont les nôtres pour la continuité des soins ». **MK**

¹. Voir l'intégralité de la pétition et la signer sur le site du Comede : <http://www.comede.org/spip.php?page=index>



Le CoMéGAS saisit la HALDE

IMartine Devries, médecin généraliste

En 2006, un testing fait par Médecins du Monde auprès de praticiens libéraux avait montré qu'une proportion notable d'entre eux refusait, plus ou moins explicitement, de recevoir et de soigner des bénéficiaires de la CMU. Le CoMéGAS avait saisi la HALDE, une première fois. La HALDE avait à l'époque confirmé et précisé le caractère discriminatoire de ces refus de soins et recommandé aux organismes de Sécurité sociale de prendre les mesures nécessaires d'information des usagers et des professionnels de santé. Le conseil de l'Ordre des médecins de certains départements avait réagi en excusant les praticiens, arguant de la difficulté de soigner ces populations du fait de leurs exigences et de leur irresponsabilité ! C'était déjà scandaleux. Plus fort, la circulaire de la Sécurité sociale du 30 juin 2008¹ autorisant (ou incitant) les praticiens libéraux à porter plainte auprès d'elle contre les bénéficiaires de la CMU, et seulement contre ceux-là, s'ils se conduisent mal (comme ne pas prendre son traitement, ne pas venir à l'heure au rendez-vous). Le caractère discriminatoire de cette circulaire a amené le CoMéGAS à saisir une nouvelle fois la HALDE, et à le faire savoir par un communiqué de presse le 20 août dernier². L'idée que les bénéficiaires de la CMU se comporteraient moins bien que le reste

de la population ne repose sur aucune preuve. La « bonne éducation » n'est pas plus le privilège de ceux qui payent que la « mauvaise », celui de ceux qui ne payent pas pour des motifs économiques et sociaux. Affirmer que la gratuité des soins déresponsabiliserait les patients est une contre-vérité, autant dire un mensonge. Les études l'ont établi. Le CoMéGAS rappelle que, plus on descend dans l'échelle sociale, plus les populations sont malades, et plus tôt elles meurent. Il conclut : « La question de l'accès aux soins des plus défavorisés est un problème majeur de santé publique. Le ministère de la Santé et la Sécurité sociale ont raison de s'en saisir, mais il est aberrant de penser résoudre ce grave problème à travers la stigmatisation de ceux qui en sont victimes. Le CoMéGAS réclame la mise en place, entre autres par la formation professionnelle conventionnelle financée par la Sécurité sociale, d'une formation des médecins à la problématique des inégalités sociales de santé, aux réalités des vies des populations précarisées, et aux spécificités sanitaires et relationnelles de leur prise en charge. » Il demande également que cette circulaire soit abolie. ■

1. <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/cgi-ameli>

2. <http://www.leblogducomegas.blogspot.com/>

La loi des jungles

La CFDA (Coordination française pour le Droit d'Asile) a fait, de mai à juillet 2008, une enquête et publié un rapport¹ sur la situation des exilés sur le littoral de la Manche et de la mer du Nord. Ce rapport est passionnant, il est à la fois extrêmement précis et détaillé sur tous les aspects de la vie des exilés, sur les activités des humanitaires et celles de la police et des services de sécurité, il comporte de nombreux témoignages, et entretiens. Et en même temps, il permet d'appréhender de manière globale, et politique, la situation qui est faite à ces migrants refoulés, dont les Européens ne veulent pas, qu'ils n'expulsent pas tous et à qui, néanmoins, ils n'accordent pas les

droits fondamentaux. Les lecteurs qui ne connaissent pas la situation la découvriront avec intérêt, pour ceux qui la vivent au quotidien, ce rapport sera un outil bienvenu de réflexion. Le rapport se conclut par dix-neuf recommandations regroupées autour de cinq thématiques : le respect du droit d'asile, l'obligation d'accueillir dignement les migrants, dont les demandeurs d'asile, la protection des personnes vulnérables (malades, mineurs) l'arrêt des pressions policières et les droits des personnes maintenues en détention. À lire absolument ! **MD** ■

1. Coordonné par Karen Akoka et Olivier Clochard <http://cfda.rezo.net>

Sida : pénurie à Mexico

Marie Kayser, médecin généraliste

« Malgré le déblocage de milliards de dollars, la mise en place à grande échelle d'un traitement efficace pour les malades continue de poser des problèmes. Les progrès réalisés pour élargir l'accès au traitement restent très insuffisants... Environ 70 % des personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral n'y ont pas accès...¹ »
C'est le constat alarmant de Médecins Sans Frontières à l'occasion de la Conférence mondiale contre le sida, qui s'est déroulée à Mexico en août 2008.

« Aucun(e) responsable politique français(e) à la conférence mondiale contre le sida.
8 000 mort(e)s par jour : Sarkozy est-il indifférent ou a-t-il peur de la colère des malades ? »
« La France n'octroie que 205 millions d'euros par an à la lutte contre le sida, alors qu'elle devrait en

donner 1 milliard pour tenir sa promesse de participer à l'accès universel aux traitements anti-sida pour 2010 ». ²

Act Up dénonce :

- L'absence à cette conférence de responsable politique français, et en particulier de la ministre de la Santé qui était en Chine pour les Jeux Olympiques.
- Le montant trop faible accordé par la France à la lutte contre le sida et le gel de cette somme.
- La non-condamnation par la France de la répression qu'exercent les autorités chinoises sur les activistes de la lutte contre le sida et les activistes homosexuel(le)s. ■

1. <http://msf.fr/2008/08/05/887/sida-conference-de-mexico/>

2. <http://www.actupparis.org/article3462.html>

« Accès à l'emprunt : la plaie pour les malades ! »¹

Les personnes avec un risque aggravé de santé continuent à faire face à des obstacles d'ordre administratif ou économique insurmontables pour accéder à l'assurance et, par voie de conséquence, à la propriété. Les engagements pris, notamment par les banques et les assurances, dans le cadre de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) entrée en vigueur en 2007 ne sont pas tenus.

Telles sont les conclusions de l'enquête menée fin 2007 par l'*UFC-Que Choisir* dans 625 agences bancaires et sur 50 dossiers, suivis de bout en bout.

Que Choisir relève dans les établissements une méconnaissance de cette convention, un défaut d'information des clients sur celle-ci, des atteintes à la confidentialité des données sur l'état de santé. Les barrières économiques sont majeures : malgré des primes d'assurance deux à trois fois plus chères, les assureurs réduisent très souvent la couverture du risque au seul décès et excluent le risque d'invalidité, par exemple.

Pour mettre fin à cette discrimination, l'*UFC-Que Choisir* plaide pour un véritable droit opposable à l'assurance en vue d'acquiescer sa résidence principale. **MK** ■

1. Communiqué de presse de l'*UFC-Que Choisir* de juin 2008.

Voir l'intégralité du communiqué, les propositions de Que Choisir et le texte de la convention AERAS sur :

www.quechoisir.org/Position.jsp?id=Ressources:Positions:817EDCD26855361C125745E002



Au petit jeu des firmes pharmaceutiques

■ Marie Kayser, médecin généraliste

En Loire Atlantique : Qui a tort ?

Courrier de l'AFS (Association pour la Formation en Santé) ¹ à Monsieur le Président de l'Association Cap Santé Plus 44 organisatrice de la campagne départementale de dépistage des cancers du colon.

« Nous protestons contre la présence des firmes pharmaceutiques dans le cadre d'une campagne nationale de dépistage. D'autres départements ont organisé les mêmes réunions en totale autonomie face à l'industrie pharmaceutique. Même si les représentants du laboratoire n'interviennent pas dans le contenu de l'information, les introduire dans de telles réunions conforte leur crédibilité par rapport aux médecins et renforce l'impact de la visite médicale. »

Réponse du Président de Cap Santé Plus qui est aussi Président de l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies des Pays de Loire.

« ... Ce soutien (de l'industrie pharmaceutique) est important car vous pouvez imaginer la facture globale des 40-50 réunions pour lesquelles nous n'avons aucun financement (hors rémunération des formateurs)... Deux conditions ont été impérativement négociées : l'absence d'exclusivité et l'extrême discrétion en matière de publicité... Concernant l'influence des visiteurs médicaux sur le comportement des médecins généralistes, je fais confiance aux capacités de décision objective des praticiens et à leur volonté de respecter une certaine déontologie. »

tion en matière de publicité... Concernant l'influence des visiteurs médicaux sur le comportement des médecins généralistes, je fais confiance aux capacités de décision objective des praticiens et à leur volonté de respecter une certaine déontologie. »

Le Président de Cap Santé Plus 44 a tort... de ne pas faire confiance au bon sens commercial de l'industrie pharmaceutique : si elle consacre plus de 25 000 € par an et par médecin généraliste à la visite médicale, c'est bien pour influencer les prescriptions des médecins aux dépens de la qualité des soins et des finances de l'Assurance maladie.

A La Réunion, les médecins de l'URML (Union Régionale des médecins libéraux) ² ont raison : ils ne font aucune confiance à l'information apportée au grand public par les firmes pharmaceutiques qui veulent vendre leurs vaccins (voir ci-dessous). ■

1. L'AFS de la région nantaise est affiliée à la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) qui s'est toujours battue pour que la formation continue soit indépendante, en particulier des firmes pharmaceutiques.
2. Cf. le site : www.urml-reunion.net/

URML
Union Régionale
des Médecins Libéraux de la Réunion

DES MEDECINS GENERALISTES
VOUS INFORMENT :

MALGRE LA FORTE MEDIATISATION CONCERNANT
LA VACCINATION CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

Savez-vous :

1/ QUE SON EFFICACITE AU DELA DE 5 ANS N'A PAS ETE DEMONTRÉE
2/ QU'ELLE NE PROTEGE PAS CONTRE tous les types de VIRUS RESPONSABLES de cancer
3/ QUE SA TOLERANCE A LONG TERME EST INCONNUE

Même en cas de vaccination,
LA MEILLEURE PREVENTION du cancer du col de l'utérus
RESTE SON DEPISTAGE PAR UN FROTTIS tous les trois ans.

LA DETECTION d'une éventuelle anomalie permet alors de la GUERIR
AVANT MEME QUE LE CANCER NE SE MANIFESTE.

Parlez-en à votre médecin généraliste

Pour toute information sur le sujet, consultez le site de l'URML
www.urml-reunion.net puis DDI?

Campagne d'information, entièrement financée par les généralistes de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la Réunion.

Le Monde
des 7 et 8 septembre 2008.

Non au fichier EDVIGE

Marie Kayser, médecin généraliste

Fin septembre, plus de 200 000 personnes et plus de 1 000 organisations ont signé la pétition¹ demandant le retrait du décret autorisant la mise en place du fichier EDVIGE (Exploitation documentaire et valorisation de l'information générale). Un recours a été déposé devant le Conseil d'Etat.

