

# 200, 2000, 20 000, 200 000... médecins salariés

C'est manifestement avec de tout petits pas que le gouvernement espère faire évoluer les médecins vers un exercice raisonnable, compétent et à la portée de tous les citoyens. Ce n'est pas gagné. Des médecins pathétiques ont manifesté avec morgue, refusant de renoncer à leurs dépassements d'honoraires, parfois exorbitants.

Des patients qui cotisent selon leurs moyens et sont soignés selon leurs besoins, voilà ce qui devrait constituer le socle des devoirs et des droits des médecins, ainsi que des autres soignants, puisque c'est par cet argent-là qu'ils sont rémunérés. Le « gros mot » de « salarié » n'est pas encore vraiment osé, de façon à ménager les susceptibilités mal placées des chaires du libéralisme en médecine. Mais pourquoi appeler autrement la « compensation de revenus » prévue pour les deux-cents premiers médecins qui accepteront d'aller exercer dans des zones dites « déficitaires », ou encore « déserts » médicaux<sup>1</sup> ?

Le monde change et heureusement les médecins aussi, malgré l'acharnement que mettent certains à tenter de faire durer leurs privilèges. Ils sont de plus en plus nombreux à envisager d'autres modes de rémunération plus adaptés à leurs aspirations professionnelles et personnelles. La médecine à l'acte en rebute plus d'un et ne tient pas compte de la réalité de leur travail. La grande majorité de nos concitoyens sont salariés (dont beaucoup de soignants travaillant dans les institutions), ce qui n'en fait pas des incompetents ni des jean-foutre. Les mauvais professionnels existent déjà, ils sont également répartis sur le territoire et dans tous les métiers.

Alors deux-cents postes subventionnés par l'Etat dès maintenant, objectif deux mille médecins salariés en 2014 ? Vingt mille en un quinquennat et deux cent mille en deux quinquennats ? Voilà qui serait ambitieux et réglerait son compte à cet archaïsme d'une médecine qui fait semblant de se croire libre tout en mangeant à tous les râteliers. Et pourquoi ne pas étendre dès maintenant cette mesure aux remplaçants des médecins en fin de carrière, afin de leur permettre une transmission en douceur des patients qu'ils suivent depuis des années et un arrêt d'activité plus serein ?

L'avenir du système de santé doit s'anticiper très en amont en associant à son évolution et son organisation les patients, les politiques et les soignants.  
Il est urgent de rompre avec l'improvisation qui nous a menés à ce gâchis. —

1. Dans un entretien sur M6 le 2 décembre dernier, Marisol Touraine annonçait la création pour des jeunes médecins s'installant dans les « déserts médicaux » des postes de « praticiens territoriaux de médecins générale », avec un revenu minimum garanti de 55 000 euros par an.

## Déserts médicaux : Mal répartis, mal employés, où sont les médecins ?

## 1. Mal répartis ?

- 12 **Gérard Salem, Stéphane Rican, Zoé Vaillant, A. Bochaton**  
Egalité bafouée  
*La carte le montre, on meurt plus au nord qu'au sud.*
- 3 **Martine Lalande**  
Ile déserte
- 14 **Brigitte Dormont**  
La médecine libérale en question  
*La liberté des médecins va à l'encontre de l'égalité et de l'efficacité du système de soins.*
- 16 **Frédéric Pierru**  
Syndicats libéraux : « idiots utiles » ?  
*Il vaut mieux négocier avec la Sécurité sociale qu'avec les assureurs.*
- 19 **Françoise Acker**  
Un environnement pas si défavorable...  
*Un environnement réputé défavorable où les gens s'estiment bien soignés... le cas de Morneau.*
- 20 **Christian Bonnaud**  
Jeter l'éponge  
*Un projet de maison de santé encore dans les cartons.*
- 22 **Laurent Brutus**  
Retour vers le futur  
*Exercice de groupe en zone déficitaire : satisfactions et inquiétude.*
- 24 **Alain Abrieu**  
Chronique d'un désert annoncé  
*De quelle psychiatrie parle-t-on ?*
- 26 **Béatrice L.**  
Double peine  
*Y aura-t-il encore des spécialistes en secteur 1 dans la région parisienne ?*
- Sylvie Cognard**
- 27 Note de lecture : *Némésis médicale*

- 28 **Christiane Vollaire**  
La carte et le territoire  
*Un retour critique sur la pensée de Foucault aide ici à penser le rôle de l'Etat dans la cartographie sanitaire.*
- 31 **Sylvie Cognard**  
Parcours  
*Quel médecin aimerait-on être ?*
- 32 **Pierre Volovitch**  
« Quand t'es dans le désert »  
*Il y a sans doute déjà des gens qui construisent des politiques ambitieuses de santé publique ?*
- 35 **Jonathan Zaffiran**  
La schize médicale  
*Le blues d'un jeune médecin.*

## 2. Quel champ pour la médecine ?

- 38 **Chandra Covindassamy**  
Les déserts médicaux, un mirage ?  
*Les « déserts médicaux », effet de l'hétérogénéité entre l'acte de soigner et une logique de profit.*
- 40 **Françoise Acker**  
Infirmières : activités et territoires  
*La question des infirmières : démographie, répartition, refonte du métier.*
- 42 **Bertrand Riff**  
Confrontation de classe, voire de caste !  
*Faire de la médecine, c'est aussi faire de la politique, faire de la politique, c'est ne pas être dupe.*
- 44 **Eric Bogaert**  
Psychiatre ou douanier ?  
*Faut-il psychiatiser le no man's land social qu'étendent les mouvements de frontière générés par la guerre économique ?*
- 46 **Jean-Paul Canévet**  
La maladie des certificats médicaux  
*Les certificats médicaux, une perte de temps pour le médecin.*

- 48 **Benjamin Cohadon**  
Au grand marché de la santé  
*Le refus du marché de la santé.*

**Anne Perraut Soliveres**  
Utopique, ma médecine ?

## 3. Réensemencer le désert

- 50 **Daniel Coutant**  
Construire des maisons de santé  
*Une démarche totalement nouvelle pour les soignants.*
- 53 **Marie Kayser**  
Médecine générale 2.0  
*Des propositions pour sauver la médecine générale.*
- 54 **Philippe Nekrouf**  
Pas de désert en Aveyron  
*Un réseau de santé de premier recours original en milieu rural.*
- 56 **Lionel Echinard**  
Gardien des poisons  
*J'ai dit à Marisol Touraine : « Nationalisez-nous ! »*



# où est le problème ?

**60 Yves Charpak**

Un médecin, ça sert à quoi ?  
*Rappelez-moi : ça fait quoi un médecin et ça sert à quoi ?*

**63 Didier Ménard**

L'important, c'est le projet  
*Le « projet santé » se construit progressivement, étape par étape.*

**64 Jacques Batistoni et Pierre Martin**

Des syndicats médicaux proposent  
*Il faut revoir la formation, les modes d'exercice et de rémunération ainsi que les questions de tiers-payant et de reste à charge.*

**67 Borée**

Twitter dans le désert  
*Les blogs médicaux, pour sortir de l'isolement.*

**68 Zoé Michel**

Partir dans le désert sur contrat  
*Dans un avenir idéal, je me vois salariée du service public de santé.*

**70 Maxime Catrice, Anne-Gaëlle Provost, Laurene Lhuillier, Mathilde Andlauer, Thomas Tarjus**

La Place Santé  
*De jeunes généralistes nous racontent leurs débuts au Franc-Moisin.*

**73 Margot Kenigsberg**

Un modèle à qui s'identifier  
*Pour oser se lancer dans la médecine générale, il faut pouvoir rencontrer des médecins qui donnent envie...*

**75 Léa Valange**

A n'en pas dormir  
*L'envie, le travail, les besoins de santé, l'équipe et son projet de santé ne suffisent pas pour qu'un projet de maison de santé se réalise sur un territoire qui en a pourtant besoin.*

**77 Géraldine Bloy**

Jeunes généralistes et déserts médicaux  
*Un regard sociologique éclairant.*

**81 Sylvie Cognard**

Note de lecture : *Ces maladies créées par l'homme*

**Les médecins blogueurs**

Docs des villes ou docs des champs ?  
*Pourquoi ne pas résumer en prose son choix d'installation !*

**82 Anne Perraut Soliveres**

Une révolution, vraiment...  
*Certains le font déjà, il suffirait de les payer pour cela.*

## MAGAZINE

### 4 Nouvelles de la diffusion

#### 5 IDÉES

Pierre Volovitch

#### Un économiste engagé

*Il ne saurait y avoir d'économie de la santé sans une prise en compte du social.*

#### 84 ENVIRONNEMENT

Annie Thébaud-Mony

#### De l'amiante aux suicides

*Quand l'irresponsabilité de l'employeur devient crime.*

#### 88 MÉDICAMENT

Anne Véga

#### Les prescripteurs en médecine générale

*Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français.*



#### 92 NOUS AVONS LU POUR VOUS

Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir : *Le milieu de nulle part, Légère comme un papillon, L'héritage nu, La nuit tombée et L'hôpital.*

# PRATIQUES vous souhaite une excellente année 2013

Devenez marraine ou parrain de la revue,  
diffusez nos valeurs communes

Vous êtes généraliste enseignant et/ou maître de stage. Votre externe vous quitte, tout triste de retourner à l'hôpital après une découverte enthousiaste de la vraie vie avec les patients. Votre interne découvre les joies de l'exercice pratique, en sécurité, avec votre accompagnement, s'exerçant à son métier tout neuf, et les patients l'apprécient. Vous avez envie de leur faire un cadeau, pour tous les services qu'ils vous rendent et le plaisir du compagnonnage avec eux : offrez-leur un abonnement à *Pratiques*.

Si vous avez deux étudiants au cabinet, vous pouvez bénéficier du double parrainage : deux nouveaux abonnés pour le prix d'un ! Si vous en avez un seul, optez aussi pour le parrainage double, en abonnant votre salle d'attente, vos patients seront ravis.

NE L'OUBLIEZ PAS, EN CE DÉBUT D'ANNÉE 2013

PARRAINEZ VOS ETUDIANTS, VOS PROCHES, VOS CONNAISSANCES

Bulletin de parrainage simple page 96

(Vous parrainez, *Pratiques* vous offre un numéro !)

Rubrique « Parrainer » sur le site [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)

(Vous parrainez une personne, *Pratiques* vous offre un numéro !)

Vous parrainez deux personnes pour seulement 60 euros !)



# Un économiste engagé

**Compagnon de route de la revue *Pratiques* et du SMG, Pierre Volovitch se définit comme « économiste de l'Assurance maladie ». Pour lui, l'économie de l'Assurance maladie ne peut se réduire à une vision comptable. Elle doit intégrer l'analyse de différents types de rapports sociaux complexes. Rapports à la santé (qui n'est pas le même dans tous les groupes sociaux), rapports entre professionnels et patients, rapports entre professionnels et pouvoirs publics...**

Après avoir enseigné les sciences économiques et sociales, Pierre Volovitch a été Chargé d'Etude au Bureau des comptes et synthèses, Service des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI) Ministère du Travail et des Affaires sociales puis Secrétaire général – Mission Recherche (MIRE) Ministère du Travail et des Affaires sociales et enfin Chercheur à l'Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES).

Articles (sélection) dans *La Revue de l'Ires* :

(1999) Egalité des soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'Assurance maladie ?

(2004) Quelle utilisation de l'outil économique dans le champ de l'Assurance maladie ?

*Droit social*

(1995) Faut-il cibler la protection sociale sur « ceux qui en ont réellement besoin » ?

(1999) Qui doit rémunérer le travail ?

*Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique :

(2001) Maîtrise des dépenses : la question des revenus oubliée.

(2003) Trois principes pour asseoir une assurance maladie solidaire.

(2004) Entre contrôle et liberté – Quelle régulation du système de soins ?

## **Pratiques : Comment êtes-vous devenu économiste de la santé ?**

**Pierre Volovitch** : Me suis-je posé la question ? Il n'y a pas eu de moment où j'ai décidé que c'était ce que j'avais envie de faire, mais en me retournant, je me dis que ce n'est pas totalement un hasard. Quand je passe mon bac, je ne suis pas suffisamment bon en sciences pour continuer vers les Sciences et pas assez littéraire pour me lancer vers les Lettres. L'économie commence juste à être enseignée à la fac : en 1965, à Paris, si on faisait de l'économie, on était obligé de faire du droit, car il n'y avait pas assez de professeurs d'économie pour en faire un cursus complet. Là-dessus, je deviens professeur de sciences économiques et sociales en lycée parce que cela m'évite d'aller me confronter avec l'économie en entreprise, c'est plus commode. Comme enseignant, je fais des cours sur l'ensemble de l'économie, et pas du tout spécialement sur la protection sociale, encore moins la santé. Quinze ans plus tard, le ministère des Affaires sociales recrute un professeur détaché et je me retrouve au ministère. Ce passage-là, de l'enseignement au ministère, est sans doute un effet de hasard. Mais pour des raisons personnelles, j'avais eu beaucoup de rapports avec le système de soins et quelque part, j'avais « des comptes à régler ». Donc je me retrouve en position de faire de l'économie sur des questions de santé. J'ai alors toujours tenu à dire que je faisais de l'économie de l'Assurance maladie et pas de l'économie de la santé. Qu'on fasse de l'économie, c'est-à-dire réfléchir sur « combien ça coûte », « comment cela se finance »... en assurance maladie, cela me semble justifié. « L'économie de la santé » cela me paraît beaucoup plus ambigu parce que cela veut dire que l'on accepte, quelque part, de

considérer qu'il est légitime de faire du calcul économique sur la santé, la vie... ce qui me paraît, en termes d'impérialisme de l'économie, beaucoup plus discutable. En particulier, c'est un peu moins à la mode maintenant, mais il y a eu une époque où un certain nombre d'économistes se sont mis à évaluer le « prix de la vie humaine » pour pouvoir calculer combien on « gagnait » à sauver une vie humaine. Quand j'étais prof, j'avais travaillé avec mes élèves sur une étude portant sur le dépistage du cancer du sein qui était très rigolote, car il y avait d'un côté : « combien cela coûte ? » et si on veut faire de l'économie on dit, en face : « combien cela rapporte ? », ce qui oblige à calculer combien vaut la vie d'une femme. Dans l'étude en question, la valeur de la vie d'une femme était calculée sur le salaire féminin moyen, ce qui était une façon de dire que la valeur de la vie d'une femme, c'était 20 % de moins que la valeur de la vie d'un homme (!). Il y avait même dans l'étude un moment de discussion pour savoir si, après la ménopause, une femme valait encore quelque chose ou si elle ne valait plus rien (!!). Si on veut faire de l'économie sur la vie humaine, on se met à faire des calculs un peu bizarres. Donc, si on me demandait de définir ce que je faisais, j'ai toujours eu plus tendance à dire que j'étais économiste de l'Assurance maladie qu'économiste de la santé.

## **C'était un choix ?**

Cela m'a paru un sujet tout à fait intéressant à pleins de points de vue. Un des points de vue intéressant est que, quand on fait des études d'économie, et encore maintenant, la protection sociale est totalement ignorée. Un bon élève ayant sa ma-

Entretien avec  
**Pierre Volovitch**,  
économiste.  
Propos recueillis par  
**Martine Lalande**  
et **Anne Perraut**  
**Soliveres**

.../...

.../... trise de sciences économiques peut n'avoir jamais entendu parler de la protection sociale. En termes d'anecdote, quand j'étais au ministère, nous sommes allés intervenir, avec un collègue, à l'École Normale Supérieure, auprès d'élèves qui préparaient l'agrégation de sciences économiques et sociales. On leur a fait un topo et comme ce sont plutôt de bons élèves, ils savent poser des questions : il y en a un qui a levé la main et qui a dit : « Mais expliquez-moi, le ticket modérateur, c'est quoi ? ». Il avait fait cinq ans d'économie, il savait plein de choses sur les taux de change, mais le ticket modérateur, il n'en n'avait strictement jamais entendu parler. La deuxième chose qui me paraît intéressante, c'est que je suis persuadé qu'on ne peut pas aller très loin en économie si l'on n'a pas conscience des liens très forts entre les phénomènes économiques et les phénomènes sociaux. Et la protection sociale, sauf à être totalement aveugle, oblige à faire ce lien. Si tu fais juste du monétaire, tu peux te dire que tu ne fais que de l'économie et que le social est absent... il y a des domaines de l'économie où on peut croire qu'on va faire de l'économie pure. Mais dans le domaine de la protection sociale, on ne peut pas avoir ce type d'illusion. Assez vite, je me suis trouvé confronté au fait que les gens de gauche étaient totalement silencieux, ne voulaient rien dire sur le boulot des professionnels de santé en général et celui des médecins en particulier. Je me trouvais face à des collègues qui travaillaient en économie de la santé, du côté des syndicats, du côté des partis de gauche, et les médecins n'étaient jamais un sujet d'interrogation de réflexion, de critique. Et un jour, je ne sais plus comment, j'ai rencontré le Syndicat de la Médecine Générale (SMG) et le monde a repris une certaine assise : on pouvait être de gauche, parler de santé et avoir un discours critique, organisé, sur les problèmes de pratique professionnelle des soignants en général et des médecins en particulier. Et cela a été un bol d'air bienvenu, le monde prenait une cohérence. J'ai essayé de me souvenir comment je suis entré en contact avec le SMG et je n'arrive pas à me rappeler comment cela s'est passé. Ce dont je suis sûr, c'est que le premier du SMG que j'ai rencontré était Patrice Muller. Tant qu'à faire, rencontrer le SMG par le biais de Patrice était une cerise sur le gâteau. Je suis issu d'une famille de militants, je suis moi-même militant, et le deuxième bol d'air du SMG ce fut de me retrouver, pour la première fois dans un groupe d'extrême gauche où j'étais strictement incapable de voir qui avait envie de piquer la place de qui. En termes de confort intellectuel, de respiration, c'était un cadeau extrêmement agréable. Et je pense que la personnalité de Patrice, sa façon de mener les choses n'y était pas pour rien. Malheureusement, Patrice est mort il y a quatre ans. Heureusement, le SMG reste un

endroit où on ne voit pas qui aurait envie de piquer la place de qui. Ce n'était donc peut-être pas seulement Patrice...

#### **Justement, comment avez-vous rencontré le SMG ?**

C'est une chance que j'ai eue, j'ai essayé de reconstituer comment cela s'était passé. Comme j'ai dit tout à l'heure, je n'arrive pas à me souvenir des circonstances et ça me désole.

Je travaillais sur la comparaison des systèmes de santé en Europe. Au niveau anecdotique, une conseillère d'État (Yannick Moreau) avait été chargée de faire un rapport sur les différents systèmes de santé européens. Elle a fait son rapport et à la fin, elle a fait des préconisations. Elle a dit : « Il est quand même regrettable que le service statistique du ministère ne travaille pas sur la comparaison des systèmes de santé. » J'étais arrivé comme prof détaché au ministère la semaine d'avant. Le service ne sachant pas quoi faire de cet ordre m'a chargé de faire les comparaisons statistiques des systèmes de santé européens. Cela a été pour moi très intéressant, mais cela en dit long sur le fonctionnement de l'administration. L'intérêt de la comparaison, c'est que cela ouvre la tête. On s'aperçoit que tout un tas de choses qui relèvent, dans un pays, de l'évidence absolue, non discutables, qu'on ne peut même pas imaginer que ce soit autrement... sont différentes dans le pays d'à côté. Les habitudes sociales, le poids historique jouent un rôle non négligeable dans les conduites des politiques. Si on veut comprendre pourquoi les Anglais raisonnent comme ça, pourquoi nous on raisonne autrement, il faut remonter un peu dans le temps et dans l'histoire. On découvre alors que les champs des possibles sont relativement vastes. Mais en même temps, on comprend assez rapidement que cela n'a aucun sens d'aller chercher un élément d'un système étranger et de vouloir l'importer dans notre système, parce qu'évidemment chaque élément n'a de sens que dans son articulation avec les autres éléments du système. Par exemple, en Allemagne où il y a une vraie organisation des professionnels de santé qui discutent avec des pouvoirs publics qui ont des objectifs, il y a eu pendant un temps, et je crois que ça existe encore, des objectifs de dépenses de l'assurance maladie. Si les objectifs de dépense étaient dépassés, la valeur des actes était diminuée pour rentrer dans l'enveloppe prévue. En 1995, Juppé met en place la même idée de faire varier la valeur de la consultation en fonction du fait que l'on a respecté ou pas l'évolution des dépenses. Le problème est qu'il s'agit d'une décision gouvernementale, qu'il ne négocie avec personne, dans un pays où les professionnels ne sont pas organisés. Évidemment, sa mesure a tout de suite une odeur, un goût, une signification qui n'a rien à voir avec ce qu'il croit avoir copié. Et d'ailleurs,

dès ce moment-là, le discours des politiques est que cette mesure, si elle devait avoir lieu, serait une sanction. Essayer de mettre en place un truc que l'on présente dès le départ comme une sanction... On est un peu mal barré pour l'appliquer. A mon avis, Juppé lui-même n'avait aucune idée sur le système de modulation des lettres-clé flottantes allemandes. Il y avait des technocrates à la direction de la Sécurité sociale qui devaient savoir que ça existait, qui ont dû faire des notes, et c'est arrivé sur son bureau.

***C'est ce qu'il s'est passé à l'hôpital avec la T2A.***

Tout à fait. On a mis en place ici un système de tarification qui avait été pensé dans un système qui, globalement, fonctionnait tout à fait différemment du nôtre. La comparaison internationale montre à la fois que beaucoup d'autres choses pourraient se faire, mais en même temps, ce n'est pas une espèce de boîte à outils où on peut chercher un « bout » de système pour aller l'implanter dans un autre système. Ce que je trouve très triste, c'est que nous sommes politiquement dans une situation où il n'y a plus, il n'y a pas, et dans le domaine de la santé, il n'y a peut-être même jamais eu, de réflexion à moyen et long terme. C'est-à-dire que les gens qui prennent les décisions les prennent avec des objectifs d'avoir des réponses dont l'horizon n'excède pas l'année. Et, si on revient sur l'idée que les systèmes ont une cohérence globale, et qu'ils sont très différents, cela veut dire que pour transformer un système, cela suppose à la fois d'avoir des objectifs à moyen et long terme suffisamment précis, que les politiques sachent où ils veulent aller. Une fois définis les objectifs on peut, parce que l'on sait où l'on veut aller, se donner une grande souplesse dans les modalités d'application. On est exactement à l'inverse, dans une situation où il n'y pas d'objectif à long terme, mais où il y a des mesures dont on veut qu'elles deviennent effectives extrêmement rapidement. Et donc, on va leur donner une forme contraignante qui va provoquer des réactions...

Si on veut rester dans l'actualité, on a un ensemble de responsables : ministère, Assurance maladie, caisses d'assurance complémentaires, qui n'ont jamais réfléchi ni n'ont aucune idée sur le niveau de rémunération souhaitable des professionnels de santé, sur les écarts à atteindre entre spécialistes et généralistes, entre infirmières et médecins, entre hospitaliers et libéraux... Or, ils ont un problème qui est l'évolution délirante des dépassements d'honoraires. Ils ne vont pas prendre le sujet du niveau de rémunération de façon globale, mais ils vont y entrer par cette petite excroissance maligne. Dès lors, ils vont essayer de le résoudre vite fait sans rien remettre en cause, mais en refillant le bébé aux assurances

complémentaires avec pour objectif d'arriver à un résultat le plus vite possible. Cela donne un protocole débile, même de leur point de vue, et ils ne l'appliqueront pas. Et tout d'un coup, dans ce désert de réflexion, pour la première fois à ma connaissance et sur un sujet très spécifique qui est celui des déserts médicaux, Madame le ministre de la Santé annonce un niveau de salaire souhaitable pour les généralistes. Cela arrive tout d'un coup, elle dit 5 000 euros par mois et on se demande d'où ça vient... quand ils ont discuté des dépassements, ils avaient déjà cette idée en tête ? Qui en a débattu, pourquoi comment ? Et donc, quand on essaie de réfléchir aux questions de l'Assurance maladie, aux solutions intelligentes que l'on pourrait progressivement mettre en place, on s'aperçoit que nous sommes face à des politiques qui mènent des réformes peu renseignées sur la réalité, avec objectifs extrêmement courts et correspondant à des rapports de force au moins conjoncturels, pour ne pas dire pire... c'est un peu déprimant. Est-ce que l'action publique, c'est en permanence des petits coups en fonction du gré du vent ? Est-ce que la tentative d'essayer de transformer ça en sujet de débat démocratique public, où les acteurs réfléchissent au bien commun, est une idée sympathique mais illusoire ? En ce moment, je suis d'un optimisme limité.

***Ce sont des problématiques politiques qui dépassent les questions de santé.***

Ce n'est pas que les politiques ne savent pas, mais quand ils sont en position de prendre des décisions, on ne sait pas ce qui fait qu'ils prennent telle ou telle position... En 2003, les politiques se sont tout à coup aperçus qu'ils n'avaient aucun outil de connaissance de l'évolution de la démographie des professionnels de santé, en particulier de la féminisation. A l'époque, ils avaient enfin réalisé que les horaires de travail d'un médecin femme n'étaient pas les mêmes que ceux d'un médecin homme. Donc ils ont mis en place un observatoire national de la démographie médicale et de santé. Cet organisme a fait une étude comparative avec les pays étrangers. La conclusion de l'étude montrait qu'une politique visant à réduire les déserts médicaux, qui ne s'adresserait qu'aux plus jeunes et qui n'aurait que des incitations financières, n'aurait aucune chance de réussir... Le gouvernement Sarkozy a pourtant essayé de le faire, cela n'a pas marché, et qu'est-ce que l'actuelle ministre veut faire ? La même chose... Bien sûr la politique va vite, mais si les politiques paient des gens qui prennent, eux, le temps de réfléchir... puis qu'ils ne lisent même pas les rapports qu'ils ont commandés... On va où avec ce type de pratiques ? J'en ai découvert une autre. En 2004, je ne sais quel fonctionnaire avait réussi à proposer à Douste-Blazy l'idée d'une loi de santé publique. .../...

.../... C'était la première fois depuis 1911 qu'il y avait en France une loi de santé publique.... Une histoire courait au ministère : on avait enfermé dans un cabinet un stagiaire de l'ENA et on lui avait demandé de sélectionner cent objectifs pour cette loi de santé publique. Des objectifs à suivre sur cinq ans, c'est une loi quinquennale, avec un bilan. Avez-vous entendu parler du bilan de la loi de santé publique en 2010 ? Non, mais l'administration française est bien faite : tous les ans, dans une indifférence générale, la DREES publie un document sur l'état de santé de la population française, en particulier autour des cent objectifs de santé publique. Qui parle de ce document ? Qui s'y intéresse ? C'est une interrogation parce que je n'ai pas de réponse définitive. Si j'étais sûr qu'ils avaient des objectifs à moyen terme, cela me rassurerait.

***Dans d'autres pays, y-a-t-il des politiques avec des objectifs à moyen terme ?***

Les Anglais, les Néerlandais, par exemple, ont décidé à un moment de passer 25 % de l'activité des médecins aux infirmières, sur quatre à cinq ans, ce qui supposait une modification de leur formation. Cela ne veut pas dire que c'est une bonne politique, mais ils se sont dit qu'il y avait des choses que font les médecins que des infirmières pourraient faire. Ils ont mené cette transformation, avec un débat avec les organisations de médecins et d'infirmières. Les Anglais ont une gestion de leur système de santé à beaucoup moins court terme que nous. Le drame de la France, c'est que les pouvoirs publics n'ont aucun interlocuteur vraiment représentatif avec lequel négocier. Avec les médecins, on sait que l'organisation avec laquelle les pouvoirs publics signent n'a absolument pas les moyens de rendre effectif ce qui a été signé. Je n'aimerais pas être aujourd'hui décisionnaire dans le champ de la santé !

Il faut voir la réalité en face. Quand les pouvoirs publics disent : « J'aimerais bien limiter les dépassements à 40 % » et qu'ils finissent par signer un accord où c'est 120 % en sachant qu'ils ne pourront rien imposer...

Le problème, c'est que celui qui signe un accord sait que si l'accord n'est pas respecté, il ne se passera rien et tout sera comme avant. Reconnaissons aux fonctionnaires qui sont au ministère de la Santé qu'ils ne peuvent pas appliquer des décisions car : 1) ils n'ont pas d'objectif à long terme et 2) n'ayant pas d'objectif à long terme, ils n'ont pas non plus de moyens de les faire appliquer. Ils prennent des mesures à court terme avec des acteurs sociaux qui sont dispersés et peu représentatifs. On échange le fait que l'étudiant en médecine va être complètement sous-payé, avec des horaires déments pendant le temps de ses études (il est interne), avec la promesse qu'il va pouvoir

s'en mettre plein les poches quand il sera en libéral... c'est vrai que le jour où on lui annonce que la deuxième partie du contrat ne fonctionne plus, il n'aime pas...

Dans toutes les entreprises, on a toujours considéré qu'employer un stagiaire surdiplômé en le payant des clopinettes n'était pas vraiment légal. On pourrait se dire la même chose pour les études médicales ? Mais dans un raisonnement à court terme, ce que l'on se dit, c'est que si on devait les payer, cela coûterait cher à l'hôpital.

Il faudrait se pencher sur le système de l'internat et se poser deux à trois questions : qu'est-ce qu'ils font, quels sont leurs horaires, quelle charge de travail, combien ils sont payés ? Et négocier avec eux.

Est-ce qu'on dit à un médecin et ce serait légitime : vous êtes payé comme un cadre de l'industrie ? Après tout, il n'y a aucune loi naturelle qui oblige à ce qu'un médecin soit payé comme un cadre de l'industrie. Il pourrait être payé plus ou être payé moins. Mais il faut, au moins, se poser la question. Ce qui me choque, c'est qu'il n'y ait pas de réflexion là-dessus. Après qu'on décide, par exemple, qu'un médecin soit payé plus que celui qui boursicote cela, ne me gêne pas...

***Les médecins disent qu'ils gagnent beaucoup parce qu'ils travaillent beaucoup.***

Dans le système britannique, le cabinet moyen comprend six médecins, quatre infirmières, deux secrétaires médicales et le résultat, c'est que le médecin généraliste britannique passe 80 % de son temps en activité médicale, tandis que le médecin français y passe 60 % de son temps, à cause des tâches administratives. Ils gagnent plus parce qu'ils ont une organisation, alors que chez nous, il y a des tas de choses qui ne relèvent pas de la médecine, mais qui relèvent de l'organisation du cabinet. Pour discuter de rémunération, il faut aussi discuter de l'organisation du travail des médecins. La conclusion qui me semble un peu originale est d'insister sur le fait que le problème que nous avons dans ce pays, aujourd'hui, c'est que nous sommes dans un champ, la santé, où les acteurs sociaux sont faibles, dispersés et sans objectif à long terme. Les pouvoirs publics ne peuvent pas inventer seuls des formes d'organisation cohérentes et représentatives d'un milieu, mais ils pourraient avoir des politiques moins désorganisatrices. Comment réformer, faire bouger, transformer un système quand lorsque l'on signe la mise en place du médecin référent avec l'organisation dite majoritaire cinq ans après, moins de 10 % des médecins ont choisi l'option médecin référent ? Il faut que les pouvoirs publics aient, et débattent, d'objectifs et il faut alors les négocier avec des interlocuteurs qui soient de réels acteurs. ■

# Déserts médicaux : où est le problème ?

Qui n'a jamais entendu parler des déserts médicaux ? Et des diverses solutions évoquées, dont l'incitation ou la coercition des jeunes professionnels de santé à s'installer dans certaines localités dépourvues de médecins ? Mais quel est le problème ? La France est dotée d'un système de santé techniquement performant, assorti d'une protection sociale théoriquement égalitaire. Pourtant, l'on meurt anormalement plus tôt dans certaines régions, dans certaines professions, voire dans certaines villes, même à forte densité médicale. Au-delà de la répartition des médecins dans le pays, quelle est réellement leur fonction ? Comment les questions de santé sont-elles appréhendées et qui en est responsable ? Quel rôle jouent les questions sociales et environnementales ? Comment les professions de santé répondent-elles, ou non, aux besoins de soins de la population ? Qui décide de la carte de l'aménagement du territoire du point de vue de la santé, des missions de chaque catégorie de professionnels et de leur articulation ? La France manque cruellement de politique cohérente et à long terme dans ce domaine, en particulier quant au recrutement et à la formation des médecins. Le système hyper-élitiste des études médicales n'oriente pas les étudiants vers une médecine de proximité au service des usagers. Si certains candidats choisissent d'emblée la médecine générale, trop nombreux s'y orientent par dépit, faute d'avoir pu faire une spécialisation. Pourtant, des expériences montrent que le goût de ce métier peut être transmis. Beaucoup de jeunes médecins ont peur de l'exercice isolé et revendiquent des conditions de travail et de vie « normales ». Des regroupements de professionnels permettent de répondre à l'aspiration de soignants à travailler dans un cadre collectif. Le départ à la retraite d'une génération de médecins libéraux peu enclins au changement pourrait offrir une opportunité de réflexion sur la place des soignants dans la société d'aujourd'hui, sur leur formation, leur statut et leurs missions. Cette réflexion doit être partagée avec les citoyens et leurs élus, et menée à partir de l'évaluation des besoins de la population, de ses aspirations et des capacités de chacun à prendre en charge la gestion de sa propre santé. Elle doit s'intégrer à une réflexion plus globale sur l'aménagement du territoire.

D  
O  
S  
S  
I  
E  
R



# Mal répartis ?

**I**l n'y a jamais eu autant de médecins en France. Pourtant des cabinets sont fermés et certaines régions, rurales et urbaines, présentent de grandes difficultés d'accès aux soins. Le départ de nombreux médecins à la retraite dans les années à venir et le désamour des étudiants pour la médecine générale et pour l'installation en zone défavorisée laissent prévoir une aggravation de cette situation. Mais la répartition des médecins n'explique pas tout. L'organisation du système de soins est restée figée sur le modèle de cabinets médicaux libéraux associés à un maillage hospitalier qui se délite. Pourquoi d'autres pays ont-ils choisi de partager le travail avec les infirmiers ? Comment a-t-on laissé s'aggraver des inégalités sociales d'accès aux soins avec les pratiques libérales, dont les dépassements d'honoraires, le secteur privé à l'hôpital, les forfaits et franchises... ? Il est difficile de trouver des psychiatres, mais qu'est devenue la psychiatrie et rend-elle service à ceux qui en ont besoin ? D'autres façons de concevoir l'offre de soins sont nécessaires pour aborder la question de la santé, avec la prise en compte des besoins réels des populations. La place et le rôle des médecins dans la société sont interrogés, ainsi que la participation des élus et des usagers à la reconquête d'un aménagement du territoire qui prenne en compte les besoins de santé. ■

# Egalité bafouée

**En France, l'Assurance maladie ne suffit pas à éviter les inégalités territoriales de santé.**

**Pr Gérard Salem, Stéphane Rican, Zoé Vaillant, A. Bochaton,**

géographes de la santé, Laboratoire Espace Santé et Territoires, Université Paris Ouest

**L'espérance de vie varie selon les régions en France**

Pour mettre en perspective l'histoire sanitaire de la France, on peut regarder les cartes d'espérance de vie en France et leur évolution entre le début du XIX<sup>e</sup> siècle et 1970. On voit une évolution extraordinairement rapide de cette géographie, qui épouse directement les dynamiques du territoire, avec les zones qui s'industrialisent et les zones qui se « ruralisent », parfois se désertifient. Contrairement à ce qu'on lit souvent, les indicateurs de mortalité sont donc très réactifs aux changements socio-territoriaux, et si la géographie de la mortalité en France a pu être complètement bouleversée en cent soixante-dix ans, il n'y a donc pas de fatalité du lieu. De plus, si l'on reprend ces mêmes données à partir des années 1970, pas sous la forme d'espérance de vie mais de ratio standardisé de mortalité (la mortalité par rapport à une moyenne nationale de 100, une fois annulé l'effet âge), on observe plus de changements encore en trente ans que sur toute la période précédente. La carte correspondant à la période 2004-2008 fait apparaître des zones aux taux de surmortalité équivalents dans des zones géographiques différentes : certaines industrielles, ou en déprise industrielle comme dans le Nord-Pas-de-Calais, mais aussi des zones rurales, notamment dans la grande diagonale de sous-peuplement qui part des Ardennes jusqu'au sud du Cantal. De même, il apparaît des zones de sous-mortalité, par exemple dans le grand centre ouest de la France, comme en Midi-Pyrénées.

**La surmortalité selon le territoire n'est pas liée à la densité de l'offre de soins**

Pour comprendre ces dynamiques sanitaires, une approche plurifactorielle des déterminants de la santé est nécessaire, et pas seulement du soin qui est un déterminant de la santé parmi beaucoup d'autres, nonobstant le fait qu'on parle de « réforme de notre système de santé », quand on ne pense qu'à notre système de soins et parfois même seulement au système hospitalier.

Mais la question posée aujourd'hui est celle de l'adéquation entre offre de soins et besoins de soins. Pour juger de cette adéquation, quels sont les indicateurs possibles ? Les plus fréquemment utilisés sont ceux d'offre de soins et d'accessibilité aux soins. On sait les inégalités d'offre et d'accessibilité aux soins, quelques épisodes dramatiques récents

l'ont montré, mais des indicateurs de densité médicale sont évidemment insuffisants pour expliquer les inégalités d'accès aux soins. Une distinction entre accessibilité et accès aux soins s'impose : l'accessibilité au système de soins, vu au travers des consultations d'hôpitaux ou en médecine ambulatoire, ne cerne pas l'accès réel aux soins, notamment, par construction, de ceux qui n'ont pas accédé aux soins ! La mesure de cet accès ne peut être déterminée que par rapport aux besoins de soins de la population, donc de la fraction de la population qui, pour des raisons variables, n'a pas accédé aux soins, celle-là même qui nous préoccupe en priorité. On ne dispose pas de très bons indicateurs pour définir la satisfaction de ces besoins, nous n'en retiendrons qu'un seul, celui de « mortalité évitable liée au système de soins ». C'est l'ensemble de causes de décès qui interviennent avant l'âge de 65 ans, causes de décès dont on considère que si le système de soins préventif et curatif avait bien fonctionné, ils auraient été évités. Parmi ces décès, un certain nombre de causes ne font pas discussion, comme par exemple les cancers du col de l'utérus, qui représentent en France actuellement mille deux cents décès environ par an alors que, si notre système préventif de soins fonctionnait bien, leur nombre devrait être comme les pays nordiques quasiment nul. D'autres causes incluses dans cette typologie sont plus discutables, comme les cancers du sein. Mais le biais est le même partout et les mesures sont les mêmes d'un point de vue international, donc on peut se faire une première opinion.

La carte des taux de mortalité évitable liée au système de soins en 2004-2008 ressemble de façon tout à fait étonnante à celle de la mortalité générale, dont elle n'est pourtant qu'une composante. C'est une carte très structurée, avec des axes forts, pas du tout un patchwork de taux forts et de taux faibles. On se rend compte qu'en France, pays très centralisé, avec le même système de soins, avec théoriquement le même accès à la santé (garanti par la Constitution), la probabilité de mourir, de quelque chose qui aurait pu être évité si le système de soins curatif et préventif avait bien fonctionné, varie dans un rapport de un à 2.5 ! On note que cette carte, comme la carte de mortalité générale, révèle des taux identiques dans des lieux différents, de l'urbain-industriel-dense au rural aux plus faibles densités.

L'écart est absolument considérable, avec peu d'équivalents en Europe actuellement, choquant quand on se réfère à la conception même de la Sécurité sociale au lendemain de la Libération : le libre

Intervention au colloque de la MGEN sur « Accès aux soins, lutte contre les inégalités de santé, dans le cadre d'une nouvelle politique de santé » à Nanterre, le 14 novembre 2012.

système d'accès aux soins n'a pas prévenu les inégalités socio-territoriales, le principe d'égalité est bafoué.

Le même travail a été mené à l'échelle des aires urbaines. On observe à nouveau de très fortes continuités et discontinuités géographiques, une composante régionale majeure, indépendante de la taille de la ville (Lille versus Toulouse). Autrement dit, la mortalité évitable liée au système de soins n'est pas directement liée au système de soins, puisqu'on sait que plus la ville est grande et plus l'offre de soins est dense et diversifiée.

Si l'on compare la probabilité de décès d'une ville à l'autre, on se rend compte que la probabilité de mourir de quelque chose qui aurait pu être évité varie en fait en France dans un rapport de un à trois selon l'endroit où l'on vit. Cela pose évidemment des questions extraordinairement cruelles sur notre égalité citoyenne.

### Pistes de réflexion

Première piste : réfléchir, comme citoyens, ou comme mutualistes, à la façon d'adapter l'offre aux besoins, et ainsi sortir du discours libéral de l'offre et de la demande de soins. Mais répondre à des

besoins de soins suppose de les identifier et de faire correspondre l'offre aux besoins.

Deuxième piste : comment adapter l'offre de soins aux déterminants de l'accès aux soins. Ce n'est pas aux patients de s'adapter au système de soins, c'est au système de soins de s'adapter aux patients, aux déterminants multiples, sociaux, culturels, etc., qui feront que ces soins seront accessibles ou pas. Troisième piste : établir les liens entre soins, santé et territoires. Le système de soins est un acteur essentiel des dynamiques territoriales, à la fois facteur d'attractivité des territoires et de dynamique des territoires. Quand, pour de bonnes ou moins bonnes raisons de santé publique, il s'est agi de restructurer un hôpital ou de fermer une maternité, le débat était aussi sous-tendu de préoccupations locales, parce que très souvent le système de soins est le premier employeur de la ville, voire le premier payeur de taxes. On ne saurait donc raisonner que du point de vue du soin, ou que du point de vue du territoire, mais penser les choses dans leurs interactions. ■

■ On peut trouver l'intégralité des communications en ligne sur le site de l'Université à l'adresse : <http://webtv.u-paris10.fr>

## Ile déserte

■ **Martine Lalande**, médecin généraliste

Gennevilliers est classée dans les déserts médicaux, c'est l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui l'a dit. Pourtant sept jeunes médecins se sont installés depuis cinq ans dans des cabinets de groupe – contre deux départs à la retraite –, et le centre de santé municipal vient de tripler sa surface, attirant de nombreux jeunes médecins qui souhaitent être salariés. Une foule d'étudiants en stage se succèdent dans les cabinets et un bon nombre voudrait rester. Il y a un pôle de santé universitaire, qui regroupe plusieurs cabinets et des paramédicaux, et qui travaille avec des réseaux très dynamiques et reconnus. A côté, une autre ville, Villeneuve-la-garenne, qui ne bénéficie pas de la politique d'une mairie communale et où les habitants sont encore plus pauvres, est bien plus déshéritée : médecins vieillissants dont un grand nombre va partir à la retraite, fuite des spécialistes (dermatologue et pédiatre sont partis dans d'autres communes plus riches, ORL à la retraite non remplacé), transformation d'un hôpital local qui faisait des urgences et tente de conserver quelques consultations de spécialistes, un centre de la Croix-Rouge pas très bien équipé, très peu d'infirmiers et de kinés... Plusieurs cabinets participent au même pôle de santé universitaire, mais leurs conditions d'exercice sont plus difficiles encore qu'à Gennevilliers, et les perspectives moins ouvertes. Limitrophe, mais dans un autre département (le 93, bien moins riche que le 92), l'Ile-Saint-Denis, huit mille habitants et plus qu'un seul cabinet, voit tous ses médecins partir à la retraite. Heureusement, une chef de clinique de médecine générale remonte une activité avec des jeunes médecins, seule perspective de survie d'une « offre de soins de premier recours » sur une île qui ne compte aucun spécialiste ni centre de santé. Où est l'erreur ? En regardant les cartes de densité médicale établies par l'ARS, on découvre qu'une tache de faible couleur (la plus faible densité du département) regroupe Gennevilliers, Villeneuve et l'Ile-Saint-Denis qui, pour les institutions, ne font qu'un seul « bassin de vie », même si les infrastructures sont complètement différentes dans le 93 et le 92, les politiques des villes aussi. On a l'explication de la méprise, mais quelles solutions seront proposées ? ■

# La médecine libérale en question

**Les dépassements d'honoraires sont le reflet des contradictions de notre système, où la liberté des médecins peut nuire à la couverture des soins par l'Assurance maladie.**

**Brigitte Dormont,**  
 professeure  
 d'économie de  
 la santé, université  
 Paris Dauphine

Dans le système de soins français, la couverture des soins est assez généreuse depuis plusieurs décennies. Environ trois-quarts des dépenses de soins sont couvertes par la Sécurité sociale : en 1970, le taux de couverture était de 76,5 % ; il est de 77 % en 2011. Dans le même temps, les dépenses de santé croissent plus vite que le produit intérieur brut, conduisant à une augmentation continue de la part des dépenses de santé dans le PIB, en France, comme dans tous les pays développés. Actuellement, 11 % de notre PIB est consacré aux dépenses de santé.

Mais pour maintenir un taux de couverture constant avec des dépenses en croissance continue, il faut un taux de prélèvements obligatoires continuellement croissant. Couvrir les trois-quarts d'une dépense en progression implique une augmentation continue du taux de cotisation à la Sécurité sociale. Les tensions sont fortes, dans cette période où il est difficile d'augmenter les prélèvements obligatoires et les cotisations. Une marge de manœuvre peut être trouvée dans les gains d'efficacité, c'est-à-dire dans la recherche de soins de qualité et de performance identique, avec un coût réduit.

Le système de soins français est fondé sur un principe de solidarité auquel se réfère constamment le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie dans ses travaux : « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ». Ce principe s'incarne dans l'existence d'une assurance maladie universelle et obligatoire, financée par des cotisations proportionnelles au revenu. Chacun est contraint de contribuer au pot commun en fonction de ses moyens et doit pouvoir accéder à des soins remboursés dans des conditions satisfaisantes. En pratique, l'application de cet idéal de solidarité se heurte à la prééminence de la médecine libérale, autre grande caractéristique du système français. Les médecins revendiquent, et ont, une immense liberté dans un univers qui devrait être contraint en toute logique, car offrir des garanties sur la couverture des soins implique nécessairement le respect de règles de tarification.

Les principes qui ont présidé à la définition de la médecine libérale remontent à un congrès de réuni-

fication syndicale des médecins en 1927 : 1) liberté d'installation, 2) liberté de prescription, 3) libre fixation des honoraires : dans le cadre de « l'entente directe », le médecin décide du montant des honoraires en « accord » avec son patient, 4) paiement direct des honoraires sans tiers-payant (ce qui permet d'éviter tout contrôle des tarifs pratiqués). Ces principes visent à instaurer une liberté totale pour le médecin, liberté qui heurte de plein fouet la logique de protection sociale d'un système comme notre Assurance maladie.

Le médecin est au cœur de la décision qui va impacter la dépense de soins des ménages. C'est lui qui influence l'efficacité de la dépense, qui va délivrer ou prescrire des soins pertinents et éviter la surconsommation de soins ; c'est lui qui, par sa localisation, favorisera ou non l'accès aux soins. La médecine libérale est très répandue en France, puisqu'elle concerne 60 % des médecins, spécialistes et généralistes. Trois problèmes se posent pour l'accès aux soins, tous liés à l'exercice libéral de la médecine : les conséquences du paiement à l'acte, l'inégale répartition géographique des médecins et les dépassements d'honoraires. Dans le paiement à l'acte, le revenu du médecin dépend du nombre d'actes qu'il a délivrés. Ce système incite les médecins à multiplier les actes, engendrant de la surconsommation de soins. Ce système de paiement dominant en France est considéré par de nombreux économistes comme contraire à l'efficacité.

Nous ne manquons pas de médecins, la densité médicale en France est supérieure à la moyenne de l'OCDE. Mais leur inégale répartition géographique peut créer des pénuries au niveau local. C'est évidemment la liberté d'installation qui est en cause. Chaque fois qu'un gouvernement cherche à résoudre cette question, on assiste à une levée de boucliers de certains représentants des médecins, au prétexte qu'un principe fondamental de la médecine libérale serait bafoué. Pourtant, le financement sur cotisations obligatoires (qui alimente d'ailleurs les revenus des médecins en permettant la solvabilisation de la demande de soins) devrait avoir pour contrepartie des responsabilités assumées sur le service public de la santé. Actuellement, une personne située dans un désert médical cotise comme tous les assurés, mais sans bénéficier du même accès aux soins ! Outre

« De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins »

Intervention au colloque de la MGEN sur « Accès aux soins, lutte contre les inégalités de santé, dans le cadre d'une nouvelle politique de santé » à Nanterre, le 14 novembre 2012.

ces problèmes d'équité, cette mauvaise répartition géographique entraîne des problèmes d'efficience de la dépense. En effet, dans les zones sur-dotées, le paiement à l'acte fait que les médecins libéraux peuvent manquer de patients pour réaliser assez de consultations et obtenir un revenu suffisant. On a alors observé qu'ils développent des stratégies d'induction de la demande, multipliant les actes pour compenser l'insuffisance de leurs revenus. Cela crée une surconsommation coûteuse et inutile.