Ce fichier accroît considérablement les capacités de fichage des citoyens. Il permet de recenser toute personne « ayant sollicité, exercé ou exerçant un mandat politique, syndical ou économique ou qui joue un rôle institutionnel, économique, social ou religieux significatif ». Sans exception, toutes les personnes engagées dans la vie de la cité sont donc visées.

Il recense également à partir de l'âge de 13 ans, « les individus, groupes, organisations et per-

sonnes morales qui, en raison de leur activité individuelle ou collective, sont susceptibles de porter atteinte à l'ordre public » (étaient jusqu'ici fichées « les personnes majeures qui, par leurs actions violentes, étaient susceptibles de porter atteinte à la sûreté de l'Etat »).

Devant cette mobilisation, le gouvernement vient de transformer EDVIGE en EDVIRSP (Exploitation documentaire et valorisation de l'information relative à la sécurité publique), mais n'a reculé que très partiellement sur les aspects les plus controversés du texte.

La mobilisation se poursuit pour obtenir le retrait d'EDVIGE et de tout texte qui viserait à le sauvegarder sous une forme déguisée. —

1. Voir le site du Collectif Non à Edvige : <http://nonaedvige.ras.eu.org/>

Secteur optionnel : une menace¹

Les Caisses d'Assurance maladie, les organismes complémentaires et quatre syndicats de médecins ont acté le 24 juillet 2008 un « point d'étape » pour la mise en œuvre du secteur optionnel : secteur à dépassements « encadrés »².

Pour l'instant les positions semblent diverger :

- les caisses et les organismes complémentaires présentent ce secteur comme ouvert uniquement aux médecins de secteur 2 ;
- les syndicats de médecins veulent que ce droit à dépassement, revendiqué initialement par les chirurgiens, soit progressivement étendu à toutes les spécialités et concerne aussi les médecins du secteur 1.

Ne nous laissons pas leurrer :

Ce secteur ne sera en rien optionnel pour les patients : ce sera un droit au dépassement pour tous les spécialistes et bientôt ouvert à tous les médecins, et à terme, il n'y aura plus de tarif opposable.

Les dépassements « encadrés » remplaceront le tarif opposable du secteur 1 et les dépassements

« libres » du secteur 2 persisteront. Le reste à charge des assurés augmentera. Ceux qui en auront les moyens se tourneront vers les assurances complémentaires dont les prix augmenteront, les autres seront obligés de renoncer aux soins.

Ce secteur est une mauvaise réponse à la question de la rémunération des médecins. Il va permettre de revaloriser le tarif des actes médicaux aux dépens des patients, mais laissera intact le problème des inégalités de revenus, liées au paiement à l'acte, et le différentiel des tarifs entre catégories de médecins. **MK** —

1. Voir le dossier complet sur le site de *Pratiques* :

<http://www.pratiques.fr/SECTEUR-OPTIONNEL-un-danger.html>

2. Secteur 1 : dit « à tarif opposable », pas de dépassements d'honoraires. Secteur 2 : droit aux dépassements d'honoraires (sauf pour les bénéficiaires de la CMU). L'Assurance maladie rembourse toujours sur la base du tarif opposable. L'accès au secteur 2 est depuis 1990 réservé aux praticiens nouvellement installés ayant des titres hospitaliers.

Projet de loi « Hôpital Patients Santé Territoire »

Marie Kayser, médecin généraliste

Ne nous laissons pas ensorceler par « le chant des sirènes ». Les difficultés d'accès aux soins vont augmenter.

Le titre I « modernisation des établissements de santé », inspiré par le rapport Larcher¹ met en place une « équivalence » de plus en plus grande entre hôpital public et cliniques privées. Elle permettra la suppression de services publics jugés non rentables et conduira le patient en cliniques privées sans garantie de tarifs opposables. L'hôpital public devient un hôpital entreprise : tous les pouvoirs sont donnés aux directeurs administratifs eux-mêmes sous tutelle des Agences Régionales de Santé. Le statut de la fonction publique est remis en cause par l'introduction au sein de l'hôpital public d'une activité libérale et d'un nouveau statut contractuel pour les praticiens hospitaliers, avec rémunération variable à l'activité. Le personnel pourra être « intéressé » aux résultats...

Le titre II « Accès de tous à des soins de qualité » reste silencieux sur les modalités d'organisation et de rémunérations qui permettraient au généraliste d'assurer les fonctions dont on le crédite. La planification par régions des étudiants admis en 2^e année de médecine et des internes est totalement insuffisante pour solutionner les inégalités territoriales de santé. La « limitation » des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU masque l'absence de mesures permettant un meilleur accès aux soins : tiers-payant généralisé, suppression des franchises et autres forfaits et des dépassements d'honoraires. La formation continue des médecins est mise sous tutelle du ministère. La formation « conventionnelle » perd son organisme de gestion spécifique et son budget dédié, ce qui fait peser une menace sur son indépendance face aux firmes pharmaceutiques.

Le titre III « Prévention et santé publique » « règle » la question de la santé des jeunes en interdisant les « cigarettes bonbons » et la vente d'alcools pour les mineurs.

Il met en place une « éducation thérapeutique », partie prenante du parcours de soins, qui soulève de grosses inquiétudes : sera-t-elle imposée au patient sous peine de moins bonne prise en charge ? Quelle en serait alors l'efficacité ? Par qui seront formés les « éducateurs en santé » ? Qui seront les promoteurs des programmes d'éducation ? Il y a de forts risques que cette « éducation thérapeutique » ouvre aux firmes pharmaceutiques la porte des patients, ce que le législateur leur avait refusé jusqu'à présent.

Le titre IV met en place les Agences Régionales de Santé (ARS) qui regroupent toutes les missions d'organisation du système de santé, réduisant le peu de pouvoir qui reste encore aux caisses d'Assurance maladie, et permettant au gouvernement d'imposer sa politique en matière de santé.

Dans le même temps, le gouvernement négocie avec les syndicats médicaux un secteur dit « optionnel » à dépassement d'honoraires, parle de retour à l'équilibre de l'Assurance maladie pour 2012, prévoit de baisser les remboursements effectués par l'Assurance maladie en renvoyant les patients vers les complémentaires.

Résistons collectivement au chant des sirènes, défendons le droit de toute personne d'accéder à des soins de qualité, défendons l'Assurance maladie solidaire et un hôpital public accessible à tous. —

1. <http://www.pratiques.fr/-Actualite-.html> : Ne laissons pas asphyxier l'hôpital public, mai 2008

L'automédication, dans quel objectif ?

■ Daniel Coutant, médecin généraliste

Des médicaments en « libre service » chez les pharmaciens : les « consommateurs » comparent les prix et jouent la concurrence. Etrange vision de la santé publique !

Depuis la création du conseil pour l'automédication en 2001, le dynamisme de l'AFIPA (Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable), la publication de plusieurs rapports (Académie nationale de pharmacie, le travail demandé par Xavier Bertrand à A. Coulomb et à A. Baume-lou)... ont convaincu tout le monde que la France avait un retard à combler par rapport aux pays étrangers, qu'il y avait des économies à faire pour la Sécurité sociale et, sondages à l'appui, que les Français étaient prêts pour un développement de l'automédication. Seules entraves, il fallait changer la législation et... l'image que pouvaient avoir les médicaments à prescription médicale facultative (PMF), des médicaments accessibles en automédication, mais encore associés aux médicaments à service médical rendu insuffisant (SMRI), donc peu ou pas efficaces... En cette période de libéralisation à tout va, changer la réglementation n'était pas un problème et, à l'ère de la « com » au service du marketing, on a trouvé le produit adéquat : les médicaments en « libre accès ».

Un décret du 30 juin 2008 autorise la vente de médicaments en « libre accès » (devant le comptoir) dans les pharmacies¹.

Pour Roselyne Bachelot : « Ces médicaments seront en libre-service dans les pharmacies, mais encadrés par un conseil personnalisé de la part du pharmacien. J'en attends une amélioration de l'information, plus de choix et une baisse importante des prix publics de ces médicaments. Quand un produit est vendu devant le comptoir, vous pouvez plus facilement comparer les prix. On est dans une démarche de concurrence dont on sait qu'elle fait baisser les prix ». Tout est dit !

Bien sûr, le « libre accès » est une possibilité offerte au pharmacien, mais ce n'est pas obligatoire, à lui de décider. Les médicaments en libre accès relèvent d'une liste fixée par le directeur de l'Agence française des produits de santé (Afssaps). Le pharmacien met à la disposition du public les informations émanant des autorités de santé relatives au bon usage des médicaments (fiches de l'Afssaps).



En 2007, les dépenses de remboursement des médicaments se sont élevées à plus de 21 milliards d'euros, tous régimes confondus, soit un tiers des dépenses de soins de ville.

L'augmentation des dépenses remboursées a été de 4,6 % par rapport à 2006, soit une croissance largement supérieure à celle de l'année précédente (+ 0,9 %).

Le nombre de boîtes, flacons ou autres présentations de médicaments remboursés et délivrés par les officines de ville a été de 2,6 milliards, soit une augmentation de 3,3 % par rapport à 2006¹.

Les médicaments représentent actuellement le premier poste de dépense des mutuelles : 34 % des dépenses en 2006.

Selon l'Assurance maladie, l'augmentation des dépenses s'explique par le ralentissement des effets du plan médicament initié en 2006 et par le dynamisme des dépenses de médicaments traitant les pathologies lourdes.

On peut supposer que l'augmentation en volume, lui, reflète, au moins en partie, le maintien des habitudes de prescription du corps médical². On ne voit pas pourquoi ces habitudes changeraient, étant donné la pression exercée par les firmes sur les professionnels³. ■

Le volontarisme économique affiché par le ministre de la Santé est à mettre en parallèle avec l'existence de 3 000 médicaments à prescription médicale facultative (la 1^{re} liste de médicaments en libre accès comporte 248 spécialités), l'absence de rémunération du pharmacien pour son rôle de conseil et, surtout, le non remboursement de ces médicaments par la Sécurité sociale.

Tout cela suscite des questions, des questions qu'on entend peu...

L'automédication, une question de santé publique ?

Jusqu'à maintenant, concernant le médicament, le problème de santé publique était que les Français consommaient trop de médicaments. Est-ce que le développement de l'automédication va lutter contre ce travers, ou plutôt l'accentuer, à partir du moment où la publicité va inciter à consommer du médicament ? Une certitude : le développement de l'automédication va diminuer les dépenses de médicaments de la Sécurité sociale et des organismes complémentaires.

L'automédication, une question d'autonomie des patients ?

Peut-on parler réellement d'autonomie face aux procédés du marketing ? Si par autonomie, on sous-entend responsabilisation, ne doit-on pas s'interroger, vu le discours ambiant qui fait que chacun serait responsable personnellement de sa santé et même de sa protection sociale ? Une façon

de se responsabiliser pourrait être d'adhérer à des assurances privées remboursant les médicaments d'automédication !