Les dépassements d'honoraires relèvent du principe de libre fixation des honoraires par entente directe. A l'origine, les médecins s'étaient opposés à la mise en place de l'Assurance maladie en France, parce qu'elle est synonyme de régulation des tarifs. La Sécurité sociale dit : « Je rembourse 22 euros, 23 euros, 24 euros »... Et les médecins, bien au clair sur leurs intérêts, ont fait en sorte que l'Assurance maladie tarde à se mettre en place. Actuellement, nous assistons à un développement incontrôlé des dépassements d'honoraires dans le cadre du secteur 2 ouvert dans les années 80, qui n'a pas été fermé pour un certain nombre de spécialistes. Le développement incontrôlé des dépassements se traduit par des tarifs parfois exorbitants qui peuvent conduire à un renoncement aux soins.

Que faire face à cette dérive des dépassements ? Les médecins minorent le problème en mentionnant leur couverture par les complémentaires. Mais la couverture des dépassements par les complémentaires n'est évidemment pas gratuite ! Ce qu'il ne paiera pas de sa poche, le patient le paiera sous forme de primes à son assurance complémentaire. Il ne faut pas chercher à couvrir, mais limiter la progression sans limites des tarifs médicaux afin de gagner en efficience. Si les complémentaires couvraient sans limite les dépassements, elles seraient loin d'apporter une solution, mais contribueraient plutôt à alimenter le problème.

Or, il y a dans le paysage français des complémentaires-santé qui offrent des couvertures très hétérogènes. Les assurances complémentaires offertes par les employeurs sont subventionnées par l'Etat, car elles bénéficient sous certaines conditions d'une exonération fiscale. Ces assurances peuvent offrir à prix modéré, puisqu'elles sont subventionnées, une couverture très généreuse pour les dépassements d'honoraires. Dans ce cas, elles contribuent à la

dérive des dépassements et au gonflement des tarifs dans l'optique et le dentaire. Les inégalités sont criantes sur ce point, car les personnes qui ne bénéficient pas de ces assurances de groupe perdent sur tous les tableaux : elles sont à la fois moins bien couvertes, subissent des tarifs et des dépassements gonflés par la solvabilisation de la demande offerte par ces assurances de groupe, tout en contribuant par leurs impôts à la subvention qui favorise de telles assurances.

La solution est complexe à trouver, mais il faudrait arrêter de couvrir les dépassements, et au moins arrêter de subventionner les complémentaires-santé qui remboursent des dépassements à 200, 300, 400 % du tarif de la Sécurité sociale.

La convention médicale qui s'est close en octobre et les mouvements qui ont suivi illustrent la posture exorbitante de certains médecins en matière de revendications. L'accord final a été trouvé au détriment des intérêts des patients. Au départ, il était question de définir des dépassements excessifs

au-delà desquels des sanctions seraient mises en œuvre. Au final, il n'y aura pas de sanction déclenchée automatiquement et les dépassements ne peuvent être jugés excessifs qu'au-delà d'un taux de 150 %, lequel est mentionné seulement en introduction à la convention. La CNAM a promu un contrat dit « d'accès aux soins », qui donne des avantages financiers aux médecins qui acceptent de ne faire « que » 100 % de dépassement. Les médecins ont donc obtenu de nouveaux avantages financiers (aux frais des assurés sociaux évidemment) avec la création d'une sorte de « secteur 2 bis » offrant aux assurés un taux de couverture par la Sécurité sociale très dégradé, de 35 % (70 % de la moitié du coût de la consultation).

Le déroulé de cette convention, ses conclusions et les mouvements actuels contre les réseaux de soins montrent à quel point certains médecins, dans la défense acharnée de leurs intérêts bien compris, savent objectivement les fondements de notre assurance maladie. Pourquoi entend-on seulement ces médecins, « pigeons » ou autres ? Pourquoi seuls ceux-là ont-ils gain de cause auprès des pouvoirs publics, sur le dos des assurés sociaux ? ■

**■ Ce qu'il ne paiera pas de sa poche, le patient le paiera sous forme de primes à son assurance complémentaire.**

# Syndicats libéraux : « idiots utiles » ?

**Au nom de leur liberté, d'installation et d'honoraires..., les syndicats libéraux font le jeu du marché, au risque de brader la sacro-sainte indépendance des médecins.**

**Frédéric Pierru,**  
sociologue au  
CNRS-CERAPS :  
Centre d'études et  
de recherches  
administratives  
politiques et sociales

L'actualité récente a montré combien les défenseurs de la médecine libérale sont désormais au pied du mur. D'un côté, en effet, l'on a vu certains syndicats de médecins libéraux – en particulier, de spécialistes – s'opposer violemment au projet de la nouvelle ministre de la Santé et des Affaires sociales d'encadrer les dépassements d'honoraires, tant le niveau atteint par ces derniers (2,5 milliards d'euros annuels) est devenu un obstacle majeur de l'accès aux soins. Argument principal : les tarifs n'ont pas été revalorisés depuis des années, alors que les charges ont « explosé » ; dès lors, les spécialistes libéraux doivent bien se débrouiller par eux-mêmes pour écarter le péril de la « paupérisation » (défense de rire). Et les mêmes, en réponse à l'objection de l'aggravation des inégalités d'accès aux soins, d'évoquer la prise en charge d'une partie des dépassements par les assurances maladie complémentaires. Profitant de leur alliance objective avec le directeur général de la CNAMTS (nous allons y revenir) et n'hésitant pas à mobiliser la troupe des internes, ils ont réussi, comme au judo, à retourner en leur faveur l'initiative ministérielle. L'accord final ne résout rien, voire institutionnalise les dépassements d'honoraires tout en accordant aux médecins exerçant en sec-

teur 2 la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales ! Cerise sur le gâteau : la ministre s'est engagée – on n'est plus à un recul près – à ne pas toucher à la liberté d'installation, alors même que la problématique des déserts médicaux avait alimenté le débat public avant les élections ! Ainsi, la seule liberté que les syndicats de médecins libéraux avaient historiquement accepté d'aménager afin de la rendre compatible avec l'existence d'un haut niveau de prise en charge des dépenses de soins par la Sécurité sociale, à savoir la « libre entente », est en passe d'être restaurée. Les frontières entre les secteurs 1 et 2 se brouillent. Il y a fort à craindre que le premier soit soluble dans le second sous les auspices du futur « secteur optionnel ».

Cependant, peu de temps après, voici les mêmes vents debouts contre les réseaux mutualistes, qui, pour-

tant, ne concernent que l'optique et le dentaire. La contractualisation sélective et le remboursement différencié constitueraient selon eux de graves menaces au principe de la liberté de choix de son médecin par le malade. Magnifique contradiction : les mêmes organisations qui, d'un côté, réclament la prise en charge des dépassements par les complémentaires santé, refusent, de l'autre, que celles-ci réorganisent l'offre de soins de façon à faciliter l'accès aux soins de leurs clients et à maîtriser leurs dépenses. Autrement dit, les complémentaires santé doivent, comme la Sécurité sociale, respecter à la lettre les sacro-saints principes de la médecine libérale, même si cela doit se faire aux dépens de leurs résultats financiers... On notera au passage l'hypocrisie de certains représentants de la Mutualité qui reconnaissent volontiers qu'ils serait souhaitable que la Sécurité sociale regagne le terrain perdu en matière de financement des soins courants (qui ne sont plus pris en charge qu'à hauteur de 55 %) dès lors que l'on veut rester dans un système de santé égalitaire et solidaire, mais qui, au nom du pragmatisme, se contentent d'aménager et de réguler le marché des complémentaires. Car rappelons un fait, incontournable : tout euro transféré de la Sécurité sociale vers les complémentaires santé est un euro inégalitaire.

Que retenir de cette séquence ? Que certains représentants de la médecine libérale se plaisent à jouer les payeurs privés contre le payeur public quand cela les arrange, mais, qu'en tout état de cause, la régulation marchande (ou privée) doit être aussi indigente que la régulation publique. Outre que ces prises de position peuvent légitimement scandaliser, tant elles font prévaloir des intérêts étroitement corporatistes sur les principes sociaux et éthiques élémentaires, elles sont inconséquentes. Cette inconséquence est sans doute le résultat d'un jeu tactique à court terme et/ou d'une certaine mauvaise foi. Elle est, selon nous, révélatrice de l'aiguïté de la crise de la médecine dite « libérale » et de l'impasse politique dans laquelle se trouvent ses défenseurs.

On rappellera, brièvement, que les syndicats de médecins libéraux ont construit leur identité dans leur combat contre les pouvoirs publics. Comme le souligne avec force Didier Tabuteau, la profession médicale a raté trois rendez-vous historiques : avec

**Rappelons un fait, incontournable : tout euro transféré de la Sécurité sociale vers les complémentaires santé est un euro inégalitaire.**

le service public national de santé, en raison du combat inaugural, dans le sillage de la Révolution française, contre les officiers de santé ; avec les assurances sociales (dès les années 1920-1930), en raison de la lutte contre le spectre de la « médecine de caisse » ou, pire, du « fonctionnariat » ; avec la santé publique, enfin, en raison du mépris de la clinique à l'endroit d'une approche plus collective et préventive de la santé <sup>1</sup>. Ce triple refus a dessiné, en creux, les frontières étroites de la médecine dite « libérale », véritable cercle de la raison médicale qui fait désormais obstacle à l'établissement, en France, d'un véritable service public de la médecine de proximité, à côté des services publics de la Sécurité sociale, hospitalier, de la prévention et de la sécurité sanitaire <sup>2</sup>. Plus grave, les syndicats de médecins libéraux jouent, parfois, la politique du pire en favorisant le désengagement progressif de la Sécurité sociale du financement des soins de ville. Bien qu'antagonistes comme l'eau et le feu, le libéralisme médical fournit un renfort de poids au néo-libéralisme économique. Explicitons. Sur les décombres du plan Juppé et du projet de mettre l'ensemble du système de santé sous « enveloppe globale », les pouvoirs publics ont, à partir des années 2000, fait le choix de maîtriser les dépenses publiques d'Assurance maladie en transférant une part toujours plus grande vers les complémentaires santé et les malades eux-mêmes, au nom du fallacieux prétexte de la « responsabilisation » des assurés sociaux <sup>3</sup>. Autrement dit, renonçant à initier un bras de fer avec les hérauts du libéralisme médical, de peur d'avoir à subir des dommages politiques majeurs, les responsables politiques ont décidé de taper sur un groupe, certes beaucoup plus vaste mais nettement moins organisé pour défendre ses intérêts : les assurés sociaux. Ce faisant, ils ont concrétisé un vieux rêve de la Direction du Budget, formulé dès la fin des années 1970 : ristourner le « petit risque » (les soins dits « courants ») au marché afin de recentrer la Sécurité sociale sur le « gros risque » (soins hospitaliers, affections de longue durée) bien que l'un des fondateurs de celle-ci, Pierre Laroque, ait jugé, au moment des États généraux de la Sécurité sociale de 1987, qu'une telle idée était non seulement inapplicable (comment distinguer le petit du gros risque ?), mais aussi contraire aux principes d'universalité de son plan.

La « nouvelle gouvernance » de l'Assurance-maladie, initiée par la réforme de 2004, préparée par le futur directeur général de la CNAMTS, est précisément une mécanique visant à procéder à ce désengagement progressif, en instaurant le mécanisme de l'alerte et en institutionnalisant le rôle des complémentaires via la création de l'UNOCAM <sup>4</sup>. Les luttes qui ont présidé à l'élaboration de la réforme HPST ont rendu visibles les camps en présence, qui transcendent le clivage gauche/droite traditionnel.

D'un côté, le ministre de la Santé et son directeur de cabinet souhaitant en finir avec la dyarchie État/Assurance maladie en faveur du premier et aménager les principes de la médecine libérale devenus des obstacles à l'accès aux soins (dépassements d'honoraires, liberté d'installation). De l'autre, un directeur général de la CNAMTS, aux solides convictions néolibérales, allié aux syndicats de médecins libéraux, déterminé à préserver coûte que coûte l'indépendance de son institution. Voici donc l'alliance objective entre partisans de la privatisation partielle de l'Assurance maladie et défenseurs intransigeants de la médecine libérale, unis en la circonstance contre un ennemi commun : l'État. Finalement, la réforme HPST aboutira à un compromis que l'on peut juger bancal. En effet, si les services régionaux de l'Assurance maladie sont fusionnés avec ceux de l'administration déconcentrée dans les Agences Régionales de Santé (ARS), le niveau national demeure quasiment intact. La dyarchie perdure et, depuis 2009, le directeur général de la CNAMTS continue à mener une guérilla contre les ARS, que ce soit au niveau national ou local (monopole préservé de la politique de « gestion du risque », non-partage des systèmes d'information, etc.). Surtout, à rebours des projets de régionalisation de la convention médicale au profit des ARS, la CNAMTS a conservé la négociation de cette dernière. Les derniers épisodes du feuilleton État/sécurité sociale/syndicats de médecins ont souligné le statu quo entre les camps en présence et la situation de blocage qui en résulte. La nouvelle ministre de la Santé, qui s'est montrée au demeurant fort friable, s'est heurtée à l'alliance entre ce ministre de la Santé bis qu'est Frédéric Van Rockenghem et les principaux syndicats de médecins libéraux. Alors qu'elle aurait dû engager le fer sur le thème de la revalorisation du secteur 1 afin d'en améliorer l'attractivité, elle a préféré se battre sur le terrain, très mobilisateur, de l'encadrement des dépassements d'honoraires, avec le succès que l'on sait.

Cependant, cette alliance est-elle en acier trempé ? Il est clair que la réponse est négative. Elle est ponctuelle, purement tactique et (car) fondamentalement contre-nature. L'identité « libérale » de la médecine renvoie moins, c'est une banalité que de le rappeler, au libéralisme économique qu'à l'organisation et au pouvoir de la corporation. Monopole, autonomie et autorégulation d'un côté, concurrence et sanction du marché de l'autre. Le « marché » est le négatif de la profession libérale. L'on en veut pour

**Voici donc l'alliance objective entre partisans de la privatisation partielle de l'Assurance maladie et défenseurs intransigeants de la médecine libérale, unis en la circonstance contre un ennemi commun : l'État.**

.../...

.../...

preuve que les néolibéraux veulent utiliser les forces de la concurrence pour « discipliner » et « rationaliser » des professionnels attachés à leur indépendance statutaire et à l'autonomie dans leur exercice quotidien<sup>5</sup>. Lorsqu'a été débattue publiquement, en France, au milieu des années 1980, l'idée d'importer les *Health Maintenance Organizations* étatsuniennes sous le vocable de « réseaux de soins coordonnés », des représentants de la médecine libérale, a priori favorables dès lors qu'il s'agit de s'opposer à l'État et à la Sécurité sociale, y sont allés voir de plus près. Ils en sont revenus fort désappointés. Ils avaient découvert à cette occasion qu'il valait mieux négocier avec la Sécurité sociale qu'avec les assureurs. L'actuel désengagement de l'Assurance maladie du financement des soins courants, au profit (dans les sens du terme) des organismes complémentaires, n'est pas seulement motivé par la réduction des dépenses et des déficits publics. Il est aussi le résultat d'un calcul politique : puisque les pouvoirs publics ont échoué à remettre de l'ordre dans l'offre de soins de ville, laissons faire les « forces du marché ». En effet, les syndicats de médecins libéraux ne pourront alors plus mobiliser contre un adversaire historique commun (l'État ou la Sécurité sociale, selon les périodes), mais devront négocier avec une pluralité de financeurs privés ; de surcroît, ceux-ci n'auront pas d'autre choix, pour préserver leur viabilité économique (pour les mutuelles) ou maximiser leurs profits (pour les assureurs), que de rogner, et peut-être demain de supprimer, les « acquis » de la profession : conventionnement automatique, liberté d'installation, paiement à l'acte, libre entente sur les honoraires, etc. C'est la raison pour laquelle les syndicats ont mené la fronde contre le projet de réseaux mutualistes. Leurs porte-paroles ont fort bien anticipé le fait que ces réseaux préfiguraient l'organisation future des soins de ville dès lors que les complémentaires santé seraient appelées à en devenir les principaux financeurs.

Telle est la contradiction majeure dans laquelle est empêtrée la médecine libérale : toute à son opposition aux pouvoirs publics et à leurs projets supposés « liberticides », elle finit par se jeter dans

les bras des assureurs et des mutuelles qui, n'en doutons pas, la serreront bien fort, quitte à l'étouffer. C'est que l'on ne badine pas avec les résultats financiers ! Ainsi que l'a souligné la sociologue Magali Robelet, les médecins libéraux ne disposent que de trois stratégies face à la crise qu'ils traversent : la désertion (désinvestissement dans le travail, retraite anticipée, etc.) ; la protestation (grèves et actions publiques) ; la participation à des formes innovantes d'organisation du travail et d'exercice, à même de faire advenir un vrai service public de la médecine de proximité<sup>6</sup>. A l'évidence, nombre de porte-paroles de la médecine libérale préfèrent la seconde, quitte à favoriser la première et... à se tirer à la longue plusieurs balles dans le pied. Il conviendrait qu'ils se rendent à cette évidence, désormais bien documentée : une Sécurité sociale publique est plus juste socialement, plus performante d'un point de vue sanitaire, plus efficiente économiquement et, last but not the least, beaucoup plus favorable à la préservation de l'indépendance professionnelle qui leur est si chère. ■

1. Didier Tabuteau, « L'avenir de la médecine et le spectre de M. Bovary », *Droit Social*, avril 2009 ; voir aussi Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.
2. André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Paris, Odile Jacob, 2011.
3. Nous racontons cette histoire dans Frédéric Pierru, « Budgetiser la santé. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale », dans Philippe Bezès, Alexandre Siné (dir.), *Gouverner (par) les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011.
4. Rassemblant les organismes complémentaires (assureurs, mutuelles, instituts de prévoyance).
5. On se permet de renvoyer sur ce point à notre ouvrage : Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, 2007.
6. Magali Robelet, « La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée », dans Jean de Kervasdoué (dir.), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 2003.

# Un environnement pas si défavorable

Note de lecture de « Démographie des professions de santé et accès aux soins : exemple de la zone d'emploi de Morteau », *Rapport Observatoire Régional de Santé de Franche-Comté, 2003, 88 p.*<sup>1</sup>

Il y a presque dix ans, l'Observatoire Régional de Santé de Franche-Comté entreprenait une étude pour connaître le point de vue des professionnels de santé libéraux, des élus, des responsables de structures de soins et des habitants sur la situation de l'offre de soins dans la zone d'emploi de Maïche-Morteau<sup>2</sup>, considérée être dans une situation défavorable : densité médicale inférieure à la moyenne régionale, éloignement des pôles hospitaliers et proximité avec la Suisse qui capte les jeunes infirmiers. L'enquête s'est faite par questionnaires et/ou par entretiens, téléphoniques ou de vive voix.

Un quart des médecins, trois quarts des infirmières sont originaires de la zone d'emploi. Cet ancrage dans le territoire explique que les professionnels restent dans un secteur qu'ils connaissent et apprécient, malgré un certain isolement, un climat rude en hiver et des conditions de déplacements à domicile difficiles.

Les médecins généralistes et les masseurs-kinésithérapeutes travaillent en moyenne cinquante-neuf heures par semaine, les infirmiers quarante-quatre heures. Un tiers des médecins généralistes et des infirmiers effectuent des visites à domicile à plus de 20 km. Les médecins trouvent que la fréquence des gardes est trop importante et 40 % des généralistes considèrent que la régulation des urgences, l'insuffisance des transports sanitaires et l'étendue du secteur de garde peuvent poser problème. Pour tous, le problème principal est de trouver un remplaçant pour les congés et quelqu'un pour leur succéder. Les infirmières souhaitent s'associer à un autre professionnel, mais rencontrent des difficultés pour le faire. Peu de médecins et infirmiers sont rattachés à un réseau, mais les médecins souhaitent qu'ils se développent.

Si deux tiers des médecins considèrent qu'ils sont assez nombreux, plus de la moitié des infirmiers et l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes considèrent qu'ils ne sont pas assez nombreux. Le manque d'infirmiers induit une surcharge de travail pour les libéraux. Les élus, les responsables de structures de soins sont très sensibles aux répercussions en chaîne du manque de certains profes-

sionnels. Le manque de médecins renforcera le manque de services de santé, qui induirait une perte d'attractivité des villes concernées. Or les professionnels de santé prennent aussi en compte l'environnement social, culturel et le marché de l'emploi pour s'installer. En raison de la pénurie d'infirmiers, un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) a été sur le point de fermer plusieurs fois, un autre a moins de problèmes parce que les infirmiers et les aides-soignants sont salariés de l'hôpital, ce qui est plus attractif.

A côté du recours à des incitations financières pour parer aux difficultés de recrutement, une solution envisagée serait d'encourager des jeunes originaires de ces cantons à entreprendre des études de médecine ou de soins infirmiers, en leur faisant connaître les atouts d'un exercice rural (par information et stages), gratifiant et de qualité, et en leur proposant des bourses d'études.

Dans cet environnement défavorable – selon les indicateurs –, les professionnels de santé apprécient un exercice varié, de bonnes relations entre professionnels, des relations de confiance avec les patients et leur entourage, une reconnaissance de leur compétence et sont dans l'ensemble satisfaits de leur situation. Les habitants sont quasi unanimes à déclarer qu'ils ne rencontrent pas de problème de recours aux soins, à part aux spécialistes parfois trop éloignés et dont les délais de rendez-vous sont trop longs (ophtalmologues, pédiatres, dermatologues). Si les femmes sont suivies à 60 % par un gynécologue, un certain nombre se font suivre par des médecins généralistes. Les habitants se sentent très bien soignés (50 %), bien soignés (43 %), et, pour la moitié, aussi bien, sinon mieux soignés que dans une grande ville. ■

1. Le numéro 5 de *Objectifs Santé en Franche-Comté*, de février 2004 (4 pages), reprend les résultats de cette étude et les complète par des préconisations.

2. Cette zone comprend quatre cantons : Morteau, Maïche, Pierrefontaine-les-Varans, le Russey.

# Jeter l'éponge

**Médecin généraliste dans une commune rurale du bocage vendéen depuis 32 ans, j'ai décidé de jeter l'éponge le 31 décembre 2011 à 60 ans.**

**Christian Bonnaud,** J'étais associé depuis treize ans à une femme médecin. Nous avons travaillé à temps partiel pendant tout ce temps (présence hebdomadaire continue au cabinet, l'un après l'autre). Ce départ a été mûri depuis quelques années, par désir de réduire et de varier l'activité avant un départ en retraite vers 65 ans. Ces années se sont passées à essayer de trouver une solution pour permettre aux patients d'avoir un accès aux soins correct, à proximité. Dans le même temps, les médecins généralistes du secteur (population du canton : 22 000 habitants) se sont réunis entre eux, puis avec d'autres professionnels du soin. Ces réunions avaient l'objectif de mettre en place, si possible un travail en commun, dans un lieu commun, maison de santé ou pôle santé ! La plupart était d'accord sur l'objectif de travailler ensemble, dans une structure multi-professionnelle, et la communauté de communes a été contactée, une commission a été mise en place. Un bureau d'études a été budgété pour faire une étude de faisabilité et mettre en place un projet. Un certain nombre de médecins généralistes ont d'emblée dit qu'ils ne participeraient pas, les autres se sont sentis isolés dans leur choix de travailler en groupe, et actuellement, le projet est resté dans les cartons.

## Pourquoi cela s'est-il passé ainsi ?

On peut mettre en avant quelques causes spécifiques, la première étant le décès du plus jeune médecin du secteur, en 2010, il y a eu aussi la « longue maladie » d'un autre médecin. L'arrivée de deux médecins roumains sur le secteur (recrutés par les communes où ils exercent, avec des conditions d'installation très avantageuses) a un peu cassé la coopération interprofessionnelle. En effet, ces médecins, avec qui le travail en commun se fait de façon très correcte, sont plus dans une logique d'être assistés dans leur installation, et de craindre l'éventuel coût financier d'une maison de santé. Je ne sais pas si ce que je dis est compréhensible, mais il me semble que le problème est un peu là, en tout cas, ils ne se situent pas dans une dynamique de mise en place d'un exercice en commun. Il faut dire aussi que, sur notre secteur, actuellement très peu de professionnels travaillent avec un secrétariat sur place. La peur d'une augmentation des coûts de personnel joue un rôle certain. En plus, chaque

commune qui a un médecin a souvent une pharmacie, et la pharmacie met des bâtons dans les roues au départ du médecin de sa commune. L'esprit de paroisse n'a pas disparu, surtout si on pense que cela peut faire baisser le chiffre d'affaires de la pharmacie, ce qui est effectivement le cas. Et chaque maire va bien sûr abonder dans ce sens, même si lui-même a son médecin traitant au chef-lieu de canton. Contradiction quand tu nous tiens !!

Et les élus, justement, comment ont-ils géré cela ? Ils ont d'abord délégué à un bureau d'études pour estimer les besoins puis, une fois constatée la nécessité de « faire quelque chose », pour réunir et faire travailler ensemble les partenaires. Un des médecins généralistes est élu à la communauté de communes, et il se trouve qu'il s'agit d'une des plus grosses clientèles du secteur, et que ce médecin participe peu aux actions collectives organisées, en particulier la formation. Les autres élus sont des consommateurs de soins, et ne sont pas, jusqu'à ce jour, posé trop de problèmes de santé publique. Il me semble que c'est le cas de beaucoup d'élus, pour lesquels la réflexion sur le système de santé est plutôt faible.

## Et les élus, justement, comment ont-ils géré cela ?

Ils ont dégagé une ligne budgétaire pour financer une maison de santé, cela ils savaient le faire ; le bureau d'études leur a fait un projet permettant d'avoir des aides de la Région, de l'Agence Régionale de Santé. Manquaient les professionnels et, en particulier, les médecins. Alors, ils ont pris leurs bâtons de pèlerins pour convaincre individuellement chaque médecin. Du fait du passif existant entre eux, du peu d'envie de travailler ensemble (pratiques professionnelles trop différentes en particulier), les médecins individuellement ne se sont pas plus engagés, et actuellement le projet végète, porté par un dentiste et le généraliste élu à la communauté de communes.

Depuis, et très récemment (fin septembre), un médecin supplémentaire, de façon brutale, a cessé son activité (il est devenu médecin-conseil). Ce médecin travaillant volontairement de façon isolée, ne serait pas venu travailler en maison de santé. Il y a donc, aujourd'hui, encore un médecin de moins sur le secteur, des listes d'attente qui s'allongent dans les cabinets, et une offre de soins non satisfaite sur le secteur par accès insuffisant au médecin. Par ailleurs, deux généralistes vont avoir 65 ans en 2013.

### Tentative d'analyse de ce qui se passe, de l'échec en cours

Je me demande si l'échec n'est pas d'abord lié à la non-définition des objectifs de santé pour le secteur.

Du côté des professionnels, pourquoi et comment travailler ensemble et du côté des usagers, qu'attendent-ils des professionnels ? Et les élus dans tout ça, qui sont aussi des usagers d'ailleurs ! Bref, quels sont les besoins pour une prise en charge optimum de la santé sur un secteur de population comme ce canton rural, éloigné de l'hôpital par environ une heure de route, donc et y compris des services d'urgence ?

La diminution du nombre des médecins fait que, même pour une réponse téléphonique, les médecins sont le plus souvent inaccessibles, car leur emploi du temps ne permet pas cette disponibilité. Ils verrouillent donc l'accès direct, et ce sont les secrétaires qui répondent aux appels, y compris urgents, quand ce n'est pas un répondeur simple. Cela n'est bien sûr pas satisfaisant. Les médecins généralistes présents

sur le secteur ne reçoivent pas d'étudiant en stage, sauf deux d'entre eux. Dans certains cabinets de « groupe » du secteur, les courriers professionnels ne sont pas lus par d'autres médecins le jour où le médecin concerné est absent (et certains résultats de laboratoires nécessitent une réponse du jour). Je ne parle pas des réunions entre professionnels qui, actuellement, n'existent nulle part. Peut-on demander à ces médecins, parce que c'est dans le cahier des charges de l'ARS, de changer leurs habitudes, de se réunir régulièrement,

■ La diminution du nombre des médecins fait que, même pour une réponse téléphonique, les médecins sont le plus souvent inaccessibles, car leur emploi du temps ne permet pas cette disponibilité.

de faire de « l'éducation thérapeutique », d'ouvrir leurs cabinets à d'autres professionnels ? La question a été soulevée, les généralistes ont dit majoritairement non, et ceux restant ne se sentent pas la force de faire évoluer le système.

Un cabinet de type « 1975 », avec quinze marches pour y accéder et encore cinq à l'intérieur, a permis un regroupement de trois médecins avec un secrétariat. Un projet multi-professionnel est en gestation sur deux communes (3 500 à 4 000 habitants) au nord du sec-

teur, ce peut être un montage avec salariat des médecins type centre de santé, puisqu'il existe déjà un centre de soins infirmiers sur le secteur, ou bien un projet privé piloté par certains professionnels et assez grand pour en accueillir d'autres, je ne sais pas encore ce qu'il en sera. Et sur le chef lieu de canton, des professionnels déjà en place sont prêts à investir dans suffisamment grand pour accueillir une maison de santé

Je pense que les généralistes surtout, mais pas uniquement eux, craignent

la pression de la tutelle ; de toute façon, je ne sais pas comment on peut mettre en place des maisons de santé sans qu'il y ait des administrateurs pour aider à la gestion. Ils ont aussi peur du coût, que ce soient le loyer, les frais de personnel, les frais de gestion administrative. C'est pourquoi, je pense qu'une proposition de salariat avec des salaires du type praticien hospitalier serait la bienvenue, même pour un certain nombre de médecins généralistes installés, et encore mieux pour les jeunes. ■

# Retour vers le futur

**Revenir à la médecine générale en zone déficitaire : plaisir, difficultés et inquiétude pour l'avenir.**

**Laurent Brutus,** **médecin généraliste** Après plus de treize années passées à boursinguer en Afrique et en Amérique du Sud, pour y conduire des recherches en santé publique pour le compte d'un institut français de recherche, je suis rentré définitivement en France fin 2006. Jusqu'alors mon approche était surtout centrée sur la maladie et les systèmes de soins. J'étais fonctionnaire, nommé dans une faculté parisienne et je partageais mon temps entre Paris et la Vendée où je résidais. C'est en nouant des contacts avec des collègues pédiatres pour la mise en place d'un système de dépistage néonatal d'une affection parasitaire et en fréquentant assidûment les urgences pédiatriques d'un hôpital parisien que j'ai redécouvert l'intérêt de la démarche clinique et d'une approche centrée sur le patient. J'avais bien effectué des remplacements à la fin de mes études, mais cela faisait des années que je n'avais pas exercé la médecine générale.

**Comment pouvais-je me remettre à niveau et quelles étaient les obligations légales pour revenir à la médecine de soins ?**

Telles ont été les questions que j'ai alors posées au conseil départemental de l'Ordre des médecins. La réponse fut claire : mon diplôme me permettait de m'installer et je n'avais qu'à entrer en contact avec des groupes de formation professionnelle continue. Insatisfait par cette réponse, j'ai alors contacté le département de médecine générale de la faculté de médecine de Nantes qui m'a proposé de suivre un diplôme d'université de réorientation vers la pratique de la médecine générale. Cette formation tutorée, en alternance, a été financée par mon employeur dans le cadre d'un projet de réorientation professionnelle. Durant deux années, un peu comme un interne de médecine générale, j'ai suivi des enseignements (cours et séminaires de formation professionnelle continue) et effectué des stages chez le praticien ainsi que des remplacements et rédigé plusieurs récits de situations complexes et authentiques (RSCA). J'ai obtenu le diplôme fin 2011, j'avais alors 50 ans.

Durant tout ce temps, l'idée de m'installer dans ma commune de résidence s'est progressivement imposée. Je connaissais le cabinet médical où exercent trois femmes médecins en partage de patient

et accueillant des internes en médecine. Je les avais remplacées toutes les trois. Le collègue masculin, fondateur du cabinet, venait de prendre sa retraite. Il s'agit d'une zone rurale du nord-ouest vendéen, située à proximité d'un centre hospitalier et à moins d'une heure de Nantes. Je m'y suis donc installé en collaboration libérale à mi-temps en début d'année 2012. L'autre moitié du temps, je demeure fonctionnaire, travaillant au département de médecine générale de Nantes pour y développer des programmes de recherche.

**Si mon installation n'a pas posé de problème, l'évolution de la démographie médicale constitue cependant un sujet de préoccupation.**

Le nord-ouest vendéen (littoral, marais et bocage) n'est pas à proprement parler une zone de désert médical. Pourtant, nombreux les médecins généralistes qui partent à la retraite et ne sont pas remplacés.

Certaines zones alentour sont devenues tellement déficitaires qu'il a fallu regrouper trois secteurs de garde afin de maintenir à flot la permanence des soins. Depuis 2011, dans ce « grand » secteur (une cinquantaine de médecins généralistes pour 59 000 habitants l'hiver et 111 000 l'été), huit médecins sont partis et seulement trois sont arrivés. Cette

« mise en commun » des moyens humains ne s'est pas faite facilement, car il a fallu dépasser les individualismes encore très forts, notamment chez les collègues plus âgés (une dizaine d'entre eux devrait d'ailleurs partir dans les deux prochaines années). C'est ainsi que le projet de créer une maison médicale de garde est resté au point mort, chacun préférant assurer les gardes depuis son propre cabinet au détriment

de l'intérêt des patients de consulter en un lieu unique.

Ces difficultés, les médecins ne sont pas les seuls à les percevoir. Les nouveaux patients se plaignent de ne pas trouver de médecin traitant. Certains vont même aux urgences de l'hôpital pour faire renouveler leurs ordonnances. Lors d'une réunion houleuse convoquée à l'initiative du Conseil de l'Ordre pour parler de ce problème, il a même été reproché aux collègues pratiquant une médecine « lente » ou exerçant à temps partiel de ne pas travailler assez ! Comme si, en réponse à la volonté acharnée des poli-

**■ C'est ainsi que le projet de créer une maison médicale de garde est resté au point mort...**

tiques pendant des années de réduire les dépenses de santé en réduisant le nombre de médecins, il revenait aujourd'hui à ceux qui restent de multiplier les actes pour faire face aux besoins.

Or l'offre locale de soins n'est pas seulement limitée en médecins généralistes. Les spécialistes libéraux du secteur (trois cardiologues, deux dermatologues, deux rhumatologues, un ORL, un angiologue, un pneumologue et un stomatologue) sont âgés pour la plupart et aucun n'envisage sereinement sa succession. Si bien que les délais et les distances pour accéder aux spécialistes s'allongent. En conséquence, les coûts indirects (transport, journée de travail perdue...) pour se soigner augmentent et les inégalités d'accès aux soins se creusent.

Il y a bien sûr le centre hospitalier, dynamique, qui a notamment salarié les médecins de l'île d'Yeu voisine afin de faire face à une démographie médicale vacillante. Mais ce salariat demeure très dépendant du paiement à l'acte qui représente la seule recette pour la maison de santé et les médecins sont davantage enclins à consulter qu'à mener d'autres activités, notamment préventives. Le centre hospitalier dispose d'une offre de soins conséquente (médecine, chirurgie, obstétrique), mais le service des urgences y est régulièrement saturé et s'il existe un scanner, il n'y a pas d'IRM.

Le nord-ouest vendéen est ainsi une zone de marge située à égale distance entre deux pôles sanitaires (Nantes et La Roche sur Yon) et finalement assez peu desservie. Il faut faire soixante kilomètres pour trouver un service de pédiatrie ou de soins intensifs neuro ou cardiovasculaires. Selon les dernières statistiques de l'Agence Régionale de Santé (2011), la mortalité prématurée des moins de 65 ans (souvent de causes évitables liées aux conséquences des inégalités sociales, aux carences du système de soins et à l'absence de politique de prévention) y est parmi les plus élevées de la région Pays de la Loire.

Malgré tout, le nord-ouest vendéen demeure une zone de forte attractivité pour de nouveaux habitants. Le solde migratoire y est largement positif, avec un taux de croissance annuelle moyen de 2 %,

## **■ Parmi la cinquantaine de médecins généralistes du secteur, seule une vingtaine exerce en cabinets de groupe d'au moins quatre médecins.**

alors qu'il est inférieur de moitié dans le reste de la région. Les communes rivalisent pour accueillir cet afflux de population composée à la fois de jeunes travailleurs et de seniors et les programmes municipaux ou privés de lotissements se multiplient. La population augmente et continuera d'augmenter, mais le nombre de médecins (notamment généralistes) ne suit pas. Et personne n'a pensé prévenir ces populations qu'elles ne trouveraient peut-être pas de médecin en arrivant. Les communes concernées et le Conseil Général ont bien tenté de pallier ces carences en faisant appel à des médecins à diplômes étrangers, mais ces offres d'installation sont demeurées prisonnières du vieux schéma qui veut que chaque commune ait son médecin libéral. Près d'une quinzaine de confrères roumains ont répondu à ces offres d'exercice solitaire dans des petites communes vendéennes. Mais faute d'intégration à la fois humaine et professionnelle ou de patientèle suffisantes, ces expériences se terminent souvent prématurément. Pourtant, les actuels internes en médecine générale ne refusent pas de venir travailler en zone rurale, mais ils plébiscitent un exercice à temps choisi, en groupes pluri-professionnels avec un lien universitaire fort (généralistes-enseignants et maîtres de stage pour l'accueil d'étudiants en médecine). En rejoignant un groupe de collègues ayant opté pour une médecine qui prend son temps, engagés dans la formation initiale des jeunes générations et dans un groupe d'échange de pratiques, j'ai fait un choix similaire et je ne regrette pas du tout ce retour vers la médecine générale.

Toutefois, l'avenir peut apparaître bien sombre. Parmi la cinquantaine de médecins généralistes du secteur, seule une vingtaine exerce en cabinets de groupe d'au moins quatre médecins. Les autres travaillent seuls ou à deux. Ce mode de fonctionnement n'attirera pas les jeunes générations. Dans les communes en difficulté, il conviendrait sans doute de favoriser l'émergence de regroupements de professionnels du soin d'horizons divers autour de projets de santé garantissant un meilleur accès aux soins et une participation active à la formation initiale et continue. ■

# Chronique d'un désert annoncé

**Découvrir « l'urgence » des déserts médicaux en psychiatrie relève-t-il de l'ignorance, de l'incompétence, de la dénégation, de la fuite en avant, d'une stratégie de communication ?**

**Dr Alain Abrieu,** 1984 n'est pas seulement le titre du livre psychiatre de d'anticipation (et non de science-fiction !) secteur, chef de Georges Orwell, ce fut également la fin de pôle-secteur 13 de l'internat spécifique en psychiatrie. Marseille

La simple visualisation de la pyramide des âges montrait la diminution drastique du nombre des psychiatres et permettait d'afficher dès cette époque le chiffre de 40 % de psychiatres en moins en 2020...

Mais il n'était pas question que de psychiatres formés, l'interrogation portait tout autant sur la place de la psychiatrie dans la médecine et plus largement dans la société.

## **Psychiatrie, une spécialité médicale... oui mais spéciale**

La fin de l'internat spécifique assimilait la psychiatrie à une spécialité médicale.

L'objet de la psychiatrie ne se laisse pas appréhender facilement, et heureusement ! Il serait plus réaliste de parler de psychiatries, le pluriel rendant mieux compte de la pluralité des modes d'exercice.

Les internes de l'époque (vous aurez compris que j'en faisais partie) se sont opposés à cette réforme sur ce double aspect indissociable : combien de psychiatres pour quelle psychiatrie.

Ils soutenaient la notion d'une spécificité de la psychiatrie, certes branche de la médecine, mais avec ses particularités, refusant l'assimilation de la psychiatrie à une pathologie d'organe, évoquant une maladie de l'esprit, de la relation à l'autre plutôt qu'une maladie du cerveau.

L'échec de leur mobilisation, assimilée à tort à des défenses corporatistes, a été le premier d'une longue série d'abandons de la spécificité de la psychiatrie : fin du diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique (1992), loi HPST...

Pendant ce temps-là, les professeurs en blouse blanche étaient satisfaits d'être enfin traités comme des pairs par leurs collègues universitaires et enseignaient dans leurs CHU aux internes la vraie psychiatrie : neurosciences, thérapie comportementale et cognitive, psychopharmacologie... évitant soigneusement la simple évocation des mots tabous que pouvaient représenter psychanalyse, phénoménologie, psychothérapie institutionnelle...

## **Le retour du refoulé : penser...**

Une psychiatrie centrée sur la personne, son histoire, sa psychodynamique propre est bien plus complexe à cerner, à définir et bien sûr à quantifier...

Il en est ainsi de la relation humaine, prenons la complexité comme donnée de base et osons faire l'éloge de cette complexité.

Noël est passé, mais est-ce une lettre au Père Noël que de vouloir changer de logiciel et de passer de la folie quantitative au retour de l'humain dans la relation à l'autre ? Ne devrait-on pas remplacer « le patient au centre du dispositif » par « la rencontre avec le patient au centre du dispositif » ?

Cette rencontre rendant possible engagement, inventivité, créativité par cette ouverture à l'autre... rompant totalement avec l'évolution actuelle dont le but est d'adapter l'individu aux normes sociales, assimilant déviance et maladie mentale, transformant la psychiatrie en un dispositif de contrôle social et de normalisation.

Oui, il y a urgence à sortir de l'urgence, et de l'apathie qui nous gagne par l'envahissement d'une plainte infinie tenant lieu de discours et particulièrement mortifère.

## **Du désert au désir**

Peuillons les déserts de la pensée et les déserts médicaux seront moins vides !

Il y a eu les Etats généraux de la psychiatrie en 2003, de nombreux collectifs se sont créés après le discours d'Anthony en 2008, des initiatives sont en projet... investissons ces lieux et redevenons désirants, la dépression des soignants est pathogène pour les patients.

Des psychiatres soignant un cerveau malade, acteurs de la médicalisation des émotions, instruments de la normalisation de la société, soutiens pseudo-scientifiques des dérives sécuritaires, du retour au renfermement, des techniques de contention et acteurs des stratégies de neutralisation des malades mentaux : il y en a trop.

Des psychiatres humanistes, cliniciens, psychothérapeutes, soucieux de la personne et de son environnement, œuvrant pour l'intégration des malades mentaux dans la cité, ouverts aux familles, aux partenariats, conscients de la dimension humaine de la folie : il en manque.

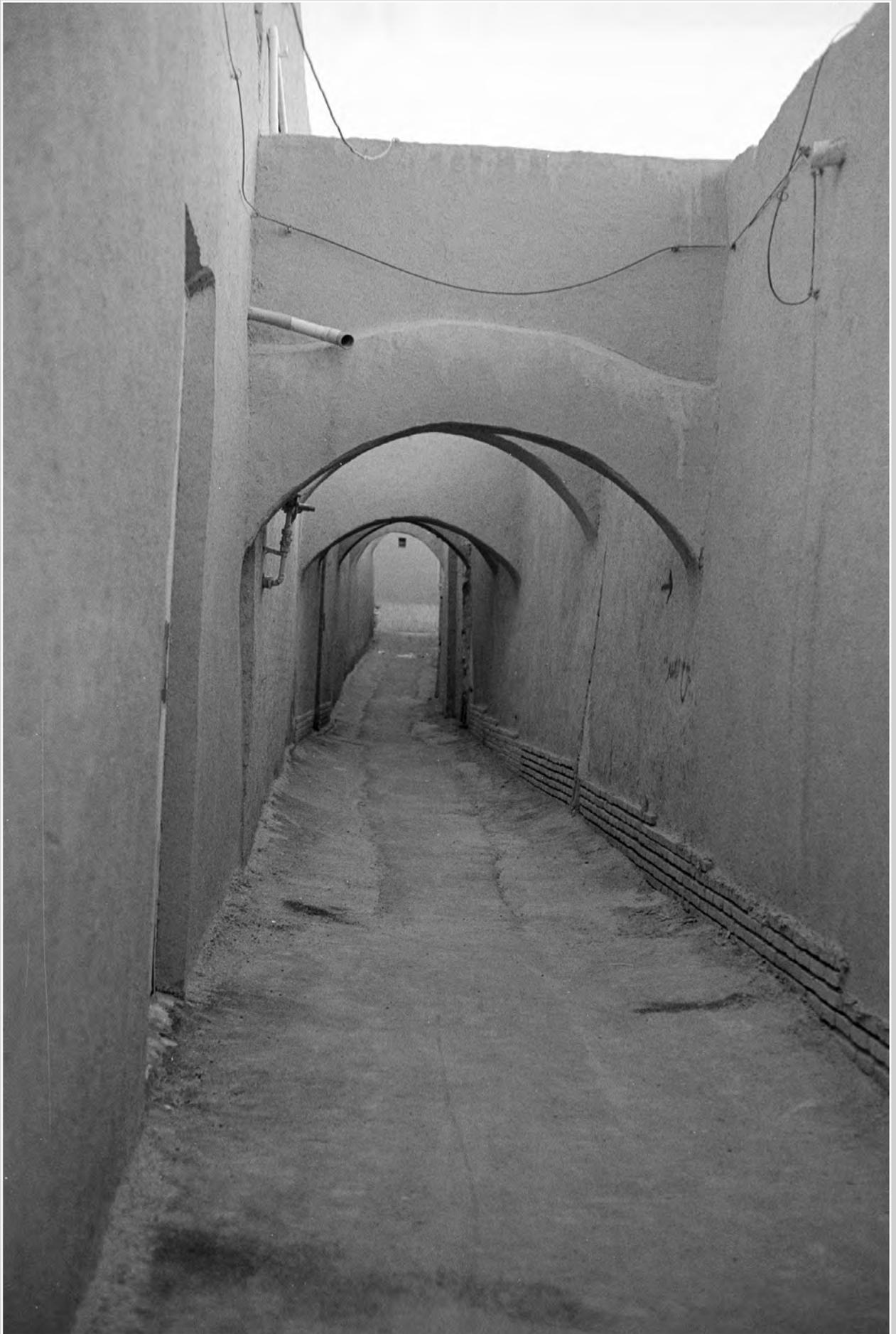
## **Marbre**

### **Que la dispute professionnelle soit**

La dispute professionnelle, au sens d'Yves Clot, le débat d'idées sont vitaux.

Il est encore temps de se disputer mais faisons-le ! A ne jamais vouloir commencer, ça ne finira jamais ! Si, faute de combattants...

Utopie ? ■



# Double peine

**De plus en plus de spécialistes font des dépassements d'honoraires dans la région parisienne et s'arrangent pour refuser les patients qui ont la CMU ou l'AME, faisant de l'accès aux soins une vraie gageure.**

Entretien avec  
**Béatrice L.**,  
dermatologue en  
secteur 1.

Propos recueillis par  
**Martine Lalonde**

**Pratiques : Vous êtes dermatologue et vous êtes installée en secteur à honoraires fixes (secteur 1), était-ce un choix ?**

**Béatrice L.** : Lorsque je me suis installée en 1995, on ne pouvait plus choisir le secteur à honoraires libres (secteur 2) que si on avait été chef de clinique. Les internes et les médecins ayant fait un certificat de spécialité<sup>1</sup> comme moi ne pouvaient s'installer qu'en secteur 1. De toute façon, je me serais installée en secteur 1, car j'avais choisi un quartier pauvre pour exercer. Pour soigner les gens dans un quartier pauvre, c'est une aberration de s'installer en secteur 2. Autour de moi, les autres dermatologues étaient presque tous en secteur 2.

**Quelle est l'offre de soins en dermatologie à honoraires fixes actuellement autour de vous ?**

Il y a les médecins des centres de santé, qui sont forcément en secteur 1. Parmi les nouveaux dermatologues installés en secteur 1, l'un a fait le choix de pratiquer des actes non remboursés (esthétiques ou autres), un autre a des horaires de bureaux, sans rendez-vous tard ni le samedi. C'est une limite pour les gens qui ont des enfants et consultent après leur travail ou après l'école. Du coup, dans mon cabinet où je travaille avec une remplaçante, les délais de rendez-vous s'allongent. Les gens n'ont pas les moyens de payer plus, et beaucoup ont la CMU et l'AME. Les médecins en secteur 2 limitent le nombre de rendez-vous pour les patients ayant l'AME ou la CMU, car ils savent qu'ils n'ont pas le droit de refuser. Ceci dit, certains les refusent ouvertement quand même. D'autres demandent à la prise de rendez-vous si on a la CMU ou l'AME, donc ils sélectionnent les patients. Une personne a fait le test : elle a appelé pour demander un rendez-vous en dermatologie, on lui a demandé si elle avait la CMU, elle a dit oui et on lui a donné un rendez-vous au bout d'un mois et demi. Le lendemain, elle a appelé en disant qu'elle n'avait pas la CMU et elle a eu un rendez-vous dans la semaine. Mon délai de rendez-vous est aujourd'hui de deux mois. Mais j'accepte les urgences. Quand elles arrivent en plein boom, je leur demande leur numéro de téléphone et je les rappelle dès que j'ai fini ma consultation. Mais je ne prends que les urgences de personnes qui habitent à proximité de mon cabinet. Je termine le plus souvent mes journées vers 21 heures.

**Votre remplaçante travaille-t-elle comme vous ? A-t-il été difficile de la recruter ?**

Ma remplaçante est attachée à l'hôpital et découvre la dermatologie de ville, elle travaille très bien. Cependant, elle compte faire de l'esthétique plus tard. J'arrive à trouver des remplaçants, car je vais encore à l'hôpital, pour travailler en équipe et me former, mais aussi pour connaître des gens qui voudraient travailler avec moi en ville. Ils hésitent, car je suis en secteur 1. Pourtant, les conditions de travail que je leur propose sont bonnes, en particulier j'ai une secrétaire, ce qui n'est plus le cas de beaucoup de médecins. Mais je suis inquiète pour l'avenir : je suis là depuis dix-sept ans et je ne sais pas qui prendra ma suite.

**Est-ce que les médecins généralistes vous envoient les patients aussi parce que vous êtes en secteur 1 ?**

Ils n'ont pas le choix, car il y a très peu de dermatologues dans les villes alentours. Dans l'une de ces villes, pour 60 000 habitants, il y a un dermatologue au centre de santé, et une dermatologue en secteur 2 en ville. Elle accepte seulement un certain nombre de patients qui ont la CMU par jour. Ailleurs, certains ne font que de l'esthétique, d'autres sont près de la retraite. Ceux qui sont en secteur 2 n'ont pas le droit à la majoration provisoire des cliniciens, qui est réservée aux spécialistes de secteur 1. Leur consultation de base est remboursée vingt-trois euros au lieu de vingt-cinq euros en secteur 1<sup>2</sup>, à laquelle s'ajoutent trois euros pour la coordination des soins. Ce qui ramène la consultation en secteur 1 à vingt-huit euros et vingt-cinq euros en secteur 2 lorsque le patient le patient est adressé par son médecin traitant. Du coup, le syndicat des dermatologues a obtenu une revalorisation pour certains actes qui demandent un investissement matériel et/ou du temps. Beaucoup de dermatologues en secteur 1 utilisent la codification pour augmenter leurs revenus.

**Quand vous avez besoin de passer la main, à un chirurgien par exemple, trouvez-vous des correspondants qui respectent les tarifs ?**

Il n'y en a plus, sauf à l'hôpital. Tous les médecins des cliniques demandent des suppléments d'honoraires. Depuis environ cinq ans, cela s'est généralisé. Si j'adresse à la clinique une personne qui a une plaie grave de la main, elle sera prise en urgence par le médecin de garde au tarif normal (mais si elle

Je termine le plus souvent mes journées vers 21 heures.

revoit le médecin pour les suites, elle paiera un supplément). Pour une intervention programmée, comme un kyste synovial, le chirurgien annonce qu'il y aura un dépassement d'honoraires.

Donc si c'est urgent, j'adresse au plus près, sinon j'envoie à l'hôpital. Des gens qui s'étaient fait opérer dans des cliniques sont revenus me voir en me disant que le médecin à qui je les avais adressés leur avait demandé trois cents euros. Ils me disent : « On vous prévient, sinon on pourrait penser que vous avez un arrangement avec lui... ».

J'adresse donc à un service hospitalier qui fait de la chirurgie plastique et réparatrice et qui a toujours de la place. Il y a un autre hôpital public à proximité, mais j'adresse au dermatologue pour les interventions, car la spécialiste de chirurgie plastique opère en secteur privé, tout en travaillant dans le public.

#### **Voyez-vous des retards aux soins en dermatologie à cause de problèmes financiers ?**

Oui, par exemple certaines personnes font soigner d'abord leurs enfants avant de s'occuper d'elles. Quand je leur dis qu'ils ont tardé à venir, par exemple pour leurs pieds, qui sont parfois très abîmés par des mycoses, à la limite de ne plus pouvoir marcher, ou des cors qui s'infectent parfois jusqu'au stade d'ostéite, ils me disent qu'ils attendaient leur CMU

ou qu'ils n'ont pas trouvé le temps de venir me voir, car les rendez-vous sont trop longs et ils atterrissent parfois aux urgences.

Les personnes qui ont l'AME ont la double peine. Non seulement les médecins ne veulent pas les voir, car ils ont des difficultés pour se faire payer par la Sécurité sociale, en plus l'acte pour eux est compté à vingt-trois euros ou vingt-cinq euros selon le secteur d'activité, car il n'est pas prévu qu'ils aient un médecin traitant. Donc dans le système actuel, ils sont forcément défavorisés. Je vois de plus en plus de patients qui ont l'AME. Les gens sont de plus en plus pauvres et comme ils ont attendu longtemps, ils viennent pour de multiples raisons, et je n'ai pas le temps de tout faire pour eux. ■

- 
- 1. A l'époque, pour devenir spécialiste, on passait l'internat ou on faisait un diplôme de spécialité (certificat d'études spécialisées ou CES) après les sept années d'études qui permettaient d'être médecin généraliste. Les internes pouvaient continuer la carrière hospitalière en devenant chefs de clinique.
- 2. La base du remboursement des patients qui consultent un spécialiste en secteur 2 est donc de vingt-trois euros (même s'ils ont payé cinquante ou soixante-dix euros), alors qu'ils sont remboursés sur la base de vingt-huit euros chez un spécialiste en secteur 1 lorsqu'ils sont adressés par leur médecin traitant (deux euros pour le secteur 1 et trois euros de coordination des soins).

### Note de lecture **Ivan Illich,**

## *Némésis Médicale, l'expropriation de la santé, 1975*

**Ivan Illich est essayiste, *Libérer l'avenir, Une société sans école, La convivialité et Némésis médicale* sont ses ouvrages les plus lus. Il est décédé en 2002.**

Némésis signifie vengeance en grec...

Dans cet essai écrit en 1975, Ivan Illich, le « pape » de la décroissance, décrit comment l'entreprise médicale s'est imposée comme un incontournable dans notre société. Les mots et les concepts sont forts, voire violents : l'entreprise médicale menace la santé ; la colonisation médicale de la vie quotidienne aliène les moyens de soins ; le monopole professionnel sur le savoir scientifique empêche son partage ; la mort est escamotée...

Illich connaît la mythologie et nous fait partager entre autres le mythe de Prométhée. Il déroule son raisonnement et son analyse d'une manière fluide qui nous laisse pantelants d'évidence. Toutes ses affirmations sont démontrées point par point avec un usage important d'articles scientifiques et de références variées. Par deux fois, j'ai lu cet ouvrage et je ne m'en lasse pas. Pour vous donner l'envie de le découvrir ou de le redécouvrir, je vous livre un passage de sa conclusion : « Némésis médicale est plus que la somme de toutes les fautes professionnelles, des négligences, du cynisme de caste, de l'injuste répartition des soins (...), de l'invalidité par diktat médical. C'est plus que la dégradation malsaine des structures sociales par la surmédicalisation tentaculaire. C'est plus même que l'encouragement médical de l'impuissance de l'homme face à la douleur, la maladie et la mort. Némésis médicale, c'est l'auto-dérégulation institutionnelle de l'homme vers le cauchemar. C'est l'expropriation du vouloir-vivre de l'homme par un service d'entretien qui se charge de le maintenir en état de marche au bénéfice du système industriel. » ■ **Sylvie Cognard**

# La carte et le territoire

**Une véritable stratégie est nécessaire pour imposer une géopolitique de la santé qui prenne en compte les besoins réels des personnes et des groupes. La question du rôle de l'Etat face aux politiques ultralibérales y est centrale.**

**Christiane  
Vollaire,**  
philosophe

En 1976, Yves Lacoste publiait un ouvrage au titre intentionnellement provocateur *La Géographie, ça sert d'abord à faire la guerre*. Et il lançait la revue *Hérodote*, du nom du premier véritable historien de la Grèce antique, dont le travail sur les guerres menées à son époque reposait sur un profond rapport à la géographie. Le terme de « géopolitique » devenait alors significatif de ce rapport polémique au territoire, et des intérêts stratégiques qui s'y nouaient.

Or cette problématique guerrière s'applique on ne peut mieux à la question du médical. Georges Canguilhem, philosophe de la médecine, montrait déjà à quel point le rapport médical à la maladie se traduit toujours en termes de lutte, d'affrontement et de conquête, et relève fréquemment du vocabulaire militaire. Ce qu'il nous faut plus que jamais affirmer actuellement, c'est que viser la santé n'est plus seulement lutter contre la maladie, mais lutter contre les puissances économiques et politiques pour lesquelles elle est devenue un simple enjeu de profit.

C'est dans cette perspective, où l'ennemi prend trop souvent la forme d'institutions soumises au régime entrepreneurial, qu'une géopolitique médicale doit bel et bien servir d'abord à faire la guerre.

## Un espace stratégique

Un territoire n'est pas seulement un terrain, c'est un espace stratégique où se nouent des relations de pouvoir. Et si le pouvoir de l'institution médicale a bien été l'enjeu d'une conquête, les contre-pouvoirs qui s'y font jour doivent pouvoir le devenir aussi. Dans le quadrillage territorial actuel, miné par les priorités libérales, c'est une reconquête qu'il faut viser pour faire place à la réalité d'un espace public.

L'enjeu en est complexe, et l'essor exponentiel du libéralisme à partir des années quatre-vingt-dix l'a rendu plus aigu, engageant à des reconfigurations de la pensée du territoire telle qu'elle pouvait se présenter dans les années 1970 ou 1980. Dans la pensée de Michel Foucault en particulier, la manière dont s'engage le rapport entre espace public et liberté est déterminant. Pour Foucault, il s'agit toujours d'un rapport conflictuel. Il l'écrit clairement dans un entretien de 1982, intitulé « Espace, savoir et pouvoir » : La liberté des hommes n'est jamais assurée par les institutions et les lois qui ont pour fonction de la garantir <sup>1</sup>.

Cette phrase est explicitement dirigée contre *Le Contrat social de Rousseau* qui avait posé, en 1762, le fondement du concept de liberté civile : celle-là même qui n'est garantie que par les lois. Et Foucault désigne, d'un point de vue historique, le quadrillage du territoire français en particulier qui va se mettre en place à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, sous l'effet de la centralisation post-révolutionnaire issue de la pensée de Rousseau : « A partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, tout traité qui envisage la politique comme l'art de gouverner les hommes comporte nécessairement un ou plusieurs chapitres sur l'urbanisme, les équipements collectifs, l'hygiène et l'architecture privée » <sup>2</sup>.

Il montre comment l'Etat centralisateur du XVIII<sup>e</sup> siècle est conduit à considérer l'intégralité du territoire, y compris rural, sur le modèle de l'espace urbain. Ce modèle est celui du quadrillage, dans lequel l'habitat occupe une fonction intégralement déterminée par l'espace commun, et où toute architecture est pensée dans une problématique strictement urbanistique. Les règles de l'urbanisme régulent le rapport à l'intégralité de l'espace national, incluant dans le public ce qui jusque là relevait de l'espace privé.

Et bien sûr, un tel modèle, dans sa rationalité organisatrice, est aussi à bien des égards liberticide : Foucault met en évidence une forme de gouvernamentalité qu'il identifie au panoptique créé au XVIII<sup>e</sup> siècle par Bentham pour rendre tout espace visible au sein des prisons. Le modèle urbanistique apparaît ainsi comme analogique du modèle carcéral : les sociétés de contrôle ôtent tout moyen d'échapper au regard de l'Etat.

## Peuple et population

La géographie est ici manifestement l'instrument d'une guerre de l'Etat contre la liberté des citoyens, le moyen de leur assujettissement. Contrôler un territoire, c'est assurer, par l'emprise géographique de sa mise en carte, la soumission de ses habitants : la transformation d'un peuple en population, qui doit devenir objet d'une gestion. C'est ce mode de gestion que Foucault a présenté lors de son cours au Collège de France « Sécurité, territoire et population », en 1978 : Gérer la population ne veut pas dire gérer simplement la masse collective des phénomènes ou les gérer simplement au niveau de leurs résultats globaux ; gérer la population, ça veut dire la gérer également en profondeur, en finesse et dans le détail <sup>3</sup>.

D'où la définition que donne Foucault du territoire dans un entretien qu'il accorde précisément en 1976 à la revue *Hérodote* : « Territoire, c'est sans doute une notion géographique, mais c'est d'abord une notion juridico-politique : ce qui est contrôlé par un certain type de pouvoir »<sup>4</sup>.

Et plus loin : « Dès lors qu'on peut analyser le savoir en termes de région, de domaine, d'implantation, de déplacement, de transfert, on peut saisir le processus par lequel le savoir fonctionne comme un pouvoir et en reconduit les effets »<sup>5</sup>.

Associer à la notion de territoire celle de déplacement ou de transfert, c'est inscrire la question des mouvements de population dans celle de l'espace territorial : le territoire, précisément parce qu'il est une notion juridico-politique, n'existe que par les implantations de population et les dynamiques démographiques qu'il génère. Il n'est pas un espace objectivable et définitif, mais un espace en mutation, incessamment reconfiguré par les flux de population dont il est le lieu, et qui en font précisément ce qu'il est : un enjeu de gouvernementalité.

Mais de cet enjeu, la revue *Hérodote*, interrogeant Foucault, met immédiatement en œuvre l'ambivalence : « Les métaphores spatiales, loin d'être réactionnaires, technocratiques, abusives ou illégitimes, sont plutôt le symptôme d'une pensée "stratégique", « combattante », qui pose l'espace du discours comme terrain et enjeu de pratiques politiques »<sup>6</sup>.

L'enjeu territorial n'est pas seulement un enjeu de pouvoir, mais tout autant de contre-pouvoir. Il permet de revendiquer, à l'encontre d'une politique définie comme forme de gouvernementalité, une politique définie comme possibilité de réappropriation de l'espace public. On passe alors d'une stratégie de domination à une stratégie de combat. Et Foucault dit à son interlocuteur à la fin de l'entretien : « J'ai bien aimé cet entretien avec vous, parce que j'ai changé d'avis entre le début et la fin. (...) La géographie doit bien être au cœur de ce dont je m'occupe »<sup>7</sup>.

Que signifie ce retournement ? Très précisément ceci : il est possible qu'une population puisse redevenir un peuple, mais c'est à la condition qu'elle revendique comme sujet d'un intérêt commun les espaces territoriaux à travers lesquels elle n'a été traitée que comme objet de pouvoir. Et cela suppose un véritable regard stratégique sur la question du territoire.

### Les ambivalences de la notion d'Etat

Une telle ambition est bien une ambition polémique : il s'agit de reconquête. Et cette reconquête passe par celle de l'espace du soin.

Mais les modalités en sont plus complexes dans les années deux mille dix qu'elles ne l'étaient à la fin des années soixante-dix.

Quand Foucault mettait en évidence la filiation entre le contrôle politique qui se mettait en place au XVIII<sup>e</sup> siècle autour de la période révolutionnaire, et celui qui organisait la biopolitique de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, il considérait à juste titre la maîtrise de l'espace territorial comme une simple modalité du pouvoir sur les populations, dont il attribuait la puissance à l'Etat.

A la période contemporaine, ce qui est en question est l'autonomie même de l'Etat, et les nouveaux rapports de domination induits par l'ultralibéralisme comme système de pouvoir. L'Etat, ayant perdu même la souveraineté qu'on pouvait lui imputer, n'y est plus que le relais de formes de pouvoir économique plus insidieuses, dont le contrôle est devenu radicalement antagoniste de toute forme d'intérêt collectif.

Quand l'organe « de régulation » qu'est le Fonds Monétaire International fait entrer dans ses préconisations le sabotage des politiques publiques, la santé de la population, même à titre de moyen de contrôle, cesse d'être un objectif qui peut orienter la politique d'un ministère : elle devient un facteur de déséquilibre économique en tant qu'objet de dépense publique. Et ce changement de paradigme est en soi une guerre contre l'intérêt collectif. Le néolibéralisme, non pas comme option locale ou nationale, mais comme mode contraignant de gestion politique internationale, transforme la planète entière en territoire désocialisé, et la multiplicité des peuples en un flux indifférencié de populations gérées dans une économie véritablement bétaillère : envoyées à une sorte d'abattoir sanitaire.

En ce sens, la réappropriation d'une carte sanitaire est un enjeu autant matériel que symbolique : celui d'une lutte stratégique, qui nécessite la désignation claire de l'ennemi. Dans les années deux mille dix, ce n'est plus l'Etat en tant que tel qui domine ; mais l'assignation de l'Etat à sa responsabilité est devenue au contraire une nécessité de la lutte contre les dominations supra-étatiques.

Il faut donc repenser à nouveaux frais la formule de Foucault : « La liberté des hommes n'est jamais assurée par les institutions et les lois qui ont pour fonction de la garantir »<sup>8</sup>.

Et ce de deux façons : d'une part notre liberté ne peut se défendre qu'à l'encontre des préconisations ultra-libérales, si l'on considère que ce sont désormais ces « lois »-là qui prétendent au niveau international la garantir.

■ Ce type de stratégie sanitaire est équivalent de celui de l'élevage intensif : le regroupement en vue l'augmentation des profits.

.../...

.../...

D'autre part, notre liberté ne peut se défendre qu'en renvoyant l'Etat à sa véritable fonction, la seule qui puisse le légitimer : celle, justement, de garantir cette condition fondamentale de la liberté que représente la santé publique. A l'encontre des préconisations ultra-libérales qui visent essentiellement à la détruire.

### Une offensive contre les féodalités économiques

Dresser une carte est toujours le premier acte d'une offensive. C'est donc à reprendre l'offensive qu'appelle nécessairement la dénonciation des déserts médicaux. Car ceux-ci ne sont évidemment nullement l'effet du hasard ou de la fatalité, mais au contraire l'effet d'une intention délibérée : celle de l'abandon. C'est une stratégie que de viser à la concentration des lieux de soin : celle qui vise un objectif strictement économique de rentabilité, à l'encontre d'un objectif de service public. Et de ce point de vue, ce type de stratégie sanitaire est exactement équivalent de celui de l'élevage intensif : le regroupement en vue de l'augmentation des profits. On est donc bien dans cette logique où l'Organisation Mondiale du Commerce prend le pas sur l'Organisation Mondiale de la Santé, faisant de la santé un « bien » séparé de tout rapport à la subjectivité. Et transformant donc potentiellement les êtres humains en bétail, dans l'aboutissement de la logique objectivante qui dégrade les peuples en populations.

La représentation de la santé comme « bien » est ici corrélative de la représentation du corps comme objet commercial. Et la marge entre la marchandisation de la santé et le trafic d'êtres humains est bien mince : est-il étonnant que les trafics d'organes se développent de manière exponentielle, dans le temps même où une certaine conception de la médecine n'accorde pas le même statut à tous les corps, précisément parce qu'elle n'accorde aux hommes que le statut de leur valeur marchande ?

Face à ces stratégies destructrices, la volonté de pérenniser ou de recréer des lieux de proximité ne doit en aucun cas passer pour une sorte d'effet réactif ou de visée nostalgique. Elle est exactement tout le contraire : les déserts médicaux n'ont cessé d'être la réalité misérable des périodes où le territoire était dominé par les féodalités. Des périodes précisément antérieures à l'exigence posée au XVIII<sup>e</sup> siècle par la pensée des Lumières, de fonder un espace public, et d'en cartographier l'organisation. Ce que préconise la marchandisation de la santé, c'est précisément ce retour au féodal, aux clivages

sociaux et à l'omniprésence des rapports de domination, dans un monde où les classes moyennes, comme facteur d'équilibre social, n'avaient pas encore émergé.

Et l'amélioration des conditions d'existence collective et d'hygiène commune est effectivement le premier signe d'un accès à l'équilibre social, même s'il n'en est évidemment pas la seule condition. Appeler à organiser une carte sanitaire qui tienne compte des besoins réels des personnes et des groupes, ce n'est justement pas réduire les sujets au biologique, mais au contraire leur permettre de s'en émanciper, en se reposant sur les institutions de cette angoisse permanente du devenir du corps qui mobilise ceux à qui ne sont pas donnés les moyens de se soigner. L'exigence d'une santé publique est en ce sens une véritable stratégie d'émancipation.

Sur les territoires qui ont été soumis aux féodalités coloniales et continuent de l'être aux prédatons de leurs dirigeants, on voit les chefs d'Etat malades obligés de se faire soigner dans les pays de leurs anciens colons : l'absence de santé publique se retourne contre ceux-là mêmes qui en sont l'origine. La revendication géopolitique d'un équilibre sanitaire n'est donc pas seulement le refus d'un retour aux féodalités, elle est aussi une stratégie de lutte contre cette nouvelle forme de guerre de conquête coloniale que constitue la globalisation. En ce sens, l'accessibilité des soins, comme l'exigence d'un aménagement équitable du territoire, vont autant de pair avec le refus des féodalités financières qu'avec celui des féodalités médicales. Elles ne supposent donc pas seulement des décisions géopolitiques, mais un véritable impact sur les mentalités générées par l'institution médicale : défendre une médecine de santé publique, c'est défendre une attitude de médecins citoyens. C'est donc entrer en guerre contre les féodalités médicales qui ne peuvent que s'inscrire dans la logique d'une marchandisation des corps. ■

- 1. Michel Foucault, *Dits et écrits*, t.II, Quarto Gallimard, 2001, p. 1094-95.
- 2. *Ibid.*, p. 1090.
- 3. *Ibid.*, p. 654.
- 4. *Ibid.*, p. 32.
- 5. *Ibid.*, p. 33.
- 6. *Ibid.*, p. 34.
- 7. *Ibid.*, p. 39-40.
- 8. Michel Foucault, *Dits et écrits*, t.II, Quarto Gallimard, 2001, p. 1094-95.

# Parcours

**Au fil des ans, les technocrates ont cherché à uniformiser et transformer la médecine de famille en un exercice marchand normalisé, chiffré et contrôlé...**

Quand je me suis installée avec mon collègue en 1980, pour exercer la médecine générale dans un quartier défavorisé, c'était avec des idées et des valeurs d'écoute respectueuse et de partage des savoirs, celui que j'avais appris sur les bancs de l'école de la République et celui qu'allaient m'apporter les habitantes et les habitants de la cité. Une population d'un milieu social très différent de celui dans lequel j'avais été élevée, une population issue de milieux culturels qui m'étaient inconnus. Écouter la souffrance et la soulager autant que possible. Les indignations et les révoltes nées de mon parcours hospitalier obligé, une année passée auprès d'un médecin de famille de la vieille école, me faisaient entrevoir que je n'allais pas tout guérir et certainement pas empêcher les gens de mourir. Mon militantisme féministe et politique très à gauche me démarqua rapidement de la corporation majoritaire de mes « chers confrères ». Notre contrat d'association eut quelques difficultés à être entériné par le Conseil de l'Ordre des médecins qui, en outre, regarda ma thèse sur cinq ans d'activités du centre IVG au CHU du plus mauvais œil qui soit. Nous fûmes moqués, parfois même dénigrés.

D'être en quelque sorte au départ mise au banc de la « corporation », mais bien heureusement intégrée dans le groupe des autres médecins contestataires de l'ordre médical établi, me permit de cheminer tranquillement dans les méandres du système de soins. Je développais des acquisitions de savoir, des stratégies de contournement des obstacles à l'accès aux soins de mes patients défavorisés, les aidant autant que je pouvais à retrouver un équilibre dans les malheurs tant médicaux que sociaux qui les touchaient.

Beaucoup de maladies guérissaient toutes seules, sans l'aide de la science médicale. Nombre de malades étaient soulagés par une écoute attentive tissant des liens entre les événements de vie traumatisants et les symptômes amenés ; voire simplement accompagnés par une empathie et une sollicitude bienveillante. Ceci étant, je constatais la croissance exponentielle des maladies professionnelles, de celles dues aux problèmes environnementaux et aux difficultés sociales. Petit à petit, je me rendais compte de l'intrication de la politique

et de l'état de santé de cette population **Sylvie Cognard,** qui se dégradait au fil des ans, parallèlement à la dégradation de leur accès aux soins. Certes, il y eut la CMU qui nous apporta pendant quelques années une éclaircie, où j'eus la satisfaction de pouvoir faire mon métier correctement avec les plus précaires. Puis les choses se dégradèrent à nouveau, la progression des inégalités redevint galopante. Pour apporter ce que j'avais toujours voulu apporter, il me fallait augmenter mon temps de travail, mon temps étant de plus en plus capturé par des tâches paperassières. Les demandes bien étayées de reconnaissance de maladie professionnelle, de reconnaissance d'handicap, d'invalidité, de maladies de longue durée, étaient désormais quasi systématiquement contestées par la Sécu. Mes prescriptions étaient de plus en plus surveillées, en particulier les arrêts de travail. Insidieusement, mon exercice de la médecine se devait de se conformer à des quotas chiffrés, des référentiels, des recommandations de bonnes pratiques émanant de sources que je ne considérais pas comme fiables, car non-indépendantes des lobbies tant pharmaceutiques qu'agro-alimentaires. Insidieusement, on me demandait de repérer les familles à problèmes, puis les individus, les enfants qui pourraient devenir délinquants. Les étrangers en situation irrégulière pouvaient potentiellement être appréhendés dans ma salle d'attente. Tant de combats à mener sur tous ces fronts pour simplement continuer d'exercer de façon hippocratique et en accord avec ma conscience citoyenne et mes valeurs eurent raison au bout de vingt-huit ans de ma patience et de mes forces. Je crois avoir été le médecin que je voulais être pendant toutes ces années, et avoir été sans prétention le médecin que souhaitaient mes patients, au regard du nombre de ceux qui m'ont été fidèles. On s'entendait bien tout simplement. Toutes ces lois stigmatisantes et toutes ces injonctions ont dessiné le médecin que je ne voulais pas être : une marchande de soins inféodée aux diverses industries, une gestionnaire performante, une surveillante, une donneuse de leçons, une contrôleuse, une indicatrice, une empêcheuse de vivre et de mourir comme l'entend le patient par l'usage qu'il fait de lui-même. ■

# « Quand t'es dans le désert »<sup>1</sup>

**Pierre Volovitch,** économiste de la santé

Elle – C'est bien moche là où on est. Et triste. Les gens ont l'air mal en point. En plus, ils ont l'air inquiet. Ils sont à la recherche de quelque chose qu'ils ne trouvent pas...

Lui – Eh oui, c'est normal, on est dans un « désert médical ».

Elle – Oula, ça craint. On peut faire quelque chose ?

Lui – Tentons. *[Il pense]* On pourrait mettre des médecins.

Elle – Attends, attends, je regarde dans le Catalogue<sup>2</sup>. T'en veux combien ? 2.7 ou six ?

Lui – Ca veut dire quoi 2.7 ou six ?

Elle – 2.7 c'est le nombre de médecins pour mille habitants aux Pays-Bas et six, c'est le nombre de médecins pour mille habitants en Grèce. Alors tu veux quoi ?

Lui – Bah, plutôt six non ? Plus y'a de médecins et moins c'est un désert médical, non ?

Elle – Eh oui, il n'y a pas seulement du « plat unique », il y a aussi des « menus » dans mon Catalogue. Au « menu » Grèce, c'est six médecins et trois infirmières pour mille habitants. Au menu Pays-Bas, c'est 2.7 médecins et onze infirmières pour mille. Et tiens, un truc assez curieux, on dirait que plus la densité de médecins est forte et plus celle des infirmières est faible. Et inversement.

Lui – Ah oui, il faut des médecins, mais aussi des infirmières, sans doute aussi des aides soignantes, et des kinés, et... Quel « menu » choisir ? Ça demande un petit peu de réflexion.

Elle – *[Toujours le nez dans son Catalogue]* Ça se complique dans le « menu ». Il faut aussi choisir la répartition généralistes/spécialistes, la répartition médecins de ville, médecine hospitalière. Ça a l'air assez différent tout ça.

Ensemble – Oui, mais tout ça, c'est des questions d'organisation du système de soins. Il y a sans doute des gens qui réfléchissent à l'organisation du système de soins. Il y a quelqu'un ?

*[Leur dernière question est reprise et amplifiée par un écho curieux : Y'a quelqu'un ? quelqu'un ? quelqu'un ?...]*

Ils se regardent.

Lui – Curieux cet écho ?

Elle – Bah, oui, on est dans le désert.

Elle - Sans compter, oui c'est juste une idée qui me vient comme ça, que c'est pas seulement le nombre de médecins (d'infirmières, d'orthophoniste, de dentistes...) qui compte, mais leur activité. Si le professionnel de santé travaille neuf heures par jours pendant cinq jours, ça donne sans doute pas la même chose que s'il travaille sept heures pendant quatre jours.

Lui – En gros, ce que tu veux dire, c'est qu'il ne suffit pas

de compter les pieds des soignants et de diviser par deux pour avoir une idée de l'offre de soins.

Ensemble – Oui, mais tout ça, c'est de la composition par sexe et par âge de la population des soignants. Il y a sûrement des gens qui réfléchissent à cette question. Quelle composition aujourd'hui, comment elle évolue, quels impacts ça va avoir sur l'offre de soins... Il y a sûrement ? *[Leur dernière question est reprise et amplifiée par un écho curieux : Y'a sûrement ? sûrement ? sûrem ?...]*

Ils se regardent.

Lui – Curieux cet écho ?

Elle – Bah, oui, on est dans le désert.

Lui – En plus, ça s'articule.

Elle – Qu'est ce qui s'articule ?

Lui – Le nombre, le temps et l'organisation. Parce que si ton médecin, il travaille en isolé, il va y avoir toute une partie de son temps de travail qui ne sera pas du « temps médical ». Qui sera du temps administratif, du temps de prise de rendez-vous, de temps d'examen qui auraient pu être faits par une infirmière qualifiée par exemple. C'est l'organisation du système qui va déterminer la part du « temps médical », ou de « temps de soins » parce que ça vaut aussi pour les autres soignants, dans le temps total. Ensemble – Oui, mais la place du « temps médical », du « temps de soins », tout ça c'est lié aussi à l'organisation du système (rôle et place des uns et des autres) et puis c'est lié à la composition par sexe et par âge de la population des soignants. Il y a sans doute des gens qui réfléchissent à cette question. Quelle organisation du système, quelle composition de la population aujourd'hui, comment ça va évoluer, quels impacts ça va avoir sur l'offre de soins... Il y a sans doute ?

*[Leur dernière question est reprise et amplifiée par un écho curieux : Y'a sans doute ? sans doute ? sans ?...]*

Ils se regardent.

Lui – Curieux cet écho ?

Elle – Bah, oui, on est dans le désert.

Elle – Stop !

Lui – Quoi « stop » ?

Elle – Où ?

Lui – Quoi « où » ?

Elle – Tes 3,3 médecins – ou 2.7 ou 5.8 – pour mille et tes 8,5 infirmières – ou 10.2 ou 3.5 – pour mille<sup>3</sup>, tu les mets où ? Parce que si les professionnels de santé sont très concentrés sur des tout petits bouts de territoire, et qu'il y a des grandes taches blanches sans soignants sur la carte, le problème il sera le même.

Lui – Je te vois venir (de loin), tu veux parler de proximité (de près), de km, de temps de trajet. La question

n'est pas simple. D'autant moins que les découpages administratifs ne sont pas les découpages des territoires de santé. Le département de l'Ain a une densité très faible de médecins, mais à la porte de l'Ain, il y a Lyon. Et 50 km à faire entre l'Ain et Lyon, ce n'est pas la même chose que 50 km dans le fond de l'Ariège ou du Cantal, surtout si c'est l'hiver...

Le CREDES il y a déjà quelques années avait construit une « typologie des paysages socio-sanitaires en France »<sup>4</sup>. Les chercheurs du CREDES avaient défini une typologie à douze classes avec des zones infra-départementales<sup>5</sup>. Même en laissant tomber la caricature parisienne<sup>6</sup>, la densité de spécialistes était divisée par quatre en passant des « métropoles régionales » aux « zones rurales isolées ». Et les zones où il y avait le moins de spécialistes étaient celles où il y avait le moins de lits hospitaliers...

Et là l'évolution de la situation est très instructive. Prenons un exemple. Au début des années 1970, la densité de médecins libéraux dans les Alpes Maritimes (163 pour 10 000 habitants) était plus de deux fois celle des Deux Sèvres (65 pour 100 000). Au début des années 1990, on s'était rapproché de deux (311 médecins libéraux pour 100 000 dans les Alpes Maritimes, 146 dans les Deux Sèvres). En 2010, on en était toujours à cet écart de 2 (Alpes Maritimes : 278 ; Deux Sèvres : 138). Que le nombre de médecins augmente (de 1970 à 1990) ou qu'il stagne (de 1990 à 2010), l'écart entre départements reste le même.

Données extraites de :  
*Une typologie des paysages socio-sanitaires en France* (1998) et *Environnement local, santé, soins et protection sociale* (1999)

	Paris	Métropoles régionales*	Pôles secondaires et villes moyennes	Les vieux foyers industriels	La Provence	Les zones rurales isolées
Part des patients de plus de 75 ans (en %)	8,5	6,2	6,7	6,6	8,6	11,9
Densité Libéraux (pour 100 000 habitants)						
Généralistes	88,7	87,2	77,7	81,5	110,8	95,0
Spécialistes <sup>7</sup>	257,5	103,3	56,9	46,1	105,6	24,7
Spé/Gen	2,9	1,2	0,7	0,6	1,0	0,3
Densité de lits hospitaliers (pour 100 000 habitants)	893,2	633,5	484,3	179,2	225,2	188,0

\* et première couronne parisienne

Elle – Oui, mais comment « mieux » répartir les médecins sur un territoire où la population, les activités, les lieux de formation, sont de plus en plus inégalement répartis ? En gros, quand tu apprends qu'on va fermer un hôpital dans une ville, tu peux déjà deviner que des emplois ont disparu, que la population a diminué... L'hôpital qui ferme, c'est le « double effet » de l'inégalité territoriale.

D'autant que « renforçant » en quelque sorte les disparités de territoire, il faut tenir compte également des modifications sociologiques de la population des soignants déjà évoquées ci-dessus et, en particulier, la féminisation. Dans les années 1950, le médecin qui s'installe dans la ville de sous-préfecture, c'est un homme. Un homme dont la femme est inactive (dans les faits, elle peut assurer son secrétariat). Il a pris la décision en fonction de son seul emploi. Au début des années 2000, une jeune femme qui termine ses études de médecine vit en couple avec un homme diplômé qui a terminé ses études avant elle et qui a trouvé du travail dans une métropole. Le choix du lieu de travail n'est plus le choix d'une seule personne, c'est un choix à deux. La probabilité que la jeune femme médecin choisisse de s'installer dans la sous-préfecture est devenue mince.

Ensemble – Oui, mais ces questions d'aménagement du territoire, de réduction des inégalités spatiales, de la prise en compte des évolutions sociales dans la répartition... Il y a des gens qui ont déjà des propositions pour répondre à ces questions ?

[Leur dernière question est reprise et amplifiée par un écho curieux : *Déjà des propositions ? propositions ? propos ?...*]

Ils se regardent.

Lui – Curieux cet écho ?

Elle – Bah, oui, on est dans le désert.

Lui – Tu sais qu'on passe à côté du plus important ?

Elle – Comment ça ?

Lui – On passe à côté de la demande, du besoin. Jusqu'ici, on a sillonné notre « désert » en ne nous intéressant qu'à l'offre de soins. Mais l'offre de soins n'a de sens que pour répondre à une demande.

Et la demande, elle a deux supports. Les problèmes de santé et les habitudes sociales.

Côté problèmes de santé on peut, c'est le plus simple, prendre la question de l'âge. Plus une population est âgée et plus les besoins de soins seront importants.

Côté habitudes sociales, on sait que face au même problème de santé le type de demande de soins sera liée à des habitudes culturelles qui sont aussi sociales. Dans l'étude déjà citée du CREDES sur les territoires de santé, si on comparait « la Provence » avec les « zones rurales isolées »<sup>8</sup>, on découvrirait un renoncement aux soins deux fois plus important en « Provence » que dans le « rural isolé »<sup>9</sup>, et une perception de l'évolution de l'état de santé beaucoup plus négative en « Provence ».

La plus forte densité de l'offre de soins ne suffit pas à assurer l'accès aux soins (renoncement aux soins), ni à conforter le sentiment que les choses s'améliorent. Il faut donc intégrer le fait que le « besoin » de soins ne se construit pas de la même façon dans la population du « rural isolé » et en « Provence ». En simplifiant sans doute à l'extrême, la « demande » de soins n'est pas la même pour une ancienne agricultrice et pour une retraitée venue au soleil de la Côte d'Azur....

Ensemble – Donc pour réfléchir aux « besoins » de soins,

.../...

Données extraites de :

*Une typologie des paysages socio-sanitaires en France (1998) et Environnement local, santé, soins et protection sociale (1999)*

	La Provence	Les zones rurales isolées
Plus de 75 ans (en %)	8,6	11,9
Densité Libéraux (pour 100 000 habitants)		
Généralistes	110,8	95,0
Spécialistes	105,6	24,7
Hôpital		
Densité de lits hospitaliers (pour 100 000 habitants)	225,2	188,0
Protection sociale		
Taux de personnes bénéficiant d'une prise en charge ALD	8,2	9,3
Taux de personnes sans couverture complémentaire	20,7	14,6
Rapport aux soins		
Taux de renoncement aux soins *	18,0	9,2
Pensent que l'état de santé s'est amélioré ses dernières années	28,5	52,5

\* % de personnes déclarant avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

il faut tenir compte de l'état de santé des populations et de leurs habitudes culturelles (et des évolutions qui vont advenir dans ces deux domaines). On étudie déjà, sans doute, les besoins, leur construction et leur évolution, non ? *[Leur dernière question est reprise et amplifiée par un écho curieux : Les besoins, leurs évolution ? les besoins ? les be ?...]* Ils se regardent.

Lui – Curieux cet écho ?

Elle – Bah, oui, on est dans le désert.

Elle – Mais maintenant, c'est toi qui oublies quelque chose *[On voit qu'elle se sent très maline]*.

Lui – *[Il cherche, un peu vexé]* Je ne vois pas

Elle – Si on parle du « besoin » de soins, il va bien falloir parler de mortalité.

Lui – *[Là on sent qu'il va « marquer un point »]* Alors là, je t'arrête. La mortalité n'est pas principalement liée aux soins. Elle est liée à tout un ensemble de choses vécues dans la vie : les conditions de logement, le type d'alimentation, le type d'emploi, les conditions de travail...

Elle – Bien sûr, bien sûr, tu ne m'apprends rien. Non mais, ce que je veux dire, c'est que plus on aura laissé se dégrader la santé des gens et plus on aura besoin de soignants. Le nombre de soignants nécessaire est aussi la résultante des politiques sanitaires qu'on a menées (ou pas menées). Les Américains font des calculs sur la montée de l'obésité chez eux. Si la montée de l'obésité chez les ados continue comme par le passé, il y aura demain plus de diabètes, plus de troubles cardio-vasculaires, plus de... Et il faudra plus de professionnels pour prendre ces maladies en charge.

Lui – Sans oublier que justement, et malheureusement, on sait que les zones dans lesquelles les questions de santé

sont les plus préoccupantes sont aussi parmi celles où l'offre de soins est la plus défaillante.

Ensemble – Donc les « besoins » de soins sont à articuler avec les politiques de santé publique, avec leur capacité à répondre, en amont du soin, aux problèmes de santé. Mais il y a sans doute déjà des gens qui construisent ces politiques ambitieuses de santé publique ?

*[Leur dernière question est reprise et amplifiée par un écho curieux : Politiques ambitieuses de santé publique ? de santé publique ? publique ?...]*

Ils se regardent.

Lui – Pour sortir du « désert », va y'avoir du boulot.

Elle – Bah, oui, mais ça vaut le coup non ? ■

1. Merci à Jean-Patrick Capdevielle – à réécouter : [www.youtube.com/watch?v=Mkzw7Wop9pU](http://www.youtube.com/watch?v=Mkzw7Wop9pU)

2. En fait ce qu'elle appelle « le Catalogue » c'est la base de données OCDE sur la santé (2012) : [www.oecd.org/fr/sante/politiquesetdonneesurlasante/basededonneesdelocdesurlasante2012.htm](http://www.oecd.org/fr/sante/politiquesetdonneesurlasante/basededonneesdelocdesurlasante2012.htm)

3. Par un hasard curieux, 3.3 médecins et 8.5 infirmières pour mille, ce sont les chiffres pour la France – Source OCDE (2012) (voir note 2).

4. « Une typologie des paysages socio-sanitaires en France » (1998) et « Environnement local, santé, soins et protection sociale » (1999). Depuis le CREDES est devenu IRDES. Le travail a-t-il été renouvelé ? J'avoue ne pas en avoir entendu parler.

5. Le découpage se fait sur la base des 348 « zones d'emploi » définies par l'INSEE (ces « zones » sont construites sur la base des déplacements domicile/travail). Sont alors pris en compte pour chaque zone des variables démographiques (âge, natalité, structures familiales...) des variables de mortalité, des variables d'offre et de consommation médicale (densité de médecins, nombre d'actes, distances d'accès au généralistes, à certains spécialistes, densité de lits hospitaliers), des variables représentatives du catégories sociales présentes et des indicateurs relatifs au marché du travail, enfin des variables sur l'équipement des ménages (part des logements sociaux, part des logements sans voitures). Les « Classes » de l'étude de l'IRDES sont construites en cherchant l'homogénéité la plus grande possible dans chaque « Classe ».

6. Paris est une « caricature » parce que la densité de Spécialistes y est plus forte que nulle part ailleurs (257,5 pour 100 000 habitants à Paris contre 58,6 en moyenne nationale).

7. La répartition entre secteur 1 et secteur 2 serait évidemment très intéressante, mais dans l'étude du CREDES elle n'était pas disponible pour toutes les « Classes ».

8. Les noms donnés aux Classes dans l'étude du CREDES ne désignaient pas une zone géographique continue. La Classe « Provence » comprenait des zones d'emplois situées dans les Alpes Maritimes, mais aussi dans les Pyrénées orientales, les Pyrénées atlantiques et La Rochelle. La Classe « Rural isolé » comprenait des zones d'emplois principalement situées dans le massif central, mais aussi au centre des Pyrénées et au cœur de la Bretagne.

9. L'écart peut s'expliquer par des écarts de couverture sociale (les personnes sans couverture complémentaire sont plus nombreuses en Provence), mais l'écart des couvertures complémentaires est beaucoup plus faible que celui constaté pour le renoncement. Il n'apporte donc qu'une explication partielle.

# La schize médicale

**Les alarmes ont sonné. On manque de docteurs, on manque de professeurs, on manque de policiers, on manque de valeurs. Et cela semble déterminer les causes de notre insatisfaction.**

Je ne suis pas fou, pas encore, je suis supposé soigner les fous, je suis supposé savoir.

Les alarmes ont sonné. On manque de docteurs, on manque de professeurs, on manque de policiers, on manque de valeurs. Et cela semble déterminer les causes de notre insatisfaction. C'est le grand retour annoncé des poitrinaires, des valétudinaires, et la camarade qui doit s'amener avec sa tête de grenouille bancroche.

Moi je suis le petit sergent. Fidèle à son poste. On va enrayer tout ça. Mon rôle m'est dévolu, ce n'est plus la Nation qu'il faut sauver, mais la banqueroute sanitaire va couler la France.

Alors, je regarde attentif. Quel est ce marasme annoncé ? Les chiffres où sont-ils ? Ah bon, on vit de plus en plus vieux ! Notre espérance de vie s'est allongée ! Ah bon, le Japon qui a une densité médicale plus faible vit mieux ! Ah bon, les Crétois vivent plus longtemps ?

Me voilà rassuré. Il existe peut-être des inégalités de santé intra-territoriales. On vit sept ans de moins dans le Nord qu'à Paris et sept ans de moins quand on est ouvrier que quand on est cadre. Pourtant, notre pratique est quasiment aussi standardisée qu'un produit manufacturé. Plus inquiétant, l'environnement aurait plus d'importance que les pastilles pour la gorge. Quelle nouveauté ! Mais là, on n'a pas le droit d'intervenir, nous c'est juste sirup pour la toux.

Pas de pas de côté Messieurs les Docteurs, restez dans le rang.

Et puis, on fait de la prévention, d'ailleurs c'est étonnant comme ça marche ! Tout le monde finit par être mince, et faire du sport, et bientôt tout le monde sera blond vous allez voir...

Alors quelle inquiétude ? D'abord, on ne sert à rien ou à peu de choses et puis là où on devrait intervenir, on n'a pas le droit. Nous voilà bien coincés. Nous, médecins, allons disparaître et nos beaux critères de santé ne vont pas bouger. Oups !

Gavés de merci et de gratitude, nous acceptons mal l'idée de notre illégitimité. Cet aveu est trop lourd. Nous nous sommes laissé emballer par notre propre frénésie thérapeutique, expulsant chacun de son propre corps, leur désapprenant à soigner cathares, biles noires, aegilops, acrysiés, vésanies, les expropriant de leur savoir, générant une nouvelle dépendance toxique. Et nous voilà, aujourd'hui, honteux,

coupables, apeurés d'abandonner nos ouailles, intimement décidés à les protéger contre eux même, magnanimes.

N'ayez pas peur doux médecins, les habitants de Détroit, symbole de la crise du rêve américain, délaissés et oubliés, recommandent spontanément à cultiver leurs friches urbaines, se réappropriant leur milieu, de manière totalement naturelle. Et l'Etat providence n'est pas intervenu. Ne méprisez pas l'homme, en lui retirant la dernière chose qui lui reste, la souveraineté de l'esprit, et son corollaire, la capacité grisante, d'arracher sa propre liberté.

Le prêtre est mort, et dans cette nouvelle sécularisation boiteuse, nous voilà devenus coach conseiller, confesseur, magicien, gourou... Et nous sommes parfois tellement égarés, dans les traverses sombres, que notre regard s'obscurcit. Nous sommes inquiets pour les chiffres tensionnels, et nous transmettons notre inquiétude, empreinte d'un insidieux jugement moral. A contrario, la pénibilité du travail, l'insalubrité, la désespérance, l'âpreté morale, la sécheresse émotionnelle, la misère sexuelle, tout cela n'est que billevesées. Pourquoi croyez-vous que l'ouvrier Picard ne ressent aucune peine, dans l'injustice quant à sa longévité ? Parce que nous sommes les premiers à en être paradoxalement détachés, tant que sa tension artérielle tient la route, tout va bien. Ils deviennent alors des patients sans corps. Ce sont les expropriés de la santé. Ceux qui sont tellement dedans qu'ils finissent par parler avec des mots qui ne sont plus à eux, ils parlent une langue étrangère qu'ils ne comprennent pas, où il existe disjonction totale entre le réel, l'imaginaire et le symbolique.

Je pense les plaies, mais je ne suis pas le grand ordonnateur, garant de la morale et de la foi, je ne suis pas le zoologue des masses humaines, figé impassible dans sa tour d'argent, je ne suis pas la loi qui n'agit que par courroux ou miséricorde.

Mais je me place à la fin, m'interrogeant sur mon propre cri de colère, sur le propre malaise qui m'habite et me fait hurler. Dans cette coupure entre ma culpabilité et l'illusion messianique, dans un vocable plein d'arrogance omnisciente, suis-je si différent ? ■

**Jonathan Zaffiran,**  
médecin généraliste,  
membre du collectif  
Massila Santé  
System

**Je ne suis pas le grand ordonnateur, garant de la morale et de la foi.**



# Quel champ pour la médecine ?

**A** quoi utilise-t-on les médecins ? La part administrative de leur travail augmente sans cesse. La relation au patient est négligée au profit du respect des normes et des référentiels. L'utilisation de techniques de plus en plus sophistiquées requiert une spécialisation toujours accrue derrière laquelle l'humain disparaît. Les certificats obligatoires et certains actes de prévention médicalisent la vie des patients au détriment de leur autonomie et parfois de leur santé. L'amélioration de l'offre de soins est nécessaire, mais penser qu'elle pourrait réduire les inégalités sociales de santé est une illusion. Tandis que les pouvoirs publics et le marché leur assignent des rôles qui n'ont plus de relation avec le soin ni la préservation de la santé, les médecins, les psychiatres, les infirmiers se demandent quel est leur rôle dans la société et comment leurs compétences pourraient être mieux employées. Faut-il que l'hôpital psychiatrique loge les patients parce qu'ils sont rejetés de chez eux ? Que les infirmiers remplacent les médecins là où ils sont trop peu nombreux ? Que les médecins fassent en sorte que les pauvres ne meurent pas plus que les riches, et que l'on garantisse le risque zéro par des certificats de bonne santé ? Comment mieux tenir compte des besoins de soins des habitants, de leurs représentations et des désirs des professionnels de travailler en commun, d'inventer de nouvelles pratiques ? —

# Les déserts médicaux, un mirage ?

**Les difficultés d'accès aux soins, manifestation non d'une pénurie de médecins, mais d'une raréfaction des temps de soignants.**

**Chandra Covindassamy,**  
psychiatre  
et psychanalyste

Parler de « désert médical » est devenu un cliché, un lieu commun ou, dans un langage plus contemporain, un marronnier. Il est vrai que, si l'on se réfère aux chiffres fournis par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants est compris en France entre 101,2 dans le département de l'Eure et 226,9 pour Paris. Toujours pour 100 000 habitants, les chiffres pour les spécialistes, vont de 64,3 en Haute Loire à 501,3 à Paris ! Ces chiffres se passent de commentaires. Par ailleurs, il convient de noter que les départements et territoires d'outre-mer n'apparaissent pas dans les tableaux portant sur la situation actuelle.