L'automédication, une question d'usage rationnel des médicaments ?

Rationnel pour qui, quand les médicaments déremboursés en raison d'un service rendu médical insuffisant, deviennent avec la publicité des médicaments recommandés (et même parés de toutes les vertus) en automédication ? Pour un usage rationnel, a-t-on le souci de prendre réellement en compte la balance bénéfiques/risques ?²

Ces questions sont évacuées avec le discours consensuel sur le concept « d'automédication responsable ». Tout le monde va y mettre du sien, à commencer par les assurances privées (Santéclair, Axa santé...) et de belle manière. Pourtant faire « bon usage de l'automédication » n'est pas tout à fait synonyme de faire « bon usage du médicament » quand la santé ne se réduit pas au médicament. ■

1. *Pratiques* n° 42, p. 78.

2. La revue *Prescrire* n° 299, septembre 2008, p. 673-688.

1. Source : Assurance maladie. 1^{er} août 2008.

2. « En France, 90 % des consultations se concluent par une ordonnance, en moyenne plus longue que dans d'autres pays. Ce taux est de 83 % en Espagne, 72 % en Allemagne et seulement 43 % aux Pays-Bas ». Afim n° 2843 du 21 juillet 2006.

3. La revue *Prescrire* n° 299, septembre 2008, p. 705.

Réseau : un goût amer

Philippe Plane, médecin généraliste

Au sein d'un réseau de soins, la route qui mène à un partage de savoirs, de compétences, et de responsabilités reste longue... Se reconnaître mutuellement entre acteurs du réseau, témoigner, échanger des pratiques pour améliorer, finalement, la prise en charge de patients en difficulté avec l'alcool : tout cela est progressif, parfois frustrant.

En 2005 naissait le réseau de santé ALCAD, « Alcool et autres addictions », après cinq ans de gestation.

L'idée d'un réseau de santé est celle-ci : « Tout membre du réseau, quelle que soit sa place dans le système médico-social, possède une compétence spécifique et des moyens d'intervention qui lui sont propres. La mise en commun de ces compétences et de ces moyens doit permettre une synergie et une optimisation des ressources du système dans la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool ».

Au cours de cette période préparatoire avaient été définies les modalités de prise en charge des patients ayant un mésusage des boissons alcoolisées :

- Dépistage par l'ensemble des membres du réseau, puis, en cas de mésusage, orientation vers des modules de soins différenciés selon le type de mésusage et la motivation des intéressés.
- Une évaluation, première étape de la prise en charge, ouverte à tous.
- Une intervention brève, pour les patients ayant une consommation excessive, mais sans dépendance et sans dommage. Cette intervention brève ne nécessitant que l'intervention d'un généraliste.
- En cas de consommation nocive ou de dépendance, l'ensemble du réseau devait être mobilisable pour le patient, à la demande du médecin traitant du patient, soit pour une intervention longue, sur un an, soit, en cas de dépendance, pour un sevrage hospitalier ou ambulatoire.
- Une fois ces étapes passées, le patient pouvait continuer à être suivi par l'ensemble du réseau, dans le cadre du maintien des changements opérés.

Au terme de trois ans de fonctionnement, un premier bilan a été fait.

Le réseau peut se prévaloir de la mise en place d'une formation commune, d'outils de coordination tels qu'un dossier médico-social commun en ligne, de réunions de concertation cliniques, de services ouverts aux patients en ville : séances de relaxation, ouverture d'activités de groupe pour

les isolés, consultations de psychologues.

Les patients sont suivis par leur médecin traitant, comme le prévoyait le programme, et ceux-ci disposent d'une aide spécifique dans cette prise en charge : consultation conjointe avec un confrère coordinateur alcoologue lors de la consultation d'évaluation, permanence téléphonique d'aide clinique, réunions de concertation clinique. Les autres intervenants du réseau ambulatoire, travailleurs sociaux, psychologues, utilisent le dossier commun, et se rencontrent lors des réunions de concertation.

Au passif du réseau, on doit par contre déplorer la persistance du cloisonnement d'une part entre ville et hôpital, d'autre part entre les différents services susceptibles de prendre en charge en partie des patients.

La grande majorité des patients sont bien suivis

« En cas de consommation nocive ou de dépendance, l'ensemble du réseau devait être mobilisable pour le patient. »

par leur médecin traitant, comme le prévoyait le programme, mais sans lien avec le service de référence. Le dossier médico-social commun n'est pas utilisé par le service hospitalier, qui continue à fonctionner comme par le passé, et les patients suivis par le service d'alcoologie ne sont pas inclus dans le réseau. D'autre part, les autres services de l'hôpital prenant en charge les patients en difficulté avec l'alcool le font toujours de manière isolée. Les services de psychiatrie de secteur, en particulier, effectuent des sevrages résidentiels, et suivent des patients alcoolo-dépendants en consultation ou par des visites effectuées par les infirmiers, mais sans lien avec le service de référence, et surtout sans approche addictologique spécifique.

Le réseau ALCAD constitue donc un service de soins ambulatoires, certes utile, car il a favorisé

l'accès aux soins pour les patients en difficulté avec l'alcool, mais il n'est pas articulé aux services hospitaliers, qui fonctionnent pour leur propre compte.

Les généralistes du réseau, interrogés, se disent satisfaits de leur appartenance au réseau, qui leur a apporté une formation et une rémunération spécifique, mais perçoivent mal leur place au sein du système : le lien avec l'hôpital ne se fait pas.

Comment expliquer la persistance de ces cloisonnements, pourtant repérés et motivant la création même du réseau ?

Du côté des acteurs de ville, le diagnostic du mésusage d'alcool reste tardif : il se fait au moment où apparaissent des complications soit somatiques, soit, le plus souvent, comportementales ou sociales. L'appel au réseau est un appel à l'aide pour tel ou tel patient difficile. Pour eux, l'apport du réseau a été de favoriser leur implication dans la prise en charge de ces patients difficiles, même s'ils restent encore relativement isolés du fait de la non participation des intervenants spécialisés. Les freins au dépistage du mésusage de l'alcool sont connus : crainte d'une intrusion injustifiée dans la vie des personnes, voire de faire apparaître un problème supplémentaire, face auquel le praticien ne se sent pas suffisamment compétent. Paradoxalement, le réseau a donc à prendre en charge les patients les plus difficiles, sans lien avec le service spécialisé. A mesure de leur implication dans les soins aux patients en difficulté avec l'alcool, les praticiens du réseau pourront se montrer plus actifs dans le dépistage des consommateurs à risque : c'est le pari que nous faisons.

Du côté de l'hôpital, l'attente est de se voir adresser des patients issus de ce dépistage, par des acteurs de santé connus, avec lesquels seraient instituées des relations continues et privilégiées. Le réseau de santé étant conçu non comme une organisation spécifique des soins, mais comme un réseau relationnel. En d'autres termes, il s'agirait de créer une sorte de clientèle chez les intervenants de ville. Le service d'alcoologie a ainsi pu concevoir l'octroi d'une priorité d'accès pour les patients adressés par le réseau, pour les consultations ou les activités thérapeutiques du service d'alcoologie. Il est vraisemblable que le réseau a effectivement joué ce rôle de réseau relationnel, mais celui-ci n'est pas perceptible : les patients suivis dans le cadre du réseau ne peuvent être identifiés comme tels par les intervenants hospitaliers. Le système ainsi conçu reste celui de la traditionnelle délégation de soins aux services spécialisés, en fonction de la pathologie : le patient en diffi-

culté avec l'alcool doit être adressé à l'alcoologue comme le patient souffrant de maladie cardio-vasculaire doit être adressé au cardiologue.

L'idée d'une compétence spécifique des intervenants non spécialisés, liée à leur situation dans le système de santé, telle que leur capacité à suivre les patients sur le long terme, et l'idée d'intégrer les dimensions biologiques, psychologiques et sociales des addictions, reste structurellement étrangère aux intervenants spécialisés, du fait même de leur spécialisation.

La possibilité d'une rémunération spécifique des généralistes pour le suivi des patients en difficulté avec l'alcool a pu même apparaître comme choquante pour les spécialistes hospitaliers : une consultation de généraliste ne peut pas être, me disait un médecin du service, assimilée à une consultation alcoologique, car celui-ci n'a pas la qualification requise.

Dans le domaine de la formation des acteurs du réseau, le clivage est apparu sur le même mode : l'expertise est revendiquée par les intervenants spécialisés, mais la formation qu'ils dispensent est pensée comme une démonstration de savoir, et non comme la transmission d'une capacité professionnelle. Des exposés didactiques lourds et complexes, signifiant un arrière-plan de connaissances inaccessibles, transmettent un message incapacitant : ce

que nous savons, vous ne pouvez qu'en connaître qu'une infime part. Ce que nous faisons, vous ne pouvez pas le faire. Revendiquant, à partir de 2007, la maîtrise de la formation dispensée par le réseau, en raison de leur expertise, les intervenants spécialisés ne posent pas d'objectifs de formation en termes de savoirs-faire professionnels, mais uniquement en termes de contenus didactiques. Les objectifs pédagogiques ne sont pas explicités, et les exercices proposés ne peuvent aboutir qu'à un constat d'insuffisance intériorisé par les participants.

La route qui mène à un partage des savoirs et des compétences, la seule qui permette une véritable coopération dans le suivi des patients, reste donc longue. Elle passe certes par une connaissance mutuelle, mais aussi et surtout par une reconnaissance mutuelle de ces savoirs et de ces compétences.

En 2007, des réunions d'intervision ont eu lieu chaque mois, au cours desquels les intervenants de ville, médecins généralistes, travailleurs sociaux, psychologues, ont pu certes exposer leurs cas cliniques, mais aussi et surtout proposer des solutions et échanger des savoir-faire. Ces réunions ont lieu à la Maison du diabète et de la nutrition, ce qui

.../...

« La formation qu'ils dispensent est pensée comme une démonstration de savoir. »

.../... constitue aussi un début de coopération inter réseaux. Les intervenants hospitaliers n'ont pas participé à ces échanges de pratique. En 2008, des réunions de concertation ont été instituées et organisées, mais les intervenants hospitaliers ont posé une restriction majeure à leur participation : que les patients soient des patients suivis par ALCAD. Aucun échange ne pourra donc avoir lieu autour des patients suivis par le centre d'alcoologie, où seraient invités les intervenants de ville, même si ceux-ci sont concernés par ces patients. Nous espérons cependant pouvoir repérer, à partir du suivi ambulatoire (malgré l'absence de dossier commun), des patients ayant été suivis par le centre spécialisé, ce qui permettra, sur un petit nombre de patients, d'initier des échanges ville-hôpital. Des réunions de concertation ont pu avoir lieu dans les locaux du centre d'alcoologie depuis début 2008. L'horaire de ces réunions, en début d'après-midi, reste toutefois un obstacle à la venue des praticiens libéraux. Nous espérons pouvoir les réaliser, au moins pour une partie d'entre elles, dans les locaux de la Maison du diabète, qui sont accessibles en soirée.