Une lecture naïve de ces chiffres pourrait faire supposer qu'il serait beaucoup plus facile d'obtenir une consultation dans les zones où le nombre de médecins est le plus élevé. Dans la réalité, même dans ces lieux à forte densité médicale, bien des usagers et aussi bien des professionnels se plaignent de la difficulté à trouver une consultation dans un délai raisonnable pour des personnes n'ayant pas les moyens de payer un « dépassement d'honoraires » par rapport au tarif de l'Assurance maladie. Cette simple constatation vient battre en brèche l'idée selon laquelle l'organisation des soins pourrait être pensée (ou plutôt réglée) selon la loi de l'offre et de la demande, comme cela a pu être formulé dans les années 1970 par un ministre de la Santé dont le nom m'échappe, mais qui avait déclaré que pour réduire le coût de la santé, question déjà insistante pour les gestionnaires, il suffisait de réduire l'offre... C'est à partir d'une telle approche que le numerus clausus pour les études de médecine a été institué faisant passer de 8 000 à 3 500, en 1983, le nombre des médecins formés chaque année. L'évolution du nombre des médecins effet du numerus clausus a conduit à le relever, il était de 7 500 en 2011.

Les difficultés avérées d'une part importante de la population de ce pays à avoir accès à des soins du fait de l'éloignement géographique, du manque de moyens financiers et de disponibilité dans les horaires conduisent ces personnes à différer, voire à renoncer à des soins et à s'exposer à des pathologies beaucoup plus sévères.

Une telle situation dans un pays dont l'économie est communément classée comme la cinquième du monde et qui n'a jamais compté autant de médecins (leur nombre est passé de 112 066 en 1970 à 216 145 en 2010) ne peut manquer de faire réfléchir.

Les chiffres indiqués plus haut concernent les médecins inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre et, même si les répartitions par spécialités y figurent, de même que le mode d'exercice libéral ou salarié, il est très difficile d'avoir une approche plus précise de l'activité effective des médecins. Puisqu'il est question de « déserts médicaux » et pour rester dans la métaphore paysagère, on ne peut que constater que le paysage médical a considérablement évolué au cours des trente dernières années. D'une part, évolutions des pratiques avec la diffusion de nouvelles techniques, notamment en imagerie médicale nécessitant des investissements financiers très importants. D'autre part, apparition de nombreux dispositifs administratifs visant à collecter des données épidémiologiques, à améliorer les connaissances sur l'état de santé de la population, à obtenir des données fines sur les pathologies traitées en milieu hospitalier par la création des Départements d'Information Médicale et aussi la création des Agences Régionales de Santé dont les missions sont « le pilotage de la politique de santé publique des régions » et « la régulation de l'offre de santé ». Il faut aussi tenir compte de l'importance croissante du nombre de médecins dans des activités d'expertises et de contrôle auprès, notamment, des assurances. Le propos n'est pas de mettre en cause l'utilité des ces dispositifs de régulation, mais de prendre en compte le fait indiscutable que ces diverses instances requièrent du temps de médecins. De plus, il faut avoir présent à l'esprit que la collecte, la mise en forme et la transmission des données incombent aux équipes soignantes. Il en est de même de la mise en œuvre des protocoles lors des procédures d'accréditation dont dépend l'autorisation de continuer à fonctionner. Le poids de ces tâches est d'autant plus lourd et compliqué que la structure de soin est plus petite. Par exemple, dans une structure de soin où j'ai travaillé, il a été possible, grâce à un engagement fort de l'équipe, d'effectuer le processus de la première accréditation (dite V1) sans diminuer

d'une demi-journée le temps de présence des jeunes patients, mais en recourant aux services payants d'un cabinet spécialisé. Quatre années plus tard, la deuxième accréditation dite V2 a nécessité la fermeture de l'établissement pendant plusieurs demi-journées et, bien sûr, encore le recours à un cabinet spécialisé.

On a l'impression que progressivement, et presque insensiblement, mais c'est particulièrement perceptible en psychiatrie, l'axe du travail est déplacé, de l'attention à la relation au patient et aussi entre les soignants, vers le souci d'une pratique qui doit être en accord avec les référentiels, ce qui conduirait à une infiltration bureaucratique de la médecine. Si le soignant se laisse prendre dans un tel dilemme, il est évident que le sujet qui vient demander de l'aide n'aura plus affaire à une écoute présente et attentive à ses propos, mais aura le sentiment de parler dans le désert. L'effet immédiat lorsqu'on a l'impression de parler dans le désert est, soit de faire silence et de garder pour soi questions et ressentiment, soit d'être enclin à hausser le ton avec comme effet, par exemple en psychiatrie, la mise en jeu de « l'arsenal thérapeutique » : camisole chimique, chambre d'isolement et contention. Les situations sont évidemment toujours bien plus nuancées, mais l'augmentation du recours à la chambre d'isolement et à la contention depuis quelques années est une triste réalité en psychiatrie.

Il ne semble pas exister actuellement d'évaluation du temps de médecins absorbé par les diverses instances et tâches administratives et une enquête sur ce sujet serait fort utile, mais il est raisonnable de penser qu'il est en sensible augmentation par rapport au temps de médecins engagés directement dans le soin. C'est particulièrement évident dans les postes à responsabilité hiérarchique, où les tâches administratives peuvent constituer la quasi totalité de l'activité.

Si une étude précise venait confirmer le constat d'une part croissante des tâches administratives dans le temps médical, voire une augmentation du nombre de médecins engagés dans d'autres tâches que la relation directe avec la population, qu'il s'agisse de soins ou de prévention, il se dessinerait une tendance analogue à celle que l'on observe chez les anciens élèves des grandes écoles. Bon nombre d'entre eux ont des carrières ne correspondant pas aux professions auxquelles ces écoles étaient censées les avoir formés. Mais ils ont été recrutés en tant que personnes ayant fait la preuve

de capacités de travail indiscutables et aussi susceptibles d'avoir des relations aisées et une certaine connivence avec ceux qui ont eu la même formation. Cette situation peut être rendue encore plus délicate pour des médecins par un conflit de loyauté entre la relation au patient et la relation de confraternité avec, notamment, un risque de contournement du secret médical.

La part croissante des tâches administratives au sens large, incluant le domaine des assurances, peut être vue avec un peu de recul comme homogène à l'évolution de la médecine elle-même. Le recours à des techniques très complexes et de manière très délicate entraîne une hyper spécialisation des praticiens qui les mettent en œuvre. Des études rigoureuses montrent que l'utilisation de ces techniques dans le soin pour le diagnostic, le traitement ou le confort sont dans la très grande majorité des cas des progrès évidents. Dans la pratique, le risque majeur n'est évidemment pas du tout dans le recours à ces moyens nouveaux, mais pour le soignant de tomber dans la fascination pour le matériel mis en œuvre et de n'être plus disponible pour accueillir le patient. Le soignant devient alors un agent prestataire de service et prisonnier de sa technique. Symétriquement, si l'on pense que les questions soulevées par la pratique du soin, de par leur nature même, ne peuvent pas être résolues par « la main invisible du marché », ce qui reviendrait à considérer le soin comme une marchandise, des instances et des mécanismes de régulation sont nécessaires. Malheureusement, jusqu'à présent, les décisions de politique du soin sont prises, le plus souvent, dans des tractations entre gestionnaires et professionnels avec le risque de perdre le contact avec les besoins et les souhaits de la population.

C'est la participation effective des usagers à la réflexion et à l'élaboration de la politique du soin à l'échelon local et national qui pourrait remettre en perspective la finalité du soin et explorer des pistes pour résoudre l'anomalie, le symptôme devrait-on dire, que constituent les déserts médicaux dans leurs différentes formes. Ce symptôme est la manifestation d'une hétérogénéité radicale entre l'acte de soigner et une logique de profit. La situation devient critique lorsque la politique du soin est asservie en toute opacité aux équilibres financiers. ■

**Le risque pour le soignant de tomber dans la fascination pour le matériel et de n'être plus disponible pour accueillir le patient.**

# Infirmières : activités et territoires

**Les établissements de santé ont, semble-t-il, du mal à recruter des infirmières. Celles-ci, libérales et salariées, se répartissent de façon inégale sur le territoire. Quel est le problème ? Des infirmières en nombre insuffisant ? Pour quels services, et définis par qui ?**

**Françoise Acker, Du dénombrement des infirmières au maillage du territoire**

sociologue

Le nombre des infirmières, 552 900 au 1<sup>er</sup> janvier 2012, ne cesse de croître depuis vingt ans, et plus rapidement que la population française. L'augmentation des quotas ces dernières années a limité quelque peu les effets des départs en retraite. Depuis 2003, le nombre d'inscrits reste inférieur aux quotas autorisés et on constate une déperdition de l'ordre de 20 % entre les inscrits en première année et le nombre de diplômés trois ans après, avec des déficits supérieurs dans certaines régions, comme dans le Nord-Pas-de-Calais.

Les infirmières exercent majoritairement dans les établissements de santé (69,2 %) et avant tout à l'hôpital public, mais la part de ces infirmières salariées dans l'ensemble du groupe infirmier tend à baisser. Elles travaillent aussi en intérim, dans les structures de prévention : médecine du travail, médecine scolaire... Le nombre d'infirmières en établissements pour personnes âgées augmente, celui des infirmières libérales aussi, plus faiblement. Des infirmières travaillent aussi dans les centres de soins infirmiers, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), en hospitalisation à domicile (HAD), mais leur nombre n'est pas repérable dans les catégories statistiques mobilisées annuellement par la DREES. En 2010, le nombre des infirmières de moins de 30 ans et celles de plus de 50 ans était en hausse. Ce sont les infirmières de plus de 40 ans qui exercent le plus à temps partiel. Les infirmières connaissent une certaine stabilité de l'emploi. Leur mobilité varie selon l'âge, le mode et le lieu d'exercice. 1,5 % des infirmières libérales quittent ce mode d'exercice, dont plus de la moitié pour un retour à l'hôpital. 2,8 % des infirmières salariées quittent leur emploi : de l'hôpital public pour s'installer surtout en libéral, de l'hôpital privé pour s'installer en libéral ou rejoindre l'hôpital public. Les départs des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont plus conséquents : 6,1 %, pour aller vers le secteur non hospitalier en majorité, puis pour l'hôpital public ou le secteur libéral. Les mobilités interrégionales, entre deux années consécutives, ne concernent que 1,1 % des infirmières entre 20 et 65 ans. Les régions les plus quittées sont

l'Ile-de-France, le Centre, La Champagne-Ardenne, la Corse, et les départements d'outre-mer. Les DOM, le Limousin, la Corse, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et le Languedoc-Roussillon sont les régions les plus attractives. L'Ile-de-France, l'Alsace et le Centre enregistrent des soldes migratoires négatifs.

L'inégale répartition des infirmières sur le territoire, enregistrée depuis bien longtemps, notamment pour les infirmières libérales, a fait l'objet d'études de la DREES et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, en raison notamment du déficit annoncé de médecins et de l'accessibilité aux soins. La convention nationale de 2007, et l'avenant n° 2 de 2008, avaient pour objet une démarche de régulation démographique de l'offre globale de soins infirmiers sur le territoire, pour tendre à équilibrer une répartition jusqu'alors fortement clivée nord-sud pour les infirmières libérales, avec une densité plus faible dans les régions du nord. Ces mesures ont été suivies d'effets, les infirmières ne pouvant plus s'installer dans les zones « sur-dotées » et étant au contraire incitées à s'installer en zones « très sous-dotées ».

L'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières tient compte du marché de l'emploi complémentaire ou concurrentiel dans lequel exercent les infirmières libérales et applique les mesures de régulation de la démographie infirmière aussi aux infirmières des SSIAD, des centres de soins infirmiers et des services d'HAD. L'encadrement de l'installation s'accompagne de mesures de valorisation de l'activité de l'infirmière libérale, de la reconnaissance de leur participation à des actions d'éducation à la santé, de leur place dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et d'incitations financières pour installation en zone très sous-dotées. La gouvernance de la répartition géographique de « l'offre de soins » ne se limite pas aux seules infirmières et tend à s'étendre aux professionnels de santé, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. Ce dispositif s'articule avec les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), et d'autres dispositifs encore, pour élaborer et déployer une offre raisonnée de santé selon un maillage serré des territoires. Les ARS sont en charge du zonage des territoires, et de la caractérisation des

zones auxquelles appliquer les mesures de répartition de cette offre de santé. Du côté des infirmières, on dispose de peu de connaissances sur les raisons – et les trajectoires – qui président à leur choix d'installation en libéral, ou dans d'autres structures. Douguet et Vilbrod montrent que les infirmières libérales ont souvent travaillé, avant leur installation, dans des services de soins infirmiers à domicile, dans des services hospitaliers « techniques » : soins intensifs, chirurgie par exemple. Dans l'étude sur le bassin de Maïche-Morteau, on constate qu'une bonne partie des infirmières libérales sont originaires de ce bassin d'emploi et apprécient leur région. La présence d'un professionnel de santé est souvent dépendante de la présence d'autres professionnels de santé, du secteur social et médico-social, conditions de la mise en œuvre des pratiques de soins.

### Démographie médicale, transferts de compétences, refonte des métiers

Plusieurs facteurs participent à une refonte de la structure des métiers infirmiers et à leur mode de diversification. La baisse du nombre de médecins et la volonté d'utiliser plus économiquement le temps médical – plus rare – ont conduit à envisager des transferts de compétences – dérogoatoires – entre médecins et autres professionnels de santé. Ce type de transfert n'est pas nouveau, ce qui l'est c'est l'encadrement très serré de ces transferts, soumis à autorisation de la Haute Autorité de Santé et de l'ARS. Des infirmières, après avoir suivi des formations spécifiques, peuvent exercer une activité élargie, encadrée par des protocoles : suivi de diabétiques, consultations infirmières, actions d'éducation thérapeutique. La complexification des modes de prise en charge, les réseaux, les différents plans (cancer, Alzheimer, personnes âgées, personnes atteintes de maladie chronique) redéfinissent les articulations entre ville et hôpital, entre professionnels de santé et du secteur social. Les fonctions de coordinateurs se développent, assurées souvent par des infirmières.

Une refonte de la carte des métiers a été engagée qui articule les exigences de la mise en place d'une filière de formation licence-master-doctorat ou LMD (accords de Bologne) et une réingénierie des métiers initiée par le ministère de la Santé. La formation en soins infirmiers, en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), et avec la participation d'universitaires (convention IFSI – Université) est reconnue de grade licence (programme de

2009). Une nouvelle carte des métiers se dessine, sous tension entre une dynamique de diversification horizontale des métiers, une dynamique de spécialisation accompagnée de formations d'un niveau supérieur (master 1 ou 2). La question du mode de rémunération pèse fortement sur les orientations et les choix à venir, les « décideurs » souhaitant limiter les métiers, et emplois, exigeant un niveau master, et proposant parfois des emplois de niveau intermédiaire faisant appel à des compétences particulières relevant de formation de type DU. De plus, des approches de gestion des ressources humaines prônent une polyvalence des infirmières, permettant une flexibilité des affectations.

Comment cette nouvelle carte des métiers, cette nouvelle distribution des compétences pourra-t-elle s'articuler avec une démographie infirmière d'ensemble encadrée par les places ouvertes à la formation et dépendant pour partie des modes de reconnaissance des compétences et des conditions de pratique qui seront offertes, de l'espace d'initiative qui sera laissé aux infirmières ? Celles-ci élaboreront souvent, localement et sans cadre pré-établi, des réponses à des problèmes de santé, des nouveaux modes de prise en charge de patients et de la population, entre infirmières mais aussi en collaboration avec d'autres professionnels de santé, avec des communes.

La voix des habitants, des citoyens ne s'exprime guère dans les démarches et modèles qui se déploient pour définir une démographie infirmière supposée répondre aux besoins de la population. Les indicateurs de densité professionnelle, de proximité ne tiennent pas compte des désirs de santé des habitants, de leurs représentations de la santé ni du désir des professionnels de prendre soin des habitants, de travailler ensemble, ou non, en inventant de nouveaux modes de pratiques. ■

### ■ Bibliographie

- Barlet M., Cavillon M., « La profession d'infirmière : démographie, trajectoires professionnelles et prospectives », *Sociologie Santé*, 2012, n° 35, p 33-56.
- Douguet F., Vilbrod A., *Le métier d'infirmière libérale, portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*, Seli Arslan, 2006.
- Hénart L., Berland Y., Cadet D., *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, Rapport à M. X. Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité, janvier 2011.

# Confrontation de classe, voire de caste !

**La société demande, et plus spécialement à nous maisons et pôles de santé pluriprofessionnels de premier recours, de faire en sorte que les pauvres, tout en restant pauvres, soient aussi bien portants que les riches.**

**Bertrand Riff,**  
médecin généraliste

Nous vivons dans une société de classes, voire de castes. Chaque classe a sa culture, voire ses cultures (langue, habitus...), il y a la culture de l'oral et celle de l'écrit, la culture du riche et celle du pauvre, la bonne et la mauvaise... La classe ouvrière a disparu, exit le prolétaire et les utopies, il nous reste le précaire et le réel.

Tous les diagnostics de santé sur quelque territoire que ce soit sont formels : en matière de santé, il vaut mieux être riche. Pas un champ où le pauvre fait mieux que le riche, pas un cancer, même pas les cancers de la peau. La santé publique s'est intéressée depuis quelque temps à la santé en Zone Urbaine Sensible (ZUS), tous les diagnostics territoriaux de santé faits en France dans les ZUS, à coût

élevé mais par des experts, sont formels, les indicateurs sont mauvais. On ne s'y attendait pas !

La société française ne supporte pas cet état, pour la République, cela fait tâche. Elle demande aux experts leur avis en vue de trouver des solutions.

Pourquoi le pauvre est-il en mauvaise santé ?

Deux items sont récurrents et répétés en boucle, à tel point que cela en devient suspect :

- Il y a un problème d'accès aux soins.
- Le pauvre consomme de façon inconséquente tout et n'importe quoi, avec un sous-entendu permanent : le pauvre est un primitif qu'il faut éduquer.

## **Il nous faut réfléchir, démonter, déconstruire comme dirait Derrida**

*Le pauvre est un primitif qu'il faut éduquer.*

Dans « Moulin », quartier en ZUS de Lille où je travaille, le collectif « santé ville » a tous les ans, depuis dix ans, le même constat : l'enfant du pauvre est trop gros, il mange mal, il faut agir : des goûters équilibrés à la cantine pour montrer l'exemple, des leçons éducatives d'achat au supermarché pour les mères, des formations à l'école, des groupes de mamans... Tous les ans, une nouvelle idée, cela fait vivre les intervenants. Et tous les ans le même constat, rien ne change, voire cela s'aggrave. La demande implicite faite au pauvre est : tout en restant pauvre, vous serait-il possible de vous

conduire comme des riches, qui eux se conduisent bien, qui eux écoutent la bonne parole des préventologues, qui achètent judicieusement dans les supermarchés... Le pauvre est sommé d'imiter les riches, il le fait avec trente ans de retard, ainsi en 2011, 80 % des cadres et 46 % des ouvrières donnent le sein, mais ces chiffres étaient probablement inverses il y a quarante ans.

Et si le corps du pauvre était un des derniers lieux de résistance à sa disposition face à l'oppression ?

### *Surmorbidity et consommation*

Si le pauvre est plus malade, c'est parce qu'il boit trop, fume trop, bouffe mal ! Le pauvre picole et le riche déguste, c'est bien connu !

Pourtant, des travaux d'Anglais comme de Français nous ont montré que ces surconsommations n'expliquent au mieux que 25 % de la surmortalité. Le reste ? Les Anglais parlent d'assujettissement et de stress, les Français de problématique de liens. On aimerait que la recherche se penche sur les déterminants de santé différemment qu'actuellement. Il faut quitter les déterminants évidents et bien utiles aux classes dominantes, car ils leur épargnent tout sentiment de responsabilité et leur permettent de dire : c'est de leur faute !

A Usinor-Dunkerque, la médecine du travail a fait une recherche sur la consommation de substances au boulot : plus les gens ont un travail où la mort est possible, plus ils arrivent « chargés » au boulot. Cette surconsommation serait une façon qu'a l'humain de s'adapter à l'inhumain.

*Le plus surnois pour terminer : si le pauvre consomme plus de médecine, tout ira bien.*

Est-ce parce que les riches ont accès à un pédiatre ou un gynécologue en secteur 2 qu'ils vivent vieux ? Est-ce parce que les riches pourraient aller autant de fois qu'ils le désirent rencontrer de la médecine ?

La corrélation entre consommation de soins et santé est loin d'être établie. L'idée qu'il suffirait de donner aux pauvres un accès plus facile aux soins pour relever le niveau de santé est courante ; pourtant, la CMU n'a pas grandement amélioré ce niveau en dix ans d'existence.

A Lille, il semblait important aux élus de trouver les

**Plus les gens ont un travail où la mort est possible, plus ils arrivent « chargés » au boulot.**

Intervention au colloque des Maisons de Santé des Zones Urbaines Sensibles du 19 octobre 2012 à Lille.

moyens de fournir aux pauvres des quartiers en ZUS des spécialistes d'organes comme des gynécologues, des ophtalmologues, des pédiatres. Parmi les réponses possibles envisagées : permettre à des spécialistes libéraux d'avoir deux cabinets, l'un en secteur 1 dans un local social quelques heures par semaine, l'autre en secteur 2, ou demander au CHU de délocaliser probablement des internes ou chefs de clinique quelque heures par semaine leur permettant ainsi d'apprendre l'ambulatoire. Heureusement aucune des deux n'a été retenue. La seule réponse intelligente collectivement trouvée a été l'ouverture d'une maison de santé par des jeunes de la Maison Dispersée de Santé (MDS) afin de permettre aux populations de ce quartier d'avoir accès à un premier niveau haut de gamme, offrir à l'autre ce que l'on a de mieux. Changer non pas la quantité, mais la qualité des soins. Faire en sorte que les meilleurs s'installent en ZUS. Offrir un premier recours haut de gamme.

L'Institut National des Etudes Démographiques avait montré en 80 que la seule façon de faire baisser la surnatalité des pauvres était d'augmenter leur niveau de vie. Des campagnes d'éducation, de planning, de délivrance de pilule... étaient sans effet sur la natalité alors qu'une augmentation du niveau de vie oui.

Et pourtant, la société nous demande à nous, et plus spécialement à nous maisons et pôles de santé pluriprofessionnels de premier recours, de faire en sorte que les pauvres, tout en restant pauvres, soient aussi bien portants que les riches. A cette injonction absurde, la médecine est tentée de répondre affirmatif ! Dans les années 50, la médecine ne doutait de rien, à la question du bonheur pour tous, elle a synthétisé ce qui s'est appelé pilule du bonheur : les benzodiazépines, et elle en a déversé des caisses. Ne plus penser, est-ce cela le bonheur ? En 2012, la médecine ne doute toujours de rien et elle est prête à relever le défi. Lorsqu'une société demande des solutions médicales, voire médicamenteuses, à des problématiques socio-économiques, relevant en fait de décisions politiques, les réponses ne sont guère glorieuses ; je crains que dans le champ des différentiels de santé, il n'en soit de même, la différence d'espérance de vie à la naissance entre un cadre et un ouvrier n'a pas baissé depuis vingt-cinq ans et reste de 6,5 ans.

Nous devons tous être d'une grande vigilance et éviter de dire ou de laisser penser aux pauvres que s'ils ont un premier recours de grande qualité : nous, et s'ils font tout ce qu'on leur dit, alors ils vivront aussi vieux que les riches. Le différentiel ne bougera que lorsque les écarts de revenus bougeront.

Il n'est pas simple de renvoyer le politique dans ces réalités, là où il aurait envie de croire qu'avec un

peu de moyens et des professionnels dévoués, le tour serait joué ! De qui sommes-nous les alliés ?

### Alors : ne rien faire ? Certainement pas !

Faire de la médecine, c'est aussi faire de la politique, faire de la politique, c'est ne pas être dupe.

#### *Expérimenter*

Les maisons, pôles et centres de santé doivent être des lieux permanents d'expérimentation.

- L'écriture d'une rencontre privé-public, dans le champ du financement, dans le champ du territoire, avec l'hôpital. La maladie est privée, la santé est publique.
- Nous sommes tous dépositaires d'une expertise, le patient, sa famille le médecin, l'infirmier, le kinésithérapeute... le soin n'est que la résultante de la confrontation de ces expertises. L'interculturalité procède de cette confrontation.
- Expérimenter des nouvelles formes de soin, les délégations de compétence en sont un exemple.

#### *Redonner de la noblesse à l'autre*

L'excellence pour tous nous oblige au singulier pour chacun. Pour cela, quitter dans le soin la notion de précarité, de pauvreté pour celle de vulnérabilité biopsychosociale. Nous ne sommes pas sociologues, nous sommes des travailleurs de la santé.

Pouvoir analyser ces vulnérabilités et les restituer au sujet, réfléchir avec lui sur les modalités, les possibilités de les réduire. La première des vulnérabilités est probablement la résignation.

#### *L'intersubjectivité est source de diagnostics territoriaux de santé*

Les réflexions constitutives à la création de la MDS avaient conclu à trois axes de travail à partir de notre analyse territoriale de santé issue de milliers de rencontres faites par l'ensemble des professionnels travaillant à la MDS :

- Accompanyer le désordre dans les corps comme dans la société.
  - Apaiser la souffrance psychique ordinaire.
- Dans ce registre, nous avions deux propositions : une pour accompagner les femmes victimes de violences et l'autre pour la violence au travail ; pour ces deux projets, nous avons des propositions individuelles et collectives et nous avons à travailler avec des juristes. Quand le politique fait défaut, la justice peut pallier.
- Etre un lieu relié donc reliant, afin de pouvoir relier l'autre, d'abord à lui même puis aux autres et enfin à la société.

L'excellence pour tous nous oblige au singulier pour chacun, être ni libéral ni libertaire, mais libérant, comme le dit Bernard Lubat. ■

**L'excellence pour tous nous oblige au singulier pour chacun.**

# Psychiatre ou douanier ?

**Si la psychiatrie a pour objet la folie, alors il y a du travail pour les soignants de la psychiatrie, mais si elle concerne les insatisfactions de chacun et/ou les variations de la normalité épinées par les pouvoirs publics, alors il faudra former, embaucher, et revoir les fondements de la société.**

**Eric Bogaert,**  
psychiatre

C'est la gendarmerie qui l'a amené aux urgences. Il avait sauté sur sa femme dans une colère désespérée, où il était question de l'étrangler. Un copain qui était là l'avait alors assommé d'un coup de poing, et il s'est blessé en tombant sur le carrelage. Arrivé aux urgences inconscient et le visage en sang, dans la soirée, il a été gardé aux lits porte, pour surveiller son état de conscience, faire un scanner cérébral et suturer sa lèvre inférieure ouverte. Le lendemain en tout début d'après-midi, comme il était réveillé, conscient, que le scanner était normal et la lèvre suturée, son copain, celui qui l'avait assommé, est venu le chercher. Il ne se souvenait plus de ce qui s'était passé la veille, et quand l'infirmière psychiatrique des urgences, interpellée pour savoir s'il fallait faire venir le psychiatre pour cette... amnésie ?, lui a rapporté le peu qu'elle savait des événements qui l'avaient amené aux urgences, d'abattu il est devenu penaud.

Entre les gendarmes, la pression morale de la femme, son sentiment que ce garçon était plutôt malheureux, mais capable de colères violentes, il n'a su que faire.

Quelques heures plus tard, c'était un dimanche, il est ramené aux urgences par les gendarmes. Avec une demande d'hospitalisation en soins sans consentement signée par sa femme, et un certificat médical d'un généraliste. Le généraliste avait téléphoné au collègue d'astreinte au centre hospitalier psychiatrique qui gère le secteur, distant de 110 km de la gendarmerie, pour le prévenir de l'arrivée de ce jeune homme, et le collègue d'astreinte, qui se trouvait être celui qui travaille à l'unité intersectorielle où sont hospitalisés les patients en soins sans consentement, l'a rappelé à l'organisation ordinaire qui veut que les patients de cette partie du département soient amenés aux urgences du centre hospitalier général local, où le psychiatre d'astreinte du secteur propose une orientation en fonction de l'examen clinique et du contexte.

Je vois donc Willy, petit jeune homme d'une petite trentaine d'années, un peu bronzé, un peu angelot, un peu beau gosse, qui avait été hospitalisé une petite semaine dans le service de psychiatrie quelques mois plus tôt pour une petite tentative de suicide parce que sa petite femme ne supportait plus son besoin de la prendre dans ses bras à tout moment – pour lui montrer qu'il l'aime et s'assurer que non, il ne rêvait pas, elle était bien là –, sa

manie de dépenser son argent à s'acheter des jou-jou technologiques – jusqu'à endetter le couple –, et ses colères – quand il avait un peu trop bu. Elle avait voulu un « break », il était parti, pour revenir quelques semaines plus tard, il ne pouvait décidément plus se passer d'elle. Qui l'a amené aux urgences dès son retour, pour qu'il soigne sa « dépression » s'il voulait rester chez elle (enfin, c'est chez lui aussi). J'avais alors vu aux urgences ce vieil enfant et l'avais orienté vers des entretiens en ambulatoire, histoire que sa tendre peau se tanne un peu.

Il ne se souvient plus, effectivement, de ce qui s'est passé la veille, mais il a l'image floue de sa femme, qui lui dit quelque chose comme « Regarde, pour que tu comprennes » juste avant d'embrasser sur la bouche le copain de Willy, qui voit rouge et saute sur sa femme... Quand ce même copain est venu le chercher aux urgences en début d'après-midi, c'était pour l'accompagner à la gendarmerie, où sa femme, son copain et lui ont été interrogés. Peut-être surpris que Willy ne se souvienne pas de ce qui s'était passé la veille, mais aussi poussés par les récriminations de sa femme, ils ont appelé le généraliste de garde, qui ne connaissait pas Willy, et a rédigé un certificat médical pour une hospitalisation en soins sans consentement, que demandait la femme de Willy. Certificat médical non circonstancié, cliniquement pauvre, n'évoquant que le passage à l'acte violent de Willy et où n'apparaissait pas qu'il était malade mental – ce qui n'est effectivement pas le cas –, et demande du tiers non conforme aux formes exigées localement par les autorités administratives : comme Willy ne voulait pas rentrer chez lui, qu'il aurait été irresponsable de remettre aussitôt le garçon sur le front, et qu'il demandait une hospitalisation, il a été hospitalisé en service libre dans le service de psychiatrie local. Un coup de fil au généraliste pour lui expliquer pour quelles raisons l'hospitalisation ne se faisait pas comme il l'avait demandée, et j'apprends qu'il était embêté : entre les gendarmes, la pression morale de la femme de Willy, son sentiment que ce garçon était plutôt malheureux qu'autre chose, mais capable de colères violentes (bien qu'il ait été le seul qui ait eu besoin de soins ce soir-là), il n'a su que faire.

Eh oui, que faire ?

En tout cas, le collègue qui a à traiter cette « conju-

gopathie » – c'est un nouveau diagnostic, ou plutôt un de ces nouveaux diagnostics qui éclosent dans les services de psychiatrie, où sont dérivés les maux de notre société –, lors de l'hospitalisation a affaire avec un garçon malheureux qui veut reprendre la vie conjugale, et une femme intransigeante qui ne veut pas.

C'est très compliqué, cette histoire. En effet, Willy n'est pas fou. Il est le

fils de ses parents, de passage sur cette terre, et dans ce temps. Il est donc le symptôme de tout ça. Certes, il lui revient de ne pas se laisser porter par les forces de l'histoire et du cours du monde, mais empêtré n'est pas folie, et la douleur des entraves – qu'on tente de s'en accommoder ou de s'en dégager – à être pénible, n'est ni pathologique ni incongrue. D'un autre côté, le psychiatre peut-il se contenter de dire qu'il n'y a là que maladresse, embarras, immaturité, et s'en laver les mains au nom d'une pureté de la pathologie ? D'autant qu'en matière de psychiatrie, c'est l'âme qui est concernée – l'âme, ce qui anime le corps de l'être pensant, parce que parlant.

Que faire ? Les traitements médicaux sont sans effet sur l'âme. Et Willy – comme tant d'autres – n'est pas preneur de l'effort de se forger l'âme, ni même disposé à penser qu'il puisse en être question. Ses derniers mots, lorsqu'il a quitté le service des urgences pour celui de psychiatrie ont été : « J'espère que ça ne durera pas trop longtemps, et que je serai guéri quand je sortirai ».

Alors, c'est quoi la psychiatrie ?

Martial Saddier, « député du Mont-Blanc et du Décolletage », comme il se présente sur son site internet, élu UMP de la 3<sup>e</sup> circonscription de la Haute-Savoie, a déposé de nombreux amendements à l'occasion de la discussion au parlement de la loi Duflot sur le logement social. Et parmi ceux-ci,

**Le psychiatre peut-il se contenter de dire qu'il n'y a là que maladresse, embarras, immaturité, et s'en laver les mains au nom d'une pureté de la pathologie ?**

l'amendement 444, qui propose que soient « également comptabilisés comme autant de logements locatifs sociaux les lits d'hôpitaux, de prison, de gendarmerie, de soins de suite et de réadaptation ». L'« exposé sommaire » par lequel il justifie sa proposition est que « les lits de ces structures doivent être comptabilisés dans le quota des 25 % de logements sociaux, au regard de leur utilité éminem-

ment sociale et des coûts supportés par les collectivités qui comprennent ces structures sur leur territoire » (sommaire, effectivement).

Peut-être le député Martial Saddier a-t-il raison : et si la psychiatrie, c'était le traitement des malades de la société ? Alors, pourquoi ne reviendrait-il pas aux offices publics de logement social, aux forces de l'ordre, aux assistantes sociales, voire aux commentateurs de l'actualité, aux voisins, à la notoriété publique <sup>1</sup> (la rumeur publique?)... de poser l'indication de l'hospitalisation en psychiatrie ?

Que pensez-vous qu'il s'en dirait : « Méfiez-vous ! On vous surveille », ou « On sait ce qui est bon pour vous, dormez en paix, on veille sur vous » ? ■

■  
1. Article L.3213-2 du chapitre III - admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, de la loi du 5 juillet 2011 : « En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire, et à Paris les commissaires de police, arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les 24 heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues (pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État dans le département) ».

# La maladie des certificats médicaux

**Jean-Paul Canévet**,  
médecin généraliste,  
maître de conférences  
Associé en Médecine  
générale,  
Université de Nantes

Comme celle des feuilles mortes, la saison des certificats en tous genres revient chaque année chez les médecins généralistes : pendant les semaines de rentrée, une partie de leur temps de travail est consacrée à certifier que le demandeur ne présente aucune contre-indication à la pratique d'une activité sportive. Ce qui paraît une mesure de bon sens pour des sports à risque, comme la plongée ou la boxe, confine souvent au ridicule s'il s'agit de paisibles occupations de loisir, comme la marche à pied ou l'aquagym. Chaque médecin généraliste a son bêtisier des certificats : pour la pêche à la ligne, le billard, la pétanque ou la « gymnastique douce »...

Pour des praticiens surchargés, qui peinent à satisfaire les demandes des malades, ces certificats de rentrée viennent s'ajouter aux innombrables justificatifs que doivent produire des personnes présumées bien portantes pour avoir accès à toutes sortes de démarches de la vie quotidienne : pas de prêt bancaire sans certificat médical ; pas de colonie de vacances sans attester, lors de l'inscription, soit plusieurs semaines à l'avance, de sa bonne santé ; pour certains établissements scolaires, un certificat exigé pour l'éducation physique, pourtant matière obligatoire du programme ! Ces demandes hétéroclites agacent d'autant plus les praticiens qu'elles ne s'appuient souvent sur aucune obligation légale : la loi n'impose pas, par exemple, de certificat annuel pour les pratiques sportives de loisir, sans compétition. Mais l'inflation certificatrice illustre l'ambiguïté de la demande sociale faite à la médecine, à la fois surinvestie comme instance de normalisation et instrumentalisée par l'idéologie du risque zéro : le passage obligatoire du sportif par le cabinet médical témoigne de ce paradoxe qui fait du sport à la fois une hygiène de vie érigée en norme sociale sous contrôle médical, et un risque sanitaire auquel on ne peut s'exposer qu'avec autorisation médicale. Le certificat annuel est parfois une occasion utile de rencontrer un médecin : pour les pratiquants de quelques sports dont les contre-indications sont

bien identifiées, telles que l'asthme pour les plongeurs ou la cécité d'un œil pour les boxeurs ; pour les adolescents, peu familiers des cabinets médicaux, c'est le moment pour le médecin de se mettre à l'écoute de leurs préoccupations corporelles exprimées ou implicites ; pour les enfants, c'est l'occasion annuelle de surveiller leur développement et d'échanger, avec eux et leurs parents, sur l'hygiène de vie, leur corps, leurs peurs... pour les adultes, c'est parfois l'occasion d'évoquer un symptôme ou un facteur de risque qui n'aurait pas mérité à lui seul une consultation. Mais cette dernière éventualité peut se révéler un piège redoutable.

Un piège couteux et iatrogène risque de s'ouvrir si une plainte, évoquée à l'occasion d'un certificat, témoigne d'un trouble fonctionnel passager, en dehors de toute maladie. Cette éventualité est de loin la plus fréquente en médecine générale où la fréquence des maladies graves est faible. La spirale de la médicalisation abusive peut alors se mettre en route, stimulée par une culture médicale dominante orientée vers les techniques sophistiquées, à la recherche immédiate d'un diagnostic grave. Le sportif bien portant devient alors l'objet de la traque presque toujours vaine, mais non sans risque iatrogène, d'une hypothétique maladie. Ce certificat est parfois présenté comme un acte de prévention. Mais en dehors des quelques cas

## L'inflation certificatrice illustre l'ambiguïté de la demande sociale faite à la médecine.

de sports à risque ou de malades candidats à un sport inadapté à leur pathologie, cette conception d'une prévention molle et généralisée, sans objectif ciblé et évaluable, n'a pas d'intérêt. C'est aussi le point de vue de l'Assurance maladie qui ne rembourse pas ces consultations médico-sportives. La balance bénéfices/risques du certificat médico-sportif, appréciée par l'expérience des généralistes, ne penche pas en faveur de cette pratique systématique qui impose aux praticiens des tâches souvent inutiles et parfois absurdes. Les médecins certificateurs sont là confrontés à une inversion de leur rôle : attester l'absence de maladie, au lieu de soigner ou prévenir. La (relative) pénurie tant redoutée de médecins généralistes impose d'ouvrir le débat sur cette pratique qui confisque du temps médical au détriment du soin. ■



## Au grand marché de la santé

**Benjamin Cohadon**

Au grand marché de la santé, tous les médecins peuvent s'installer, sans aucune concertation, sur le pré carré qui leur plaît. Il arrive même d'en observer des dizaines en masse informe dans les recoins ensoleillés ou dans des zones bien aux normes.

Au grand marché de la santé, ne parlez pas d'régulation les voilà vous riant au nez et criant à l'aberration :  
« De quel droit pourrait-on me dire où il faudrait que je m'installe N'oubliez pas que j'ai choisi une activité libérale ! »

Alors des territoires entiers depuis longtemps laissés pour compte par une société qui préfère aux actionnaires rendre des comptes sont condamnés à espérer qu'un médecin veuille bien se poser sur l'emplacement désaffecté, au grand marché de la santé.

Au grand marché de la santé, nous ne sommes plus invités consommateur on nous voudrait, fermer notre gueule et puis payer et si on n'peut pas se déplacer, on est tout juste bon à crever à moins d'payer des assurances, des dépassements et des forfaits.

Alors nous n'irons plus jamais au grand marché de la santé nous allons nous accompagner à y rester, en bonne santé coloniser l'imaginaire collectif de nos utopies laisser les médecins grabataires se battre encore pour leur profit

inviter les autres à venir tous ensemble pour co-construire avec les habitants, les paumés, les fous, et les « privés d'avenir », tous les soignants intéressés, des centres de proximité où l'on apprendra tous ensemble à s'approprier not' santé.

La santé pour tous et partout passe par un changement d'paradigme coercition, incitation, ne sont bonnes qu'à faire des rimes laissons-les donc s'étripier sur leurs futiles problèmes d'ego saisissons la réalité pour mettre en place nos idéaux.

## Utopique, ma médecine ?

**Anne Perraut Soliveres,**

cadre supérieur infirmier, praticien-chercheur

De quelle médecine ai-je besoin?  
D'aucune aimerais-je dire,  
Tant que je vais bien  
aucune qui me fasse craindre  
d'être une malade qui s'ignore  
ou en risque de le devenir.  
Aucune qui m'interroge,  
qui s'immisce dans ma vie,  
aucune qui me contraigne  
ou me menace  
du cholestérol, du cancer,  
du diabète gras ou maigre.

Pourquoi me fichier, me pister  
même pas malade...  
pour satisfaire la faculté  
ou engraisser les industries.  
En cas de nécessité  
Et seulement en ce cas  
Je voudrais pouvoir  
choisir mon médecin  
sans avoir à signer  
un contrat de dupe  
sans être pénalisée  
si je n'en ai pas trouvé.

Moi, citoyenne  
libre et égale  
en droit si pas en santé,  
je voudrais du médecin  
qu'il m'apprenne,  
qu'il me donne des outils  
pour me soigner toute seule,  
Autant que possible  
qu'il m'aide à connaître  
les limites et les dangers  
de cette autonomie  
sans me la jouer.

Pourquoi ne puis-je  
gigoter, grimper,  
chevaucher, nager  
y compris en eau trouble ?  
Pourquoi m'imposer  
d'être certifiée  
en « bonne santé »  
pour la moindre activité ?  
Je voudrais qu'on me laisse  
vivre ma vie  
tout simplement  
tranquillement.

# Réensemencer le désert

**L**es vieux médecins partent à la retraite, et trois quart des jeunes médecins sont des femmes. Ils/elles ne veulent pas travailler plus de 35 heures et sont effrayés par l'exercice libéral, pourtant, ceux qui s'y essaient s'y épanouissent le plus souvent. Beaucoup semblent préférer le salariat. Issus pour la plupart de couches sociales privilégiées, ils sont épuisés par les concours et des études principalement réalisées à l'hôpital. Leurs choix de vie et ceux de leurs conjoints ne les incitent pas à choisir l'installation dans des lieux peu équipés ou défavorisés. Des projets innovants de maisons pluridisciplinaires se montent à l'initiative de médecins conscients du risque de désertification après leur départ en retraite. Des jeunes médecins s'y intègrent, en stage ou comme remplaçants, et en deviennent des acteurs impliqués, ouverts au travail pluridisciplinaire et aux questions sociales. Parfois, de jeunes médecins s'attellent à ces projets et se heurtent, comme leurs aînés, aux conflits de clochers et aux lourdeurs bureaucratiques des Agences Régionales de Santé. Dans d'autres localités, des élus tentent de susciter des projets, sans succès s'ils ne rencontrent pas des praticiens motivés. Réduire les déserts médicaux nécessite une réflexion sur la définition des missions des professionnels de santé dans la société, et la prise en compte des désirs et des besoins des usagers. Elle ne pourra se concrétiser sans modification du recrutement des médecins et de leur formation initiale ni sans une politique globale d'aménagement de territoire. —

# Construire des maisons de santé

**S'investir dans un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle, c'est s'inscrire dans une démarche de co-construction avec des élus politiques et l'Agence Régionale de Santé.**

**Daniel Coutant,**  
médecin généraliste

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), telles que prévues par le Code de la santé publique, reposent d'abord sur un contenu. A partir d'un cahier des charges a minima<sup>1</sup>, les professionnels de santé concernés doivent se regrouper autour d'un « projet de santé », dans lequel ils s'engagent à assurer la permanence des soins, à développer un exercice coordonné en interne et en externe, à s'intéresser à la prévention et à s'investir dans la formation des étudiants. Si les professionnels ont déposé un « projet de santé », des subventions (Etat, Région...) sont possibles pour une mairie, une communauté de communes pour la construction des locaux, dont les professionnels seront locataires<sup>2</sup>. Dans leur principe, les MSP restent des « entreprises » libérales avec paiement à l'acte pour les soins<sup>3</sup>, même si rien n'y interdit un exercice salarié. Néanmoins, on peut dire que dans les projets de MSP, on retrouve le principe de médecine globale prôné par le SMG dans les années 80, avec comme support les USB<sup>4</sup>.

## Les MSP, pas n'importe comment...

Si le concept « travailler ensemble, sans se limiter aux soins » est déjà une réalité pour un certain nombre de professionnels de santé, s'il peut être attractif pour de jeunes médecins voulant exercer « autrement », bâtir une MSP est quelque chose de complexe. S'investir dans un projet de MSP, c'est s'inscrire dans une démarche de co-construction avec des élus politiques et l'ARS (Agence Régionale de Santé), une démarche totalement nouvelle pour les soignants... qui prend beaucoup de temps et où les finalités poursuivies par les uns ou par les autres ne sont pas forcément les mêmes, malgré l'adhésion déclarée par tous au « projet de santé ».

## Une relation à trois, professionnels de santé, Agence Régionale de Santé, élus...

Les professionnels de santé sur le terrain font déjà beaucoup de choses. Qu'ils soient médecin, infirmière, pharmacien..., ils soignent, donnent des conseils, font du lien social. Pour concrétiser le projet de santé, il est bon d'abord de valoriser ce

qui existe déjà, tout en faisant comprendre que pour aller plus loin, il faudra peut-être y mettre de la méthode, s'ouvrir aux autres, partager les compétences... L'ARS ne peut pas exiger tout, tout de suite ni occulter la question des moyens (rémunération de la coordination, de la prévention...).

Bien souvent, les soignants réunis autour d'un projet ne constituent pas au départ un groupe homogène. La difficulté à trouver des remplaçants, les départs en retraite, l'étroitesse des locaux font que des professionnels de santé installés depuis des années sont réceptifs à l'invitation d'un maire à réfléchir avec eux à l'offre de soins sur la commune... de là à parler de travail en équipe, de partage des compétences, de prévention... En matière d'offre de soins de premier recours, en France, on part de loin ; sachons alors apprécier (et respecter) l'intérêt (même sans engagement) d'un médecin de la cinquantaine passée, qui pourrait atteindre la retraite sans se poser de questions<sup>5</sup> ; n'oublions pas non plus que pour travailler ensemble, il faut commencer par apprendre à se connaître, quelquefois même découvrir le métier de l'autre... Enfin, travailler à un projet de MSP prend beaucoup de temps, sur plusieurs années, un temps le plus souvent amputé sur les loisirs.

Pour les élus locaux, se préoccuper de l'offre médicale libérale est inhabituel. Sans caricature excessive, les travaux anciens de F. Bertolotto et M. Schoene<sup>6</sup>, concluant que pour les maires, « la santé c'est l'affaire des médecins et de la Sécurité sociale » ne sont pas obsolètes. La MSP est, pour un élu, souvent une découverte et découverte ne signifie pas adhésion ! Très vite, la préoccupation de concrétiser la MSP peut devenir la priorité. L'énergie des uns et des autres se trouve alors canalisée vers le projet architectural aux dépens de l'investissement nécessaire à l'élaboration du contenu.

L'ARS, elle, est à la disposition des élus et des professionnels ; elle orchestre le tout en validant le « projet de santé ». Dans ce long processus, de la motivation des personnes en responsabilité, de leur disponibilité pour s'imprégner du terrain, de leur souci d'associer les autres acteurs (professionnels, organismes de protection sociale, instances locales...) à la réflexion et à la décision dépend la dynamique « maison de santé » et la défense de son contenu (réelle coordination des soins...).

■ Pour les élus locaux, se préoccuper de l'offre médicale libérale est inhabituelle.

### Eviter le n'importe comment ?

Les professionnels impliqués ont besoin d'être aidés pour l'élaboration du projet, puis d'être accompagnés pour le négocier et bien le défendre. Pour l'attribution d'une aide, il faut une volonté politique et des moyens, les deux étant liés. Un projet peut échouer si un maire ne fait pas preuve d'initiatives. Il n'est pas rare de trouver des élus qui affirment « qu'ils ne vont quand même pas donner de l'argent à des médecins »<sup>7</sup> !

Une fois le principe de l'accompagnement retenu, il reste à préciser par qui. Le montage d'une MSP constitue un marché et mettre un peu d'éthique dans des bureaux d'études ne serait pas inutile. Sur un court délai, il leur faut parfois amener au pas de charge des professionnels, qui découvrent tout, à adhérer à un « projet de santé » et même à s'engager très tôt pour des locaux. On peut comprendre que des professionnels hésitants ou qui n'ont pas pu répondre dans les temps, se retrouvent hors circuit ou que d'autres aient pu être attirés par des facilités annoncées, mais loin d'être la réalité. Pour cet accompagnement, il est donc indispensable de s'appuyer sur les pairs, en dehors de tout corporatisme, en se référant à l'excellent travail fourni par la FFMPS<sup>8</sup> et ses associations régionales, qui forment, en lien avec les ARS, des médecins facilitateurs.

Elaborer le « projet de santé » ne se fait pas par injonction, une injonction qui peut parfois se confondre avec la valorisation du politiquement correct, risquant d'exclure ceux qui ont su promouvoir des pratiques innovantes. D'où l'importance de l'expression de tous les professionnels et pas seulement de la parole des docteurs. Avec la création des différentes URPS<sup>9</sup> et leur représentation dans les ARS, les changements sont sensibles. Ainsi, le débat sur la délégation de tâches dans les MSP y a gagné, en substituant à la notion de subordination celle de partage des compétences.

Pour que les jeunes médecins (et autres professionnels de santé) s'associent en toute connaissance de cause à des projets de MSP et s'y investissent, il faut qu'ils y soient sensibilisés au cours de leurs études, ce qui repose la question de la place de la médecine générale à la Faculté. Ils ont besoin d'être informés pour s'exprimer par rapport aux professionnels déjà en place et se positionner.

Envisager une place pour les usagers<sup>10</sup> peut aider à éviter le n'importe comment. La loi ne parle pas des usagers dans la MSP (qui reste un outil libéral), mais quand les professionnels s'approprient le projet de santé, la participation des usagers n'est plus un sujet tabou. Sur le terrain et dans la durée, les usagers seront à la fois force de proposition et garants de la réalisation du « projet de santé ». Ce sont eux qui pourront rendre compte du vécu...

Enfin, il y a un écueil majeur à éviter : que le rôle attractif d'une MSP pour les remplaçants et les

successeurs ne se fasse pas aux dépens des communes ou des quartiers environnants avec des médecins non remplacés à leur retraite et des pharmaciens sans clients, d'où l'intérêt de raisonner « pôle de santé »<sup>11</sup>.

Au total, des MSP, pas n'importe comment, pour avoir la garantie d'y développer le contenu souhaité (une offre de soins de proximité, un travail d'équipe, de la prévention, de la formation). Pour que ce soit possible avec un statut libéral, l'investissement demandé aux professionnels pour la conception et l'élaboration du projet d'ensemble (« projet de santé », démarches multiples, suivi architectural...) doit être reconnu. Il n'est pas possible de conduire de tels projets sans être aidés, d'avoir des leaders sans les accompagner, d'autant que la gestation s'étale sur plusieurs années. C'est la non prise en compte de ces données qui risque de conduire au n'importe comment avec des professionnels qui subissent parce qu'engagés dans un processus ou qui jettent l'éponge faute d'être écoutés et aidés ; il se peut aussi que les structures de soins créées dans ce contexte, n'aient, au final, de MSP que le nom<sup>12</sup>.

On sait qu'entre une minorité de pionniers et une minorité de docteurs opposés à toute évolution du système de santé, la majorité des médecins peut basculer d'un bord ou de l'autre. Les MSP peuvent en être une excellente illustration. De la position des élus locaux, de l'appui des ARS, de la place occupée par les professionnels dans l'élaboration d'un projet de MSP dépendra la position du curseur.

### Le financement des soins, la limite des MSP ?

Dans les MSP, le financement des soins relève toujours du paiement à l'acte, sans obligation de tiers-payant, ni pour les médecins d'adhésion au secteur 1. De même, les financeurs n'interdisent pas les dépassements d'honoraires.

Ces principes énoncés, il faut reconnaître que les professionnels de santé qui s'engagent dans un projet de MSP, sans être pour autant des militants, sont plutôt des gens soucieux de l'accès aux soins. Est-ce que ce sont des médecins secteur 2 que l'on voit s'investir, sur leurs loisirs, pendant plusieurs années pour réaliser une MSP ?

A noter que, dans une MSP, rien n'interdit le salariat et le tiers-payant... il suffit d'avoir une structure porteuse. Deux entités peuvent même y cohabiter : des infirmières salariées d'un centre de soins infirmiers pratiquant le tiers-payant et des infirmières libérales payées à l'acte.

Les MSP étant un processus en construction, on peut imaginer des évolutions, à condition que ce souci d'accès aux soins soit une préoccupation

■ Quand les professionnels s'approprient le projet de santé, la participation des usagers n'est plus un sujet tabou.

.../...

.../... partagée, avec beaucoup de pragmatisme, par les professionnels, les usagers, la Sécurité sociale et les organismes complémentaires.

### Des repères pour l'accompagnement, le pilotage...

Trois principes pour accompagner des professionnels :

- Admettre que les professionnels du terrain ne partent pas de rien. Ils font du soin, un peu de prévention, de la formation continue, reçoivent des étudiants, ont quelques échanges entre eux... Il faut prendre le temps de les écouter, de découvrir des initiatives intéressantes, de valoriser ce qui doit l'être. Tout n'est pas à inventer pour un « projet de santé »... ce doit être dit et entendu... même si cela n'exclut pas l'acquisition de méthode et de compétences nouvelles pour exploiter le potentiel existant.
- Etre bien conscients que les soignants travaillent souvent « à flux tendu », il convient de leur faciliter la tâche : animer les réunions au début, faire les comptes-rendus... et les respecter.
- Raisonner d'emblée « projet de santé » en consacrant, les premiers temps, à chaque réunion, un temps d'échange sur les métiers respectifs, sur les pratiques, une condition indispensable à un travail d'équipe avec dossier commun tout en respectant les choix du patient.

Tout cela contribue à la dynamique du groupe, à l'émergence d'un leader, à un esprit d'ouverture (qui fait qu'un projet reste ouvert à d'autres soignants partageant les mêmes objectifs).

On se retrouve alors avec des professionnels qui se posent des questions, développent une réflexion sur leurs pratiques, sur leurs prescriptions, sur la place respective des différents soignants et qui s'impliquent sur le terrain. Il y a alors tous les ingrédients pour concrétiser le « projet de santé »... encore faut-il que des équipes faisant preuve d'initiatives ne soient pas vécues comme dérangeantes par l'environnement médical et non médical.

### La responsabilisation des différents acteurs et l'obligation d'un pilotage

Ce pilotage relève des collectivités locales. Elles doivent se positionner clairement et dégager des moyens pour le montage du projet d'ensemble (en se référant à la Préfecture, à l'ARS, aux Régions et Départements pour des aides éventuelles...). On ne peut pas laisser les professionnels dans l'incertitude, ni leur faire porter une responsabilité qui ne relève pas d'eux. Pouvoirs publics, collectivités, usagers ont besoin des professionnels de santé, beaucoup d'entre eux (jeunes et moins jeunes) aspirent à un autre mode d'exercice que la génération qui les a précédés, sans faire dans la surenchère et en

## Médecine générale 2.0

Ce document <sup>1</sup> présente les propositions de médecins généralistes blogueurs pour sauver la médecine générale et « assurer des soins primaires de qualité répartis sur le territoire ».

Ils proposent de sortir du modèle centré sur l'hôpital et de réformer la formation des étudiants pour les attirer vers la médecine générale et amener des médecins dans les zones sous-médicalisées.

Ils refusent les mesures coercitives à l'installation « aussi injustes qu'inapplicables »

Leurs idées forces :

- Construction par les collectivités locales ou les Agences Régionales de Santé de mille maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), recevant des médecins généralistes et des paramédicaux et servant aussi de maisons médicales de garde en collaboration avec les professionnels de santé locaux.
- Ces MSP deviennent des Maisons Universitaires de Santé (MUS<sup>t</sup>) regroupant externes, internes (pour deux semestres), chefs de clinique (pour deux ans) et médecins seniors au statut « libéro universitaire ». Les internes et les chefs de clinique choisissent leur affectation « aux enchères » : moins le lieu est demandé, plus le salaire de base est élevé. Chefs de clinique et médecins seniors sont salariés pour

l'enseignement, et reçoivent pour les soins une part salariée et une part proportionnelle à l'activité (ou pour les seniors une rémunération libérale exclusive)

Création d'un métier de « cadre de santé » au sein des MUS<sup>t</sup>, reclassement possible des visiteurs médicaux.

Ils se prononcent pour :

- L'indépendance de la formation initiale et continue vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.
  - Une protection sociale satisfaisante des médecins.
  - La diversification des modes de rémunération, mixant le paiement à l'acte avec d'autres modes de rémunération : forfaits, capitation, salariat.
  - Le remplacement de la rémunération à la performance « mortifère » par une « évaluation qualitative intelligente »
  - La revalorisation des revenus des médecins généralistes.
- Ils soulignent la faisabilité financière du projet comparativement aux sommes dépensées dans la vaccination grippe ou des prescriptions inutiles.

Ils n'abordent pas ici la question du projet médical de ces maisons de santé, ni celle de l'accès aux soins des patients : tarifs opposables, tiers-payant... — **Marie Kayser**

1. Voir le document intégral sur les sites de ces médecins : [www.atoute.org/n/Medecine-Generale-2-0.html](http://www.atoute.org/n/Medecine-Generale-2-0.html)

se retrouvant autour d'un contenu. Si les élus partagent ce point de vue, qu'ils s'engagent suffisamment tôt à en faciliter la réalisation.

### Peut-on parler de changement de paradigme pour l'offre de soins de premier recours ?

Ce qui est certain, c'est que le processus de changement dépend des acteurs susceptibles de s'y intéresser. Les professionnels de santé bien sûr à qui on demande beaucoup, la Faculté et la place qu'elle accorde à la médecine générale, les institutions avec des degrés variables d'investissements selon les personnes (de l'investissement « militant » des chargés de projet à l'ARS dépend beaucoup l'avancée des projets), les élus plutôt bâtisseurs que concepteurs. Sans négliger ceux pour qui « hors de la médecine libérale », point de salut, se gardent bien de parler contenu, attentes des jeunes, soutien aux soignants en place et en oubliant que les MSP sont des entreprises libérales ! Enfin, il y a les acteurs dont il serait utile de connaître le positionnement réel, à savoir les organismes de Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Cela pourrait aider à répondre à la question ci-dessus « Le financement des soins, la limite des MSP ? »

*Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est une « personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens » (art L. 6323 – 3 du Code de la santé publique).*

*C'est au travers des objectifs et de l'organisation décrits dans le projet de santé que sera effectuée la distinction entre la structure et un simple regroupement de professionnels de santé en un même lieu, à l'instar des cabinets de groupe. A cette fin, le projet de santé témoigne d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure ou participant à ses activités (service de soins infirmiers à domicile, réseaux, services divers) [...] Seules les structures pluri-professionnelles ayant élaboré un projet de santé peuvent se prévaloir de la dénomination de « centres de santé » ou de « maisons de santé » et bénéficier, sous réserve d'une contractualisation avec l'agence régionale de santé, des financements versés par l'ARS.*

*A travers le « projet de santé », les professionnels de santé s'engagent à :*

- la permanence et à la continuité des soins ;
- des actions de santé publique et de prévention ;
- la coopération en interne pour une prise en charge globale du patient ;
- la coopération en externe (autres professionnels de santé et du secteur médico-social, établissements de santé...);
- la formation initiale et continue avec accueil des étudiants. ■

#### Bibliographie

- *Monter et faire vivre une maison de santé*, Pierre de Haas, Editions Le Coudrier.
- *Maisons de santé, une urgence citoyenne*, Dominique Dépinoy, Editions de santé (voir *Pratiques* n° 56 p. 94).



1. La MSP répond à un cahier des charges dressé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) : présence d'au moins deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical (infirmier, kiné, diététicienne...).
2. Les subventions permettent d'abaisser le coût du loyer.
3. Le « projet de santé » permet aussi du paiement au forfait pour l'éducation thérapeutique et la coordination.
4. Unités Sanitaires de Base. Voir « Hier, une médecine pour demain : le Centre de santé de Saint Nazaire », Editions Syros alternatives. Daniel Coutant, Jean Lacaze.
5. Sauf celle de comment trouver un successeur ?
6. « La santé dans les villes de plus de 30 000 habitants », M. Schoene et F. Bertolotto, *Recherche et évaluations sociologiques sur le social, la santé*.
7. Les subventions provenant des Fonds d'intervention régionale (après ceux du FIOCS) peuvent financer un bureau d'études par exemple, qui accompagnera l'élaboration du projet ; quant aux financements Etat, Région... ils ne sont pas attribués aux professionnels, mais aux collectivités locales pour la construction de la MSP
8. Fédération Française des Maisons et pôles de Santé, [www.ffmps.fr](http://www.ffmps.fr)
9. Unions Régionales des Professions de Santé. A côté de l'URPS médecins, il y a une URPS infirmières, une URPS kinés, une URPS pharmaciens...
10. Voir *Pratiques* n° 49, « L'usager, hier, aujourd'hui et demain », Daniel Coutant.
11. Dans ce cas, les professionnels adhèrent au « projet de santé » sans forcément être tous regroupés dans le même lieu (la MSP). Il s'agit bien de développer un contenu (une pratique de soins coordonnés, de prévention, de formation) et pas forcément de bâtir un contenant. Ainsi le pharmacien resté dans son officine va être associé aux actions prévention, la concertation va se faire en se réunissant sans forcément co-habiter...
12. Sous le vocable maison de santé, on confond souvent maison médicale (cabinet de groupe) et MSP (avec projet de santé). Le fait que les collectivités locales peuvent en être les initiateurs et les facilitateurs (mise à disposition de locaux, sans contrainte en matière d'offre de soins, de prévention...) peut entretenir la confusion, ce qui ne veut pas dire que ces cabinets médicaux soient sans intérêt pour les professionnels et la population.

# Pas de désert en Aveyron

**Adapter l'offre de soins de premier recours aux besoins de santé des patients en milieu rural fragile.**

## Philippe Nekrouf, Cela se passe dans le Nord Aveyron

médecin généraliste, maître de stage universitaire, porteur du projet « Réseau de Santé de Proximité en Nord Aveyron » (RSPNA)

Dans les quatre cantons de la Viadène et de l'Aubrac aveyronnais, une cinquantaine de professionnels de santé se sont réunis pour constituer le Réseau de Santé de Proximité en Nord Aveyron (RSPNA), autour de trois Maisons de Santé et un Pôle de Santé.

Ce projet de santé est né de la réflexion commune des professionnels de santé des cantons de Laguiole, Saint-Chély d'Aubrac, Sainte-Geneviève sur Argence et Saint-Amans des Côtes, inquiets du maintien de l'offre de soins en milieu rural éloigné des hôpitaux et à risque de désertification. Sur le principe d'une prise en charge globale, coordonnée et centrée sur le patient, le RSPNA vise à répondre aux besoins de santé de la population du Nord Aveyron en organisant l'accès simplifié aux soins de premier recours, la coordination pluriprofessionnelle des soins, la prévention, l'éducation à la santé, la continuité des soins et la réponse aux urgences. Il propose des lieux de formation et de recherche en soins primaires dans un cadre ambulatoire, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé du Nord Aveyron. Il s'appuie sur un projet de soins et un projet professionnel, dont la mise en place et le suivi sont décidés par les professionnels eux-mêmes. Il est soutenu par l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées (ARS), le Conseil Régional Midi-Pyrénées, le Conseil Général de l'Aveyron, la MSA, la CPAM de l'Aveyron et l'ensemble des élus locaux du Nord Aveyron.

## L'histoire commence en 2005

Deux des trois médecins généralistes exerçant dans la commune de Laguiole cessaient successivement leur activité, avec de grandes difficultés à trouver et garder des successeurs. La population et les professionnels de santé ont alors pris brutalement conscience des risques de désertification médicale dans leur territoire. Une solution transitoire a fonctionné, entre 2006 et 2008, avec un cabinet secondaire monté par le médecin de Saint-Chély d'Aubrac et animé par des médecins à temps partiel (dont le porteur du projet). En décembre 2007, deux médecins (l'une connaissant bien le Nord-Aveyron pour y avoir travaillé douze ans) motivés par l'exercice en milieu rural et par l'idée originale d'un réseau de maisons de santé,

réunissent les médecins des quatre cantons, pour réfléchir à une réponse collective à la fragilisation de l'offre de soins. Se réunissant tous les mois, ils ont associé peu à peu autour d'eux d'autres acteurs de santé de premier recours (infirmières, kinésithérapeutes puis sage-femme, pharmaciens, dentistes) et d'autres professionnels (orthophoniste, pédicure-podologue, CMP), avec qui ils constituent le RSPNA. Un premier projet, présenté fin 2008, obtient le soutien de l'ensemble des élus locaux du territoire. Durant 2009, un groupe de pilotage paritaire (professionnels et élus) se réunit régulièrement avec le soutien du Conseil Général de l'Aveyron, puis de la MSA à partir de 2010, et obtient une aide technique et une formation-accompagnement. En 2010, le RSPNA devient terrain de stage pour les internes en médecine générale. Le 18 janvier 2011, après trois années de réflexion, de difficultés et de doutes, le projet de santé est « labellisé » par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées. Les quarante-cinq professionnels de santé impliqués créent l'APC-RSPNA (Association de Préfiguration pour la Création du Réseau de Santé de Proximité en Nord-Aveyron).

## Un vaste territoire rural, une population âgée

Le RSPNA couvre un territoire de 678 km<sup>2</sup> (une fois et demi la superficie de l'Andorre) en moyenne montagne – les deux tiers du pays sont à plus de 800 m d'altitude. L'habitat dispersé, les distances à parcourir et le relief créent des temps de transport (hors routes enneigées) de vingt-cinq minutes pour une intervention depuis les chefs-lieux jusqu'aux limites de chacun des quatre cantons. Le SAMU ou les urgences hospitalières sont en moyenne à une heure de route !

La population de 7 714 habitants est parmi les plus âgées de la région avec 37 % de plus de 60 ans (Aveyron 30 %, Midi-Pyrénées 24 %), et 17 % de plus de 75 ans (Aveyron 13 %, Midi-Pyrénées 10 %). 20 % de la population du territoire est en Affection Longue Durée (17 % en Aveyron, 12 % en Midi-Pyrénées) et 393 habitants avaient l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en 2009, soit trois cents bénéficiaires pour mille habitants de plus de 75 ans (250 ‰ en Aveyron et Midi-Pyrénées).

Une grande partie de la population travaille dans le secteur agroalimentaire (agriculteurs exploitants pour 30 % de la population active, et nombreux

retraités toujours en activité dans leur exploitation). Les exploitants et ouvriers agricoles sont exposés à des risques spécifiques : blessures par utilisation d'outils ou par les animaux du cheptel, zoonoses, risques phytosanitaires, exposition aux intempéries climatiques, stress. Plus de quatre cents personnes sont salariées dans des entreprises « à risques » (Abattoirs de Sainte-Geneviève, Forge de Laguiole, barrages EDF sur la Truyère...). En raison du tourisme, la population des quatre cantons est multipliée par trois pendant l'été, à effectif constant des professionnels de santé. Il existe un tourisme familial l'hiver dans les stations de sports d'hiver de Laguiole, Aubrac et Brameloup.

### Les professionnels de santé du réseau

Le projet a permis de recruter trois médecins généralistes (MG). Nous en recherchons un quatrième ! Il y a : neuf MG (sept hommes et deux femmes), d'âge moyen 57 ans (à l'image du vieillissement démographique du territoire), soit un MG temps plein pour 965 habitants ; onze infirmières libérales et deux CSI (centres de soins infirmiers associatifs), avec quatorze infirmières salariées et quatre aides-soignantes, soit une infirmière pour 550 habitants ; six kinésithérapeutes, un pour 1 250 habitants ; deux chirurgiens-dentistes ; un psychiatre (permanence hebdomadaire du CMP Espalion au CSI Laguiole) ; une sage-femme libérale ; deux orthophonistes ; deux podologues ; cinq pharmacies (et trois rats laveurs...). Il n'y a, dans les quatre cantons, aucun autre médecin spécialiste, ni orthoptiste, ni diététicienne. Les laboratoires d'analyses biomédicales sont à Espalion, entre 20 et 50 km selon le chef-lieu de canton. Pour l'imagerie médicale (radiographies, échographies...), il faut aller à Rodez, à 50-80 km, ou à Aurillac ou Saint-Flour, à 50-60 km.

### Répondre aux besoins de la population

Le projet est basé sur l'analyse des besoins de santé de la population du territoire (éloignement des urgences hospitalières, population âgée, pathologies chroniques, PMI en difficulté...), avec quatre axes :

- l'organisation coordonnée des soins de premier recours avec la continuité des soins (accès aux soins, urgences, coordination interne, prise en charge pluriprofessionnelle des maladies chroniques, des personnes âgées fragiles ou dépendantes, des femmes enceintes et des enfants, protocoles de soins validés par les professionnels) ;
- la coopération avec les réseaux de soins de deuxième et troisième recours (maisons de retraite, spécialistes, hôpitaux : Espalion, Rodez, Toulouse...) et de soutien à domicile (ADMR, Familles Rurales...) ;
- la prévention et la promotion de la santé indivi-

duelle et communautaire (dépistage, éducation à la santé, prévention des risques...) ;

- l'observation épidémiologique et la veille sanitaire (adaptation aux besoins de santé).

### Un travail collectif

Dès le début, la nécessité de travailler à une dynamique de coordination sans lien de subordination, notamment entre infirmières et médecins, s'est imposée... Ne serait-ce que pour effacer les craintes de reproduire un schéma hiérarchique « hospitalier ». Travailler autrement permet de partager les tâches, de reconnaître les compétences et les limites des rôles de chacun, en oubliant nos représentations sur les autres professions, pour réfléchir ensemble à améliorer nos pratiques. Un groupe de réflexion s'est constitué pour la prise en charge coordonnée des patients diabétiques, aboutissant à la mise en place d'un dossier de prise en charge, propriété du patient, avec des informations lui permettant de se prendre en charge et une fiche de coordination pour l'équipe (médecins, infirmières, pharmaciennes, pédicures-podologues, kinésithérapeutes, sage-femme, laboratoire d'analyses).

### Les pistes pour l'avenir...

La mise en place d'un tel projet nécessite un soutien constant des différents acteurs de santé, à commencer par l'ARS qui devrait fournir une aide technique plus étroite (appuis juridiques, réflexion sur le système d'information, financement d'un cadre de santé coordonnateur). Elle implique aussi d'associer les patients et les associations d'usagers de santé au projet et à son évaluation. L'association gestionnaire du réseau prévoit d'associer les élus et les usagers de santé aux autres professionnels et acteurs de santé. Nous pourrions ainsi travailler à la promotion des comportements favorables à la santé, à la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée, à des campagnes d'information thématiques (avec supports en salles d'attente, pharmacies, écoles, maisons de retraite...) en lien avec les patients. Cette façon de travailler nécessite de nouveaux modes de financement, différents du paiement à l'acte, pour la coordination, la prévention et l'éducation à la santé, la coopération et les nouvelles répartitions des tâches, les formations pluriprofessionnelles...

Avec ce projet, nous expérimentons une autre façon de prendre en charge la santé de notre population, en lien avec elle et selon ses besoins, en préservant l'unité géographique, sociale et culturelle de notre territoire et en donnant aux professionnels de santé les moyens et l'envie de mieux travailler ensemble. ■

# Gardien des poisons

**Bien que la répartition des pharmacies soit réglementée, les nouvelles missions des pharmaciens sont tellement difficiles à assurer que certains sont tentés d'abandonner.**

**Lionel Echinard,**  
pharmacien.  
Propos recueillis par  
**Martine Lalande**

**Pratiques : Existe-t-il un problème de démographie chez les pharmaciens ? Leur répartition sur le territoire est réglementée...**

**Lionel Echinard :** Le législateur a essayé de faire un système intelligent. Mon métier, c'est refuser de donner des médicaments, je suis gardien des poisons. Pour distribuer, il y a des systèmes, automatisés, ou des épiceries, ou des stations services... Il y a plus performant que le pharmacien pour écouler du produit. Le rôle du pharmacien est de refuser de vendre, dire « Non, là je pense que le bénéfice risque n'est pas assuré, je vous redirige »... Mais pour demander à un commerçant de refuser de vendre, il faut lui assurer des revenus suffisants. Donc on lui a donné un certain pool de gens qui dépendent de lui : c'est la répartition géographique. On ne peut pas ouvrir une pharmacie n'importe où, il faut que la population ne soit pas déjà desservie. La pression économique fait que les gens s'installent dans les endroits où il n'y a pas de pharmacien. On ne peut pas s'installer dans les centres villes où il y a déjà beaucoup de pharmacies, alors on va aussi dans les Ardennes,

dans la Creuse, des coins qui attirent moins que la ville et ses lumières. Puis le législateur a dit que tous les médicaments passeront par le pharmacien : c'est le monopole. Et pour que l'on soit responsable sur nos deniers, il dit que l'on est propriétaire de son établissement. Ce sont les trois règles de la profession. Dans l'intérêt du patient. Ce n'est pas juste pour que des vieillards cacochymes puissent jouer au golf, comme certains aiment à le laisser penser. La répartition des pharmacies est maillée. Mais l'Etat a décidé que l'on gagnait trop. Ce n'était pas totalement faux dans les années 90. Et il

décide de réglementer, mais sans tenir compte de l'impact sur des pharmacies de village, sur des zones un peu sinistrées. Car il y a eu beaucoup de dérogations, les pharmaciens gagnant bien leur vie à l'époque, l'Etat en a ouvert en veux-tu en voilà dans des coins où cela ne se justifiait pas. Chaque maire voulait sa pharmacie dans son village, où il n'y avait pas le bassin de population correspondant, mais on passait outre. Résultat, le pharmacien qui est dans un bassin de 1 500 habitants ne peut plus vivre. Il ne peut pas se former, il ne peut pas avoir une chalandise suffisante et sa pharmacie est condamnée à mourir.

**Pratiques : Quelles sont ces nouvelles règles ?**

Il fallait un bassin de trois mille habitants quand je me suis installé, c'est passé à quatre mille cinq cents. Deux mille cinq cents habitants pour une première officine, quatre mille cinq cents personnes supplémentaires pour une deuxième. Mais un pharmacien qui s'occupe bien de trois mille personnes peut-il s'occuper aussi bien de quatre mille cinq cents personnes ? D'autant plus qu'on lui donne de nouvelles missions... C'est très bien, mais sur quel temps et avec quels fonds ? Il faut qu'on emploie du personnel qualifié, et qu'on se forme. Cela fait un mois et demi que je me forme sur les antivitamines K en essayant de comprendre ce qu'on attend de moi et mon champ d'intervention. Ce temps et cette énergie ne sont pas rémunérés. On est dans une période de flou qui va peut-être virer vers quelque chose d'intéressant où on fera du suivi de patients, en travaillant sur entretien, mais pour le moment, rien n'est prévu. On se retrouve avec une baisse de marge quotidienne, on n'a pas de temps pour se former et on doit s'occuper de plus en plus de gens... Cela ne fonctionne pas.

On n'aura peut-être pas de désert pharmaceutique, mais le président de l'Ordre des pharmaciens dit qu'il faut fermer 6 000 pharmacies, qui n'ont pas des volumes leur permettant d'être rentables. Autour de moi, six pharmacies ont fermé sans revendre. Ce n'est pas tant qu'ils fassent faillite. Un confrère n'arrivait pas à vendre son fonds. Comme il était touché par la retraite et qu'il en avait marre de se battre, il a vendu son pavillon, mais pas sa pharmacie. Une autre consœur était malade, elle a fermé aussi en vendant son pavillon. Une a fait faillite, les autres ferment sans trouver de repreneur.

**Quel est le problème ? Ce n'est pas rentable ou le travail est mal défini ?**

Ces pharmacies sont trop petites en termes de chiffre d'affaires pour assurer une rentabilité intéressante. Les penseurs de notre profession, ceux qui gèrent, ont défini une taille minimum à la pharmacie, et tout ce qui est au-dessous ne trouve pas preneur, car on met dans la tête de l'acheteur que ce n'est pas rentable. L'ordre, les agences de pharmacie qui alignent les chiffres disent qu'à moins de 700 000 ou 900 000 euros de chiffre d'affaires par an, ce n'est pas rentable. Car à la fin, il y a 70 000 euros pour payer le salaire du pharmacien, ses charges et les remboursements de crédit. Il reste 15 000 à 20 000 euros et on ne peut pas embaucher du

**On n'aura peut-être pas de désert pharmaceutique, mais le président de l'Ordre des pharmaciens dit qu'il faut fermer 6 000 pharmacies.**

personnel, se former, prendre des rendez-vous parce qu'on est seul pharmacien au comptoir.

Moi, avec une pharmacie de bonne taille, j'ai un problème de trésorerie de 300 000 euros suite à différents facteurs, dont cinq ans de travaux du tramway. Je n'ai pas les moyens de remettre 200 000 euros et les banques n'ont pas d'argent à mettre dans ce genre d'affaire. Mon comptable, qui a beaucoup de pharmaciens dans son portefeuille, me dit que mes comptes sont bons, j'ai fait les efforts qu'il fallait, mais je ne trouve pas de partenaire au niveau des banques. Mais ce qui me fatigue et me donne envie d'arrêter, c'est qu'aujourd'hui, mon modèle économique ne fonctionne pas. Si je veux m'occuper des gens, ne pas tricher avec eux, ne pas leur vendre les produits deux fois plus cher que les produits qui sont remboursés, pouvoir leur conseiller de l'ibuprofène au lieu du Nurofen®, du diclofenac au lieu du Voltarene® actigo et leur vendre des produits au juste prix, ne pas les voler, je ne gagne pas ma vie. Si je fais des entretiens officinaux, c'est gratuit. Je suis en ce moment des personnes en surcharge pondérale, je me suis formé pour ça, si je commence à suivre des gens qui ont de l'hypertension, cela n'est pas rémunéré. Je n'ai pas les moyens de le faire. La façon dont j'aimerais travailler est un modèle économique qui ne fonctionne pas. L'autre jour, mon frère médecin était à la pharmacie. Une femme entre, son médecin lui avait prescrit de l'Aprovel® 150. Je ne trouve pas d'historique sur mon ordinateur, elle me dit : « Cela m'embête de le prendre, je n'ai pas l'impression d'avoir de la tension, le médecin a dit que j'avais 15/8. » Je ne dis rien, je lui propose de prendre sa tension : 13/9. « Moi aussi, j'ai un appareil. » « Faites l'automesure chez vous pendant trois jours. » Je lui explique les règles de l'automesure. Elle revient, avec une automesure 13/8, 13/8... « Mais je n'ai pas confiance en mon appareil. » Je lui prête un appareil. Elle revient : 13/8, 13/8. Je lui dis : « Vous faites comme vous voulez, vous pouvez retourner voir votre médecin. » Résultat, elle ne prend pas de médicament. Je crois que j'ai fait mon boulot, j'ai gagné zéro euro. Si je lui donnais le sartan, je prenais la marge pendant des mois. Mon frère me dit qu'il n'y a pas un médecin en France qui prescrit un sartan sur une seule prise de tension. Je lui dis : « Tu as raison, regarde ! » Si je vends la boîte parce que le médecin l'a dit, elle repart avec quatre-vingt-dix comprimés.

#### ■ Vous aviez un stagiaire : comment les jeunes pharmaciens voient-ils la situation ?

Le dernier que j'ai eu veut arrêter, et faire autre chose dans la santé. C'est un jeune qui était président d'une ONG. Je ne suis pas fier qu'il arrête, il est en troisième année, je l'encourage à terminer. Il est resté un mois. Il a été le premier à qui j'ai fait

rencontrer des malades. J'ai convoqué des gens avec des pathologies. Je leur demande s'ils veulent venir parler de leur traitement, je les présente et je le laisse faire, en restant à côté, c'est intéressant. Cela prend une demi-heure à trois quart d'heure, le temps qu'il faut pour que les choses se disent un peu. J'ai demandé à être maître de stage, ce n'est pas payé, mais je n'utilise pas les stagiaires pour travailler.

#### ▮ D'autres pharmaciens ont-ils la même démarche ?

Non, c'est pour cela que je n'ai pas pris de responsabilité syndicale. Il y a sûrement d'autres pharmaciens qui pensent pareil, mais je n'entends pas ce genre de discours. Ce ne sont pas ceux qui ont envie de travailler comme ça que l'on retrouve dans les syndicats, où l'on n'entend parler que de défense de marges, etc. La prospective sur ce à quoi on sert, je ne l'ai pas rencontrée. Peut-être que je n'ai pas assez cherché ou je n'ai pas voulu voir. Je rencontre de vrais professionnels, des gens qui connaissent très bien la pharmacologie, qui sont assez proches de leurs patients, à qui ils rendent des services. Une assistante vient travailler de temps en temps à la pharmacie, elle est très compétente, elle sait ce qu'elle fait. Ce n'est pas la qualité professionnelle qui est en cause, c'est le type de questionnement. Les gens que le pharmacien rencontre au quotidien, les commerciaux des laboratoires, les formations de merchandising, ne parlent que de rentabilité de rayon, de comptabilité linéaire... Je fais souvent figure d'extraterrestre quand je dis qu'on n'est pas fait pour ça.

#### ▮ Comment vous formez-vous ?

J'ai fait la formation *Prescrire* pour les pharmaciens, mais ils ont arrêté par manque de participants. Maintenant, je fais le DMVP<sup>1</sup>, une formation sur Internet, et je fais des réunions avec le CVAO<sup>2</sup> dont je suis porte-parole. C'est un organisme qui s'occupe de qualité en pharmacie, on travaille sur les règles de bonne pratique officinale. On édit des recommandations sur des demandes précises, implémentables au comptoir, comme l'initiation d'un traitement antihypertenseur, ou des prurits vaginaux chez la femme... On travaille sur les requêtes secondaires : une ordonnance présentée pour la première fois à l'officine, par exemple d'antidépresseur, ou sur les requêtes primaires, comme l'infection urinaire. On essaie de déterminer les erreurs à ne pas commettre. Nous avons soixante adhérents sur cinquante-cinq mille pharmaciens et assistants, dont trente membres actifs. Il y a un site, qui tient parce qu'on est super motivés. Nous avons fait un colloque médecins pharmaciens, très intéressant. Quand on rencontre les médecins et qu'on leur

▮ Les gens que le pharmacien rencontre au quotidien, ne parlent que de rentabilité de rayon, de comptabilité linéaire...

.../...

.../... raconte ce qu'on fait, ils sont enthousiastes, mais après on se retrouve avec des problèmes économiques et politiques. Un type qui s'occupe de formation nous a dit qu'on avait dix ans d'avance. On a réussi à se faire subventionner par DMVP qui est un site de formation officinale pas mal fait, cela les fait connaître et ils sont à la recherche de démarche qualité. Mais ce n'est pas pérenne.

**Pour que ce soit viable, que faudrait-il faire ?**

J'ai écrit à Marisol Touraine, en lui disant : « Rachez-vous. Je vous vends à 60 % moins que le prix du marché. Puis vous me virez sans frais ou vous me gardez et vous faites tourner le système. » Dans la rémunération des pharmaciens, on parle toujours d'un chiffre global, les 70 000 ou 100 000 euros qui restent à la fin. Mais nous ne sommes pas salariés, mais entrepreneurs, je fais six fiches de salaire par mois, à une époque j'en faisais neuf. J'ai acheté un fonds, je paye un bail énorme, j'achète du stock, je revends du stock, je suis entrepreneur sans l'avoir choisi. En fin de carrière, un pharmacien se paye entre 2 700 et 3 000 euros net mensuel pour trente-cinq heures par semaine. Les pharmaciens gagnaient beaucoup d'argent grâce à la gestion de leur fonds de commerce. Si les tutelles veulent nous faire faire de la qualité et savoir combien on gagne, je leur dis : employez-moi à vingt-cinq euros net de l'heure, pour soixante-dix heures par semaine, je gagnerai plus et je ferai de la qualité. Je veux qu'ils prennent conscience que le réseau existant de vingt-deux mille pharmacies ne peut pas bien fonctionner actuellement.

... la majorité des pharmaciens en difficulté, s'il faut une cuillerée à soupe de plus, ils mettent deux flacons.

Je suis prêt à travailler aux économies, à dire qu'on consomme trop de ci, de ça. Mais la balourdise qui consiste à dire qu'on va souvent à l'hôpital pour rien et qu'on consomme trop de médicaments, comme si c'était avec ça qu'on allait combler le trou de la Sécurité sociale, je ne l'accepte pas. Pourquoi va-t-on trop à l'hôpital ? Vous avez essayé de trouver un médecin le samedi après-midi ? Pourquoi les médecins ne veulent pas les patients qui ont la CMU et l'AME, à part quelques racistes ? J'ai du mal à trouver des pharmaciens qui prennent les patients qui ont l'AME parce qu'ils savent très bien qu'ils seront mal payés. Des dossiers complets avec les cartes d'AME qui restent en demeure à la Sécu et ne sont pas payés depuis neuf mois, j'en ai des kilos. Comment faire pour que les gens prennent moins de médicaments ? Il faut travailler avec les pharmaciens. On me rémunère pour vendre des boîtes. Le pharmacien en difficulté économique ne va pas dire : « Vous avez besoin de vingt-cinq comprimés d'amoxicilline, avec deux boîtes, vous en avez vingt-quatre, n'en prenez que deux. » Moi, je le fais, parce

que je suis fou, mais la majorité des pharmaciens en difficulté, s'il faut une cuillerée à soupe de plus, ils mettent deux flacons. Essayons de travailler intelligemment. On peut réduire les coûts de la Sécurité sociale, mais est-ce en obligeant les gens à prendre des génériques contre leur gré qu'on va leur donner le sentiment que le traitement est efficace ? Contraindre est la meilleure façon de dire : le produit ne vaut rien, mais il faut quand même le prendre. Des patients que j'avais réussi à mettre sous générique reviennent pour dire que le produit ne fait pas effet. Je sais très bien qu'il fait effet, ce n'est pas le problème. J'ai été obligé de substituer des personnes âgées, sinon on ne me rembourse pas : huit boîtes de génériques d'un coup. La vieille dame rentre chez elle et n'a que du biogaran sur sa table de nuit. Si on ne lui laisse pas le temps de s'y habituer, elle va mourir. Et c'est le générique qui en pâtira.

Travaillez avec des pharmaciens, sanctionnez ceux qui se comportent comme des balourds et on les connaît, celui qui donne 50 ou 60 % de génériques ne veut pas jouer le jeu. Ne laissez pas l'Académie de médecine établir des rapports idiots parce que la petite fille de l'un d'entre eux a vomi un flacon de générique, ou s'ils ont le droit de s'exprimer, allez au journal de 20 heures affirmer que ce sont de vieux cacochymes. Battez-vous. Aujourd'hui, il n'y a pas de direction de la santé, il y a ceux qui sont sous influence de l'industrie pharmaceutique et ceux qui sont sous le poids des économistes de Bercy. Entre les deux, il y a nous et le quotidien...

**Quel pourcentage de génériques devrait donner un pharmacien ?**

Avant l'obligation de donner des génériques, j'étais à 86 %. Puis j'ai écrit à Xavier Bertrand et Van Rockeghem pour leur dire : « A partir de demain, les gens feront ce qu'ils veulent, je ne me bats plus pour les génériques. » Aujourd'hui, avec la nouvelle loi qui dit que les gens ne seront pas dispensés de l'avance si ce n'est pas écrit à la main « non substituable » par le médecin sur l'ordonnance, je suis à 90 % de génériques. Je travaille avec un seul labo de génériques, mais quand un client a un générique différent donné par un autre pharmacien, je le commande. Il y a des génériques avec les jours de semaine dessus, ou un goût différent, ou qui se cassent mal, on peut comprendre qu'ils en préféreraient un. En 1995, j'ai réuni des médecins et des pharmaciens, je disais : « Les génériques sont une solution intelligente, c'est la simple application des brevets, ça va marcher. » Les médecins étaient d'accord. Mais ce ne sont pas les bonnes solutions qui ont été choisies. Il aurait fallu faire le TFR, mais je suis un des rares pharmaciens à le dire : Tarif Forfaitaire de Remboursement. Si l'on considère que le coût de l'amoxicilline 500 est tant, tout ce qui est

au-dessus n'est pas remboursé. Il y a quelque classes comme ça : pour l'amoxicilline, le labo du princeps a mis son prix à hauteur des génériques. La profession n'en veut pas parce qu'on perdrait notre petite obole pour pousser le générique, et les industriels n'en veulent pas. L'Etat n'a pas à payer la différence entre ce qui existe et ce qu'il pense équivalent. Cela existe pour le matériel orthopédique : il y a un taux de remboursement, et si on veut un lit qui a une commande électrique pour les pieds, qui tourne sur lui-même... on paye des suppléments. C'est une médecine à deux vitesses, mais elle existe déjà. Ceux qui veulent les princeps les payent, la seule coercition est un remboursement en quelques mois. La loi crée juste une complication administrative, c'est la solution la plus bête.

#### **Il n'est pas prévu de rémunération pour les fonctions de conseil du pharmacien ?**

Pour le suivi des patients sous antivitamines K, on a un forfait. J'ai reçu le premier patient hier soir à 19 h 25, je lui ai demandé s'il avait son carnet de suivi, qu'il n'avait pas. Je télécharge les cahiers et je lui demande quand il a fait son dernier INR (indicateur de la coagulation sanguine), il me dit que le médecin ne veut plus le voir tant qu'il ne l'a pas fait. Je lui donne le carnet et je lui dis qu'il faut le remplir, j'espère qu'il va le faire. Avant, je ne me souciais pas des AVK, je donnais le médicament et si le patient n'avait pas de question, je ne lui demandais pas s'il connaissait ses objectifs d'INR (qui devraient être sur l'ordonnance et qui n'y sont jamais). Pour ces deux rendez-vous, on recevait quarante euros, payables pour 2013 en mars 2014. On a évalué qu'il y avait environ quarante personnes cibles par officine, ce qui fait 1 600 euros par an. Mais quand on voit comment cela se passe quand on fait asseoir un patient, pour que les choses commencent à se décanter... Quand il a déjà vu le médecin, qu'il a sa famille sur le dos et son pharmacien qui lui casse les pieds, pour qu'il arrive à dire pourquoi il ne prend pas le médicament, il faut trente à quarante minutes. En un quart d'heure, je ne peux pas faire parler les gens. Si je veux faire de l'entretien motivationnel, si je veux comprendre le malade, c'est quarante minutes. Le médecin n'a pas non plus quarante minutes. On peut le faire une fois mais ce n'est pas reproductible.

#### **Qu'avez-vous dit à Marisol Touraine ?**

J'ai dit : « Nationalisez-nous, puisque vous pensez que les pharmaciens gagnent trop et que la France

a besoin d'argent. Vous avez un secteur de vingt-deux mille pharmacies, rachetez-les et faites les tourner. Et payez-nous le prix « juste », décidez le nombre que vous pensez utile dans chaque pharmacie pour faire des entretiens, etc., et si cela ne marche pas vous le verrez. » Je suis prêt à être pilote si elle veut. Elle ne pourra pas le faire. Aujourd'hui, les pharmaciens qui travaillent proprement font comme moi entre soixante-dix et quatre-vingt heures par semaine, minimum avec le travail administratif. Elle va devoir me payer quarante-cinq heures supplémentaires si j'accepte de les faire. Il va falloir créer des emplois. Si elle ne le fait pas, cinq mille pharmacies vont fermer. Au dernier conseil de Sécurité sociale où je suis allé (deux fois par an, la Sécu rencontre les professionnels de santé), je leur ai dit : « Vous êtes hallucinants, ici on voit des camemberts sur les génériques, des statistiques... et dans vos petites têtes, c'est l'offre de soins qui crée la dépense de soins. Il faut réduire l'offre de soins pour réduire la dépense de soins. Vous avez raison, je connais une zone dans le sub-Sahara où il n'y a ni médecin ni pharmacien ni kiné, il n'y a aucune dépense de soins, il n'y a pas besoin de cotisation, mais on meurt à 35 ans. »

Dans le 77, il y a des déserts médicaux, il y en aura bientôt dans le 92, les dépenses de soins vont se réduire toutes seules. Il n'y a plus de médecin qui veut s'installer, il n'y a plus de pharmacien qui veut s'installer, il n'y a plus d'infirmière qui veut s'installer. Les gens mourront plus tôt, cela va s'équilibrer. La représentante de la CGT à la Sécu s'est fait applaudir par nous, les libéraux. Ce qui m'intéresse, c'est l'intérêt supérieur des patients. Les pharmaciens, il y en aura toujours, c'est le plus vieux métier du monde. Je ne suis pas inquiet pour nous, il y a toujours eu des *medicine man*. C'est pour la santé que je suis inquiet, parce que les gens n'arrivent plus à se faire prendre en charge correctement. ■

**Aujourd'hui, les pharmaciens qui travaillent proprement font entre soixante-dix et quatre-vingt heures par semaine, minimum.**

- 1. Site [www.maformationofficinale.com](http://www.maformationofficinale.com) édité par DMVP Formation, société indépendante ne recevant pas de fonds publicitaires. Siège social à Angers.
- 2. [cvao.org](http://cvao.org) : accessible sur Internet, ouvert à tous les pharmaciens ; il faut s'inscrire (c'est gratuit, on reçoit un mot de passe) pour accéder aux recommandations de pratiques officielles.

# Un médecin, ça sert à quoi ?

**Les besoins de santé ont bien changé depuis cinquante ans, il est temps d'expérimenter d'autres types d'organisation du système de soins.**

**Yves Charpak,**  
médecin de santé  
publique, évaluateur,  
épidémiologiste,  
biostatisticien...

Poser ces deux questions à des professionnels en pleine tourmente de questionnements institutionnels et médiatiques sur leur place, leur organisation, leur rémunération, leur utilité m'expose à me faire traiter de traître, comme ça m'est arrivé récemment sur un

blog de confrères : « Vous, médecin de santé publique, êtes tout ce qu'on déteste, contre quoi on se bat, car nous savons ce qui est bon pour nos patients et des gens comme vous nous empêchent de faire notre métier »...

Mais les débats complexes entre médecins d'exercices différents et entre les médecins et la société montrent bien que ça n'est pas si simple.

Quoi de commun et quoi de spécifique entre un chirurgien neurologue, un coelioscopiste urologue, un gastro-entérologue endoscopiste, un radiologue, un urgentiste, un dermatologue en ville, un généraliste en cabinet individuel, un pédiatre en PMI, etc. ? Quoi de commun et quoi de spécifique entre une consultation externe hospitalière, une consultation de médecine de travail, une consultation en centre de santé, une consultation de médecin libéral, une visite de généraliste ? Quelle différence entre un examen d'optique pour des lunettes fait par un opticien et celui que fait un ophtalmologiste ? Quelle différence entre un vaccin fait par un médecin et celui fait par un infirmier ? Quelle différence entre

un soutien « psychologique » pour « stress » par un psychiatre, par un médecin du travail, par un médecin généraliste... par un psychologue... par un homéopathe... ou, un peu de provocation, par un guérisseur ? On pourrait développer à l'infini, et il faudrait

proposer des réponses pertinentes et convaincantes. La nomenclature des actes médicaux, la certification des médecins par des diplômes et des formations qualifiantes, les accréditations et évaluations des structures et des actes, ne donnent pas à la société toutes les réponses attendues.

Une anecdote : quand ma fille a eu 13-14 ans, elle a rempli avec sa mère un formulaire d'orientation pour l'école. Après avoir rempli la rubrique « métier du père », elle est venue me voir et m'a demandé : « C'est vrai que tu es docteur ? » Il faut dire que mon dernier patient est loin derrière, comme

« médecin de santé publique ». Mais alors, y a-t-il un lien entre mon métier et celui des « vrais » médecins, un médecin de santé publique est-il un maillon de la chaîne de soin avec une compétence spécifique ?

Tout ça renvoie à un peu d'histoire, que l'on gardera simple : les populations du milieu du XX<sup>e</sup> siècle vivaient assez rarement au-delà de la soixantaine, leurs maladies principales étaient soit des infections, pas toujours accessibles aux traitements, mais qui constituaient des événements aigus, ou à la rigueur évoluant par poussées aiguës avec peu d'intervention « entre deux », soit des incidents, accidents, perturbations aiguës nécessitant des actes immédiats, diagnostiques, chirurgicaux, médicamenteux, avec les limites de la panoplie de l'époque. Les intervenants étaient bien catalogués, peu redondants, chacun avec ses outils : le médecin de ville, notable local, généraliste en un sens très large, qui passait la main à l'hôpital lorsque la lourdeur des actes à accomplir le dépassait. La solvabilisation de l'intervention des médecins, pour la plupart des citoyens, a été une formidable avancée de la mise en place de la Sécu que nous connaissons après la deuxième guerre mondiale (mais pas pour tous à cette époque, car ne l'oublions pas, notre couverture universelle date de 1999 seulement).

Depuis 1945, les outils de diagnostic et de traitement disponibles sont devenus pléthoriques. De mieux en mieux évalués en amont de leur mise à disposition des médecins, dans des contextes expérimentaux, mais presque jamais après et en situation « réelle d'utilisation ». Evaluations d'ailleurs plus rares si l'on parle des actes médicaux eux-mêmes. Et presque rien ne « disparaît » de la liste de ce qui est sur « le marché » de la médecine, qui du coup est infinie, pléthorique. De plus, l'arrivée dans le champ de la médecine individuelle d'actes de prévention, justifiés par un impact collectif, conduit à une confusion complémentaire : qui se souvient au quotidien qu'une pression artérielle un peu élevée, sans aucun symptôme (ce qui n'est pas l'hypertension artérielle maladie...), n'est qu'un facteur de risque pour des maladies à venir, dont le traitement médical n'est qu'un pari probabiliste basé sur un bénéfice « de groupe » ? Or de plus en

« C'est vrai que tu es docteur ? »

plus d'actes médicaux correspondent à ce type d'approche, sans qu'ait été introduite réellement une catégorie « d'actes spécifiques » autour d'un paradigme de soin qui n'est plus celui de la réponse à une demande individuelle pour un problème de santé perçue. Cela inclut les vaccins qui sont perçus de plus en plus comme des options et des choix personnels, et non la participation à une protection collective de la société contre certaines maladies transmissibles.