« On doit déplorer la persistance du cloisonnement entre ville et hôpital, et entre les différents services de l'hôpital susceptibles de prendre en charge des patients. »

Enfin, en 2008, nous avons également mis en place des « mini conférences », dans lesquels les membres du réseau peuvent présenter leur activité, et leur approche spécifique de la problématique addictive. C'est ainsi qu'ont pu avoir lieu, de février à avril 2008, des réunions à thèmes : Addictions et travail social, avec les intervenants de l'ARS, Alcool et travail avec les médecins du travail,

Alcool et diabète, avec le coordinateur de la Maison du diabète. Pour cela, il faudra toutefois que le conseil d'administration d'ALCAD accepte une convention avec la Maison du diabète, nécessaire à la poursuite de l'utilisation de ses locaux.

En conclusion, la mise en commun des compétences, des savoirs et des ressources, objectifs fondamentaux du réseau, nécessite une transformation des états d'esprits qui ne peut se faire que progressivement : du côté des intervenants non spécialistes, un accroissement de la confiance dans ses capacités de prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool, et du côté du centre d'alcoologie, une acceptation des compétences et des rôles spécifiques des intervenants extérieurs. ■



Il y a un an, lors de notre congrès à Toulouse, nous avons partagé nos débats dans les locaux de « La Case de Santé ».

Il s'agit d'un centre de santé où promoteurs de santé, infirmiers, nutritionniste, psychologues, éducateur spécialisé et médecins innovent en prenant en charge la santé des patients dans leurs dimensions physiques, psychologiques, mais aussi sociales et politiques.

Ce centre est en grande difficulté financière : sortant du cadre administratif, il ne trouve pas auprès des tutelles les moyens de continuer son travail sur le terrain.

Explorer d'autres modes d'organisations dans le domaine de la santé est une exigence que la revue *Pratiques* revendique depuis plus de trente ans. Tous les lecteurs de la revue sont appelés à visiter le site de la Case de Santé :

<http://casesdesante.org/>
et à leur exprimer un soutien.

Imagerie médicale et observance

■ Cécile Estival

L'imagerie médicale est faite pour aider le diagnostic du cancer, et son évolution. Mais elle peut aussi être un outil pour aider le malade à « réaliser » la présence de la tumeur, et être un des arguments pour qu'il accepte un traitement, parfois mutilant.

L'utilisation des techniques s'inscrit de plus en plus largement au sein de la relation patient/médecin et ce, notamment dans le domaine de la cancérologie avec l'utilisation des techniques d'imagerie médicale. Par ailleurs, l'observance constitue une notion qui fait l'objet d'analyses, tant d'un point de vue médical que de celui des sciences humaines. Une étude qualitative¹ permet de mettre en lumière la manière dont la visualisation des clichés d'imagerie médicale par les patients atteints d'un cancer peut avoir une incidence favorable sur l'observance.

Visualisation des clichés d'imagerie et processus de matérialisation de la maladie

Le cancer est une pathologie pouvant se caractériser, entre autres choses, par un décalage entre la réalité de la pathologie et les symptômes ressentis par les patients et ce, particulièrement durant les premiers temps. En outre, A. Matalon met l'accent sur les effets ressentis de la chimiothérapie, en contraste avec ceux parfois quasiment imperceptibles du cancer². Tant que la maladie n'induit pas de marquages sur le corps, c'est davantage le traitement qui est stigmatisant que la maladie elle-même. C'est pourquoi F. Soum-Pouyalet affirme que nombreuses sont les patientes qui ne se sentent pas malades dans la mesure où le cancer « ne se résume pour elles qu'à une image radiologique »³. Le décalage entre le « diagnostic annoncé et les symptômes perçus » a été analysé par S. Fainzang, qui ajoute qu'il peut avoir des incidences sur l'observance thérapeutique (j'y reviendrai ultérieurement). Les patients se trouvent dans une situation de contradiction entre les résultats des examens qui confirment une anomalie et « l'expérience qu'ils ont de leur corps⁴ ». Une patiente, atteinte d'un cancer au rectum, me dira : « Je ne me sentais pas malade. Je me sentais bien. C'est vrai. J'avais juste des petits saignements de temps en temps, mais j'étais en pleine forme. »

J'ajouterai que pour cette patiente, il a été très utile de visualiser ses clichés d'imagerie, particu-

lièrement dans les premiers temps de sa maladie. Nombreux sont les patients pour qui visualiser les clichés prend une dimension particulièrement importante à ce moment de leur parcours thérapeutique. Des extraits discursifs tels que « ça m'a permis de voir qu'il y avait vraiment quelque chose » ou « on voit la réalité en face » traduisent bien l'absence d'une réalité qui serait perceptible et ressentie par le patient. Dès lors, le cliché d'imagerie peut permettre de prendre conscience de celle-ci et semble avoir fonction de matérialisation d'une maladie parfois imperceptible pour le patient qui n'a pas forcément conscience de l'état de son corps interne, tant le cancer est une pathologie très souvent qualifiée « d'abstraite ». Elle devient alors plus tangible en se dévoilant sur le cliché, qui constitue la preuve matérielle de la maladie (et de son évolution) en montrant au patient son corps interne⁵. Dans cette mesure, visualiser ses clichés d'imagerie tend à objectiver la pathologie en ce sens qu'elle devient, par le biais de l'imagerie médicale et de sa transposition sur papier, rationnelle d'un point de vue biologique et médical⁶.

Le cliché comme moyen de compréhension de la nécessité de subir une intervention chirurgicale

Le cliché semble remplir un rôle dans le processus de compréhension de la nécessité de subir une intervention chirurgicale, intervention survenant souvent au début de la trajectoire de la maladie. La transcription sur le cliché traduit une réalité souvent abstraite (hormis le traitement) et induit, de cette manière, une prise de conscience de cette réalité. Le cliché peut ainsi constituer un outil intéressant pour le médecin de par son côté persuasif lors de la consultation. Il s'agit donc ici de l'aide que le cliché peut apporter au patient, par l'utilisation qu'en fait le professionnel. A cet égard, selon M. Ménoret, les instruments scriptovisuels peuvent constituer un support sur lequel peut s'appuyer le praticien dans sa relation avec le patient afin de le convaincre⁷.

Cécile Estival
doctorante en anthropologie à l'EHESS
Cermes (Centre de recherche en médecine, sciences, santé et société).
UMR CNRS, EHESS, INSERM)

« Tant que la maladie n'induit pas de marquages sur le corps, c'est le traitement qui est stigmatisant. »

.../...

.../... Les propos de cette patiente, atteinte d'un cancer du sein, en témoignent : « Je me suis dit "effectivement, tu es malade". Donc, comment dire, je fais le deuil de mon sein. J'ai réalisé quoi. Ça m'a aidée en fait de voir l'image, on voyait vraiment le cancer qui était quand même énorme. Ce n'était pas les trois quarts du sein mais... Donc, là, effectivement, j'ai réalisé que je n'avais pas d'autres échappatoires. Je me suis dit "il faut que je l'enlève. C'est un mal, c'est une maladie, c'est mauvais pour moi, on l'enlève". »

Pour cette patiente, regarder ses clichés lui a permis de prendre conscience de la nécessité de subir une ablation de son sein. En effet, les visualiser a renforcé la conscience d'une réalité qui n'était auparavant que peu palpable.

Le cliché comme moyen de compréhension de la nécessité de suivre un traitement

On a vu précédemment le décalage qui existait entre la réalité de la pathologie et les symptômes ressentis par le patient et comment, selon A. Matalon, le traitement par chimiothérapie tendait à faire « exister » le cancer, cet « ennemi invisible ». S. Fainzang montre comment ce décalage peut avoir une incidence sur l'observance, définie par Haynes comme « la mesure dans laquelle le comportement du patient (en termes de prise de médicaments, suivi de régimes ou de changement de style de vie) coïncide avec l'avis médical »⁸. Dans *La relation médecins-malades : information et mensonge*, elle soutient que « l'absence de symptômes met en péril l'observance, car la perspective d'être rendu malade par la chimiothérapie quand le patient ne ressent pas les symptômes de sa maladie rend l'acceptation du traitement beaucoup

« Le cliché peut ainsi constituer un outil intéressant pour le médecin de par son côté persuasif lors de la consultation. »

plus difficile. D'une certaine manière, c'est le symptôme qui fait exister à leurs yeux la maladie »⁹. L'auteur distingue deux principaux types d'information donnée aux patients par les médecins : l'information en soi, qui renvoie à une « position de principe », morale et l'information pour une « fin déterminée » qui, elle, renvoie à une « position utilitariste », médicale. La première est défendue par les médecins qui jugent que le patient a le droit d'être informé tandis que la seconde est justifiée par

ceux qui considèrent que l'information donnée constituera un moyen de persuasion quant à la nécessité de suivre un traitement. C'est, dans cette section, le second type d'information que je développerai en m'appuyant, néanmoins, sur le point de vue des patients et non sur celui des médecins : en quoi la visualisation des clichés conduit-elle les patients à cette meilleure adhésion au traitement ?

Les propos qui suivent permettent d'éclairer ce questionnement : (précisons que cette patiente, âgée de 62 ans et atteinte d'un cancer du sein, se qualifie de négligente dans le sens où elle n'avait jamais, avant que son cancer ne soit diagnostiqué, réalisé de mammographie, à titre préventif). « Le fait qu'on m'explique et que je vois les images, je sais où j'en suis et je prends conscience que je dois... il ne faut pas que je sois négligente. »

Cette prise de conscience dont elle parle semble modifier son comportement et sa conduite adoptée face à la maladie. L'extrait d'entretien qui suit témoigne d'une prise de position similaire : « Je me suis dit "bon, on voit quelque chose, il va falloir faire ce qu'il faut. Il ne faut pas traîner." (...) L'image permet de visualiser ce qu'il y a à l'intérieur. Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qu'on peut faire pour essayer de supprimer ça ? Pour travailler là-dessus ? C'est peut-être plus concret. » (une patiente atteinte d'un cancer de la thyroïde). En montrant la présence de la maladie, les clichés d'imagerie ont une place à occuper dans la relation patient/médecin puisqu'ils renforcent l'acceptation, par les patients, de suivre un traitement (qui a généralement des effets secondaires très indésirables). Précisons que tel est le cas particulièrement pour certains types d'images, notamment ceux montrant un corps peu morcelé (même s'il l'est le plus souvent, du moins en partie), tels que certaines scintigraphies du corps entier. Les radiographies constituent également des images mieux comprises que les images numériques (scanners, IRM, en particulier). Par ailleurs, l'injection d'un produit de contraste rend la compréhension de l'image plus évidente