Depuis 1945 aussi, les médecins sont devenus de plus en plus spécialisés dans des actes et secteurs spécifiques du corps humain. Spécialités « reconstruites » par les instances supérieures ou simplement autodéclarées, avec ensuite le cas échéant des activités de lobbying pour se faire reconnaître comme « différents des autres ».

Depuis 1945 aussi, les institutions se sont multipliées, il n'y a jamais eu autant de structures des soins et de professionnels, sous toutes les formes juridiques, organisationnelles, capitalistiques, sans que des mandats distincts et spécifiques aient été réellement précisés, même si les Schémas Régionaux de Santé pallient un peu ce défaut. Mais aujourd'hui, plutôt que de clarifier les mandats, on nous parle surtout de pénurie et de « déserts » d'un côté, ou d'abus de facturation de l'autre. À ce titre, regarder ce qui se passe ailleurs est parfois instructif : on nous dit que la France est un des pays européens qui dépense la plus pour sa santé. C'est vrai seulement en pourcentage du PIB, pas en dépense réelle, car notre PIB est plus bas que celui de nombre de nos voisins Européens. En valeur absolue, nous ne sommes plus qu'au 10<sup>e</sup> ou 11<sup>e</sup> rang... Les autres sont donc plutôt proches de nous en dépenses de santé. Mais tout ça reste « beaucoup d'argent ». La société a légitimement le droit de se demander comment tout ça est dépensé et si ça remplit au mieux les fonctions attendues. Toujours en regardant ailleurs, on peut se demander si les Hollandais, qui dépensent un peu plus que nous aujourd'hui pour leur santé, mais qui ont deux fois moins de lits d'hôpitaux par habitant, seraient devenus fous et laissent mourir leurs malades aux portes de l'hôpital : ou alors, pourrait-on se passer efficacement de la moitié de nos lits d'hôpitaux ? On pourrait aussi se demander, en allant voir en Allemagne, qui dépense comme nous en valeur absolue pour la santé avec autant de lits d'hôpitaux, mais avec beaucoup moins d'hôpitaux par habitant (plus concentrés donc), comment ils gèrent l'accès à leurs structures hospitalières et ce qu'elles font... Y aurait-il dans les deux cas des alternatives en ville, non hospitalières, qui font la même chose que nos hôpitaux ou simplement permettent de gérer mieux l'accès à l'hôpital ? Ce qu'on appelle hôpital pourrait-il être différent dans chaque pays ? Là encore, savons-nous bien répondre à cette

question : que font nos diverses structures de soins ? Sont-elles les mieux adaptées aux besoins et aux attentes des citoyens, au-delà des incantations et appels de détresse de chacune des parties concernées ? Au niveau d'un cabinet de médecine générale, cela pourrait se traduire autour des questions suivantes : à quoi et à qui sert ma consultation (base populationnelle de mes « clients ») ? À quelle fréquence faut-il répéter les consultations ? Y a-t-il des consultations « inutiles » (au sens évaluatif du terme, comme on le ferait pour un médicament : n'apporte rien de démontré à la santé du patient) ?

Tout ça renvoie bien à des questions essentielles : c'est quoi une rencontre entre un médecin et un patient ? Ça remplit quelle fonction et y a-t-il des fonctions « oubliées » ? Y a-t-il des fonctions qui sont ou devraient être des actes participatifs, multi professionnels, instantanément ou étalés dans le temps ? Quels sont les lieux et les organisations les plus adaptés à ces fonctions ? Y a-t-il d'autres secteurs de la société qui contribuent ou pourraient contribuer aussi aux mêmes fonctions, voire même qui pourraient le faire mieux ou de façon plus efficiente (notion de coût/efficacité) ? Y a-t-il des activités des médecins qui ne relèvent pas de la solidarité collective au titre de la protection maladie (après tout, ne pas manger est très dommageable pour la santé, mais on accepte bien qu'aucune ration calorique minimale ne soit inscrite comme un service au titre de la solidarité santé) ?

Et c'est là qu'il faut réintroduire la notion de besoin de santé, de profils de santé des citoyens, de capacité du système de santé à bien répondre aux enjeux actuels de la santé de notre population, ou de nos populations, car il y a des groupes de besoins assez disparates.

Car depuis 1945, ce qui a le plus changé, c'est le profil des besoins en soins de santé. Le développement de nos sociétés, technologique, environnemental, économique, a contribué largement à un déclin des maladies et à une modification profonde de leur distribution.

Aujourd'hui, la majorité des citoyens vivent longtemps, avec un gain d'espérance de vie qui nous amène à atteindre souvent des âges qui étaient exceptionnels dans le passé : l'espérance de vie atteint 82 ans chez les femmes et 79 chez les hommes... Les médecins hospitaliers ont du mal à l'admettre, mais beaucoup sont de fait devenus des cliniciens gériatres pour une partie de leurs activités. Et la règle aujourd'hui n'est pas que l'on devient très vieux parce que l'on a jamais été malade et donc jamais eu besoin des médecins (qui n'a pas entendu ça un jour dans sa carrière ?), mais au contraire comme conséquence d'une accumula-

■ Tout ça renvoie à des questions essentielles : c'est quoi une rencontre entre un médecin et un patient ?

.../...

.../... tion efficace de soins tout au loin de la vie, préventifs ou pour limiter les conséquences de maladies inévitables et multiples. On survit à ses accidents de sport, de transport, de bricolage et à son cancer, son infarctus, son AVC, etc. Sans parler d'une ou deux maladies métabolique ou rhumatologique ou autres pathologies chroniques. Et chacun en a souvent plusieurs. Ce sont des malades « en bonne santé », paradoxalement et grâce au système de soins.

Mais ce système semble aujourd'hui saturé et dépassé en « intelligence » organisationnelle comme en financement. Et les citoyens, presque tous « patients », le savent de plus en plus : l'information de leurs médecins est doublée de celle de leur entourage, abondée de la prolifération de médias santé, certains traditionnels sur papier encore, mais surtout de sites d'information Internet, parfois discutables mais souvent assez documentés et bien construits... par des professionnels de santé d'ailleurs. Cherchez aujourd'hui une information sur n'importe quel sujet de santé, Doctissimo ou Wikipédia seront dans les cinq premiers sites, et pas les informations plus officielles de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), les Universités ou le ministère de la Santé. Et on citera aussi les autres sites qui parfois offrent « n'importe quoi », de la faiblesse négligente à la manipulation organisée (en particulier sur les vaccinations).

Or comment concilier cette nouvelle donne de la santé de la population avec un système qui a été construit pour ne répondre qu'à une demande ponctuelle, à la fois d'un patient docile et confiant, sans lien sérieux et pérenne avec ses autres problèmes ni avec les autres acteurs de prise en charge impliqués ? Certes, il y a eu des centaines d'expériences de mise en réseau de médecins et même d'autres professionnels de santé, partenariats souvent riches et portés par des acteurs extrêmement motivés. Il y a des incitations au regroupement des médecins de ville, des expériences de mettre l'hôpital au service de la ville. Il y a le Dossier Médical Personnel (DMP) pour regrouper les informations d'un même patient, des outils de management pour gérer des pathologies chroniques spécifiques (le diabète...). Il y a les Agences Régionales de Santé (ARS) pour mettre tout ça en musique au niveau régional... Et d'autres projets, avec des succès variés.

Mais en même temps, le besoin de paix sociale et les lobbys divers interdisent de modifier en

profondeur les organisations : mandats, nombre, localisation, tutelles, agences, gouvernance... La place et l'organisation des professionnels dans la « communauté » (au sens international du terme : là où les gens vivent) est objet de négociations assez peu ouvertes. Le rôle et le financement des divers acteurs sont peu flexibles, les enveloppes sont figées et les acteurs ont peur de ce qu'ils pourraient perdre, les empêchant de voir ce qu'ils pourraient gagner. Paradoxalement, pour en revenir à nos voisins européens, leurs organisations moins centralisées et plus pragmatiques leur ont permis souvent d'expérimenter et de mettre en place ou de susciter des alternatives avec de réelles avancées. Même hors d'Europe, certaines expériences comme celles du Brésil, qui a développé des équipes de soins primaires incluant des infirmiers et des acteurs communautaires autour d'un médecin, montrent qu'on peut innover pour former des équipes efficaces et efficaces (activité rapportée au coût).

En conclusion, il est temps d'ouvrir les vannes à l'expérimentation par tous les acteurs et de repenser l'organisation du système, non pas pour sauver les organisations en place (hôpital, médecine libérale, industrie), mais pour optimiser le service rendu à toute la population dans le périmètre des contraintes budgétaires:

- Il faut repenser les statuts des professionnels (pourquoi pas un « praticien de santé »), indépendamment de sa localisation et autorisés à exercer en partie comme salarié et pourquoi pas aussi en partie comme « libéral », à l'acte, pour des activités ponctuelles (certificats ou expertise par exemple) ou n'entrant pas dans du suivi nécessitant de la coordination.
- Il faut redéfinir la nomenclature des actes médicaux, non pas dans un but de paiement à l'acte, mais dans un objectif d'optimisation de la qualité de la prise en charge, en y incluant aussi une description de « la consultation médicale ».
- Il faut repréciser le périmètre de la solidarité en santé et définir explicitement ce qui n'en relève pas. Pour l'instant, les hasards de la géographie et de la bonne connaissance du système conditionnent pour une bonne part l'accès aux soins disponible et/ou les plus pertinents.
- Il faut repenser les rôles des institutions de soins, en particulier hospitalières, en lien avec des objectifs de santé : par exemple en Allemagne, les assurances santé obligatoires remboursent mieux les actes en ville s'ils peuvent être réalisés de façon pertinente et en sécurité dans des cabinets... les institutions s'adaptent alors spontanément. ■

■  
Pour en savoir plus sur les autres systèmes de santé européens : [www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory](http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory)

# L'important, c'est le projet !

**Contre les déserts médicaux, construire un exercice collectif de premier recours qui porte un projet au service de la population.**

Dans le capharnaüm des propositions de solutions contre les déserts médicaux, il est difficile pour un citoyen, pourtant premier concerné, de s'y retrouver. Sa préoccupation échappe aux élus qui prônent la contrainte, et aux professionnels qui la refusent. Ceux qui parlent d'incitation font semblant de ne pas savoir que cela ne marche pas. Le débat entre médecins salariés et médecins libéraux resurgit, chacun défend ses avantages.

Les solutions sont connues : c'est l'exercice regroupé du premier recours. « Maison de Santé Pluriprofessionnelle », « Pôle de Santé », « Centre de Santé », « Structure d'Exercice Collectif », « Unité Sanitaire de Base », « Centre de Santé Intégré », tous ces vocables définissent un cadre d'exercice collectif du soin. L'essentiel n'est pas le statut juridique de la structure, ni les modalités de rémunération des professionnels, mais de savoir ce que l'on y fait. Sous ces appellations, on trouve tout et son contraire, de la polyclinique de médecins spécialistes au centre de santé communautaire, en passant par le cabinet de groupe de médecins ou de paramédicaux. L'essentiel est dans la nature du projet.

Se réunir pour construire ensemble, médecins, paramédicaux, pharmaciens, parfois travailleurs sociaux, plus rarement usagers de la médecine, un exercice collectif rompt avec le modèle dominant de l'exercice solitaire du soin : responsabilité individuelle, liberté totale d'installation. Celui-ci est condamné car il ne permet pas de s'adapter à l'évolution paradoxale de la médecine, dont les progrès ont transformé des maladies mortelles en maladies chroniques. Paradoxe, cette médecine biotechnologique de haut niveau ne peut elle-même empêcher les complications graves de ces maladies chroniques : l'accident vasculaire cérébral pour l'hypertension, la cécité et l'insuffisance rénale pour le diabète, les maladies neuro-dégénératives... Pas de pilule miracle contre ces complications, mais un arsenal d'actions de soins, de prévention, d'éducation, de résolution des problèmes sociaux, de prise en compte des facteurs culturels, d'accompagnement de la personne dans son parcours de vie. On ne peut plus exclure l'expertise par le malade de sa propre maladie. Et je défie un médecin ou autre paramédical, seul dans son exercice, d'être compétent pour organiser un

tel parcours de santé. La réponse ne peut plus être exclusivement médicale, mais une réponse en termes de santé. Elle se construit, se façonne, dans le cadre d'un projet collectif. « Dis-moi quel est ton projet de santé et je te dirai si ton exercice collectif est en phase avec les besoins de la population ».

Cela sous-entend de nouvelles activités, de nouvelles perspectives, de nouvelles coopérations, de nouvelles compétences, de nouveaux regards sur sa pratique, et sur la santé d'une population. Il faut accepter de bouleverser les pratiques. Même si un acteur isolé désireux d'intégrer cette démarche collective, mais ne pouvant ou ne voulant pas quitter son cadre d'exercice habituel, peut y participer. Nous avons donc créé les « pôles de santé », organisant l'action collective sur un territoire. L'avenir est dans la santé, si l'on veut adapter sa pratique aux réalités exprimées dans nos cabinets médicaux. Les jeunes générations l'ont compris. Beaucoup d'entre eux souhaitent s'engager dans des projets professionnels où l'action collective permet d'agir et en construisant un parcours de santé avec les personnes malades.

Ce « projet de santé de l'exercice collectif » répond à des exigences nécessaires car utiles à la population : permettre l'accès aux soins pour tous, proposer des solutions face aux cas complexes du quotidien, partager les savoirs et construire des coopérations sans hiérarchie entre acteurs de soins, rapprocher le sanitaire du social et, dès que possible, offrir aux personnes malades une place importante dans le dispositif. En s'émancipant des représentations négatives concernant les autres acteurs qui agissent sur le même territoire. Bref, lever la tête et puiser dans ce projet les ressources pour exercer joyeusement son métier. Ne pas tout réinventer, car la médecine qui respecte l'autre, l'humanisme au cœur de nos pratiques, le partage des savoirs existaient bien avant que le monde de la médecine technologique n'impose son modèle.

Le « projet santé » se construit progressivement, étape par étape, avec de la patience, du dialogue, et l'aide de ceux qui en ont déjà réalisé. Mais, surtout, en croyant aux valeurs qui fondent notre engagement dans la santé au service de la population. ■

**Didier Ménard,**  
médecin généraliste

# Des syndicats médicaux proposent

Professionnels de santé, personnel soignant  
 Aménagement du territoire, Décentralisation, Soignants/territoires,  
 Répartition

**Comment lutter contre les déserts médicaux et améliorer l'accessibilité des soins tant au niveau géographique que financier ?**

## MG France : propositions et analyse

**Jacques Battistoni** La détermination constante de MG France à défendre l'accès aux soins et à promouvoir la profession de médecin généraliste n'est plus à démontrer. Notre revendication première est la diversification des modes de rémunération, notamment par la création d'un forfait médecin traitant pour tous les patients.

pour MG France, syndicat représentatif de généralistes participant aux négociations

L'avenant 8 à la convention médicale a institué ce forfait avec une valeur de base de cinq euros.

Lutter contre les déserts médicaux pour MG France, c'est faire évoluer le forfait médecin traitant en le modulant. La première modulation doit être territoriale avec une majoration conséquente dans les zones sous dotées. MG France voit dans cette modulation du forfait à la fois une vraie incitation à des installations pérennes et un moyen pour préserver les médecins déjà installés sur ces territoires. Cet outil, le forfait modulé sur le plan territorial, est un levier essentiel pour répondre au défi posé par les déserts médicaux, car cet investissement sur le premier recours ne passe pas par une augmentation de la valeur des actes.

Nous revendiquons aussi, pour préserver l'accès aux soins pour tous, la possibilité d'un tiers-payant intégral régime obligatoire et régimes complémentaires. Les procédures techniques ne sont pas très simples à mettre en œuvre, mais la volonté politique est déterminante et seule capable de mettre un terme aux obstacles techniques.

Les soins de premier recours sont le plus souvent la première porte d'entrée des patients dans le système de santé. L'accès à ce premier recours doit être facilité. Les rémunérations forfaitaires permettent d'améliorer l'équilibre économique de nos cabinets sans conséquences sur le reste à charge des patients.

### Revalorisation de la médecine générale

Elle doit prendre plusieurs formes :

- Universitaire : Il faut augmenter le nombre de maîtres de stage universitaire et améliorer leurs rémunérations. Les enseignants de notre discipline ne doivent plus connaître la précarité. Leur nombre doit être en rapport avec le nombre des étudiants à former.

Pour promouvoir le choix de la médecine générale, nous voulons que le stage de deuxième cycle en médecine générale, obligatoire dans la loi, devienne enfin partout une réalité. On parle actuellement d'augmenter d'une année la durée de l'internat. Cette année devrait, pour MG France, se dérouler uniquement en cabinet de médecine générale.

- Structurelle : La création du collège de la médecine générale est une chance pour notre profession. Il doit être reconnu comme la voix de la discipline, notamment en ce qui concerne les recommandations de pratiques et la définition des indicateurs qui déterminent la rémunération sur objectifs de santé publique. Enfin, nous demandons de véritables outils politiques pour parler au nom de la médecine générale. Les modes de scrutins aux élections professionnelles et les critères qui en résultent et déterminent la capacité de signature des conventions doivent être revus.

### Accompagnement des professionnels

L'action de MG France, en lien avec des partenaires tels que la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), est tournée vers l'accompagnement des professionnels pour les ouvrir à l'exercice pluriprofessionnel et leur donner les moyens de dire ce qu'ils font et de faire ce qu'ils disent. Cet engagement avec les autres professionnels de santé de premier recours est déterminant pour une véritable revalorisation de métier. Un accompagnement professionnel par une formation continue indépendante, indemnisée et ouverte à tous les médecins est indispensable. Cette formation tout au long de la vie professionnelle doit continuer à s'appuyer sur des organismes locaux et nationaux qui ont fait la preuve de leur compétence et de leur savoir-faire.

### Investissement financier

La valorisation du métier de médecin généraliste passe par le développement de rémunérations forfaitaires. Forfait médecin traitant modulé en fonction du territoire, forfaits en fonction d'objectifs de santé publique et forfaits rémunérant la coordination inter professionnelle.

### Installation des jeunes professionnels

Pour MG France, toute mesure coercitive supplémentaire serait dramatique car contre-productive. Les méde-

cins généralistes sont fatigués de travailler sans moyens et ont le sentiment d'être sous-estimés. Il y a un déficit d'inscription en troisième cycle de médecine générale, un cruel déficit à l'installation et de nombreuses cessations prématurées d'activité soignante. Toute nouvelle contrainte sans plus value réelle ne ferait qu'accroître les déserts médicaux.

Pour MG France, le levier principal est le forfait médecin traitant. Avec une modulation en fonction des territoires et sur des objectifs de santé publique. Le jeune installé n'ayant le plus souvent pas de patient en médecin traitant, nous demandons qu'il bénéficie, lors de son installation dans une zone non surdotée et pendant deux ans, d'une garantie de rémunération forfaitaire calculée sur la moyenne des rémunérations des autres généralistes du territoire (la définition du territoire fait actuellement l'objet de propositions). Cette garantie pourrait être dégressive dans le temps, le relais étant pris par la constitution de la patientèle propre du nouveau médecin généraliste.

Enfin la protection sociale du médecin généraliste, et plus particulièrement de la femme médecin généraliste, doit être rapidement améliorée. L'un des principaux freins à l'installation est la précarité possible à l'occasion d'une maternité. Notre syndicat demande l'obtention de l'avantage supplémentaire maternité pour donner un véritable revenu à la femme médecin lors de son congé maternité.

Depuis longtemps pour MG France, la médecine générale est une discipline et non un mode d'exercice. Exercice libéral et salariat ne doivent pas s'opposer. Les problèmes se situant plus en termes de non-organisation que de pénurie, il y a de la place pour toutes les initiatives sur un territoire. Peu importe si la solution

proposée est un centre de santé associatif, l'adossement à un hôpital local, ou un pôle de santé libéral, si c'est celle des professionnels du territoire.

Le temps est à l'innovation et à la créativité. Il ne faut rien interdire si la proposition contribue à la qualité et à l'accès aux soins de tous.

Revaloriser la médecine générale, c'est permettre qu'elle inscrive son exercice au sein d'une équipe de premier recours. L'interprofessionnalité donne toute sa dimension à notre exercice de coordonnateur du parcours de santé du patient. Le travail pluriprofessionnel s'appuie d'abord sur l'existence d'une forte dynamique humaine, façonnant une équipe qui se reconnaît sur les plans humain et professionnel, connaissant et reconnaissant les compétences de chacun. Cette équipe se fédère autour d'un projet de santé, expression des missions dans lesquelles s'investissent les professionnels. Il est souvent le lieu de l'innovation par de nouveaux services aux patients.

Enfin ce projet se déploie sur un territoire identifié : somme des patientèles, quartier, communauté de communes, bassin de vie... Le projet identifie ainsi le sujet de son action.

Une Equipe, Un Projet, Un Territoire. Ensemble, c'est mieux.

Ce cadre étant posé, il faut un modèle économique stable et durable pour l'équipe. L'expérience des nouveaux modes de rémunération en est la préfiguration. MG France demande la création de conventions territoriales entre équipes de soins et Agences Régionales de Santé ouvrant droit à une dotation commune, finançant la structuration des équipes et leurs actions. Cette dotation d'équipe, et non somme de dotations individuelles, est un levier essentiel pour structurer le premier recours sur un territoire. ■

## SNJMG : la partie émergée de l'iceberg

**Pierre Martin :** Pour le SNJMG, les déserts médicaux ne sont que la partie émergée de l'iceberg constitué par les conditions d'exercice des médecins généralistes. Ce qui fait qu'elle soit émergée, c'est l'effet révélateur :

- des contraintes de la démographie médicale (plus de partants que d'arrivants) ;
- des ratés de l'aménagement du territoire (les zones démographiquement et/ou économiquement sinistrées) ;
- de l'évolution des choix professionnels des médecins (grandement superposables à l'évolution des choix du restant de la population).

**Pratiques :** Comment aider les internes qui ont eu des conditions de travail très dures pendant l'internat et qui font tourner les hôpitaux, à envisager leur futur métier autrement que dans la volonté de compensation financière ?

Pour le SNJMG, la gratification financière post internat ne doit pas être liée aux conditions d'exercice des internes. Or, les pouvoirs publics ont longtemps usé de cet argument (ainsi que de l'argument du statut d'étudiant) pour justifier des conditions d'exercice indignes durant l'internat. C'est pourquoi, le SNJMG s'est investi dans toutes les grèves d'internes de 1998 à 2012 pour obtenir :

- le statut de praticien en formation (et abandonner officiellement celui de simple étudiant) ;
- une protection sociale et une rémunération dignes de leur rôle en stages.

**Quelles sont les aspirations des jeunes médecins vis-à-vis de l'organisation du travail en médecine générale ?**

Entretien avec  
**Pierre Martin**  
pour le Syndicat  
National des Jeunes  
Médecins  
Généralistes,  
syndicat de jeunes  
médecins  
généralistes et  
internes

.../...

Il n'y a pas d'aspiration identique pour tous les jeunes médecins vis-à-vis de l'exercice de la médecine générale. Mais nous relevons des tendances lourdes en faveur de l'exercice en groupe voire pluridisciplinaire, de l'exercice salarié, du panachage des modes d'exercices et de l'évolutivité professionnelle.

**Ne pensez-vous pas qu'il faudrait une revalorisation de la paye des étudiants en médecine dès le second cycle pour éviter leur exploitation et leur frustration ?**

Effectivement, le SNJMG juge scandaleuse la rémunération des étudiants dès le deuxième cycle (DCEM), à partir de la 3<sup>e</sup> année d'étude (128 euros mensuels).

**Quelles propositions pour rendre la médecine générale plus attractive ? Ne pensez-vous pas qu'il faut un autre mode de recrutement des médecins que les concours ? A votre avis, quelles mesures prendre au niveau de la formation des étudiants ?**

Pour rendre la médecine générale plus attractive, le SNJMG propose que :

- la médecine générale soit découverte par tous les étudiants de médecine (donc dès le 2<sup>e</sup> cycle) ;
- les conditions d'exercice des médecins généralistes provoquent de l'envie et non de la peur, de l'écœurement ou de la déception.

**Quelles sont vos revendications vis-à-vis des stages sur le terrain (moment, nombre, qualité de l'encadrement) ?**

- stages accessibles à tous (dès le 2<sup>e</sup> cycle) ;
- stages diversifiés tant en termes de soins primaires que de modes d'exercice de la médecine générale ;
- vrai statut universitaire des maîtres de stages avec un véritable salaire permettant de découpler leur rémunération du nombre d'actes effectué par le stagiaire.

**Pour vous, comment faire face à la fois aux questions de rémunérations des médecins et d'accès aux soins pour les patients qui renoncent aux soins pour des raisons financières (absence de mutuelle, problème du secteur 2 et des dépassements d'honoraires) ?**

Le SNJMG demande :

- la suppression des « franchises médicales » ;
- la suppression des pénalités financières des patients consultant un autre médecin généraliste que son médecin traitant ;
- la révision du parcours de soins qui fait qu'il existe plus d'une trentaine de tarifications possibles pour un même acte en second recours ;
- le remplacement des deux secteurs conventionnels par un secteur unique revalorisé.

**Comment voyez-vous la revalorisation de la médecine générale ?**

Elle doit se faire à tous les niveaux, sinon elle restera théorique :

- Revalorisation universitaire : la moitié des médecins seront des généralistes, est-ce que la médecine générale

est représentée à 50 % dans les facultés de médecine (nombre d'enseignants, moyens alloués, postes de responsabilité...) ?

- Revalorisation du métier : le médecin généraliste doit-il avoir comme activité essentielle la gestion des infections banales et le remplissage des formalités administratives ? Doit-il continuer à travailler autant d'heures par semaine ?

- Revalorisation tarifaire : les médecins généralistes, comme de nombreuses spécialités cliniques, sont parmi les médecins les moins bien rémunérés en France et ils sont parmi les médecins généralistes les moins bien rémunérés en Europe occidentale.

**Pour attirer de jeunes médecins, comment vous situez-vous dans la controverse entre différentes options ? Certains évoquent une revalorisation financière à l'intérieur du paiement à l'acte, voire même le recours aux dépassements d'honoraires, certains pensent nécessaire une sortie du paiement à l'acte, avec du salariat et paiement à la fonction ou la capitation.**

Le SNJMG est favorable à un paiement panachant paiement à l'acte (notamment actes techniques) et forfaits (au moins un forfait « structure » et un forfait « suivi de patient »). Et proposer en alternative un véritable statut salarié, aussi bien en structure privée que dans un cadre public.

**Quel cadre et quelles conditions, à votre avis, permettraient d'améliorer à la fois les conditions d'exercice et l'accessibilité des soins ?**

Ce double objectif correspond à un choix politique : que veut la collectivité en termes d'organisation du système de soins ? L'arbitrage en faveur des soins primaires n'a toujours pas été fait...

**A quelles conditions pensez-vous que la pluridisciplinarité puisse fonctionner ? La présence d'habitants relais dans les maisons de santé vous semble-t-elle pertinente ?**

Pour le SNJMG, il faut un cadre réglementaire d'exercice suffisamment performant en termes d'objectifs et robuste en termes pratiques. Il faut donc de bons statuts et un véritable projet médical. Aussi, en dehors du cas particulier d'une structure publique, le SNJMG s'oppose à la création de maison de santé sans médecin à l'initiative du projet et participant à son activité.

Le SNJMG n'a pas d'opposition à l'intervention de patients dans une maison de santé, restent à en définir les objectifs et le cadre.

**Et la pluridisciplinarité ? Et les habitants relais ?**

Non seulement nous n'avons pas d'opposition à cette coexistence, mais nous l'appelons de nos vœux avec notre revendication de transformer la fonction publique hospitalière en fonction publique de santé. Bien sûr, localement, nous demandons un dialogue entre structures publiques et structures privées dès l'initiation d'un projet de structure publique. ■

# Twitter dans le désert

**La solution Internet pour concilier l'envie d'installation dans l'hyper-rural, continuer à se former et garder le contact avec les autres soignants.**

Je voulais m'installer en rural. Mieux, je voulais m'installer dans l'hyper-rural. L'isolement des centres hospitaliers et des spécialistes, loin de m'effrayer, me paraît la meilleure garantie de pouvoir continuer à faire de la médecine vraiment générale. Urgences, gynécologie, pédiatrie, petite chirurgie contribuent à faire le sel de mon exercice au quotidien. Pourtant, la solitude m'a rapidement pesé. Il y a bien quelques confrères autour de moi, mais nos façons d'exercer sont très différentes, sans même parler de la manière d'aborder les patients. Nos relations sont cordiales, mais, à vrai dire, en dehors des politesses d'usage et des arrangements pour les gardes, nous n'avons pas grand-chose à partager. Avec qui échanger sur mes émotions, sur ce qui coïncide, sur mes difficultés techniques ou relationnelles ? Un groupe de pairs ou un groupe Balint ? Je n'en connais pas à 50 km à la ronde.

Un peu par hasard, j'ai découvert les blogs médicaux. L'internet m'a alors offert la possibilité de voir que d'autres vivaient ce que je vivais moi aussi, que nous avons les mêmes difficultés, les mêmes questionnements ou, parfois, des approches différentes qui pouvaient se compléter. Et qui pouvaient s'enrichir par le biais des commentaires.

Et, du coup, je me suis mis à rédiger mon propre blog. Puisque j'ai des choses à dire, je vais les dire ! Et tant mieux s'il y en a que ça intéresse.

Un jour, une amie blogueuse m'a dit « Viens donc sur Twitter ! Tu verras, c'est sympa, il y a plein de copains avec qui discuter en direct. » Et c'était vrai. Prudemment, je suis parti à la découverte de cette Terra incognita. Là où les blogs laissent le temps et l'espace aux longues réflexions, Twitter permet des échanges beaucoup plus immédiats, beaucoup plus réactifs. Une difficulté ? Une question technique ? Un coup de gueule ou un sourire à partager ? Il y a toujours quelqu'un pour réagir, répondre, expliquer. Ou pour relayer une information perti-

nente, un article en anglais intéressant. **Borée,** Sans Twitter et nos blogs, nous n'aurions pas pu réaliser l'opération #PrivésDeDéserts <http://boree.eu>

qui a fait parler d'elle à la rentrée. Déjà parce que, sans ces moyens, nous n'aurions jamais pu avoir l'écho médiatique qu'ont eu nos propositions. Mais surtout parce que c'est sur la toile que nous nous sommes connus, que nous avons pu nous rendre compte des idées et des projets que nous partageons pour la médecine générale.

C'est via les listes de diffusion et les sondages Doodle que nous avons pu élaborer ensemble la plateforme « Médecine générale 2.0 ». Riche de nos origines diverses, de nos modes et lieux d'exercice variés, de nos différences d'âges, le débat s'est fait dans une ambiance très positive et fraternelle, sans aucun enjeu de pouvoir, sans quête de leadership, sans blocages sur des idées.

Ces nouveaux médias sont une incroyable richesse. Ils permettent aux praticiens géographiquement isolés de ne plus se morfondre dans leur solitude. De ne plus dépendre non plus, en grande partie, des éléments relayés par les seuls médias et organismes marqués par leurs intérêts, commerciaux ou corporatistes, propres.

Combien de fois, ai-je pu lire sur un blog une analyse argumentée, des informations pertinentes, des données scientifiques solides que je ne voyais nulle part ailleurs ? C'est désormais autant sur le web que dans les rares revues indépendantes que je vais abreuver ma soif de connaissances et de découvertes. C'est mon clavier qui me permet de partager avec d'autres confrères et, mieux, de me confronter à d'autres soignants ou à des citoyens-patients.

Sans les blogs et sans Twitter, je ne sais pas où j'en serais : ils sont devenus essentiels à mon équilibre personnel et professionnel.

Mon groupe de pairs, c'est Twitter. ■

# Partir dans le désert sur contrat

**Le contrat d'Engagement du Service Public n'est pas une réponse adaptée à l'ampleur du problème démographique, mais représente pour certains étudiants une solution immédiate satisfaisante, bien qu'imparfaite et inégalitaire**

**Zoé Michel,**  
étudiante en  
médecine

Je me suis engagée dans les études médicales dans le but de devenir médecin généraliste. J'étais attirée par l'aspect scientifique de la discipline, mais essentiellement par son côté social. C'est la relation privilégiée entre le médecin traitant et son patient, qu'il suit au long cours, qu'il connaît et qu'il prend en charge dans sa globalité d'être humain qui m'a fascinée et qui m'a poussée à me lancer dans ces études. C'est un choix que j'ai beaucoup réfléchi, avant même d'y être. Je vis mon futur métier comme un engagement militant, et il me paraissait évident que j'irais m'installer dans les zones où on aurait besoin de moi.

Assez rapidement, le problème du financement de mes études s'est posé. Je travaillais l'été depuis mes 17 ans, et j'ai également travaillé à temps partiel au cours de l'année universitaire, j'ai fait un tas de petits boulots : manutention en usine, vente de prêt-à-porter, un service civique dans une association, chargée d'assistance en centre d'appel... Mais mener les deux de front était compliqué, d'autant plus à partir de l'externat où il n'y a plus de vacances l'été et beaucoup trop de travail pour se permettre de prendre un temps partiel. Pour autant, je ne suis pas issue d'un milieu modeste, ma mère est institutrice et mon père agronome. Classe moyenne, trois petits frères dont certains commencent à entrer dans les études supérieures, les loyers qui vont avec, juste assez d'argent pour être au dessus des plafonds de bourses... Et des études longues et chères, entre le matériel, les livres, le coût de la vie... Ce que je raconte là n'est que la réalité d'un grand nombre d'étudiants, qui ne sont pas forcément engagés dans des études médicales.

Lorsque j'ai entendu parler du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) la première fois, il y avait tellement peu d'informations à ce sujet que je ne l'avais pas réellement envisagé comme une solution. Puis en octobre 2011, ma faculté a organisé une réunion d'information à laquelle je me suis rendue et au cours de laquelle j'ai pu poser mes questions. Être médecin généraliste et aller en zone dite désertifiée, c'était déjà mon projet. Par contre, à 20 ans, il est compliqué de se fixer sur un territoire en

particulier et s'engager à y rester dix ans. L'avantage majeur de ce dispositif, et ce qui m'a décidée à signer, est qu'on ne nous demande pas cela. Je dois m'engager dans la région où j'effectue mon internat, et j'ai le choix de mon lieu d'installation parmi une liste de (nombreuses) zones ciblées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) comme déficitaires ou prochainement déficitaires. A l'internat, nous choisissons parmi des places réservées aux étudiants en CESP, proposées en fonction des besoins, essentiellement de la médecine générale, mais aussi quelques autres spécialités. Après y avoir beaucoup réfléchi, j'ai présenté un dossier, j'ai eu un entretien à l'ARS et j'ai été retenue. J'étais alors en troisième année.

J'ai donc signé ce contrat par effet d'aubaine, cela n'a pas modifié mon projet professionnel, ça l'a simplement rendu plus concret, et ça a surtout grandement amélioré ma qualité de vie actuelle. Pour l'instant, je ne le regrette absolument pas.

Mais je note quand même des choses contestables dans ce dispositif, et elles ne concernent pas mon cas particulier, mais l'idée générale dont il provient.

La première, évidente, est que les seuls qui renoncent à la sacro-sainte liberté d'installation sont ceux qui ont besoin d'argent... Dans les faits, c'est aussi probablement ceux, dont je fais partie, qui n'y sont pas spécialement attachés, voire qui ne la trouvent pas légitime face aux problèmes d'accès aux soins actuels. De mon point de vue, nous sommes une corporation qui jouit de très nombreux privilèges : des rémunérations confortables, une forte reconnaissance sociale, aucun problème d'accès à l'emploi... Nous sommes formés par l'hôpital public et nous sommes rémunérés, en majeure partie, par la Sécurité sociale et donc par les cotisations de nos concitoyens. Il me paraît donc normal que face à tant d'avantages, nous ayons aussi des engagements vis-à-vis de la société, notamment celui d'être là où il y en a besoin. C'est le cas d'autres professions d'intérêt général, comme les professeurs par exemple, qui jouissent de bien moins de privilèges et qui ont bien plus de contraintes, et ça semble légitime pour tout le monde...

La deuxième qui me frappe est que ce n'est en aucun cas une réponse pérenne au problème de la désertification.

**Les seuls qui renoncent à la sacro-sainte liberté d'installation sont ceux qui ont besoin d'argent...**

tification médicale. D'une part, par le nombre très limité d'étudiants qui signent ce contrat par rapport aux besoins, et d'autre part car cela élude une grande partie des différentes problématiques de la « désertification médicale », notamment l'organisation générale du système de soins, la difficulté croissante d'accès aux services publics en zone rurale, le défi démographique du vieillissement de la population auquel nous sommes confrontés, etc.

En bref, je pense que ce n'est absolument pas une réponse adaptée à l'ampleur du problème, mais pour moi, et d'autres étudiants, c'est une solution immédiate satisfaisante bien qu'imparfaite.

Dans un avenir idéal, je me vois salariée du service public de santé, donc plus exactement fonctionnaire du service public de santé, avec un salaire fixe, travaillant en maison de santé pluridisciplinaire avec d'autres professionnels. Je ne veux pas m'installer seule, d'abord parce que j'aime travailler en équipe, mais aussi et surtout parce que je fais partie de ces futurs médecins qui ont envie de se passionner pour leur métier, de s'y engager pleinement, mais qui ont aussi envie d'avoir une vie « normale », c'est-à-dire d'avoir le temps de vivre à côté, d'avoir des loisirs, du temps à passer avec leurs proches... Ce n'est pas d'un traitement de faveur comme une augmentation de la rémunération, le droit de dépasser les tarifs conventionnés ou je ne sais quel autre enfumage dont j'ai envie. J'ai envie de pouvoir prendre en charge mes futurs patients correctement, dans un système de santé qui fonctionne, avec un financement pérenne, avec des conditions de travail décentes et des conditions de vie agréables : des transports publics, des centres de soins de proximité, une offre culturelle, des écoles...

Pour ce qui est de mon lieu d'installation, je ne suis

pas fixée. Je souhaite rester à l'ouest de la France, car c'est la région que je connais et là où se trouve la majorité de mes attaches. J'ai des envies d'Ariège, car c'est une région que je connais et que j'adore, mais j'ai aussi d'autres idées... J'ai encore plus de deux ans avant de faire le choix de la région de mon internat, je vais les utiliser pour y réfléchir posément.

Pour ma génération de futurs médecins, nous allons arriver dans la vie professionnelle à un moment compliqué. Plutôt que s'arquer-bouter sur les classiques revendications corporatistes, il serait intéressant de soulever les vrais problèmes. Celui des conditions de travail, d'abord, car nous sommes nombreux, aujourd'hui, à ne pas vouloir nous sacrifier pour notre métier et pour autant à avoir très envie de l'exercer, et de bien l'exercer. Celui de l'accès aux études médicales (et aux études supérieures en règle générale d'ailleurs) qui sont longues, coûteuses, et peu à la portée des personnes issues de milieux populaires, ce qui de mon point de vue favorise l'endogamie et les revendications corporatistes peu légitimes que tout le monde connaît. Celui de notre système de soins, de son organisation et de son financement. Ne pas être des citoyens et des travailleurs à part, avec des règles à part, mais être comme les autres tout en étant conscients de la place particulière et du rôle qui devrait nous incomber d'être les garants d'un système de soins juste, efficace et accessible à tous. A mon sens, la médecine à défendre n'est pas un statut social privilégié, mais un engagement, solidaire et militant. Le CESP me permet simplement d'avancer vers cet objectif confortablement. ■

**■ Dans un avenir idéal, je me vois salariée du service public de santé, donc fonctionnaire du service public de santé, avec un salaire fixe.**

# La Place Santé

Les jeunes généralistes du documentaire *La Relève*, diffusé récemment sur la chaîne LCP-Sénat, nous racontent leurs débuts au Franc-Moisin.

**Maxime Catrice,  
Anne-Gaëlle Provost,  
Laurenne Lhuillier,  
Mathilde Andlauer,  
Thomas Tarjus.**

Propos recueillis par  
**Sylvie Simon**

**Pratiques : Vous avez choisi de participer à la création d'une maison de santé au Franc-Moisin, pourquoi ce choix d'exercice ?**

**Maxime :** Le hasard des stages d'interne m'a conduit au Franc-Moisin dans le cabinet de Didier Ménard pendant mon SASPAS en 2008 (stage

d'interne en médecine générale pendant lequel on consulte en autonomie chez différents maîtres de stage).

Le vendredi midi, on allait souvent manger dans une association sur le quartier dont il était (et est toujours) le président. Dans cette association, il y avait des médiatrices en santé. Je n'avais jamais vu ça, elles m'expliquaient ce qu'elles faisaient : entretiens de médiation individuels pour aider les usagers dans leurs démarches (accès aux droits Sécu, problèmes de retraite, de logement, démarches sociales...), ateliers collectifs de prévention et de promotion de la santé.

A cette période, l'association réfléchissait à son avenir, sous l'impulsion de sa directrice, Hélène. Elle portait un projet d'accompagnement social, mais aussi de prévention et de promotion de la santé, dans le cadre d'une démarche communautaire. Par ailleurs Didier, malgré son dynamisme, commençait à réfléchir avec son collègue à un petit départ vers sa future deuxième vie : la retraite. Conscient du fait qu'il ne voulait pas quitter la cité sans laisser de suite et que l'association ne pouvait pas faire de la promotion de la santé si la démographie médicale du quartier s'appauvissait, on a commencé à entendre les mots : maison

de santé et centre de santé, associer les médecins et les médiatrices, éducation thérapeutique du patient...

Puis, j'ai été (pour mon dernier stage d'interne) à l'hôpital en médecin interne. Mes co-internes généralistes étaient deux copains : Thomas et Ilyess. Je leur ai parlé de tous ces projets, et nous voilà un soir en réunion au Franc-Moisin, à parler éducation thérapeutique du patient diabétique. L'idée était de faire un binôme entre une médiatrice en santé et un autre professionnel (médecin ou diététicien ou éducateur sportif). Ce projet a été notre premier projet commun. Ilyess a fait sa thèse dessus, avant de s'envoler vers la province, combler d'autres « déserts médicaux ». Thomas a lancé le programme d'ETP avec les médiatrices, et s'est

investi dans le projet global. On réfléchissait à de nouvelles recrues et on a donc appelé Mathilde, avec qui nous voulions nous installer depuis l'internat, car d'une part c'était une femme, et d'autre part on se disait que ses compétences en gynécologie seraient bien utiles...

Lors d'une discussion avec d'autres internes, en parlant d'un atelier collectif des médiatrices, cela a donné envie à Laurenne d'en savoir un peu plus. Elle a donc demandé à être en stage chez Didier au semestre suivant... et rebelote ! Une nouvelle recrue pour le Franc-Moisin !

**Anne-Gaëlle :** Lorsque je suis revenue en Ile-de-France c'est tout naturellement que je me suis tournée vers la Seine-Saint-Denis, le « 9-3 », territoire dynamique, pour rechercher du travail. J'y avais déjà des contacts pour y avoir été interne et y avoir remplacé, et je gardais bien l'image d'un département cumulant, il est vrai, les difficultés, mais aussi d'un endroit très dynamique, constituant bien souvent une sorte de laboratoire pour expérimenter des choses nouvelles.

Evidemment, lorsque j'ai eu vent d'un projet au Franc-Moisin avec Didier Ménard, je me suis dit « banco » (sic !). Je suivais de loin l'actualité du SMG pour avoir participé à un de ses congrès et je savais qu'il était président du SMG... donc porteur de valeurs dans lesquelles je pourrais me reconnaître...

Puis j'ai eu des détails plus précis du projet, et ce qui m'a tout de suite séduite, c'est qu'il était porté certes par Didier Ménard, mais aussi et surtout par une association de quartier, chouette !

Pour moi, cela a tout de suite fait écho à une expérience très importante que j'avais eue à Bordeaux lors de ma « vie » précédente. En effet, j'avais travaillé là-bas pour un petit centre de planification associatif, implanté dans un quartier populaire de Bordeaux et j'avais beaucoup aimé... Je voyais beaucoup de parallèles entre le « CACIS » de Bordeaux et l'ACSBE (Association Communautaire Santé Bien Etre) du Franc-Moisin : toutes deux des associations, n'ayant pas peur d'oser des choses sur des quartiers « en difficulté » (avec plein de guillemets !!), et qui proposaient de faire travailler ensemble des médecins et à Bordeaux des éducateurs-animateurs, au Franc-Moisin des médiatrices... Curieux, non ?

J'avais adoré le CACIS... c'est sûr j'allais adorer l'ACSBE !

**■ Ce qui nous a tous fédérés, c'est vraiment le fait de travailler en équipe, avec un projet de santé globale.**

Finalement, un peu de hasard, mais ce qui nous a tous fédéré, c'est vraiment le fait de travailler en équipe, avec un projet de santé globale. Et là, c'était parti...

**Racontez-nous votre participation à ce projet.**

**Maxime :** Lors des réunions pour définir le projet, une des choses importantes était que nous pouvions nous appuyer sur l'expérience de l'ACSBE, qui existe sur le quartier depuis 1992. Cette association connaît bien les difficultés des habitants. Elle a un Comité Habitants Usager Citoyen (CHUC) qui a longuement réfléchi au projet. Les médiatrices ont fait des déambulations sur le quartier pour recueillir les besoins et attentes des habitants.

Nous avons eu la chance d'avoir Delphine (chargée de projet) qui s'est occupée avec Hélène des aspects techniques et règlementaires. Elles nous ramenaient les pieds sur terre, et ont organisé tous ces moments de rencontre indispensables à la maturation du projet.

La première étape, et la plus importante, a été de rédiger le projet de santé : on parlait de maison de santé de proximité, car nous ne savions pas quel serait le montage juridique de la structure, par contre nous savions ce que nous voulions y faire. Nous avons réappris la différence concrète entre santé et soin : nous voulions faire autre chose que du soin, autre chose que des consultations les unes après les autres, essayer d'apporter plus.

**Anne-Gaëlle :** Nous sommes chacun arrivés à des étapes différentes du projet, mais cela a été très agréable, car il n'y a pas eu de différence entre les « anciens » et les « nouveaux » et cela a été très facile de s'intégrer !

Chacun a eu son rôle pour définir le projet de santé, certains ont plus travaillé sur l'aspect financier, d'autres sur l'organisation des plannings, l'organisation des locaux, des cabinets... Tout le monde a eu son mot à dire, jusqu'à la couleur des murs !

Une chose est sûre, il fallait toujours faire des ponts entre ces différents aspects, en adaptant les exigences de chacun avec les réalités économiques.

**Vous êtes salariés, qu'est-ce que ça change pour vous, par rapport au paiement à l'acte ?**

Pour nous, l'avantage principal du salariat est de ne pas s'occuper de la gestion et de la comptabilité, de l'aspect purement administratif. Ce sont des personnes plus compétentes que nous qui le font pour l'association.

En même temps, nous ne sommes pas totalement déconnectés de la notion de paiement à l'acte, car nous sommes une structure associative, donc un peu « fragile » et qui a forcément besoin d'argent pour fonctionner. Même si l'équilibre financier ne repose pas que sur les consultations, je crois que

nous sommes bien conscients quand même que pour les finances de l'association, il faut bien qu'on fasse des actes... heureusement bien entendu du côté de la direction, il n'y a aucune pression par rapport à ça !

Le montage financier a été fait à partir de prévisions sur le nombre de consultations par heure. Il nous a fallu aussi décider de la répartition des consultations (sur rendez-vous/sans rendez-vous) et du temps consacré au « hors soin », mais cela a été décidé ensemble en essayant de trouver un équilibre entre un temps de consultation correct et des contraintes économiques bien réelles. C'est aussi ce que j'apprécie dans le projet, on est quand même dans une forme de réalisme, les porteurs du projet ont les pieds sur terre (je pense notamment à Hélène, Delphine, Jean-nick) ! En ce qui concerne la délicate question du salaire des médecins, il faut être réaliste : un des objectifs de la Place Santé est d'attirer des jeunes médecins, donc le salaire ne doit pas être totalement déconnecté de ce qui se pratique ailleurs dans le département, mais en même temps, il ne faut pas mettre en péril la structure et promettre monts et merveilles...

Etre salarié, c'est aussi avoir du temps pour des activités hors soins : réunions de médecins pour échanger sur nos pratiques, partager nos difficultés ou inquiétudes, partager nos savoirs, réunions avec les médiatrices, ateliers collectifs de promotion de la santé, rencontres de partenaires sur le territoire, réunions à l'Atelier Santé Ville, travail au sein du pôle de santé (avec les infirmières du Franc-Moisin et un autre cabinet médical).

Notre projet de santé comprend aussi la formation des étudiants (externes et internes), ce qui nous permet de nous remettre en question en permanence, de transmettre notre savoir-faire. C'est aussi un clin d'œil à ce qui nous a fait venir sur le quartier...