Bibliographie

- Fainzang S., *Médicaments et société*, Paris, PUF, 2001.
 Fainzang S., *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.
 Gori R., « Le corps exproprié », in Ben Soussan P. (dir.), *Le cancer. Approche psychodynamique chez l'adulte*, Editions Erès, 2004, p.17-30.
 Haynes R.B., Taylor D., Sackett D.L., *Compliance in Health Care*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1979.
 Herzlich C., Pierret J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1991 [1984].
 Matalon A., *Chimiofolies*, Nîmes, MB, 2000.
 Menoret M., *Les temps du cancer*, Paris, CNRS éditions, 1999.
 Pouchelle M.C., *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 2003.
 Soum-Pouyalet F., « Le corps rebelle : les ruptures normatives induites par l'atteinte du cancer », *Corps*, n° 3, Paris, Dilecta, octobre 2007, p.117-122.

pour le patient. On peut ainsi établir une corrélation entre le type d'imagerie et l'observance : les images les plus compréhensibles pour les patients suscitent un plus grand intérêt (les autres types d'images, tels que des scanners ou IRM, peuvent susciter de l'intérêt de par leur aspect hautement technique, notamment). Ils sont donc plus enclins à les visualiser. Si la position adoptée par les médecins qui con-

siste à informer le patient dans le but de favoriser leur adhésion au traitement (position utilitariste selon S. Fainzang) peut se justifier, il semble que l'utilisation du cliché d'imagerie en tant que support dans leur « quête de persuasion » soit préconisée et encouragée. En outre, cet usage répond à une demande parfois forte des patients atteints d'un cancer, et ce particulièrement chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. ■

1. Cet article est une partie de ma recherche doctorale (soutenue financièrement par le CNRS et l'Institut national du cancer) qui vise à analyser l'influence de l'imagerie médicale sur la perception du corps et de la maladie ainsi que sur la manière dont interviennent les machines d'imagerie au sein des interactions entre patients, radiologues et manipulateurs en radiologie. Il s'agit d'analyser le point de vue des soignants, mais aussi celui des patients. L'enquête de terrain, qui a duré un an (de juin 2006 à juillet 2007) au sein d'un centre de lutte contre le cancer situé en région parisienne, est constituée d'un travail d'observation au sein des différents services d'imagerie médicale (radiodiagnostic, radiologie interventionnelle et médecine nucléaire) ainsi que d'entretiens semi-directifs réalisés auprès des soignants (une dizaine) et des patients (65 femmes et 27 hommes).
2. Matalon A., Chimiofolies, Nîmes, MB, 2000, citée par Pouchelle M.-C., *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 2003.
3. Soum-Pouyalet F., « Le corps rebelle : les ruptures normatives induites par l'atteinte du cancer », *Corps*, n°3, Paris, Dilecta, octobre 2007, p.117-122, p.120.
4. Fainzang S., *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.
5. Herzlich C., Pierret J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1991 [1984].
6. R. Gori définit l'objectivation comme étant la séparation entre la connaissance intime de la vie et la rationalité biologique. Gori R., « Le corps exproprié », in Ben Soussan P. (dir.), *Le cancer. Approche psychodynamique chez l'adulte*, Editions Erés, 2004, p.17-30.
7. Ménoret M., *Les temps du cancer*, Paris, CNRS Editions, 1999.
8. Haynes R.B., Taylor D., Sackett D.L., *Compliance in Health Care*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1979, cités par Fainzang S., *Médicaments et société*, Paris, PUF, 2001, p.33.
9. Fainzang S., op. cit., 2006, p.89.



Congrès : qui doit payer ?

Nicolas Prothon, médecin généraliste, enseignant

Les congrès de médecine générale ne peuvent pas être financés par les firmes et en même temps indépendants : combien le médecin généraliste est-il prêt à « mettre » pour avoir une formation indépendante ?

Les médecins généralistes, dans notre pays, se sont contentés, pendant de nombreuses années, de suivre les avis d'experts hospitalo-universitaires pour une pratique ambulatoire qui n'était que peu en lien avec la réalité hospitalière (voir le carré de White ci-dessous).

Le courant qui a amené à la spécificité de cette pratique s'est nourri de l'EBM (Evidence Based Medicine ou médecine factuelle¹). Pour l'EBM, il fallait des « preuves »². Cette nécessité a été apportée par des « études » ou « essais cliniques »³. On s'est vite aperçu que les études, branche clinique de la « recherche », avaient des exigences méthodologiques pour être interprétables et que ces exigences demandaient l'aide de professionnels, de la statistique notamment, bien loin de notre métier. Voilà que l'industrie pharmaceutique⁴ offre cette expertise et même une rémunération aux chercheurs et en facilite la présentation des résultats lors de congrès fastueux⁵. Elle le fait d'autant plus volontiers que ces résultats lui sont favorables.

Les chercheurs et enseignants en spécialité de médecine générale ont voulu se réunir, partager

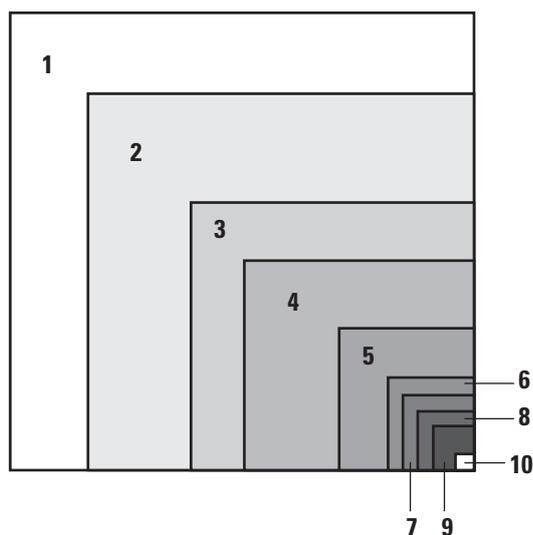
leurs travaux, leurs conclusions, lors de « congrès »⁶, comme le faisait depuis longtemps chaque spécialité. Ils ont utilisé les mêmes méthodes : les lieux, la logistique et les partenariats⁷ puisqu'il était, a priori, impensable de faire autrement.

On comprend aisément qu'une telle organisation a un coût ; on comprend aussi que c'est une vitrine pour la notoriété de la spécialité et que cette vitrine se doit d'être séduisante.

Comment alors offrir un lieu où l'on pourra exposer et être entendu, un lieu exempt de « partenaires » qui eux-mêmes, mobilisent du temps de paroles et un espace pour leurs propres communications ?

En fait : combien ça coûte ?

C'est cette simple question qu'il faudrait résoudre : des amphis, un réfectoire, une logistique audio-visuelle pour accueillir des congressistes ; quitte à limiter les places et à faire des congrès décentralisés. Un lieu universitaire ferait l'affaire. Personnellement, j'ai payé 450 € pour le Congrès International de Médecine Générale (Congrès de la WONCA ou *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General*



Carré de White qui illustre la répartition des soins de santé, évaluée dans les années 70, sur la base d'observations américaines et anglaises.

1. 1 000 personnes
2. 800 personnes rapportent des symptômes
3. 327 envisagent une demande consultation
4. 217 consultent un médecin (dont 113 un praticien de première ligne)
5. 65 consultent un prestataire de soins complémentaires ou alternatifs
6. 21 consultent à l'hôpital (clinique ou ambulatoire)
7. 14 reçoivent des soins à domicile
8. 13 se rendent dans un service hospitalier à domicile
9. 8 sont hospitalisés
10. <1 est hospitalisé dans un centre médical universitaire

Practitioners/Family Physicians), pas logé, j'ai payé le train et l'hôtel et je suis presque mort étouffé dans le métro (il y avait une grève), mais on m'a donné une mallette sponsorisée et de la documentation, dont une grande partie était publicitaire ; j'ai grignoté quelques canapés et petits fours, bu de l'eau et du café. J'ai assisté à trois conférences et deux ateliers.

A ce fameux congrès, je me suis glissé dans une file où l'on distribuait des plateaux repas ; j'en suis parti, m'apercevant que, pour en bénéficier, il fallait assister à la session partenaire correspondante ⁸...

Je n'ai pas perdu mon temps, mais je n'ai pas appris grand-chose. J'ai bien soulagé mon portefeuille.

Je ne suis pas allé au Congrès de Médecine Générale de Lyon et n'avais pas l'intention d'y aller ; j'aurais pu y participer gratuitement (sponsorisé), mais j'aurais préféré payer (200 € minimum).

Je pense que j'aurais pu trouver de quoi éveiller mon intérêt pour deux ou trois communications de qualité et parler avec des collègues, c'est souvent riche d'échanger.

Le concept de congrès ne me choque pas, mais quel en est le prix réel, a-t-on besoin de louer un Palais des congrès alors que cela peut se faire ailleurs pour bien moins cher ?

Je poserai deux questions fondamentales :

Que vient faire l'industrie pharmaceutique dans la formation des médecins en général et des médecins généralistes en particulier ? Que font l'université, les institutions comme la HAS (haute autorité de santé), d'autres sociétés savantes qui côtoient, sur la même allée, de rutilants stands où l'on peut gagner, facilement, une clé USB chaque cinq minutes. Si ! Si ! Vu à la Wonca, je vous jure ! Combien un médecin français est-il prêt à payer pour une formation continue totalement indépendante ? J'évalue, avec d'autres, à trois mille euros par an ma formation, c'est important en chiffre. Il faut cependant préciser ceci : lorsqu'un

médecin français participe à une formation agréée par le conseil national de la FMC (formation médicale continue), appelée alors FPC (formation professionnelle conventionnelle), il reçoit une indemnité égale à quinze consultations par jour de formation. Ceci compense cela.

Les congrès sont des foires mixtes où l'on côtoie le marché et la recherche, où s'interpénètrent les communications et la promotion, sans que tout soit bien clair pour tous. Les intérêts supérieurs de l'industrie pharmaceutique, qui se chiffrent en milliards, ne peuvent se permettre dans leur logique de donner quoique ce soit, surtout pas de l'information et de la formation indépendante ⁹. Le pire est probablement dans l'influence invisible que le Formindep ¹⁰ a pu démon-

trer comme étant habilement intégrée dans des communications semblant indépendantes.

Pour illustrer l'absence d'indépendance, de fait, de ces congrès : au Congrès de Médecine Générale à Lyon, une communication sur l'ostéoporose, issue d'un travail de recherche indépendant, a été déplacée pour faire place à une autre, à la gloire du vaccin contre le Papillomavirus (Gardasil[®]), sans aucune vergogne et avec la présence du sponsor ; le grand amphi a été donc investi par le « partenaire », laissant une petite salle à la communication recherche.

Voici le message de ma consœur qui a fait cette découverte : « Bonjour, avez-vous remarqué que la session "ostéoporose" initialement prévue dans l'amphi a été déplacée dans une salle annexe, au profit de Sanofi Aventis pour parler du Gardasil[®]... Les payeurs sont les décideurs : c'est logique! »

En conclusion, la formation des médecins passe par une responsabilisation individuelle. Le diagnostic est facile ! Les séminaires et congrès sont, pour l'écrasante majorité, malades de leurs liens évidents ou non avec l'appétit mercantile des firmes. Pourquoi se contaminer volontairement ? ■

« Les chercheurs et enseignants en spécialité de médecine générale ont voulu se réunir, partager leurs travaux, leurs conclusions »

1. http://fr.wikipedia.org/wiki/Médecine_fondée_sur_les_faits
2. http://www.unaformec.org/efmc/aide/niveaux_preuve.htm
3. http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/2042/9721/1/SFSPM_2005_03_40.pdf.
4. http://www.wyethemophilie.com/html/public/cth/essai_clinique.php
5. http://www.congres-medical.com/modules.php?name=Redirect_Links
6. <http://www.congresmg.fr/>
7. http://www.congresmg.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=36
8. exemple, page 5 : http://www.congresmg.fr/images/programme_final.pdf
9. <http://www.formindep.org/spip.php?article141>
10. <http://formindep.org/spip.php?article164>

Enquête : « accès aux soins »

Marie Kayser, médecin généraliste, Lucien Farhi, économiste

Une enquête, menée avec des moyens modestes, a produit néanmoins une masse de résultats pertinents, dont le principal intérêt est de recouper ceux d'études épidémiologiques sur les inégalités d'accès aux soins. Intérêt également de cette enquête pour les médecins qui y ont participé, car elle leur a permis une meilleure connaissance d'un des éléments importants de l'état de santé des patients : la possibilité d'accéder aux soins.

Cette enquête menée par la revue *Pratiques* et le Syndicat de la Médecine Générale ¹ avait pour but d'identifier les préoccupations de patients confrontés aujourd'hui à des obstacles grandissants en matière d'accès au soin, obstacles de nature économique, administrative, ou autres.

Elle a été réalisée auprès d'un double échantillon :

- « Enquête auprès des professionnels » : 16 cabinets de médecins généralistes correspondant à 905 patients enquêtés pendant deux semaines fin juin 2008.
- « Enquête auprès des pétitionnaires » : 66 personnes issues de la population ayant répondu à la pétition lancée par *Pratiques* sur le thème des arrêts de travail.

Analyse des réponses

Il y a une grande importance dans « l'enquête professionnels » des difficultés ressenties d'accès aux soins, qu'elles aient ou non entraîné un renoncement. Selon les cabinets, de 8 % à 70 % des patients ont dit avoir eu des difficultés d'accès aux soins. L'enquête IRDES 2006 ² donnait 14 % de renoncements aux soins dans les douze derniers mois. Les résultats de notre enquête, avec les réserves faites en raison du nombre limité de réponses, montrent que les difficultés touchent un pourcentage de population beaucoup plus important que les renoncements, les patients accédant aux soins au prix de l'amputation d'autres budgets.

On trouve des différences importantes selon les cabinets : le pourcentage de patients sans difficultés d'accès aux soins est de 30 % dans un quartier de Gennevilliers (93) avec population défavorisée, 50 % à Saint Jean de Boiseau (44) en zone semi rurale sans population en grande difficulté, à 70 % à Avignon (84). On retrouve les mêmes écarts que dans l'enquête IRDES pour les renon-

cements en fonction du revenu du ménage (24 % pour la tranche aux revenus les plus faibles et 7,4 % pour la tranche aux revenus les plus élevés). Parmi ceux qui ont eu des difficultés, c'est le reste à charge qui est le motif principal avec des complémentaires absentes ou de mauvaise qualité : c'est vrai pour « l'enquête professionnels » où 26,8 % des personnes ayant eu une difficulté d'accès aux soins ont une complémentaire absente ou de mauvaise qualité et pour « l'enquête pétitionnaires » avec 57 % des patients (dans l'enquête IRDES, l'absence de couverture par une complémentaire maladie était le principal facteur lié au renoncement : 32 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé contre 19 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire, et 13 % des bénéficiaires d'une complémentaire privée).

Les dépassements d'honoraires sont une cause importante de difficultés d'accès aux soins pour 44 % des « pétitionnaires », et 24,9 % dans « l'enquête professionnels » avec des différences importantes selon les cabinets : est-ce lié à l'implantation ? Lié au choix du parcours par les médecins ? D'après le rapport de l'IGAS d'avril 2007 ³ : 38 % de l'ensemble des spécialistes (ce pourcentage variant selon les spécialités) et 13 % des généralistes étaient en 2004 en secteur à dépassements d'honoraires.

L'absence de tiers-payant est un frein important, mais plus important dans « l'enquête professionnels » que dans « l'enquête pétitionnaires » : 25,2 et 10 % (échantillon socio-culturel différent ?). Cela rejoint les études qui ont montré que le tiers-payant est un mode de paiement socialement équitable ⁴.

Les difficultés d'obtention de droits sont signalées beaucoup plus souvent par les « pétitionnaires » que par « l'enquête professionnels » : en ce qui concerne CMU et AME : 14 % pour les pétition-

naires et 7,2 % dans l'enquête professionnels » ; pour obtention des ALD : respectivement 15 % et 3,1 % (on ne peut écarter le biais introduit par l'échantillon « pétitionnaires », on peut aussi penser que les médecins enquêteurs se donnent plus de mal que d'autres pour obtenir CMU, AME et ALD de leur patients, ou encore que les patients se censurent face à leurs médecins sur ce sujet dans « l'enquête professionnels »).

En ce qui concerne les difficultés à obtenir un arrêt maladie : tout d'abord, il y a une fréquence non négligeable de ces difficultés, mais on constate une différence entre les deux enquêtes : « pétitionnaires » 13,6 %, « médecins » 7,3 %, mais également des comportements différents des médecins. On retrouve le biais de l'échantillon pétitionnaires : c'est logique, puisqu'ils ont justement signé cette pétition.

« L'enquête pétitionnaires » apporte une donnée supplémentaire : l'autocensure sur les arrêts de travail : cette autocensure a été signalée par 27 % des pétitionnaires.

Ces résultats concernant les arrêts de travail sont particulièrement intéressants au moment où gouvernement et Assurance maladie exercent des pressions de plus en plus fortes pour limiter les arrêts de travail ; ils posent aussi la question des conditions de travail.

Conclusions

Nos résultats, obtenus à partir d'études de type monographique, concordent avec les données étayées par des enquêtes plus représentatives sur un plan statistique. Surtout, ils ont l'intérêt d'avoir été produits non par des enquêteurs extérieurs, mais de l'intérieur même de leurs cabinets, par les médecins ayant collaboré à ce travail.

Les difficultés d'accès aux soins sont très liées à la politique de santé, au mauvais remboursement des soins, au recours nécessaire aux complémentaires, aux dépassements d'honoraires, à l'opposition des caisses (et des médecins souvent) au

tiers-payant. Ces difficultés recouvrent des inégalités sociales frappant plus durement les populations des quartiers plus défavorisés.

Ils plaident pour la mise en place d'autres modalités d'exercices professionnels des soignants, pour une meilleure prise en charge des patients.

Notre enquête met en évidence le problème des arrêts de travail : tant ceux qui sont refusés que ceux que les assurés se refusent ; des enquêtes plus approfondies sur ce sujet seraient sûrement intéressantes. La mobilisation sur ces points est plus que jamais nécessaire.

Cette enquête a été instructive pour les médecins qui l'ont réalisée et devrait amener les soignants à une réflexion sur leur pratique dans le contexte actuel : les généralistes participant à l'enquête sont soucieux de l'accès aux soins de leurs patients. Ils essaient de les adresser à des spécialistes de secteur 1 ou à des consultations hospitalières publiques et de les aider à obtenir leurs droits. Ils ont réalisé qu'il subsistait plus de problèmes qu'ils ne pensaient. Ils ont réalisé aussi la fréquence de difficultés méconnues en ce qui concerne l'optique et les soins dentaires, et les problèmes créés par les dépassements d'honoraires.

Cette enquête pose d'autres questions interpellant la pratique des médecins :

L'insuffisance de la formation initiale et continue, et de l'information des soignants et tout particulièrement des médecins sur ces questions d'accès aux soins.

L'intérêt de sensibiliser les généralistes sur le choix du parcours des patients : les adresser dans la mesure du possible à des spécialistes de secteur 1 ou à des consultations hospitalières publiques diminue les risques de renoncement aux soins. Inciter les médecins généralistes à pratiquer le tiers-payant ira dans le même sens. ■

« Parmi ceux qui ont eu des difficultés, c'est le reste à charge qui est le motif principal avec des complémentaires absentes ou de mauvaise qualité. »

1. Voir l'enquête dans son intégralité sur le site de la revue *Pratiques* : www.pratiques.fr

2. www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniqueDePresse/ComPresseAutre/DossierPresseESPS2006.pdf

3. www.sante.gouv.fr/htm/actu/depassements_honoraires/rapport.pdf

4. Cf. article du CREDES : bulletin d'informations en économie de la santé n° 27, mars 2000 et Argumentaire tiers-payant : www.smg-pratiques.info/Argumentaire-pour-le-Tiers-Payant.html?var_recherche=Tiers%20payant

Purpura thrombopénique

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

Abstention ou intervention médicale ? Lorsque la maladie va guérir de toutes façons, comment prendre la décision ?

En 1974, un enfant est hospitalisé pour un purpura thrombopénique¹. A cette époque, les livres et les conférences d'internat affirmaient que lorsqu'il existe une thrombopénie, cela pouvait être dû à une leucémie. Il fallait donc par prudence faire une ponction de moelle pour exclure cette éventualité. L'interne dit à son chef de clinique qu'il allait faire la ponction, le chef lui répond « Fais-la, mais je me demande si c'est bien utile, je n'ai jamais vu de purpura thrombopénique faire découvrir une leucémie et je n'ai jamais lu aucune observation de ce type ».

En avril 2008, dans un article « *Childhood immune thrombocytopenic purpura diagnosis and management* » de la revue *Pediatrics Clinics of North America* consacré à l'hématologie pédiatrique, V. Blanchette et P. Bolton-Maggs affirment que lorsque la thrombopénie est isolée, il n'y a jamais eu de cas de leucémie ; des cas n'ont été observés qu'avec des modifications du taux d'hémoglobine et de la formule blanche.

En 1974, on savait que beaucoup de thrombopénies aiguës évoluaient spontanément vers la guérison, on savait aussi que le risque d'hémorragies sévères était faible, on savait donc que l'abstention thérapeutique n'était pas une faute lourde, mais on préférait intervenir, on préférait utiliser assez largement des corticoïdes.

En 2008, l'abstention thérapeutique n'est plus considérée comme une faute a priori et les corticoïdes sont moins utilisés.

J'ai très bien connu l'interne et le chef de clinique évoqués. Ils ont souvent discuté entre eux et avec moi de ce cas, notamment au sein d'un groupe Balint. Je vais essayer de résumer ci-dessous nos réflexions.