Après je trouve que cette notion de médecin salarié est encore assez « mal vue ». Je pense entre autres à la couverture d'une revue médicale : « Le virus du salariat » ! Vite il faut l'éradiquer ! ou encore à une réflexion d'une secrétaire d'un autre cabinet : « Vous, les fonctionnaires ». J'ai toujours l'impression qu'il faut se justifier... C'est comme si on ne pouvait pas, dans l'esprit de beaucoup de gens, être généraliste et salarié, alors qu'on trouve cela normal pour des médecins hospitaliers. On n'a rien à gagner à opposer libéraux et salariés... Un projet peut avoir les mêmes objectifs et être porté ici par des salariés, là-bas par des libéraux.

**Quelles sont les difficultés de gestion d'une maison de santé ?**

.../...

.../...

**Maxime :** Notre projet de santé est global. Nous souhaitons faire des consultations dans lesquelles nous répondons à la demande du patient et nous essayons d'y ajouter de la prévention, de l'éducation à la santé, de la promotion de la santé.

Notre équipe est variée, et ce pour essayer de répondre à ces objectifs : cinq médiatrices, une musicothérapeute, une psychologue, deux secrétaires médicales, une assistante de gestion, une co-directrice spécialiste en santé communautaire, une chargée de mission en santé communautaire... Les ateliers de l'association essayent de répondre également aux besoins de la population. Ils sont animés essentiellement par les médiatrices : café santé, bien être ensemble (discussion sur un thème de santé), cuisine, estime de soi, ETP...

Pour toutes ces activités gratuites, il faut chercher des financements. Les nouveaux modes de rémunérations en financent une partie. Par ailleurs, nous faisons le pari qu'en accompagnant les personnes dans leurs démarches sociales, nous améliorerons leur santé au sens OMS du terme ; et que si leur situation sociale s'améliore, elles seront plus disponibles pour prendre en charge leur santé.

L'essentiel de la rémunération des médecins est tout de même basée sur l'acte, et l'équilibre financier nécessite donc de faire des actes : une consultation toutes les vingt minutes en rendez-vous, une consultation toutes les quinze minutes sans rendez-vous., même si c'est en contradiction avec notre projet de santé. Du coup, on est souvent en retard, parce qu'on est tous incapables de tenir le rythme, on parle beaucoup avec les patients... Alors on rêve du jour où on pourra faire des consultations de trente minutes. On nous répon-

drait qu'il faut bien les voir tous ces patients qui ont besoin de consulter. On rétorquerait qu'on préférerait leur montrer que parfois, ils n'ont pas besoin de nous. Mais pour les rassurer sur leurs capacités à faire sans nous, il en faut du temps, alors... que faire ?

On espère que la période d'évolution sur les modes de rémunérations des médecins va permettre de mettre en valeur cette notion : faire moins (d'actes) mais les faire mieux. Réorganiser, recentrer le rôle du médecin : prévenir, guérir si possible, mais ne pas être gestionnaire, comptable, standardiste, bricoleur...

C'est tout l'intérêt du développement des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Dans toutes ces structures de soins de premier recours, il y a une réorganisation des rôles des uns et des autres qui permet d'être plus efficace.

***Que pouvez-vous nous dire sur le ressenti actuel de cette expérience ?***

Un an après l'ouverture de la Place Santé, nous pouvons tous les cinq dire que nous nous sentons épanouis dans notre travail et fiers de participer à cette aventure.

Si c'est le projet qui nous a séduits au départ, c'est la relation avec les habitants qui nous donne encore plus de plaisir et d'envie de continuer !

Alors, bien sûr, il nous reste de nombreux projets à développer... Nous n'arrivons pas encore à participer autant que nous le souhaiterions aux actions de prévention et de promotion de la santé, par manque de temps. Il est vrai que la mise en place de la structure, les difficultés d'organisation, nous ont pris énormément de temps cette première année. Mais nous restons motivés, avec toujours pleins de projets à mettre en œuvre, et toujours pleins d'idées nouvelles ! ■

■ On espère que la période d'évolution sur les modes de rémunérations des médecins va permettre de mettre en valeur cette notion : faire moins (d'actes) mais les faire mieux.

des actes : une consultation toutes les vingt minutes en rendez-vous, une consultation toutes les quinze minutes sans rendez-vous., même si c'est en contradiction avec notre projet de santé. Du coup, on est souvent en retard, parce qu'on est tous incapables de tenir le rythme, on parle beaucoup avec les patients... Alors on rêve du jour où on pourra faire des consultations de trente minutes. On nous répon-

# Un modèle à qui s'identifier

**La médecine générale, cela peut être encore un choix, une passion. Une jeune femme remplaçante évoque ce qui a consolidé ce choix de métier, et les conditions qu'elle y voit.**

## **Pratiques : Pourquoi et comment avez-vous choisi la médecine générale ?**

**Margot Kenigsberg :** Je me suis inscrite en fac pour faire de la médecine générale. A la Pitié-Salpêtrière, ma faculté d'origine, la médecine générale n'est quasiment pas abordée et aucun externe ne fait de stage en ville, ce qui n'est pas le cas dans d'autres CHU. Chaque année, j'ai demandé à faire un stage dans un cabinet de médecine générale, à la place par exemple d'un stage en chirurgie. Cela m'a été refusé. Entre la cinquième et sixième année de médecine, l'esprit de la fac parisienne a réussi à me « formater » pour que j'envisage une spécialité. J'ai fait un stage qui m'a beaucoup intéressée en gynécologie/endocrinologie, et je me suis alors dit je ferai de la gynécologie médicale. Il a fallu attendre la fin du concours, pour sortir la tête de l'eau, pour prendre le temps de réfléchir à ce pourquoi j'avais fait médecine. Pendant les études, on ne réfléchit pas en termes de métier, on réfléchit en termes de concours.

Avant le choix définitif, j'ai demandé à ma généraliste (qui est membre du comité de rédaction de *Pratiques*) si je pouvais passer une journée dans son cabinet. Ma première vraie rencontre avec la médecine générale après six ans d'études ! Au bout d'une heure, c'était sûr que j'étais faite pour cela, et non pour participer à des staffs (réunion hebdomadaire des médecins) bibliographiques dans un service hospitalier... J'ai été définitivement convaincue lors de mon stage ambulatoire de niveau un (en troisième semestre d'internat). J'ai passé six mois dans un cabinet à Gennevilliers qui regroupe trois généralistes. Mon maître de stage, un homme, professeur de médecine générale, installé depuis plus de trente ans et deux jeunes femmes qui venaient de s'installer quelques mois auparavant. Cette rencontre avec ces femmes médecins a été très importante. J'ai pu me projeter dans ma vie de femme, elles sont jeunes, avec des enfants, elles ont l'air d'être passionnées par leur métier, travaillent consciencieusement avec des horaires compatibles avec leur vie de famille. Elles travaillent chacune un jour par semaine dans un planning familial et gardent un jour par semaine pour leurs enfants, pour elles. Elles ont vraiment été un modèle, d'ailleurs j'ai baptisé l'une d'elle ma

« marraine médicale ». Quant à mon maître de stage, j'ai adoré apprendre avec lui la consultation, l'écoute, la science. Son expérience et son souci de la transmission ont été formidables. Mais il ne pouvait pas me servir de modèle. De plus, elles deux sont amies, se font confiance, se soutiennent mutuellement, ce qui leur permet de se relayer auprès de leurs patients si besoin. Par ailleurs, dans cette ville, il y a un dynamisme très stimulant, des réunions régulières qui associent différents acteurs de santé pour un travail en réseau. J'ai terminé ces six mois de stage en me disant que c'était cela que je désirais faire. Ensuite, j'ai fait des stages de gériatrie puis de pédiatrie à l'hôpital, où j'ai gardé mon œil de généraliste pour comprendre quand et comment notre pratique peut s'articuler avec l'hôpital.

Entretien avec  
**Margot Kenigsberg,**  
médecin généraliste  
remplaçante.  
Propos recueillis par  
**Elisabeth Maurel-Arrighi**

## **Quelles différences voyez-vous entre la médecine hospitalière et la médecine générale ?**

Je trouve qu'il existe une autre temporalité dans la relation. Ce que j'aime, c'est suivre les gens au cours du temps. J'imagine, que sur des années, c'est génial de voir des enfants grandir et difficile de voir les gens vieillir et aller moins bien. Mais on les accompagne dans le temps. Je crois aussi qu'à l'hôpital, du fait de l'équipe, on ne parle pas des mêmes choses, il y a moins la place pour une rencontre de personne à personne. Même si j'aime travailler à plusieurs, cette relation particulière qui s'installe en consultation me convient mieux.

## **Pourquoi avez-vous fait le choix de travailler dans une banlieue défavorisée ?**

Mon tout premier stage a été aux urgences de l'hôpital de Saint-Denis. Ce que j'y ai vu, c'est une violence plus importante que ce à quoi je m'attendais. À la fois la violence physique, mais aussi la misère, les difficultés d'accès aux soins. La différence culturelle, cela demande plus de temps et sans doute plus d'énergie, mais c'est passionnant. Par exemple parler du diabète à quelqu'un qui n'a pas d'argent pour se nourrir de

**■ Au bout d'une heure, j'étais sûre que j'étais faite pour cela.**

.../...

.../... façon équilibrée, c'est plus compliqué. C'est un défi, mais cela ne me rebute absolument pas. Le point négatif, c'est le manque de mixité sociale, contrairement au 18<sup>e</sup> arrondissement où j'ai travaillé aussi, où on rencontre des patients de toutes origines et conditions sociales.

**Quelle est votre expérience entre le libéral et le salariat ?**

J'ai connu le salariat en faisant un stage en centre municipal de santé une matinée par semaine. Je ne voyais que les urgences du jour, sans aucun suivi. Certes, je reconnais le confort de ne pas avoir à gérer la carte Vitale, à trier les examens, et la facilité de communication avec les infirmières qui sont au sein du centre.

J'ai eu l'occasion de remplacer à la Place Santé à Saint-Denis qui est un cabinet de type associatif. Ce lieu de soin m'a semblé très attractif. Ceux qui y travaillent sont des jeunes médecins salariés, qui ont eu la même formation que moi. C'est un lieu agréable, bien aménagé, dynamique avec des médiatrices qui sont des habitantes-relais. Cette structure organise régulièrement des ateliers santé. C'est une conception du soin dans sa globalité qui me plaît. C'est un choix d'y travailler car au niveau financier, c'est tout à fait confortable en tant que remplaçant, mais moins que certains remplacements au secteur 2 à honoraires libres, voire en secteur 1 à tarif remboursé, mais où on voit trente-cinq personnes dans la journée.

**Quand pensez-vous vous installer ?**

Je n'en sais rien, je voudrais tester sur les deux ou trois prochaines années le mode d'exercice qui me plaît, trouver le lieu et les gens avec qui j'ai envie de travailler. Je vais essayer de faire des remplacements fixes, de longue durée pour pouvoir assurer un suivi. Ce qui est prévu, pour les mois qui viennent, c'est un remplacement régulier dans un cabinet à l'Île-Saint-Denis.

Ce que je sais, c'est que je ne m'installerai pas à la campagne. Je suis une citadine et je ne crains pas d'aller travailler en banlieue.

**Quel message avez-vous envie de faire passer aux jeunes médecins en fin d'études ?**

En médecine générale, on ne s'ennuie jamais. Chaque fois qu'on ouvre la porte pour le prochain patient, c'est différent. Il faut s'adapter aux gens. Selon le contexte, la même maladie n'est pas la même. C'est passionnant.

La question des modèles est primordiale. D'abord, les professeurs qui enseignent à l'hôpital n'ont jamais mis les pieds dans un cabinet de médecine générale. Souvent, ils méprisent complètement les généralistes. J'ai entendu un professeur me dire, au moment de mon choix que je ne ferai que « recopier des ordonnances ». Par ailleurs, il faut dire aussi qu'il y a une quantité de mauvais généralistes, vieux ou pas vieux, qui travaillent mal et qui font déconsidérer la profession.

Pour oser se lancer dans la médecine générale, il faut pouvoir rencontrer des médecins qui donnent envie et alors se projeter. Ma généraliste a 30 ans de médecine générale derrière elle, j'adore sa manière de travailler. Mais elle travaille seule, avec juste une remplaçante, et une amie kiné qui travaille à mi-temps dans un bureau à côté. Elle y passe beaucoup trop de temps et je la sens fatiguée. Je pense qu'il y a un équilibre à trouver pour être heureux dans ce métier difficile.

Mais même nous, les jeunes médecins motivés, nous ne voulons pas y passer notre vie. J'ai vu que c'était possible d'exercer ce métier, en travaillant consciencieusement, en prenant du temps pour les patients, et en ayant une qualité de vie tout à fait confortable, quitte à gagner moins d'argent. Ce que je veux, c'est travailler à plusieurs, participer à des groupes de pairs, apprendre en discutant avec d'autres, continuer à me former. Et je ne suis pas la seule à avoir envie de me lancer dans la médecine générale et à envisager de travailler dans des quartiers dits difficiles. ■

**Je ne m'installerai pas à la campagne. Je suis une citadine et je ne crains pas d'aller travailler en banlieue.**

# A n'en pas dormir

**L'envie, le travail, les besoins de la population, l'équipe et son projet de santé ne suffisent pas pour qu'un projet de maison de santé se réalise sur un territoire qui en a pourtant besoin.**

Je m'appelle Léa. J'ai la trentaine. Jeune médecin généraliste, un peu rebelle. Il est minuit et je ne dors pas malgré les heures de travail : j'ai encore une insomnie comme chaque nuit depuis deux mois. Le couperet pour le projet de maison de santé va tomber dans une dizaine de jours, et je ne connais pas l'issue.

Le seul à se réjouir de mes insomnies, c'est le chat partant pour jouer avec la souris de l'ordi...

J'ai choisi la médecine générale par refus du monde hospitalier. Et plus j'entendais : « C'est dommage ton choix, tu ferais un bon spé », plus cela me renforçait dans ce choix pour une discipline que je ne connaissais pas. Je pensais même interne tester juste un semestre : j'avais d'autres utopies en route... et là, j'ai pris le virus de celles et ceux qui rêvent la médecine générale de demain. Je suis tombée dedans par hasard. J'ai découvert des médecins généralistes engagés, des internes en médecine générale avec qui j'ai refait le monde jusque tard dans la nuit, j'ai pas compté mes heures : nous avons en 2005 créé un collectif de la santé solidaire contre la réforme du médecin traitant avec les citoyens et les médecins... puis, il y a eu le rouleau compresseur. La vie qui m'a joué des tours, je suis devenue maman de deux enfants qui ont eu des soucis de santé. L'accalmie est revenue et du coup, le moment de penser installation : pas question d'être seule dans un cabinet parmi les autres. J'avais besoin d'utopie, de rejoindre les réalités vécues ailleurs. Une analyse très fine de notre territoire m'a amené une connaissance des besoins de santé. La Zone Urbaine Sensible (ZUS) de notre ville moyenne a attiré mon attention. Stigmatisée, éloignée du centre ville, les patients précaires vus en garde viennent souvent de là-bas. Je réalise deux formations : porter un projet de Maison de Santé de Proximité (MSP) qui modifie mon regard sur les pharmaciens comme partenaires de soins et une autre sur les inégalités sociales de santé.

J'apprends l'appel à projet de l'Acsé (Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances) pour améliorer l'accès aux soins des plus précaires dans les ZUS. Je contacte alors tous les professionnels installés sur la ZUS. Ils sont tous en épuisement, à la recherche d'une autre façon de travailler et souhaitent remettre du lien entre eux, se rencontrer. Le pôle est créé. Les premières tensions arrivent avec les élus de l'agglomération... « Pour quoi ce quartier et pas celui de ma ville ? » En raison

de la plus grande précarité de la population sur ce quartier mise en lumière par votre analyse des besoins sociaux.

CQFD ? Non, pas pour eux.

Portée par la présence d'une équipe dont une pharmacienne (comme quoi en chemin, les préjugés tombent), je m'investis et je ne compte pas mes heures.

Pour réfléchir au projet de santé, je réalise un certain nombre de rencontres de partenaires, d'individus. J'affine mes connaissances sur ce quartier que je ne connais pas. Un quartier de terreur fin des années 80 qui, suite à des démolitions, a vu partir une partie de ses habitants. Je me prends d'affection pour ces gens que je rencontre et dont on me parle lors des rencontres. Ces gens qui ne travaillent pas pour beaucoup. Il n'y a pas de boulot, peu sont qualifiés. Dix-neuf nationalités différentes. Des retraités ouvriers au minimum vieillesse. Des familles nombreuses, des familles monoparentales...

Et les soignants qui rament sur le plan administratif pour les CMU, les prises de rendez-vous ailleurs, expliquer les traitements avec la barrière des cultures et de la langue.

Pour me dégager du temps en journée, je réalise un certain nombre de gardes : et je constate la présence de ces familles qui ont des ordonnances sans les comprendre, qui lorsqu'elles ont le nez qui coule pensent que « le docteur, avec le pschitt, va éviter que ce soit grave ». Alors je prends le temps d'expliquer la rhinopharyngite, c'est viral, c'est simple : et je parle des recettes de grand-mère qui ne font pas de mal, qui nous ramènent dans notre corps. Je rassure, je les valide dans leur capacité à faire face à un certain nombre de symptômes et leurs yeux brillent. Ils me sourient : « Vous exercez où, docteur ? »

J'ai commencé à dire où je souhaitais m'installer. Alors, je sais à la tête de la personne si elle est d'ici ou d'ailleurs. Si elle est d'ailleurs, elle ne connaît pas le quartier, trop loin du centre ville derrière un périph... Aucune raison qu'elle y aille. Pourtant il été rénové, il y a un parc avec de beaux espaces pour les enfants. Il y a des associations que je trouve pertinentes qui m'ont fait venir sur le quartier. Je suis curieuse et j'aime découvrir ce qui fonctionne. Non, une personne qui vient d'ailleurs, arrivée récemment sur la ville pour le travail, ne le connaît pas. Par contre, celle d'ici, il y a toujours ce silence. Là, il y a celle qui embraye sur :

**Je me prends d'affection pour ces gens que je rencontre et dont on me parle**

.../...

.../...

« Docteur, vous n'oubliez pas ma carte Vitale » et celle qui me demande si je suis sérieuse. Hier, j'ai même eu le droit par une dame à l'accent du sud : « Vous êtes une sainte pour aller vous installer là-bas ».

Parce que depuis un an que nous portons le projet, nous avons conscience avec l'équipe que ce projet peut changer le regard sur ce quartier. Toute la ville est déficitaire. Les médecins ne peuvent plus prendre de nouveaux patients. Ils débordent. Des départs à la retraite sont prévus sans successeur dans la plus grande inquiétude des médecins : « Comment je vais tenir ? » L'Agence Régionale de Santé (ARS) nous a reconnu zone fragile.

Les élus ont réalisé l'intérêt du projet pour le quartier. Compte tenu de la démographie médicale, quatre jeunes médecins qui s'installent là-bas vont drainer les personnes du centre ville qui n'ont plus de médecins généralistes. Le quartier pourra être découvert par toutes ces personnes qui n'ont aucune raison d'y aller. Dans la salle d'attente, le mélange se fera sous le regard bienveillant de secrétaires formées à la résolution non violente des conflits en donnant

à chacun la parole. On a visité les locaux, l'accord est presque là... L'utopie est en marche.

Et voilà que *Que choisir* met en ligne son avis sur la démographie médicale à partir des chiffres de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Nous avons retrouvé la surévaluation par la CPAM en ayant accès à leur fichier. Nous avons transmis les données à l'Union Régionale des Professionnels de Santé et à l'ARS à partir de la réalité du terrain. La zone va être reconnue zone fragile officiellement en fin d'année. Mais voilà qu'un élu de l'opposition se saisit de l'étude *Que choisir* pour dire : « Tout est faux. Il n'y a pas de problème... »

Et voilà, je ne dors pas... parce que mes élus sont hésitants. « Où est l'expert ? Le bon ? », « C'est quoi un problème d'accès aux soins ? », « C'est des libéraux : ils sont riches, on va pas les aider. Ils peuvent bien payer des locaux quinze euros le m<sup>2</sup> en ZUS (en centre ville, c'est dix). Ils veulent faire deux à trois actes par heure pour prendre le temps d'édu-

quer, salarier du personnel. Quelles idées, ils ont qu'à... », « Ils ont qu'à ouvrir un centre de santé de gauchiste plutôt que d'être libéral et bobo... », « Ils ont eu une subvention pour porter le projet, ils ont qu'à payer des experts extérieurs, des vrais qui coûtent chers, mais il y a un label... c'est certifié : expert... », « Et puis, vous avez retenu le médecin de l'ARS, il l'a dit : si on les aidait, ils n'auraient pas de patients. Il y a trop de médecins. Bon d'accord, il y en a plusieurs qui lui ont rappelé des chiffres, mais quand même, *Que choisir* confirme l'inverse. »

Contrairement à ce que nous lisons dans la presse : il est difficile de porter un projet de santé solidaire, fraternel, utopiste sans la présence du politique en soutien ponctuel. Ces projets coûtent plus chers qu'une autre installation : temps d'ouverture de secrétariat conséquent, équipement informatique plus lourd, salle adaptée aux réunions pluriprofessionnelles et à l'éducation thérapeutique... L'absence d'une politique nationale de financement pérenne de telles structures freine des professionnels de santé en souffrance et qui ont peur...

Derrière le « Ça va me coûter cher » j'entends le « Où va-t-on ? Vers quel projet de soins ? Une révolution dans les soins ? Une action politique par l'accompagnement de la personne vers l'autonomie par la confiance en elle ? Et les autres professionnels hostiles au projet n'ont ils pas raison ? »

Et voilà, le chat dort : et moi ? Moi, j'attends de savoir si notre ville aura l'envie de relever ce défi de la maison de santé. J'entends l'équipe me dire : « Léa, on va faire signer des pétitions ! On va se battre. » Sauf que je repense à tout ce qui s'est déjà fait. Et je n'y crois plus. Je ne sais plus, je suis fatiguée et je ne dors plus depuis trop de nuits... en colère contre le politique, contre notre ARS locale peu aidante sur l'ensemble des différents projets sur le territoire...

Dix jours encore : après, finie l'illusion de croire qu'un jour, ils nous aideront un peu comme ils le disent dans les médias...

Dix jours encore, et qui sait : une belle fête citoyenne pour l'ouverture de la maison de santé : lieu de vie, lieu de mélange, lieu de rencontre !

Dix jours encore où tout est possible ! ■

■ J'attends de savoir si notre ville aura l'envie de relever ce défi de la maison de santé.

# Jeunes généralistes et déserts médicaux

**Quelles aspirations pour les jeunes médecins ? Quelles organisations imaginer pour faire se rencontrer généralistes et usagers ? Une sociologue tente par ses recherches de répondre à ces questions.**

La dynamique spontanée des installations de professionnels de santé libéraux n'a jamais permis dans notre pays une répartition homogène des médecins ou des infirmières sur le territoire. Les déséquilibres de leur densité ne sont pas justifiés par des besoins de soins objectivables, aussi fragile que soit cette notion : les territoires qui attirent le moins les soignants sont souvent ceux où les indicateurs de morbidité et de mortalité sont durablement les plus mauvais. Si la vulgate concernant le déficit supposé de médecins doit être fortement relativisée, leur répartition et leur âge annoncent des difficultés d'accès aux soins primaires qu'on ne peut ignorer, même si elles ne devaient toucher qu'une frange limitée de la population. La problématique des « déserts médicaux » concerne ou devrait concerner à moyen terme deux types de territoires : des zones rurales reculées et des banlieues cumulant déjà des problèmes socio-économiques.

Le propos que je développe, en tant que sociologue, revendique un double ancrage, dans mes enquêtes de terrain et dans un corpus de connaissances. Je me fonderai ici sur l'enquête longitudinale que j'ai consacrée entre 2002 et 2010 au suivi d'une cohorte d'une cinquantaine de jeunes diplômés de médecine générale. La recherche visait à rendre compte des choix de vie, opportunités et contraintes diverses présidant à leurs parcours personnels et professionnels, de manière compréhensive et non normative. Le travail de terrain par entretiens répétés amène à reconsidérer certaines idées reçues sur ce que veulent ces jeunes qui déçoivent les attentes de leurs aînés, investis dans la promotion de la médecine générale comme des pouvoirs publics. Quels enseignements en tirer en ce qui concerne l'évolution du rapport des jeunes généralistes à un choix de pratique (et de vie) et à l'installation sur un territoire ? En quoi cela peut-il contribuer à renouveler les pistes de réflexion sur les dispositifs susceptibles d'attirer davantage de jeunes pour pratiquer la médecine générale sur les territoires déficitaires ?

Raisonnons pour commencer dans le cadre actuel de l'exercice libéral, nettement dominant pour la

pratique de la médecine générale en France, mais dont on nous dit que les jeunes ne veulent plus. Une minorité de nos enquêtés se retrouve dans cet exercice cinq à sept ans après avoir fini son cursus, mais la réalité est plus complexe que ne le laisse penser la thèse d'un déclassement global du cadre libéral aux yeux des jeunes. Si la plupart de ceux qui l'ont finalement choisi ne l'ont pas fait par affinité idéologique (ils le redoutaient plutôt), tous ceux qui ont franchi le pas de l'installation en médecine générale au terme d'un cheminement pragmatique s'y épanouissent lorsque nous repassons les voir. Ils ne s'y trouvent ni « harcelés » ni « étranglés » par les charges ou la « paperasse » comme on l'entend ailleurs. Si l'exercice en groupe a un attrait certain à leurs yeux, l'idéal du métier partagé reste souvent difficile à concrétiser dans le respect des préférences individuelles et est mis en balance avec les avantages de l'indépendance. Il n'y a nullement convergence vers un type d'exercice qui serait un nouvel idéal consensuel, mais pluralité des préférences comme des réalisations.

Nous rejoignons toutefois le constat commun selon lequel, pour attirer les jeunes diplômés sur des territoires dont ils se détournent aujourd'hui, la solution ne peut venir de la seule installation libérale, quels que soient les avantages financiers venant la soutenir. Des primes peuvent bien conforter des choix d'exercice (qui sont déjà parmi les plus lucratifs pour un généraliste), mais elles ratent leur cible car peu de ces jeunes sont actuellement disposés à fonder leur choix de carrière sur une maximisation de la rentabilité de leur pratique. L'installation suppose en revanche un ancrage fort et exclusif dans un lieu de vie que l'on se dispose à investir durablement. Des données sociologiques profondes déterminent la côte générale des territoires et l'attrait qu'ils peuvent avoir pour de jeunes cadres : un aménagement du territoire qui a conduit à des inégalités territoriales croissantes en France ; un recrutement social des diplômés en médecine dans les classes urbaines favorisées ; leur inscription

**Géraldine Bloy,**  
sociologue à l'Université  
de Bourgogne  
(LEG UMR CNRS 5118)

**■ L'installation suppose un ancrage fort et exclusif dans un lieu de vie que l'on se dispose à investir durablement**



La faiblesse des installations spontanées dans les « déserts médicaux » est donc surdéterminée par des évolutions sociales.

enfin dans des couples de doubles actifs à haut niveau de qualification. Qu'il s'agisse aujourd'hui majoritairement de femmes dont le conjoint est cadre ne fait que renforcer ce dernier point : l'évolution des rapports de genre ne va pas jusqu'à rendre normal que leur époux ou compagnon s'estime valorisé par un statut de conjoint de médecin ou un exercice professionnel d'appoint, comme cela fut longtemps le cas pour les femmes de médecins. Ces différents facteurs s'imbriquent pour rendre de plus en plus improbable l'installation dans une zone rurale n'offrant pas de perspective de carrière pour le conjoint. En l'état des choses, ce choix ne peut être qu'exceptionnel. Il est éventuellement le fait de célibataires, de couples de médecins (qui y trouvent mieux que d'autres à s'employer à deux),

ou de couples peu égalitaires au sein desquels priorité est donnée à la carrière d'un seul. Quant au choix de l'installation dans une banlieue déshéritée désertée des cadres, avec la perspective d'avoir à scolariser ses enfants dans un contexte où la ségrégation scolaire bat son plein, il doit être le fruit d'un engagement militant sans faille. Encore faut-il, en amont ou en marge du cursus médical, avoir été préparé à investir l'un ou l'autre de ces types de territoire par une socialisation non limitée aux grands centres urbains. De ce point de vue, une moindre homogénéité sociale du recrutement des étudiants en médecine

pourrait éventuellement conduire à des dispositions et habitus un peu plus variés parmi eux.

La faiblesse des installations spontanées dans les « déserts médicaux » est donc surdéterminée par des évolutions sociales dépassant le champ de la médecine, bien qu'elles aillent avec une transformation du rôle social du médecin : déclin et moindre attrait de la notabilité traditionnelle, séparation des sphères privée et professionnelle, transformation d'un éthos de la disponibilité, plus grande horizontalité de la relation médecin-patient. Pourtant, ceux des jeunes diplômés qui vivent positivement leur orientation en médecine générale et s'essaient à la pratique dans le cadre des remplacements, font état quasi-unaniment d'un intérêt pour ces contextes de pratique ruraux ou urbains défavorisés. La médecine générale y est créditée d'un surcroît de sens et d'utilité, la relation au patient redevenant une relation d'aide plus que de prestation de services au fur et à mesure que les ressources des personnes diminuent et que l'accès aux spécialistes se raréfie. Cela ne va certes pas sans difficultés et exigences supplémentaires pour une pratique consciencieuse, mais, à les écouter, le généraliste semble se rétablir symboliquement dans ce contexte de pratique. S'il n'y a pas nostalgie du rôle social du médecin notable de province, il y a chez

les jeunes qui se projettent en médecine générale à un moment de leur trajectoire nostalgie de cette forme de confiance (et peut-être de pouvoir...) qui se développe mieux en marge des centres urbains, avec des gens moins dotés culturellement et économiquement. A la campagne, pour plagier A. Allais, la relation médecin-patient et la médecine générale semblent plus pures... Faute de pouvoir mettre les patients de la campagne à la ville pour des soins de premier recours, comment amener les médecins de la ville à la campagne ?

Toute solution pérenne passera par une dose d'inventivité organisationnelle. On songe inmanquablement aux maisons médicales et autres pôles pluri-professionnels, présentés depuis quelques années comme la solution à tous les maux affectant les soins ambulatoires. Ils devraient être le moyen non seulement d'un enrichissement et d'un partage de la pratique, d'une optimisation de l'utilisation du temps médical, mais aussi du repeuplement de territoires démedicalisés. Comme toute panacée, celle-ci est suspecte par l'abondance des problèmes qu'elle prétend résoudre simultanément. Si elle répond bien aux aspirations à un exercice moins isolé, à un partage du métier autour de prises en charge coordonnées, cette adéquation a priori avec les vœux de beaucoup de jeunes en matière de travail médical ne règle pas tout. Outre le cadre juridique et financier à consolider, les clés du savoir travailler ensemble et de l'articulation des cultures professionnelles ne sont pas données. Les projets émergents sont le plus souvent construits autour du leadership d'un médecin homme, militant en fin de carrière, engagé dans le profilage d'un outil de travail remarquable qu'il ne pratiquera que peu de temps... La capacité de ces maisons ou pôles à constituer en routine des lieux d'exercice effectivement intégrés qui retiendraient durablement les jeunes reste inconnue : dans quelle proportion le grand nombre de ceux qui font aujourd'hui des choix alternatifs (salarial, hospitalier ou non ; orientation vers un exercice plus ou moins spécialisé) serait-il intéressé par la pratique de la médecine générale dans un cadre alternatif au cabinet traditionnel ? Combien pourraient en devenir pleinement acteurs ? À quelles conditions ? Rien n'indique que les jeunes diplômés soient aujourd'hui massivement prêts à investir l'innovation organisationnelle. L'envie de participer au montage de nouveaux dispositifs ne transparait pas en entretien, et aucun ne se posait en bâtisseur d'une offre de soins alternative, faute de compétence et sans doute d'appétence. Sauf exception liée à une orientation militante personnelle, on peut se demander s'ils sont équipés pour mener cette réflexion et conduire le travail organisationnel requis par une refonte, même partielle, de l'offre

de soins primaires. Leur formation ne les y prépare pas plus aujourd'hui qu'hier et le compagnonnage durant les études, par ailleurs apprécié, freine plutôt leur capacité d'élaboration d'une vision autonome et informée du système de soins ou de leur place dans la société. Ils relaient à leur insu nombre d'idées reçues ou d'affirmations rapides qui, pour être celles de leur milieu professionnel, résistent mal à l'analyse. Construire leurs compétences médicales puis trouver la voie qui fait sens pour eux dans l'espace des possibles prend de plus en plus de temps, du fait de l'allongement des cursus, de la montée des exigences, de la multiplicité des expériences professionnelles offertes au sortir des études et de l'évolution des conditions de stabilisation dans la vie adulte ou la carrière. Ils s'étonnent au moment où ils relèvent la tête de voir leurs préférences mises en cause par les seniors, les élus ou l'opinion. Leurs syndicats peinent à articuler une prise de parole publique autre que défensive sur ces enjeux territoriaux, ce qui accroît le malaise en donnant l'impression qu'ils ne prennent pas collectivement la mesure des inquiétudes en matière d'accès aux soins. Alors qu'ils sortent exténués des concours et de l'internat, avec le sentiment d'avoir payé leur écot à la société et de pouvoir légitimement profiter d'un espace de liberté dans lequel trouver leur façon de faire de la médecine, on leur rappelle qu'ils sont formés sur les deniers publics pour rendre un service essentiel à la population. Sortir de ce dialogue de sourds s'annonce difficile sans une réelle réflexion sur le sens et le vécu des études de médecine, qui constituent aujourd'hui une expérience dominée par la surcharge de travail et les contraintes, faisant la part congrue à l'expression des choix individuels. Au vu des enquêtes, une seule certitude, sur laquelle toute réforme a selon moi à prendre appui : l'attrait du salariat et le regret très partagé de ne pas pouvoir combiner de façon souple différents types d'exercice sans s'encombrer de considérations de statut et de charges, notamment en situation d'exercice libéral limité. Des contrats multi-sites et multifonctions permettant de passer simplement du travail en institution au cabinet, de la médecine générale de premier recours à une pratique médicale plus orientée, seraient appréciés. Dans notre cohorte, plusieurs personnes qui ont remplacé un temps en médecine générale en gardant un pied en institution délaissent finalement le cabinet traditionnel non pas en raison de la nature du travail médical, mais du fait des contraintes associées à un exercice libéral partiel. Alors que les conditions

du métier plaisent, celles de l'emploi peuvent décourager. La bascule se fait souvent vers le salariat en institution parce que pratiquer exclusivement en libéral est jugé insuffisamment protecteur en cas de coup dur, et parce que ne faire que cela est vu comme un risque de limitation ou de routinisation de la pratique. Il y a certes des limites à la dispersion à poser si l'on veut que les médecins puissent se sentir réellement partie prenante d'un cadre d'exercice, mais moins de compartimentation, d'ignorance voire de mépris du contexte de pratique des confrères ne pourrait qu'aider à une meilleure intégration des soins primaires. Les jeunes généralistes ont justement cette force de ne pas s'être construits contre l'hôpital ou les institutions.

Pour finir, il ne faudrait pas que les habitants des territoires enclavés ou délaissés soient les grands absents du nouvel équilibre à trouver entre besoins sanitaires à couvrir et aspirations légitimes à un équilibre de vie des professionnels (qui est aussi une condition de leur attachement à la clinique et aux patients). Confrontés au départ sans successeur de leur médecin, ces personnes risquent de se trouver parmi les plus attachées, à tort ou à raison, à une relation de soins personnalisée traditionnelle, donnant une place symbolique forte au généraliste. S'il est certain que d'autres formules sont viables et peuvent s'avérer au moins aussi performantes que celle de l'interlocuteur médical unique travaillant seul, il faut aussi considérer la déstabilisation des habitudes que ce nouveau mode de professionnalisme peut représenter pour des personnes fragiles. S'adapter à une pluralité d'interlocuteurs de santé leur impose de reconsidérer les bases de la confiance dans le médecin généraliste qui les connaissait pour la transférer à une équipe de soins correctement articulée. La figure de généraliste, qui se réclame de la capacité à réaliser une intégration singulière de multiples aspects de la vie du patient, n'en sortira pas inchangée. ■

■ Les jeunes généralistes ont justement cette force de ne pas s'être construits contre l'hôpital ou contre les institutions.

- 
1. Rapport réalisé pour la DREES (Ministère de la Santé), disponible sur [www.drees.sante.gouv.fr/jeunes-diplomes-de-medecine-generale-devenir-medecin-generaliste-ou-pas,7973.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/jeunes-diplomes-de-medecine-generale-devenir-medecin-generaliste-ou-pas,7973.html). Voir aussi G. Bloy « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes généralistes » *Revue Française des Affaires Sociales*, 2011, n° 2-3 ([www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=RFAS\\_112\\_0009](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFAS_112_0009))



Note  
de lecture

## Pr Dominique Belpomme avec Bernard Pascuito, *Ces maladies créées par l'homme*, Albin Michel, 2004

L'ouvrage n'est pas récent puisqu'il a été édité en 2004. Il reste cependant d'une actualité cuisante au regard de ce que la médecine soigne aujourd'hui : non pas les maladies infectieuses d'hier, mais des maladies en grande partie induites par la pollution de notre environnement. Des affections cardiovasculaires à la stérilité masculine, en passant par le diabète et l'asthme, nombre de maux dont nous souffrons sont d'origine artificielle, en quelque sorte « fabriqués » par l'homme.

Le professeur Belpomme s'appuie sur son expérience de cancérologue. Depuis la seconde guerre mondiale, le nombre de décès provoqués par le cancer a doublé en France. Le tabac est le premier accusé, alors qu'il n'en explique qu'environ un cinquième, les quatre cinquièmes restants étant essentiellement liés à la dégradation de notre environnement. Ainsi donc, la médecine soigne, à grand renfort de technologies et de budgets allant grossissant, des affections que notre monde industrialisé crée. L'ouvrage met en cause le libéralisme économique aveugle fondé sur le profit, qu'il désigne comme étant le « cancer » de l'humanité. Il dénonce trois formes d'imposture. L'imposture médicale par exemple, les transplantations

de cellules embryonnaires dans le cerveau pour traiter le Parkinson ou la maladie d'Alzheimer, ou encore les promesses insensées des thérapies géniques. Cette imposture amène une matérialisation du vivant et de ce fait sa marchandisation.

L'imposture scientifique fait naître de faux espoirs chez les patients en proposant des procédés irréalistes concoctés par des apprentis sorciers qui participent à l'illusion de l'immortalité. Des médecins et des chercheurs « spectacle », dont les prouesses sont médiatisées à l'extrême.

L'imposture technico-industrielle par le manque d'indépendance de la recherche et les conflits d'intérêt de certains avec l'industrie pharmaceutique. Des résultats de recherche truqués pour promouvoir certains médicaments, des tromperies dans le domaine de l'épidémiologie pour montrer le progrès où il n'est pas, car sans progrès, pas d'argent, pas de crédits.

Si, après avoir lu ce livre, on évoque les maladies dont l'origine est socio-économique, on sera tenté d'adhérer à la conception de la Némésis médicale vengeresse et cannibale d'Ivan Illich. » — **Sylvie Cognard**

## Docs des villes ou docs des champs ?

Médecin blogueur

### Avant la révolution, il vaut mieux prendre la bonne décision d'installation.

Voici lecteur contée l'histoire du doc des villes  
Qui un beau jour eut pour son collègue des champs  
L'envie de jours meilleurs, l'idée de changement :  
Lui faire quitter les prés pour vivre ici l'idylle.

Il le mena au centre, et dans les magasins,  
Le convia au ciné, à l'école des gamins.  
A mesure que tous deux avançaient dans les rues  
L'aisance et le confort s'affichaient tant et plus.

L'urbain créait l'envie chez son rural confrère  
Lui montrant qu'on peut vivre sans ses contraintes  
horaires.  
Qu'ici on se moquait de la pression des gardes,  
Que leur grand nombre couvrait leurs attitudes gaillardes.

Mais soudain les comparses entendirent dans la rue  
Le tumulte d'une foule de la campagne venue  
Elle réclamait des têtes, pressait les politiques  
De contraindre les docs d'exercer près des biques.

Le doc des champs convia son ami de la ville  
Au refuge chez lui pour prendre du recul  
Sur la révolution et par un tour agile  
Se retrouvèrent sitôt à bord d'un véhicule.

Au bout de quelques temps, ils arrivèrent enfin.  
L'urbain tomba des nues, voyant le cabinet  
Qu'les gens d'ici connaissent sous le doux nom de MUST  
Un nom aussi fameux que l'Empereur Auguste

L'urbain vit là des pros, des étudiants en stages,  
La pratique sereine, les règles de bons usages,  
Une entente cordiale, une médecine connectée  
Sur Twitter ces docteurs discutaient, se formaient.

Il réfléchit encore un peu chez son ami.  
Ils lurent le manifeste des « privés de désert »  
Autour d'un bon repas à boire un bon chablis  
Et il signa enjoué au moment du dessert

Morale :

Que t'en semble lecteur, vaut-il mieux la contrainte  
Ou l'anticipation ? Faut-il attendre encore  
Avant de décider de prendre en main le sort  
De notre médecine que les épreuves éreintent ?

# Une révolution, vraiment...

**Si les médecins participaient à l'éducation à la santé de la population, ils auraient peut-être moins de consultations individuelles et seraient davantage conscients des réalités des familles.**

**Anne Perraut Soliveres,**  
 cadre supérieur  
 infirmier, praticien-  
 chercheur

Luc est médecin de campagne en Aveyron. Il s'est installé dans une maison de santé avec trois autres médecins et autant d'infirmières dans le cadre du plan « enseigner le désert » décrété par le gouvernement afin de tenter de réduire les difficultés d'accès aux soins de plus en plus fréquentes dans certaines régions. Il est un peu fébrile en prenant son véhicule de fonction, ce matin, il inaugure le cycle « interventions santé à l'école », en binôme avec Mireille, l'infirmière scolaire. Après le vote d'une mission de santé publique répondant aux revendications de parents soucieux d'une meilleure éducation à la santé de leurs enfants, quatre-vingt pour cent des soignants du département se sont portés volontaires pour y consacrer trois heures par mois sur leur temps de travail. Ils ont été planifiés sur tout le territoire afin d'expérimenter le volet jeunesse du programme expérimental « Mieux vivre avec son corps » destiné à aider les citoyens à se réapproprier, par la confrontation de leurs expériences, les notions élémentaires du « vivre en bonne santé ».

Après un premier cycle de sept rencontres mémorables sur « Travailler sans se détruire » dans différentes entreprises publiques et privées de la région, Luc s'est aperçu que son regard de médecin changeait et qu'il commençait à mieux saisir les bénéfices attendus et même non attendus (en particulier les siens propres) dans ces collectifs de personnes s'intéressant à la santé en dehors de la consultation individuelle au cabinet. Il est confronté à une situation inédite, puisqu'il ne se sent guère mieux armé que ses interlocuteurs sur les questions de santé, lui qui a surtout été formé à détecter et soigner les maladies. Lors de sa première intervention à la fabrique de jouets, il ignorait tout des réalités du travail dans une usine, mais il a vite été conquis par les récits des femmes qui y avaient déjà beaucoup réfléchi et avançaient des propositions d'amélioration de leurs conditions de travail très inventives. La diversification de ses missions de médecin ainsi que l'organisation collective de la maison de santé

allège considérablement ses semaines, au point qu'il a pu reprendre son entraînement de rugby qu'il avait arrêté dès la première année de médecine. Depuis début 2014, le salariat des soignants a été décrété expérimentalement dans plusieurs départements tests, désertés du temps de la médecine exclusivement libérale.

Ce trimestre, il a hérité d'une classe de maternelle à Séverac le Château dans laquelle est prévue une intervention de trois heures par mois.

Après une entrée très remarquée, il s'assied à la table ronde où il a un peu de peine à caser ses longues jambes. C'est avec un enthousiasme très juvénile et une humilité qu'il n'avait encore jamais éprouvée qu'il entame le premier thème : « A quoi ça sert de dormir ? ». Les doigts levés, la variété des témoignages exprimés par les petits ne laissent aucun blanc et la maîtresse n'a pas besoin d'intervenir pour que la parole circule. Luc se surprend à raconter ses propres difficultés à s'endormir lorsqu'on le couchait alors qu'il n'avait pas envie d'aller au lit. Les trois heures de débat passent sans qu'il s'en aperçoive et il se retrouve en chemin vers son cabinet pour sa réunion hebdomadaire avec ses collègues. Cet après-midi, il consulte.

Décidément, sa vie a bien changé depuis la révolution des temps médicaux, même s'il reste encore de nombreux champs à défricher et encore davantage de collègues à convaincre. Luc reconnaît que, s'il craint toujours de se trouver dépassé par les attentes du public, il se sent curieusement de plus en plus serein dans ce qui constitue pour lui l'essentiel de son métier : soigner. Après demain, il doit aller au ministère présenter, avec plusieurs représentants du SMG, le programme de refondation des études afin d'en finir avec la sélection inique et contre productive qu'ils ont connue. La réduction à cinq ans du temps des études médicales sera d'abord expérimentale et les spécialisations ne deviendront accessibles qu'après cinq ans de pratique de la Médecine générale. Le rétablissement d'une rémunération conventionnelle, identique pour tous les praticiens, devrait faire cesser les discriminations entre les différents services médicaux. Une révolution, vraiment... ■

La diversification de ses missions de médecin ainsi que l'organisation collective de la maison de santé allège considérablement ses semaines.



# malaga zine

# De l'amiante aux suicides

**Crimes industriels et luttes citoyennes : la recherche sur les cancers professionnels est très mal reconnue, tant dans le domaine de la médecine que de la recherche scientifique.**

Entretien avec **Annie Thébaud-Mony**, directeur de recherche honoraire à l'INSERM, docteur ès lettres et sciences humaines en sciences sociales, présidente de l'association Henri Pézerat santé travail environnement, porte parole du réseau international Ban Asbestos (expérience de réseau citoyen, qui a refusé d'avoir une existence officielle d'ONG internationale)

Propos recueillis par **Anne Perraut Soliveres** et **Martine Lalande**

## Une recherche toujours mise en cause

Récemment, je suis intervenue dans l'expertise CHSCT demandée par des délégués syndicaux de France Télécom. Le cabinet d'expertise agréé a fait appel à l'équipe GISCO 93 de l'université Paris 13 pour reconstituer les parcours professionnels des agents de France Télécom atteints de cancers et documenter leurs expositions professionnelles. A aucun moment je n'ai dit que je pouvais déterminer ce qui avait provoqué leur cancer, pas un médecin ou un scientifique qui se respecte ne peut affirmer cela, ce serait un abus. Quand un médecin dit à un patient que son cancer est lié au tabac, il n'en sait rien, même si la personne a fumé. Le cancer n'est pas le simple effet d'une cause, c'est une histoire. Il y a tout ce qu'on a pu respirer comme cancérigènes, ainsi que toute l'alchimie des systèmes de réparation en cas d'atteintes cellulaires ; systèmes qui fonctionnent ou non, des systèmes enzymatiques, et une variabilité individuelle rendant impossible la reconstitution a posteriori de ce processus du cancer pour une personne donnée. Les scientifiques un peu sérieux assument ce fait. Les médecins sont plus péremptores, quand ils disent « Votre cancer est dû au tabac », cela ferme la porte. Du coup, les gens sont dubitatifs lorsqu'on leur dit qu'il pourrait y avoir d'autres cancérigènes en jeu. Ils ne comprennent pas que c'est une histoire, pas seulement une relation simple entre une cause et un effet. Dans l'enquête Giscop, nous essayons, partant des connaissances que l'on a sur l'histoire du cancer, d'établir au moins la liste des substances cancérigènes auxquels les personnes malades ont été professionnellement exposées. Cela permet, non pas de déterminer la « cause » du cancer, mais d'identifier les différents cancérigènes ayant pu contribuer à ce cancer.

J'ai été convoquée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région où se déroulait l'expertise et l'Institut de Veille Sanitaire pour examiner et discuter ma méthodologie. Quand les scientifiques veulent essayer de disqualifier une recherche, ils discutent la pertinence de la méthodologie. L'expert auprès du CHSCT et moi-même, ainsi que les syndicalistes à l'origine de la demande d'expertise, nous avons

fait face à des questions mettant en cause notre démarche avec un double procès d'intention : « Vous n'apportez pas la preuve du lien de causalité entre les cancers observés et les expositions recensées » ; « Vous visez la reconnaissance en maladie professionnelle » (avec un sous-entendu : quitte à « exagérer » les expositions).