Lorsqu'un enfant a une thrombopénie aiguë, cela signifie qu'il a eu au moins des pétéchies qui ont fait faire une prise de sang au cours de laquelle une thrombopénie a été mise en évidence. Cette maladie du sang, qui s'installe d'un jour sur l'autre, entraîne habituellement une forte inquiétude, parfois même une panique, les parents pensent que leur enfant a une leucémie ou « quelque chose comme une leucémie ».

Le médecin qui fait un myélogramme répond immédiatement à l'inquiétude des parents. En leur disant : « votre enfant n'a pas de leucémie », il les rassure en occupant le rôle de celui qui annonce cette bonne nouvelle.

Au contraire, s'il ne fait pas la ponction, il ne calmera pas l'inquiétude, il ne la calmera pas vite et lorsque quinze jours plus tard, il s'avérera qu'il a eu raison de ne pas la faire, la tension sera redescendue et il ne sera pas fêté et célébré comme le bon médecin.

En d'autres termes, il y a une asymétrie importante entre le fait de faire une ponction et celle de ne pas la faire ; dans le premier cas, le médecin joue un rôle visible, dans l'autre il s'abstient.

Et l'on retrouve cette même asymétrie dans la décision de traiter ou de ne pas traiter. Si on traite, on intervient dans le cours de la maladie ; si on ne traite pas, on laisse la maladie se dérouler sans intervention médicale.

Or la maladie évolue presque toujours vers la guérison sans séquelles. La maladie commence brusquement et entraîne une inquiétude majeure, puis le malade guérit. Ce schéma représente l'idéal pour un médecin : un malade inquiet fait appel à lui, il intervient en faisant une ponction de moelle et en administrant des corticoïdes et le malade guérit.

Ni le médecin ni le malade n'ont envie de savoir que la maladie aurait probablement guéri sans l'intervention du médecin.

L'expression même « la maladie aurait probablement guéri sans l'intervention du médecin » est insupportable. Le malade, qui a une maladie qu'il croit grave et auquel on ne peut pas affirmer rapidement que sa maladie n'est pas grave, ne veut pas entendre parler de guérison probable ou vraisemblable, il veut être rassuré rapidement et la ponction et le traitement apportent cette réassurance. Et, en prime, l'examen et le traitement manifestent que le médecin ne se tient pas en retrait, il ne laisse pas la maladie se dérouler, il est là, il s'implique. ■

1. Maladie du jeune enfant caractérisée par une éruption particulière, faite de lésions appelées « pétéchies », liées à une baisse rapide du taux de plaquettes dans le sang.

Histoire et historiens de la médecine

Jean-Pierre Lellouche, médecin pédiatre

« Lorsque je serai à la retraite, dit un médecin réputé, j'envisage d'écrire l'histoire de la médecine ».

A quoi l'historien répond : « Lorsque je serai à la retraite, j'envisage de pratiquer la neurochirurgie ».

C'est par cette anecdote que commence un article de Howard Kushner dans le *Lancet* du 30 août 2008 « *Medical historians and the history of medicine* ».

Il y a, aux Etats-Unis, deux écoles d'historiens : ceux réunis dans l'*American Osler Society* et ceux de l'*American Association of the History of Medicine* (AAHM).

La référence à Sir William Osler est éclairante. Osler a défendu l'idée que seule la rencontre avec le malade peut faire comprendre ce qu'est la médecine. Ceux qui se réclament de lui écrivent une histoire de l'évolution de la médecine à destination des médecins et dans le but de faire progresser la médecine.

Les historiens académiques considèrent comme une erreur l'idée que l'on puisse comprendre l'histoire de la médecine à travers la pratique médicale, ils étudient les institutions, les classifications et les valeurs sociales et culturelles que les médecins, les patients et leurs familles apportent à la rencontre entre le malade et le médecin.

Jusqu'aux années 60, l'histoire de la médecine était dominée par les « Osleriens » puis, avec l'émergence et le développement de l'histoire sociale, l'histoire académique s'est beaucoup développée, analysant la médecine comme

d'autres constructions sociales et culturelles. L'auteur pense, probablement à juste titre, que cette division entre histoire dominée par la pratique médicale et histoire académique est appauvrissante. Il dit qu'une histoire qui ne tiendrait pas compte des connaissances médicales ne serait pas tenable, mais qu'une histoire médicale non informée du contexte général serait très incomplète. On ne peut que souhaiter avec lui que les deux écoles collaborent.

Mais je me demande si l'opposition entre les deux écoles n'est pas encore plus profonde. Il y a des médecins qui aimeraient penser que la diminution de la mortalité et des grands fléaux infectieux est très fortement liée à la pratique médicale, et qui pensent aussi que les progrès de la médecine nous feront tendre asymptotiquement vers l'immortalité. Cette tendance forte à l'autocélébration alimentera longtemps le courant oslierien. Et puis, il y a des médecins conscients de ce que la pratique médicale est pleine d'embûches, et

que la iatrogénèse est un danger permanent, et qui, eux, seront de plus en plus demandeurs d'un regard historien compétent éclairé par une certaine connaissance de la médecine.

C'est dans la pratique, dans ce qu'elles sauront nous dire de l'histoire de la réanimation des prématurés, ou de l'histoire de la vaccination contre l'hépatite B et de bien d'autres problèmes de santé, que ces deux approches historiques se départageront. Il me semble que l'autocélébration satisfaite et l'optimisme sans limites ne devraient pas occuper toute la place. ■

« Il y a des médecins qui pensent que les progrès de la médecine nous feront tendre vers l'immortalité. »



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

Cours toujours !

— Sébastien Fleuriel, Manuel Shott, *Sportifs en danger, la condition des travailleurs sportifs*, Editions du croquant, février 2008.

Ils marchent, courent, sautent... font rêver des millions de personnes... qui sont-ils ? Il s'agit des sportifs de tous niveaux qui se donnent à fond pour le plus grand plaisir des spectateurs. Beaucoup d'entre eux en ont fait leur métier et se déplacent à travers la France, voire les quatre coins du monde. Cependant, aucune reconnaissance sociale ne leur est rendue malgré leur engagement.

Les dirigeants sportifs s'opposent le plus souvent à une professionnalisation et les poussent à en faire de plus en plus « au nom du sport ». Les enfermant dans une pratique dite « amateur », ils prennent une attitude paternaliste afin que les sportifs soient reconnaissants. Cette gestion confine les sportifs dans une précarité sociale puisqu'il n'y a pas de cotisation maladie, retraite et invalidité. Que deviennent ces athlètes lorsqu'ils ne peuvent plus assumer le « spectacle » ? Qui s'occupe de leur santé abîmée par tant d'efforts ?

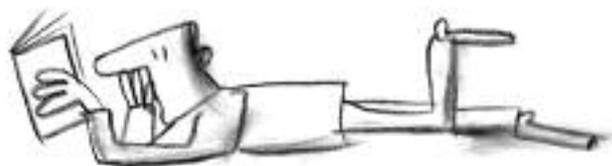
Le livre *Sportifs en danger, La condition des travailleurs sportifs* de Sébastien Fleuriel et Manuel Schotté aborde le problème de manière très pragmatique. Les auteurs décomposent de façon remarquable la gestion du sport et des sportifs en France. Cette pyramide des pharaons construite par de nombreux travailleurs dont très peu sont récompensés. Par contre, ils n'échappent pas à la vindicte dès qu'ils s'opposent à cette construction. Il y a pire ! Chercher à gagner sa vie et assurer son avenir est considéré comme une trahison au « vrai » sport qui, lui, est et doit rester désintéressé. Ce désintéret ne concerne pas les dirigeants confortablement installés dans leur pouvoir. L'horizontalité (tous les sportifs au même niveau de sacrifice) est ainsi au service de la verticalité (le pouvoir des gestionnaires).

Le livre permet de comprendre la construction de l'image du sport dit légitime grâce au rappel historique. Plus le lecteur chemine dans le livre, plus il découvre l'entonnoir mis en place pour amener le sportif vers cet « esclavagisme moderne » qu'est l'amateurisme intensif.

Les auteurs apportent une nouvelle vision des sportifs contrastant avec celle qui est parfois donnée de quelques stars. Il s'agit là d'un regard tout simplement humain.

Nassir Messaadi
médecin généraliste





Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

La téléphonie mobile, un scandale sanitaire ?

— Etienne Cendrier, *Et si la téléphonie mobile devenait un scandale sanitaire ?*
Editions du Rocher, 2008.

Un livre d'Etienne Cendrier nous présente les connaissances les plus récemment acquises sur les effets nocifs des téléphones portables. Il nous convainc d'adopter certains réflexes élémentaires et de nous mobiliser pour que les autorités prennent des mesures préventives sérieuses.

Qui se soucie du nombre de barres qui s'affichent sur l'écran avant d'engager la conversation ? Qui prend garde de changer d'oreille régulièrement et de ne pas garder son mobile sur soi quand il est allumé ? Ces recommandations, parmi toutes celles que le ministère de la Santé a édictées, restent le plus souvent ignorées du public. Il faut dire que le ministère n'a pas beaucoup cherché à nous convaincre de les adopter, affirmant d'un même geste que l'engin ne présente « pas de risques connus ». Injonction paradoxale, scientifiquement très contestable, mais éloquente : la « gestion de crise » a déjà commencé pour les autorités politiques qui veulent se dédouaner sans pour autant nuire aux bénéficiaires des opérateurs. Voilà l'un des éléments du scandale que dénonce l'auteur. L'aberration initiale étant d'avoir laissé vendre ces appareils à 48 millions d'utilisateurs en France (sur 63 millions d'habitants) sans avoir imposé des normes de sécurité plus rigoureuses, faute d'avoir procédé à des tests offrant les conditions d'indépendance requises.

Résultat, même nos enfants et nos ados portent encore à longueur de journée leur mobile ouvert, ignorent le kit avec fil et passent de plus en plus de temps l'appareil collé à l'oreille ou à le manipuler pour jouer, pendant que les adultes dissertent gentiment sur la dextérité de leur petit au clavier. Citons le chiffre qui tue : 91 % de la génération des 12-24 ans étaient déjà équipés en 2007. Et le marché continue de s'étendre. On vend à présent des modèles pour les plus petits, avec histoires et contes téléchargeables, en flagrante contradiction avec les molles recommandations officielles. Pourtant, nul ne conteste plus que le cerveau d'un enfant absorbe 60 % de rayonnements électromagnétiques de plus que celui d'un adulte, notamment du fait de la finesse de son crâne. Autant dire que les conséquences d'une minimisation des risques pourraient être lourdes.

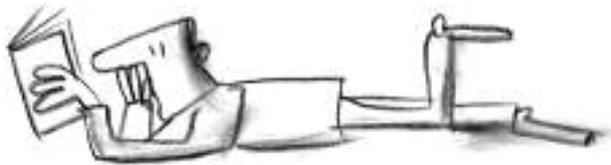
L'ouvrage d'Etienne Cendrier, clair et vivant, fait œuvre de salubrité publique en nous sensibilisant infiniment mieux que les autorités aux risques et à toutes les précautions aisées à prendre. Appuyé sur les études les plus récentes et de grande ampleur, il nous fait découvrir que derrière les troubles réversibles tels que céphalée, perte de mémoire, nausée et autre irritabilité, les épidémiologistes et les toxicologues ont apporté la démonstration d'effets biologiques et pathologiques profonds chez l'être humain, proportionnels aux quantités d'ondes électromagnétiques reçues et à leur nature. Celles de nos mobiles et des antennes-relais sont indubitablement à l'origine de brisures des brins d'ADN, d'échauffements anormaux des cellules cérébrales et neurologiques par « effet four à micro-ondes », parmi d'autres perturbations dont certaines sont identifiées comme des facteurs cancérigènes, notamment dans les tumeurs du nerf optique. Sans oublier les interférences avec les pacemakers et divers implants.

Etienne Cendrier nous rappelle aussi que les antennes-relais en France (on en compte 50 000 à 200 000) dépassent les normes qui devraient découler d'une réelle prévention, et qu'elles surplombent souvent les écoles, les centres de loisirs ou les habitations, déversant leurs ondes 24 h sur 24 h. « Les livres de ce genre sont anxiogènes... », m'affirmait d'un ton hautain un expert rémunéré par l'industrie d'un côté et conseiller des autorités politiques de l'autre. L'idée que les citoyens puissent être traités comme des interlocuteurs adultes ne fait tout simplement pas partie de son métier. Or, c'est très explicitement du côté des citoyens responsables que s'inscrit cet ouvrage.

Etienne Cendrier nous démontre que le scandale est d'ores et déjà constitué, tout en notant judicieusement que de grands assureurs ne couvrent plus ce risque depuis qu'ils se sont penchés sur le dossier.

Roger Lenglet

L'auteur est porte-Parole de l'association nationale Robin des toits, qui lutte pour une prise en compte de la santé publique dans la réglementation de la téléphonie mobile et apporte son assistance aux publics exposés. Les droits d'auteur du livre sont reversés à cette association.
www.robindestoits.org



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

Du totalitarisme...

— **Charlotte Beradt, *Rêver sous le III^e Reich*, Petite Bibliothèque Payot, 2004.**

« Un ophtalmologue de quarante-cinq ans fit ce rêve en 1934 : *Les SA posent du fil de fer barbelé aux fenêtres des hôpitaux. Je me suis juré de ne pas me laisser faire s'ils viennent dans mon département avec leur barbelé. Je me laisse pourtant faire, je suis là comme une caricature de médecin lorsqu'ils enlèvent les vitres et transforment une chambre d'hôpital en camp de concentration avec barbelé – et pourtant je suis renvoyé. Mais on me rappelle pour soigner Hitler parce que je suis le seul au monde à en être capable : honteux d'en être fier, je me mets à pleurer.* »

Voici un extrait d'un des trois cent rêves que répertoria de 1933 à 1939 à Berlin, Charlotte Beradt (1901-1986) auprès de son entourage – des gens ordinaires de tout statut social : ouvriers, femmes de ménage, couturières, employés, juristes, etc. Ce fut pour elle un acte de résistance en tant qu'opposante politique à la montée de la dictature nazie qui « malmenait les âmes ». Elle s'exila en Angleterre en 1939 et récupéra ses notes qu'elle avait pris soin d'envoyer par courrier à l'étranger avant son départ. Elle voulait coûte que coûte en informer la presse de l'exil. Après la guerre, ces rêves firent l'objet d'une émission de la Radio ouest-allemande sous le titre : « Rêves de terreur ».

Au fil des pages, nous découvrons comment des milliers d'hommes et de femmes se laissèrent progressivement envahir jusque dans leur sommeil par la peur de la propagande nazie, au travers les menaces et l'imposition de règles kafkaïennes de la vie quotidienne ; comment, dans une relation complexe et ambiguë avec le pouvoir, beaucoup devinrent serviles sous l'emprise totalitaire. Les faits contredirent même « l'idéal totalitaire » d'un dirigeant du III^e Reich ¹. En effet, le sommeil fut « assassiné » et la vie privée écrasée et détruite sous « les bottes à tiges spé-

ciales qui brillent comme des diamants » : la séduction qu'exerçait l'autorité sur la population était évidente.

Des gens, accablés, pressentirent dans leur sommeil ce qu'allait devenir ce régime. En ce sens, leurs rêves furent prémonitoires et sonnèrent comme un avertissement avant la catastrophe finale. Que le monde ne les eut entendus à temps !

Charlotte Beradt agit pour que le monde apprenne la vérité. Elle fut « la passeuse, la courroie de transmission » selon l'expression de Martine Lebovici dans la préface, entre les personnes qui choisirent de résister. En post-face, François Gantheret écrit, à partir de ces rêves traumatiques, une approche analytique de la domination totale, réflexion incontournable pour qui veut comprendre l'inhumanité de l'humanité.

Comment enfin ne pas évoquer, avec émotion, le courage des membres de « la Rose blanche », ce groupe de résistance au nazisme fondé à Munich au printemps 1942 par deux étudiants, Hans Scholl et Alexander Schmorell.

Charlotte Beradt relate le rêve d'abîme mais aussi de « passeuse » que fit Sophie Scholl, la sœur de Hans, la nuit qui précéda leur exécution ². Sophie raconta ce rêve, assise sur son lit, à sa compagne de cellule...

La lecture de cet ouvrage nous rappelle que l'homme connaît mieux le présent qu'il ne le croit. Il peut lire aussi l'avenir dans les replis de son âme, bien avant que les événements potentiellement traumatisants ne surviennent, si tant est qu'il veuille bien s'interroger sur lui-même et son environnement. Ce livre-message, puisé au plus profond de son être, est un appel au maintien de l'éveil, à la vigilance, à l'état d'alerte maximale, jour après jour, du côté « des personnes qui agissent » contre la domination totale des pouvoirs d'où qu'ils viennent. « Il suffit de vouloir » ³.

Patrick Dubreil

1. « La seule personne en Allemagne qui a encore une vie privée est celle qui dort » Robert Ley, dirigeant de l'organisation du Reich (citation du chapitre premier). Outre quelques citations absurdes et racistes des SS, on lira avec intérêt en tête de chapitres, des citations de la Bible, mais aussi d'auteurs comme Arendt, Brecht, Eliot, Goethe, Kafka, Kogon, Orwell.
2. Hans et Sophie Scholl, ainsi que Christoph Probst, un autre membre du groupe, furent guillotins le jour même de leur condamnation, le 22 février 1943. Ils furent condamnés à mort, car leurs appels au *ressaisissement éthique des consciences allemandes* fut considéré par les nazis comme un « crime politique majeur » cf. resistanceallemande.online.fr/rose_blanche/la_rose_blanche.htm -9k- A lire surtout Inge Scholl : *La Rose Blanche, six allemands contre le nazisme*, traduit de l'allemand par Jacques Delpeyrou, collection double Minuit, 2008.
3. titre du chapitre VIII : Des personnes qui agissent ou « il suffit de vouloir ».

Numéros disponibles

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° 19 : La vieillesse, une maladie ? <i>(épuisé)</i> |
| N° 2 : La souffrance psychique <i>(épuisé)</i> | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière <i>(prix 16,80 €)</i> | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin <i>(épuisé)</i> | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu <i>(épuisé)</i> | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 9 : L'hôpital en crise | | N° 27 : Faire autrement pour soigner <i>(épuisé)</i> |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, sauf à partir du numéro 36 (prix nouvelle formule : 16 €) + 1,50 € de frais de traitement

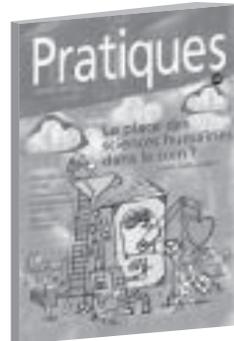
- | | |
|--|-------------------------------|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 31 : Justice et médecine |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 32 : Le temps de la parole |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 33 : L'envie de guérir |



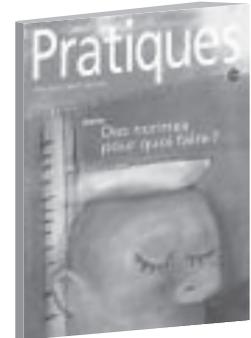
N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser 14 €



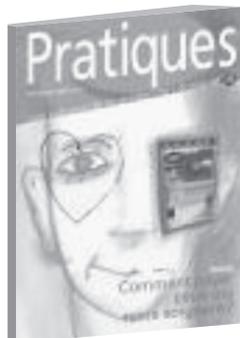
N° 35 : Espaces, mouvements et territoires du soin 14 €



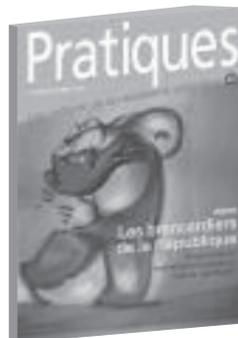
N° 36 : La place des sciences humaines dans le soin 16 €
(épuisé)



N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ?
Prix : 25 € *(épuisé)*



N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?
16 €



N° 40 : Les brancardiers de la République
16 €



N° 41 : Redonner le goût du collectif
16 €



N° 42 : Les couples infernaux en médecine
16 €

Il est possible d'acheter les numéros 16, 17, 19, 27, 36 et 37-38 épuisés sous forme de fichier .pdf, il vous suffit pour cela de télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail

Bulletin d'abonnement ou 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-dessous et celles de la personne que je parraine ci-dessus) :

Pour mon numéro offert, je choisis parmi ceux listés en page 95 (sauf numéros épuisés ou doubles) :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Je choisis la formule suivante :

- l'abonnement classique :
- 1 an (4 n^{os}) : **57 €** au lieu de 72 €, soit plus de **20 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro
 - 1 an à tarif réduit : **37 €** (étudiant, jeune installé de moins de 3 ans, demandeur d'emploi)
- l'abonnement de soutien 1 an : **114 €**

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° 523734</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 border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Codes</th> <th rowspan="2">Numéro de compte</th> <th rowspan="2">Clé RIB</th> </tr> <tr> <th>Établissement</th> <th>Guichet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </tbody> </table> | | | Codes | | Numéro de compte | Clé RIB | Établissement | Guichet | | | | |
| Codes | | Numéro de compte | Clé RIB | | | | | | | | | |
| Établissement | Guichet | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1. Dans cette version, les articles sont indexés par thème.
Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches.

Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches. : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

2. Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.
Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner après coup les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour fragmenter votre fichier:

- Choisir le Module Découpage
- Cliquer sur Ajouter, et choisir votre fichier à fragmenter
- Options de découpage : Choisir Par page (fragmenter)
- Dossier de création : Choisir un dossier
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Options de création: Donner un nom qui sera commun à toutes les pages ainsi fragmentées
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez vos fichiers dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