On m'a attaquée sur la façon dont j'avais « choisi » ma population d'étude, or je ne l'avais pas choisie, puisque j'ai étudié ceux qui étaient malades. On m'a reproché de ne pas avoir pris de cas-témoins, mais je n'en avais pas besoin, puisque je ne voulais pas démontrer une causalité, mais explorer l'exposition professionnelle de patients atteints de cancers à des cancérigènes avérés. Ils disaient qu'alors je ne pouvais pas affirmer que c'étaient ces polluants-là qui avaient donné ces cancers. Je me suis fâchée et leur ai rétorqué qu'on n'avait pas besoin de prouver à nouveau que l'amiante donne des cancers, que les rayonnements ionisants donnent des cancers, que le plomb donne des cancers, etc. La seule chose qu'on ne sait pas, c'est – dans une population exposée à ces différents polluants – sur qui ça va tomber, c'est-à-dire qui sera atteint de cancer. Je ne dis pas ce qui a, à coup sûr, donné le cancer, mais je suis sûre que ces gens-là ont été exposés professionnellement à des produits cancérigènes. Il existe une jurisprudence qui dit que quand le travail a pu provoquer ces cancers-là, ils doivent être reconnus dans le cadre d'une légitime réparation en maladie professionnelle. C'est alors à l'employeur d'apporter la preuve contraire, à savoir prouver que le cancer dont sont victimes ces travailleurs est lié exclusivement à une autre cause, tel le tabac ! Je ne dis rien d'autre. La causalité, ils s'en chargent.

## L'hypocrisie de la recherche de preuve

Je ne suis d'ailleurs pas d'accord avec la façon dont ils traitent la causalité, ce n'est pas l'épidémiologie qui donne la preuve, elle établit seulement des corrélations. Seuls les toxicologues peuvent établir des éléments de preuve. Mais malheureusement, et c'est le fruit des rapports de domination dans l'institution scientifique, les données toxicologiques sont considérées comme insuffisantes pour apporter la

preuve. Il faut une expérimentation humaine pour que la preuve soit établie. Et c'est une mauvaise preuve puisqu'elle reste probabiliste. La statistique est capable d'établir des liens, de dire s'il y a un risque relatif augmenté, mais comme on ne peut pas dire à coup sûr s'il s'agit de tel ou tel polluant, on est continuellement dans la fabrique du doute. C'est si vrai qu'un collègue américain, David Michael, aujourd'hui, responsable de la santé au travail dans l'administration Obama, a écrit un livre qui s'intitule : *Le doute est leur produit*. Il explique comment, de l'industrie du tabac, à l'amiante, en passant par le plomb, les rayonnements ionisants, etc., la stratégie des industriels (et des scientifiques qu'ils ont payés pour cela) a été de prolonger autant que faire se peut le doute sur les effets sanitaires de ces substances toxiques. Cela a contaminé les institutions comme le Centre international de recherche sur le cancer qui dit que pour qu'un cancérogène soit reconnu, il ne suffit pas d'avoir des résultats toxicologiques, il faut qu'il y ait la preuve, une « évidence suffisante ». C'est cocasse : alors qu'on me reproche mes études qualitatives, qu'est-ce qui est plus qualitatif que ces « évidences suffisantes »... ? Il existe un blocage énorme dans le mode de fonctionnement de l'institution scientifique : tant qu'on restera accroché à l'idée que c'est l'épidémiologie qui apporte la preuve, on courra derrière les catastrophes sanitaires les unes après les autres.

### Blocage scientifique et cynisme industriel

On vient de le voir avec Séralini et son étude sur les OGM et les cancers. Pour faire de la recherche, vivons cachés... ! C'est ce qui s'était passé dans les années 90 pour Jean-François Viel, qui étudiait les enfants atteints de leucémie autour de la Hague. Il a fait une enquête remarquable et le jour où elle est sortie, tous les épidémiologistes se sont jetés sur lui pour disqualifier son travail. Là encore, c'est sa méthodologie qui a été discutée, comme si la méthodologie de l'épidémiologie pouvait apporter la preuve. Après l'avoir disqualifié, ils ont fait d'autres études qui ne remettent pas en cause ses résultats, au contraire. Alfred Spira, qui ne connaissait absolument pas les rayonnements ionisants, a fait une étude en se fondant sur le type d'hypothèse que l'industrie est capable de générer. Il est parti d'une hypothèse émise par un anglais, suite à un accident nucléaire dans l'usine de retraitement des déchets nucléaires, à Sellafield, autour de laquelle avait été identifié un excès de leucémies chez les enfants. Ils ont émis l'idée que c'était lié à un virus inconnu apporté par les populations venues construire l'usine de Sellafield... Spira a fait la même hypothèse pour expliquer l'excès de leucémies chez les enfants autour de la Hague. Il a même fait lever le blocage sur l'utilisation du numéro de Sécurité sociale pour rechercher des données et essayer de prouver que l'épidémie de leucémie n'avait rien à voir avec les

rayonnements ionisants, mais était liée à un virus. Il n'a rien prouvé du tout et, malgré tout, il a été obligé d'admettre que l'incidence de leucémies chez les enfants autour de la Hague était plus élevée qu'ailleurs. Donc le symptôme était validé, mais l'explication n'ayant pas été validée, il a dit qu'on ne savait pas très bien... Et les résultats de Jean-François Viel ont été enterrés <sup>1</sup>.

Au niveau industriel, ce n'est pas du blocage, c'est du cynisme... C'est de la criminalité organisée. L'histoire de l'amiante se répète pour la chimie, l'agro-industriel, le nucléaire, la métallurgie, l'aérospatiale... Notre Code pénal dit que la mise en danger d'autrui, l'homicide, sont passibles de prison et de peines lourdes en termes d'indemnisation des dommages. Et l'amiante continue à faire des ravages.

### Les dangers de l'amiante, pas seulement au travail

Je reviens d'une réunion à Bruxelles où on a constaté que l'amiante en place est très mal gérée et que la deuxième vague, derrière celle dont on n'a pas encore fini de voir les dégâts, sera celle des dégâts du désamiantage. C'est ce que craignait Henri Pézerat, mon compagnon. Nous sommes très inquiets de ce qui est en train de se passer. On a mis de l'amiante partout : en France, il y a entre 75 et 80 kg d'amiante par habitant. Nous avons écouté un exposé remarquable d'un anglais qui a perdu sa femme d'un mésothéliome. Elle était institutrice. Il a fait émerger le problème de l'amiante dans les écoles et de l'exposition des enfants dans les écoles amiantées. En France, nous n'avons pas de recensement et de registre des écoles et autres bâtiments amiantés. Le cas d'Aulnay-sous-Bois est très emblématique. Une usine a broyé de l'amiante pendant cinquante ans à Aulnay-sous-Bois, juste à côté de deux écoles, une école primaire et une école maternelle <sup>2</sup>. Le premier cas déclaré était Pierre Léonard, le frère d'une amie. Il est décédé de mésothéliome à 45 ans : sa seule exposition était manifestement celle-là, d'avoir fréquenté l'école primaire voisine de l'usine. Depuis, les associations ont recensé plus de cent cas, dont l'exposition était uniquement environnementale pour une majorité. Les travailleurs de cette usine étaient des migrants qui sont retournés mourir chez eux, on n'a pas pu les recenser. Les victimes recensées étaient des enfants qui étaient à l'école et les riverains : on pouvait écrire au doigt sur les tombes du cimetière qui jouxtaient l'usine, tellement il y avait de poussière, et le maraîcher lavait ses salades en laissant de l'amiante dessus, car il ne pouvait pas faire autrement. Nous sommes en lutte avec les autorités depuis quinze ans pour obtenir qu'une information soit diffusée auprès de tous les enfants qui ont fréquenté cette école et qu'ils aient droit à un suivi médical gratuit, comme les travailleurs de l'amiante. Et pour les riverains, dans un périmètre à déterminer. Il existe un travail de l'INVS réalisé à

.../...

.../... ce sujet par Emilie Counil, aujourd'hui directrice du Giscop. A partir de la localisation des cas et de ce qu'on sait par d'autres travaux sur l'amiante, on peut déterminer un périmètre raisonnable pour dire que tous ceux qui sont à l'intérieur de ce périmètre devraient pouvoir bénéficier d'un suivi post-exposition. On voudrait qu'il y ait un travail systématique de registre, à partir des registres de l'école, des listes électorales, des registres des travailleurs, pour identifier les cas existants et ensuite sur cette cohorte, identifier les cas à venir et faire le véritable bilan de cette catastrophe. C'est ce qu'on aurait dû faire autour de tous les sites et de tous les endroits où il y a de l'amiante. Pour tout immeuble amiante, qui a pu contaminer des habitants, il devrait y avoir des lieux de suivi post-exposition. C'est une de nos bagarres, qui concerne aussi les autres cancérigènes. Dans le domaine du travail, il existe un décret donnant droit au suivi post-exposition pour les personnes exposées à des produits cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction. Nous demandons que ce droit s'étende à toute personne connaissant son exposition. C'est à partir du moment où il y a eu des procès que cela a évolué sur l'amiante en France. Le rapport de forces actuel est tellement en défaveur des travailleurs, des citoyens et des riverains qu'il est très important de considérer l'action judiciaire comme un outil d'action politique. Le procès comme action politique est indispensable pour la prévention.

### **Il faut aller en justice contre les pollueurs**

Il y a des polluants connus depuis des décennies, voire plus, comme les hydrocarbures polycycliques aromatiques, ce qui concerne toute l'industrie chimique pétrochimique, l'industrie de la route, la construction, tout ce qui est en rapport avec les produits pétroliers, les solvants, toute une gamme de produits utilisés dans la construction, dans le travail des métaux, les fluides de coupe, toutes ces substances sont utilisées communément sans aucune protection. Des enquêtes du ministère du Travail comptabilisent et estiment le nombre de salariés exposés quotidiennement dans leur travail à ces polluants. Les industriels, les employeurs responsables de ces expositions sont en infraction pénale caractérisée. Car il existe des décrets. On ne peut pas dire : « On ne sait pas ». Délibérément, ils exposent des personnes, avec cynisme, car ils savent qu'on ne sait pas qui va être atteint de cancer, sur qui ça va tomber. Et cela tombe sur des ouvriers qui sont le plus souvent en situation précaire, des intérimaires, les ouvriers sur la route et bien d'autres encore... Quand on voit les ouvriers en train d'étendre du bitume, c'est une horreur. Les conditions de travail des ouvriers sur les chantiers du bâtiment sont hallucinantes. Ils travaillent dans des conduites enterrées, au marteau piqueur, sans masque, alors qu'il y a certainement au minimum

de la silice, probablement des déchets d'amiante encore présents dans les revêtements, il y a du plomb, et même si les tuyaux sont en plastique plutôt qu'en fibrociment, le chlorure de vinyle, le PVC, est également un polluant, ils les chauffent, il y a des émanations... La sous-traitance permet à ceux qui sont les véritables responsables de s'abriter complètement derrière la sous-traitance des risques. On l'a dénoncé pour la maintenance dans le nucléaire, mais on le retrouve absolument à tous les niveaux. Les employeurs sont passibles des mêmes peines auxquels des industriels, ex-PDG suisse et belge du groupe Eternit, ont été condamnés à Turin.

### **Turin : les industriels condamnés**

Pour la première fois à Turin en février 2012, des industriels ont été inculpés puis condamnés pour désastre volontaire. C'est historique au plan mondial, une brèche dans le droit pénal. Dans « désastre volontaire », il y a deux notions importantes. La notion de « désastre » qui prend en considération l'ensemble des conséquences au niveau collectif. Il y a des morts, des malades et une contamination qui demeure une menace. Et « volontaire » : ils savaient, et leur stratégie délibérée a été de continuer alors qu'ils savaient. Il existe un texte célèbre qui relate une conférence à Londres en 1971 où étaient réunis tous les industriels de l'amiante, peu de temps après la sortie des résultats de Selikoff. C'est le premier chercheur américain qui avait conduit une étude, indépendante de l'industrie, sur les rapports entre amiante et cancer, réalisée avec la caisse de retraite des travailleurs de l'isolation de New York.

Lors de la conférence de Londres de 1971, ces industriels se réunissaient pour établir les stratégies leur permettant de différer autant que possible l'information sur les effets sanitaires de l'amiante, faire une action de lobbying auprès des pouvoirs publics pour empêcher l'adoption de réglementations et mettre en place des organes comme le Comité permanent amiante français, faisant la cooptation la plus large pour maintenir le contrôle sur les scientifiques, sur les pouvoirs publics et sur les organisations syndicales. Ils ont parfaitement réussi pendant vingt-cinq ans. C'est ce qui a été au centre du procès de Turin<sup>3</sup>.

Stephan Schimdheiny (ex-PDG d'Eternit Suisse) et Louis Cartier de Marchienne (ex-PDG d'Eternit Belgique) ont été condamnés à seize ans de prison ferme, une condamnation très lourde, avec de très lourdes indemnités, et pas seulement pour les victimes. Les parties civiles étaient constituées des victimes, des organisations syndicales et des associations, des collectivités territoriales, la région, la ville de Casale, la région Piémont et d'autres régions, et aussi de la caisse d'assurance maladie italienne. L'indemnisation concerne tout ce monde-là. La région Piémont a obtenu une indemnisation pour régler

le problème de la décontamination. A Ban Asbestos, c'est une de nos revendications depuis longtemps : un fond d'indemnisation financé par les industriels de l'amiante et tous les industriels qui ont utilisé l'amiante en pleine connaissance de cause, les multinationales comme Alstom, la SNCF, EDF... et Bouygues évidemment – ceux de la construction ne sont pas vierges dans cette histoire. Nous considérons qu'il devrait y avoir un fonds qui serve à la décontamination et à financer le suivi post-exposition post-professionnel. Mais ce fonds doit être public, avec une collecte de fonds qui soit à la mesure des dégâts qui ont été produits. Un peu comme il a été statué dans le cadre du procès de Turin. Malheureusement, on n'est pas près de l'obtenir au niveau européen.

### Les limites de la médecine du travail

Individuellement, certains médecins du travail sont des gens formidables. Ils se sont battus pour la défense et l'illustration de la médecine du travail. Quand on a créé l'association pour l'Etude des Risques du Travail (ALERT) en 1986 et 1987, avant la réforme de 1988, la question en débat était la forme qu'il fallait donner à cette institution pour qu'elle se dégage de sa soumission au patronat. Je plaçais pour ce que j'avais vu ailleurs, et notamment en Italie ou au Québec : un service de santé publique. Un champ à part entière de la santé publique pour la santé au travail au sens propre du terme, non pour faire faire des hémocultures aux ouvriers ni leur dire de ne pas fumer, mais s'occuper des risques du travail. Ce service public serait financé par un impôt spécifique aux entreprises au prorata du nombre de salariés. En d'autres termes, un impôt sur lequel les entreprises n'auraient aucun droit de regard. Malheureusement, parmi les médecins du travail et les syndicats de médecins du travail, cette proposition a eu très peu d'échos. Et elle a été enterrée dans les débats et de nouveau récemment. La faillite actuelle de la médecine du travail, avec le texte récemment adopté qui les rend encore plus prisonniers du patronat, est liée à leur défense qui me semble beaucoup trop corporatiste. La réforme, qui avait été adoptée du temps de Sarkozy et que Hollande a décidé d'accepter, institue le fait que le patronat dicte aux médecins du travail ce qu'ils ont le droit de faire, à travers un habillage de pluridisciplinarité. On a changé les mots, on parle de « santé au travail »... Pour ma part, je parle de « santé des travailleurs », c'est beaucoup plus clair.

Cette réforme renforce la dépendance par rapport au patronat, et renvoie la santé au travail dans le champ de la soi-disant négociation salariale, mais les syndicats ne se battent pas sur ce sujet. Les syndicats d'EDF se battent pour la médecine du travail EDF, mais pas pour la médecine du travail des sous-traitants qui est absolument indigente. Un médecin du travail de la sous-traitance qui surveille les sala-

riés intervenant en centrale nucléaire, les plus exposés à tous les risques, la radioactivité et le reste, la légionellose dans les vestiaires qui ne sont pas nettoyés... ce médecin du travail n'a pas que les sous-traitants du nucléaire à surveiller. Il a une panoplie de 300 à 500 entreprises, entre 3 000 et 7 000 salariés à surveiller, et quelques sous-traitants. Le médecin du travail d'EDF surveille 500 salariés de la même entreprise sur le même site, où il va passer toute sa carrière. On a essayé de dire qu'il pourrait surveiller ceux qui viennent chez lui et, avec l'informatique, on peut mutualiser un dossier médical, même si le même salarié se retrouve à 800 km de son entreprise. On sait communiquer entre la France et l'Australie, on pourrait bien s'écrire entre médecins... Cela n'a jamais été possible !

### Des syndicalistes portent plainte

Il y a un droit d'exception qui autorise, en pleine connaissance de cause, d'exposer des gens à des risques mortels. C'est aussi le cas du suicide. Un jugement très intéressant a concerné le « risque organisationnel », récemment à Lyon. Un tribunal a condamné pour mise en danger d'autrui la Caisse d'Épargne, en raison de son système d'évaluation des salariés, qui est une manière de mettre en permanence en concurrence les salariés sur leurs performances, un système qui rend fou. La Caisse d'Épargne a été condamnée <sup>4</sup>. Ils feront appel bien sûr. C'est parti d'une plainte avec expertise du syndicat SUD, qui a obtenu gain de cause. C'est un beau jugement. Malheureusement, on assiste dans beaucoup d'endroits à l'affaiblissement syndical lié à la sous-traitance et au fait que les syndicats sont dos au mur avec les questions d'emploi. Sans compter la division et la frilosité des syndicalistes qui n'osent pas venir chercher les experts comme moi et d'autres qui sont prêts à travailler avec eux pour faire évoluer les choses. L'association Henri Pézerat <sup>5</sup> est maintenant constituée non seulement d'un réseau d'associations et de volontaires, mais aussi de syndicats. A travers ce type de réseau, on voit se développer des collaborations qu'on ne connaissait pas il y a dix ou quinze ans. Des syndicalistes ont été à l'origine du réseau qui a construit le mouvement contre l'amiante, dont je suis membre fondateur. L'Andeva ne le reconnaît pas suffisamment, à mon sens : les associations locales ont souvent une base syndicale très solide qui permet que les choses continuent à évoluer, au moins localement. ■

- 1. Jean-François Viel, *La santé publique atomisée*, la Découverte, 1998.
- 2. [www.ban-asbestos-france.com/luttes\\_histoire.htm#usine](http://www.ban-asbestos-france.com/luttes_histoire.htm#usine)
- 3. Voir le dossier : <http://www.asso-henri-pezerat.org/proces-turin-eternit-verdict>
- 4. [www.asso-henri-pezerat.org/tag/caisse-depargne/](http://www.asso-henri-pezerat.org/tag/caisse-depargne/)
- 5. [www.asso-henri-pezerat.org/](http://www.asso-henri-pezerat.org/)

# Les prescripteurs en médecine générale

**Quel est le profil des « petits » prescripteurs de médicaments en France ? Une étude qualitative réalisée en 2009-2010 <sup>1</sup> souligne l'importance des motivations à devenir praticien et des modes d'organisation de l'exercice médical.**

**■ Anne Véga**, docteur en anthropologie, chercheur attaché au Sophiapol (LASCO), université Paris-Ouest

*Communication en partie proposée lors du 52<sup>e</sup> congrès des centres de santé, 2 octobre 2012 (Paris) : Caractéristiques et risques de la prescription médicamenteuse chez les médecins généralistes : une prévention est-elle possible ?*

La culture du médicament en France : la panacée ? Dans cette étude qualitative le choix des enquêtés, médecins généralistes, s'est fait en complément de nos précédents corpus déjà importants <sup>2</sup>. En effet, il s'agissait à la fois d'avoir une diversité des situations (en termes d'âge, de genre, de lieu, de mode et de secteur d'exercice), mais aussi d'homogénéiser les données en vue de comparaisons. Grâce à notre connaissance préalable du terrain et de réseaux d'interconnaissance, trente nouveaux entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de praticiens exerçant en milieux semi-rural, urbain, semi-urbain et en banlieue. Tous travaillent en secteur 1 et ont des patientèles appartenant plutôt à des classes sociales moyennes et défavorisées. Parmi eux, la trajectoire de dix-huit praticiens – incluant des salariés travaillant en centres de santé – a été particulièrement étudiée, et dix ont été observés (soit cinq-cent cinquante consultations et cinquante visites à domicile analysées comprenant les relevés d'activité des médecins libéraux observés). J'ai cherché ainsi à mieux comprendre comment on devient ou on reste un « petit prescripteur » <sup>3</sup> en France « malgré tout », grâce également à un « Focus group » réalisé en formation initiale, au suivi de colloques et congrès professionnels et à une analyse de la littérature internationale.

Toutes les études sur l'hexagone font en effet état de recours à l'ordonnance avec des niveaux importants de produits dont l'efficacité n'a pas été démontrée. A la clé, il y a le besoin de se conformer à des normes d'action : « on doit montrer qu'on a fait quelque chose ». J'ai également retrouvé chez des enquêtés des traditions positivistes et des représentations positives du médicament « toujours plus bénéfique

que toxique » : « ça ne peut faire que du bien ». Plus précisément, des fonctions spécifiques sont attribuées au médicament. Il permet de réduire rapidement tous les symptômes (logique culturelle dite de « réparation instantanée »), présents ou susceptibles d'apparaître. De plus, il existe en France des sensibilités importantes à l'égard de risques redoutés, en particulier en termes de complications respiratoires ou de « passage à l'acte » des patients « dépressifs ». En conséquence, j'ai observé dans les consultations des tendances à prescrire un produit par symptôme, y compris en cas d'épidémies saisonnières bénignes (type rhumes), des sur-prescriptions « préventives » en pathologie respiratoire, en cardiologie ainsi que des associations d'anxiolytiques aux antidépresseurs pour « prévenir » les passages à l'acte suicidaire (soulignées également dans l'étude Polychrome, 2009). Autre problème, en lien : chaque médecin a tendance à prescrire dans sa propre spécialité. Des médicaments dont les causes initiales de prescription ont été oubliées sont laissés dans des ordonnances, d'où des cumuls particulièrement visibles dans celles des personnes âgées. Ces tendances font suite à la valorisation de l'autonomie dans le travail : l'habitude est de ne pas intervenir dans les décisions d'autres médecins. Elle est doublée d'une importante hiérarchisation des soins : les enquêtés font plutôt confiance à l'expertise des médecins spécialistes, y compris en cas de doute sur des prescriptions. La survalorisation des savoirs « experts », au dépend des savoirs plus généralistes, semble persister. Du moins, de jeunes médecins enquêtés font le même constat que leurs aînés : ils estiment ne « rien savoir » en sortant de la faculté, ceci les conduisant « à s'en remettre » à ceux « qui savent ». Or, les spécialistes sont nombreux à travailler avec les laboratoires pharmaceutiques, dont la présence est jugée généralement sans effet sur les prescriptions et positive par des enquêtés. En effet, les étudiants sont peu informés de leurs influences, par ailleurs peu contrôlées à tous les niveaux du système de santé <sup>4</sup>.

**Publications :** *Une ethnologie à l'hôpital*, Editions des Archives Contemporaines, Paris, 2000 ; « Cessation d'activité libérale de médecins généralistes : motivations et stratégies », *Dossier Solidarité et Santé*, n° 6, 2008 (collectif, en ligne) ; « La mort, l'oubli et les plaisirs : les cheminements des patientes dans le cancer du sein », *Anthropologie et santé*, n° 4, 2012 (en ligne).

Enfin, les médecins français travaillent beaucoup : des prescriptions permettent de pallier leur fatigue, c'est-à-dire de faire face à des plaintes répétitives, à des retours de patients non guéris (des caractéristiques de la médecine générale). Ces plaintes et ces retours sont amplifiés en France par des consommations et des prescriptions élevées de médicaments qui peuvent présenter des effets secondaires, et qui seraient loin de pouvoir répondre à tous les problèmes de patients de « ville ». Des prescriptions dues à la fatigue semblent également plus importantes, car cette dernière, et plus généralement les situations d'épuisement professionnel, restent peu reconnues et amènent des médecins à consommer des médicaments « pour tenir »... ce qui les conduit à banaliser des produits <sup>5</sup>.

Pour toutes ces raisons, la plupart des praticiens enquêtés restent convaincus du bien fondé et de l'indépendance de leur prescription, ce qui facilite grandement le travail commercial des firmes pharmaceutiques. En effet, ils informent d'autant moins leurs patients d'effets négatifs de médica-

nitaire, médecine « de famille », soins « de santé primaires », etc.) les ont poussés à multiplier les expériences avant de s'installer : en planning familial, prisons, PMI, en médecine scolaire, de la marine, soins palliatifs, aux urgences, à la Croix Rouge, etc. En se confrontant précocement à des profils de patients variés, ils ont alors pris conscience de l'importance des conditions de vie dans les soins. Ils se sont également familiarisés avec les situations d'urgences sociales et vitales qu'ils prennent en charge sans crainte (problèmes psychiatriques, addictions diverses, tentatives d'autolyse).

La qualité des soins était et reste leur principale motivation au travail. Afin de faciliter les parcours de soins de leurs patients, ces praticiens ont gardé des liens directs avec des médecins hospitaliers. Mais la plupart travaillent également avec des paramédicaux et des professionnels du social (ce qui modère leurs ordonnances), et certains travaillent avec des pharmacologues, des spécialistes de la psyché, parfois au sein de réseaux formalisés. De même, la plupart ont repassé des diplômes (par



ments prescrits qu'ils s'avèrent être eux-mêmes le plus souvent sous-informés par les firmes (prescription par exemple sans le savoir de « me too » : molécules nouvelles, mais proches d'une ancienne), et qu'ils croient en l'efficacité et aux effets bénéfiques des produits en général. Faute de recul sur le « reflexe » ordonnance-médicaments, ils continuent à penser que les patients viennent systématiquement... pour des médicaments.

### Les petits prescripteurs, des contre-modèles

Ces enquêtés échappent à ces tendances générales. Mais à y regarder de plus près, tous ont eu des parcours « hors normes » auprès de patients également « hors normes ». Des motivations soignantes en entrant en faculté (« vocation », médecine huma-

exemple en pharmaco-chimie, en psychiatrie, en gynécologie, gériatrie, urgences, homéopathie) ou ont suivi des formations spécifiques (toxicomanie, groupes Balint). Ceci les a aidés à comprendre les limites du « reflexe » médicament-ordonnance. Ils sont progressivement devenus plus critiques à l'égard du médicament (a fortiori associé) et par rapport aux stratégies des laboratoires. Car tout est dans tout : ils se sont abonnés à la revue *Prescrire*, suivent régulièrement des Formations Médicales Continues et/ou recherchent des informations indépendantes (sur des sites anglo-saxons ou sur des sites comme le Formindep). Ils font donc preuve d'attentisme avant de prescrire de « nouveaux » traitements susceptibles d'être des « me too », privilégiant plutôt d'anciens produits



.../... dont ils ont appris à connaître les effets et qui sont souvent moins coûteux. Certains très petits prescripteurs font l'effort de « dé-prescrire » des produits, y compris de confrères spécialistes, qu'ils jugent « inutiles » « très peu efficaces », voire « dangereux » et « toxiques ».

Ces praticiens médicalisent peu les problèmes liés aux difficultés sociales, à la petite enfance, au vieillissement et aux états dépressifs, également parce qu'ils se sont créés progressivement des repères et compétences généralistes et/ou ont développé des alternatives aux médicaments (y compris des médecines complémentaires pour certains). Quelles que soient leurs orientations, tous interviennent sur des domaines habituellement pris en charge par les « spécialistes » (ex. urgences, petite chirurgie, « écoute empathique », prescription de neuroleptiques, de produits dermatologiques, etc.). Ils valorisent autant le fait d'éviter à leurs patients des recours aux urgences que de leur apprendre à s'automédiquer et à attendre la guérison de maux « bénins ».

Les pratiques observées concordent avec la plupart des recommandations de Jean Brami et René Amalberti (dialogues avec les patients informés visant à adapter des décisions médicales, suivis des patients et auto-surveillance du médecin) <sup>6</sup>. Cependant, ce qui distingue ces enquêtés de leurs confrères et consœurs plus prescripteurs, c'est un rapport positif au patient dont ils cherchent à comprendre le(s) motif(s) de venue et le point de vue. Car ce dernier est considéré comme intéressant et responsable : ayant des capacités de jugement, des expériences et des arguments à entendre.

Pour toutes ces raisons, leur travail est source d'épanouissement. Reste que ces médecins, tous libéraux dans cette étude, sont pénalisés par le système de rémunération à l'acte (puisqu'ils veillent également à ne pas trop travailler et pratiquent une médecine « lente »). Certains souffrent de formes de solitude car « le modèle de parcimonie de la prescription n'est pas favorisé par le système actuel ».

### Une approche médico-centrée encore dominante ?

Par comparaison, les autres enquêtés plus prescripteurs oscillent entre recherche de réassurance et de confort personnel.

Ils sont venus à la médecine pour d'autres motivations que la santé des populations et sont davantage issus de familles de médecins : ils avaient des motivations de reproduction familiale, et moins le désir de devenir généraliste au départ. En conséquence, ils ont développé des compétences plus limitées : suite à des besoins de conformité, à des désirs de spécialisation, à la recherche de confort psychologique et/ou financier. Ils délèguent davantage de soins aux médecins spécialistes, avec lesquelles ils ont des rapports plus déséquilibrés,

et à qui ils adressent des patients redoutés (comme les « psychiatriques »). Mais surtout, ils accordent moins leur confiance au patient dont ils ont des représentations plus négatives (profane non sachant, « demandeur » de médicaments, peu responsable voire peu considéré). Dans tous les cas, ils ont plutôt tendance à penser que seuls les médecins sont légitimes pour juger ce qui est « bien » pour leurs patients (expliquant qu'ils consacrent peu de temps à les écouter). Ces généralistes ont des pratiques fondées sur l'observance, d'autant plus qu'ils ont des visions positives à très positives des médicaments et qu'ils sont en contact avec les firmes pharmaceutiques. Enfin, ils travaillent davantage hebdomadairement et/ou plus rapidement, et d'après des modèles dominants qui ont des limites en médecine générale : poser un diagnostic (malgré l'incertitude), trouver un traitement médicamenteux et/ou multiplier des examens (alors que la plupart des patients de médecine générale sont atteints d'affections chroniques, bénignes ou débutantes d'une extrême diversité, fréquemment liées à leurs conditions de vie et sans supports lésionnels). Cependant, comme le médicament reste souvent leur seul moyen d'action, ils passent souvent leur temps en consultation à « jongler » avec leurs effets, avec plus ou moins de bonheur. Ainsi, les moyens prescripteurs expriment de nombreuses difficultés d'exercice, bien qu'ils soient dans les moyennes nationales. Parce qu'ils ont tendance à se cantonner à de « petits » soins, ils ont tendance à se sous-estimer et craignent de déranger les spécialistes, d'où des difficultés ensuite à « gérer de gros dossiers ». De gros prescripteurs le sont malgré eux. Ils n'ont pas d'autres alternatives que de recourir à des médicaments pour ne pas revoir de suite des patients dérangeants ou devenus « insupportables » (utilisation de produits pour ne pas les revoir de suite, pour ne pas s'investir par manque d'appétence, pour en « finir au plus vite »). Inversement, ils prescrivent par compassion ou désir de « régler tous les problèmes » de personnes jugées vulnérables, d'autant plus qu'ils jugent leurs proches « irresponsables ». Ces médecins se chargent alors d'eux-mêmes de « lourdes responsabilités » et se placent dans des situations d'impuissance. Car ils restent conscients de leurs propres limites relationnelles, de celles de leurs savoirs et de celles de la médecine spécialisée. Ils sont alors conduits à faire semblant d'avoir de l'intérêt pour les problèmes de patients, de maîtriser les effets des produits, et plus globalement d'avoir réponse à tout.

Leurs confrères encore plus prescripteurs ont généralement réglé ces problèmes en excluant les personnes leur faisant courir trop de risques et peu rémunératrices : ils ne sélectionnent que des patients « rapides » et « malléables » (absence de négociation). Une partie des prescriptions de ces médecins techniciens <sup>7</sup> « stakhanovistes » et quasi

spécialistes visent à fidéliser des patients « captifs ». Ils s'allient souvent avec des médecins spécialistes également motivés pour « faire du chiffre ». Cependant, des épisodes malheureux survenus avec des patients et sources de traumatisme expliquent aussi certaines de leurs sur-prescriptions (ces « accidents » de parcours rapportés chez des correspondants de médecins généralistes enquêtés seraient donc également à l'origine de prescriptions élevées de médicaments en France, compte-tenu du manque d'échanges professionnels ou de leurs déséquilibres). Ceci renvoie plus précisément à l'insuffisance de communication autour de l'erreur médicale. Ces médecins échangent très peu sur leurs pratiques – a fortiori lorsqu'ils se sentent responsables de décès de patients. Leurs « abus » défensifs sont connus des autres médecins travaillant à proximité, mais ces derniers se contentent souvent simplement d'en prendre acte.

### Les recrutements des généralistes et les formations médicales en question

Les enquêtés dont les désirs initiaux étaient d'être tournés vers les patients ont plutôt des usages modérés des médicaments. Ils sont devenus des « omnipraticiens » (au sens québécois). Après avoir multiplié les expériences auprès de patients et s'être reformés, ils ont acquis un certain « scepticisme » à l'égard des réflexes ordonnance-médicament. Malgré les limites de cette étude, ses résultats font écho à de nombreux travaux, dont ceux de Rosman<sup>8</sup>. Car au-delà de la médecine générale, beaucoup de médecins français en exercice continuent inversement à se sentir « obligés de prescrire » : par activisme, par conviction de bien faire et/ou de faire le bien du patient, pour se réassurer (se prémunir de risques réels ou supposés et « d'accidents de parcours »), et souvent faute d'autres alternatives légitimes acquises en facultés (soins de santé primaire, santé publique, épidémiologie, psychothérapie, etc.).

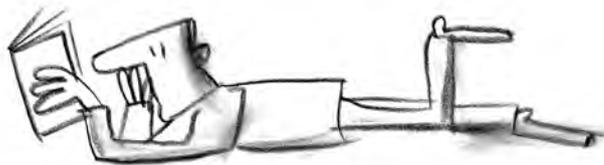
De notre point de vue extérieur, l'urgence serait de travailler sur les motivations des étudiants, voire de remettre en cause la façon dont ils sont sélectionnés. D'ici là, il semble important de développer des formations à l'incertitude (au doute) et à l'erreur, ainsi que les groupes de pairs (y compris sur la fatigue au travail et sur des peurs non dépassées). Autres pistes ? Travailler avec les étudiants sur le regard posé sur les patients, sur la médecine générale et sur les industries du médicament. Par exemple, en invitant des omnipraticiens à parler de leurs expériences positives auprès des patients et en diversifiant encore les lieux de stages en médecine générale (pour les sensibiliser davantage aux

étiologies sociales, aux inégalités sociales de santé et aux besoins multiples des usagers). Des lieux de stage où la « coordination des soins » est effective. Histoire d'inculquer des habitudes de partage des décisions, pour contrecarrer un manque d'échanges directs et de connaissances des pratiques entre médecins et pour apprendre à travailler avec d'autres professionnels. Tout ceci passerait par l'implication de tous dans des enquêtes et publications pluridisciplinaires : associant des (para)médicaux, professionnels du social, pharmacologues, sciences humaines, et représentant d'usagers.

Resterait le nerf de la guerre : parler aux étudiants des pratiques de sous-information des firmes et, inversement, développer les apports en pharmacologie et en toxicologie. Car ce qui nous a le plus marqué dans cette étude, c'est l'absence de connaissance par la plupart des prescripteurs enquêtés des « me too », ou de notions claires des notions de SMR (Service médical rendu) et Amélioration du service Médical rendu (ASMR), voire des interactions médicamenteuses et des contre-indications. Toute une « éducation thérapeutique » à refaire ? Des travaux déjà publiés ou en cours de réalisation permettront de répondre dans la nuance à cette question, en particulier ceux qui interrogent la place de l'esprit critique dans la formation médicale, dans la suite des travaux d'Arthur Kleinman ou d'Alain Froment. ■

■

1. Lire le rapport intégral : [www.formindep.org/IMG/pdf/rapport\\_final3.pdf](http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf)
2. Soixante-dix entretiens sur toute la France et dix monographies de cabinets en région PACA rurale et semi rurale (depuis 2003).
3. Dans cette étude, ils prescrivent en moyenne de deux à quatre produits au maximum et ils ont des ordonnances simplifiées, excluant les produits inutiles (ex. rhume) et les associations courantes de psychotropes. Ils ont aussi des taux de remboursement pharmacie par patients inférieurs aux référentiels de leur région d'exercice (y compris lorsqu'ils prennent en charge des personnes âgées).
4. « Médicaments et société, entre automédication et dépendance », *Sociologie santé*, n° 30, 2009. De plus en plus de thèses en médecine – surtout en médecine générale – confirment combien les médecins français restent influencés, alors qu'ils ne pensent pas l'être.
5. Trichard-Salembier A., « Suicide et burn-out : les médecins sont une population à risque », séminaire Santé, Travail, Ethique et Société, Université Lille 2, 1<sup>er</sup> décembre 2010.
6. *La sécurité du patient en médecine générale*, éditions Springer, 2010.
7. Membrado M., « La construction de la relation thérapeutique », *Ethnologie française*, XXIII, 1993, 4 : 526-533.
8. Rosman S., *La pratique de prescription des médecins en France et aux Pays Bas*, Paris, CERMES, 2008.



## Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Philippe Bazin et Christiane Vollaire, *Le milieu de nulle part*, Editions Créaphis, octobre 2012

C'est un « beau livre », de taille modeste. Les photos de Philippe Bazin avaient été montrées dans une exposition, « Antichambres », en 2010. Des photos de lieux d'enfermement, muettes, vides de figures humaines, mais reflétant la présence. La qualité des reproductions est à saluer. Dans ce livre, il s'agit d'un travail de terrain, dans une vingtaine de centres d'hébergement ou de rétention pour étrangers en Pologne, et des entretiens avec cent quatre personnes réfugiées.

La publication maintenant du texte entier de Christiane Vollaire, en alternance avec les photos donne une force accrue aux images. L'auteure du texte est philosophe<sup>1</sup>, la parole recueillie est écoutée à la lumière de la réflexion philosophique, ce qui lui donne un poids, une importance inhabituelle. Le lecteur peut dépasser la fascination déclenchée par les témoignages des demandeurs d'asile sur la violence, la persécution religieuse, pour comprendre l'absurdité organisée, ses effets sur les personnes, son origine politique, son lien avec les mafias, les trafics d'organes. Situation dont les pays riches profitent, nous le savons bien, dans une logique certes régionale (la Russie de Poutine et les républiques orientales qui en dépendent, dont la Tchétchénie), mais permise et confortée par la politique de l'Union Européenne.

La présentation des témoignages est organisée autour de thèmes : l'espace de l'origine, un espace invivable ; l'espace du présent, un espace aliénant ; l'espace du futur, un espace à forcer. L'auteure commente, interprète les témoignages : on comprend comment la situation des migrants est déterminée par l'organisation politique actuelle de notre monde où la circulation des marchandises est libre et génère du profit ; et la circulation des personnes est entravée, pour générer aussi du profit. Sont mis en évidence la gestion policière des lieux, la corruption évidente, qui « reproduit les rapports de domination et de violence qu'ils ont fuis. » La discrimination et la suspicion dont les migrants sont victimes, que ce soit à l'intérieur des centres, ou dans la ville, l'incertitude juridique : auront-ils leur autorisation de séjour ? Vont-ils basculer dans la clandestinité ? La précarité physique lorsqu'ils

sont malades et ne reçoivent pas les soins appropriés, la persécution dont ils sont parfois victimes de la part de l'administration.

Comme en France, la complexité des lois, leur inconstance, leur incohérence et l'incompétence des personnes qui sont les interlocuteurs des étrangers rendent le droit douteux, irrationnel, déçoivent profondément, et mettent les personnes en colère.

Les autorisations d'entrer dans les centres, de rencontrer les réfugiés dans des conditions propices n'ont pas été faciles, l'auteure souligne le désir des retenus de parler de leur histoire, des conditions de leur accueil, le désir de témoigner de leur présence même, dès lors que les visiteurs avaient montré qu'ils n'étaient pas liés aux autorités. Et le désir d'utiliser la possibilité de ne révéler que ce qu'ils choisissaient, éventuellement de manifester un refus de parler de certains événements, d'être respectés dans ce refus. Une occasion d'avoir une parole libre.

L'auteure a aussi observé et interviewé les responsables des centres : ils racontent des pratiques et des représentations très diverses, mais devant l'incohérence du droit et des mesures prises ou absentes, ce sont des gestionnaires soumis à la honte et à l'impuissance. Leur discours défensif se réfère aux règlements européens dont l'hypocrisie n'est plus à souligner : « Mieux protéger l'Europe en contrôlant ses frontières dans un esprit de solidarité ». Les réfugiés sont portés par une idée du futur, un projet d'une « vie familiale normale » où étudier, travailler, élever paisiblement ses enfants seront possible. L'idée même de futur est absente dans la préoccupation des gestionnaires, des règlements, de la « gestion des flux » migratoires, c'est ce qui en fait l'absurdité. C'est l'absence de représentation du futur qui refuse la condition d'être humain dans ces centres : la construction de la vie future n'y est pas possible, c'est « l'expulsion du monde » évoquée par Hannah Arendt. —

**Martine Devries**

■  
1. Elle tient une rubrique régulière dans cette revue.



## Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Michela Marzano, *Légère comme un papillon*, Grasset, mai 2012

C'est un livre qu'il faut lire d'une traite en se laissant emporter dans l'univers de Michela Marzano et qu'il faut ensuite relire page après page, un stylo à la main, en prenant des notes.

Je l'ai lu en pensant qu'il s'agissait d'un livre sur l'anorexie et d'ailleurs le titre italien est : *Volevo essere una farfalla : come l'anorexia mi ha insegnato a vivere* (Je voulais être un papillon : comment l'anorexie m'a appris à vivre).

C'est en partie vrai, il y a des développements très intéressants sur l'anorexie. Mais, c'est d'abord et surtout un livre sur l'amour, sur le désir, sur la vie.

S'il fallait résumer ce livre, on dirait que l'auteure est née dans telles et telles conditions, qu'elle a eu un père qui avait telles et telles particularités et que sa mère était comme ceci et comme cela... Et ce résumé serait sinon stérilisant, du moins très appauvrissant.

Le livre est, malgré ses 351 pages, bien trop court. Il est lui-même un résumé qui ne donne qu'un trop vague aperçu de la vie de l'auteure. On aimerait mieux la connaître, on aimerait qu'elle nous parle plus longuement de ses amours, d'Alessandro et Jacques, de son père de sa mère, de sa grand-mère, des Pouilles.

On aimerait aussi qu'elle nous parle plus longuement de la traduction, du passage d'une langue à une autre, de la différence entre le mot « confiance » en français et les mots « *fiducia* » et « *affidabilità* » en italien. Ou aussi de l'amour en français où on aime tout : on aime le chocolat, on aime son fils, on aime aussi sa femme avec le même

mot, et l'italien où aimer le chocolat se dit : *mi piace il cioccolato* ; aimer son fils : *voglio bene a moi figlio* et je t'aime se dit : *ti amo*.

Michela Marzano a lu Kant, Nietzsche et bien d'autres, mais elle parle de façon simple pour dire des choses merveilleusement profondes et essentielles. Elle nous dit : « Pour vivre pleinement, il faudrait trouver le courage de traverser ses propres désirs ». Elle dit aussi : « Je crois que l'amour est l'acceptation de l'autre dans sa différence, la possibilité qu'on lui donne d'être libre de s'exprimer. D'être autre chose que ce que l'on attend de lui. » Elle réagit de façon lumineuse à la célèbre phrase de Lacan : « Aimer signifie donner quelque chose que l'on n'a pas à quelqu'un qui n'en veut pas. »

A un moment de sa vie, elle découvre qu'il y en a marre de remonter toujours le rocher en haut de la montagne et de le voir rouler vers la vallée. Elle renonce à être Sisyphes et elle accepte d'écouter la voix qui lui dit « que je pouvais rester assise dans la vallée, m'arrêter et ne rien faire ».

Une petite réserve tout de même : le titre italien *Volevo essere una farfalla* ne parle pas de légèreté. Et pourtant, il est juste de parler de légèreté. Ce livre est léger, léger comme l'intelligence, léger comme un sourire.

J'aurais préféré « Légère comme un sourire ». C'est d'ailleurs sur un sourire qu'il se termine : « Jacques me dit toujours que je suis plus jolie quand je souris ». —

Jean-Pierre Lellouche

— Aharon Appelfeld, *L'héritage nu*, Editions de l'Olivier, octobre 2006

Il s'agit du texte de trois conférences, remaniées depuis 1980, sur le thème « Après la Shoah ». Aharon Appelfeld était un enfant choyé dans une famille juive assimilée en Autriche, ses parents furent tués au début de la guerre et il vécut quatre ans en fuite dans la forêt, entre 8 et 12 ans ; après la guerre, il trouva refuge dans des camps de déplacés, avant d'arriver en Palestine. Il écrit magnifiquement, d'une manière poétique et intemporelle, des récits qui tous tournent autour de cette période de sa vie.

Cet ouvrage se veut une « réflexion conceptuelle ».

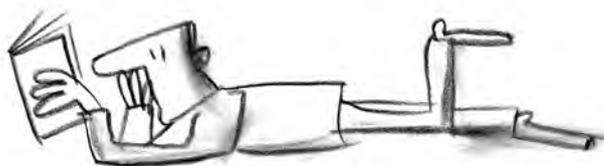
Sur ce qui s'est passé au cours de la Shoah, pour les juifs : comment le sentiment de haine de soi a été attisé. Comment, pour la plupart des juifs assimilés, la surprise d'être considérés et persécutés comme juifs, les a soit fait retrouver leurs racines, soit fait fuir : il y voit une des raisons du silence des rescapés, avec l'incapacité des autres à les comprendre. Et pose la question de « comment vivre après la Shoah ».

Il aborde aussi la question de « Qu'est-ce que la littérature sur la Shoah », la littérature chargée de la « tâche impossible d'unir le particulier au général », distincte des récits écrits pour soulager, des récits documentaires, des témoignages ou des récits imaginés et parfois pervers. Il a une réflexion originale sur l'imagination créatrice : agencement des souvenirs, et non pas invention.

Enfin, il réfléchit sur l'expérience religieuse qu'a représenté pour certains l'horreur de la Shoah : religieuse au sens de « lien et de relation avec l'environnement et avec soi-même : émerveillement qui n'a affaire qu'à lui-même, sans autre intention : c'est vous et le monde, sans séparation. »

« Comment transformer les couches profondes ramenées au jour par la Shoah en vision spirituelle ? » est sa question finale. —

Martine Devries



## Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

- Antoine Choplin, *La Nuit tombée*, La Fosse aux ours, 2012
- Ahmed Bouanani, *L'Hôpital*, Verdier, 2012

J'ai eu envie de rapprocher ces deux romans parce que tous deux parlent de maladie, de douleur humaine, d'une façon vertigineuse. Il ne s'agit pas du corps individuel, de la douleur personnelle d'un héros, d'un individu, mais de quelque chose qui touche le collectif, le corps social, pourrait-on dire. Dans les deux livres, c'est décrit avec une force remarquable.

Dans *La Nuit tombée*, Gouri roule à moto. Derrière lui, une remorque cahotante avec sa réserve d'essence. Dans le paysage qu'il traverse, quelque chose ne va pas, c'est noir et vide, il s'arrête dans un village déserté, trouve la seule maison éclairée, où il est accueilli par Véra et son mari. Le mari est atrocement malade, sa peau part en lambeaux. Le fils du couple est malade, lui aussi. Des voisins viennent, on boit, on mange, on parle des vivants et surtout des morts. On est à quelques kilomètres de Tchernobyl. Gouri travaillait à la centrale, il habitait tout à côté. Mais il est parti très vite, il vit à Kiev, il n'est pas malade. Sa fille l'est. C'est pour elle qu'il revient, chercher quelque chose dans l'appartement où il vivait, tout près de la centrale, dans un territoire désormais interdit où il va entrer de nuit avec un de ses anciens voisins pour guide...

Le ton est sobre, très allusif, très prenant, les dialogues étroitement mêlés à la description froide, à la rapidité de l'action, durant une soirée et une nuit. Le mal est là, on boit le lait, on mange les produits du sol contaminé, tant pis. On picole. Les forêts sont noires, les routes vides. Antoine Choplin décrit sans pathos un état du monde, de notre monde. Un futur possible. Ce court roman a eu le

prix du roman France télévision 2012. Le lecteur le referme avec un frisson et se dit : pire que la guerre.

*L'Hôpital*, a déjà été publié en 1990, mais il était devenu introuvable. On remercie l'éditeur Verdier de remettre sous nos yeux ce texte de l'écrivain et cinéaste marocain Ahmed Bouanani, disparu en 2011. Ici, le lieu, les gens, les drames, le sang craché et l'humour non moins craché sont intriqués, superbement. Ça se passe dans un hôpital où il fait froid, où les morts sont aussitôt détroussés, mais avec bonne humeur, où la mort est « habillée elle aussi d'un sordide pyjama bleu, fumant comme tout le monde du mauvais tabac, racontant n'importe quoi dans l'attente du crépuscule. Elle ne se cache pas dans les coins sombres, derrière les talus, sous les lits, dans les latrines humides et puantes, elles s'attable avec nous, elle rit quand nous rions, elle partage nos folies, puis elle nous conduit dans nos draps comme on conduit des chenapans qui refusent de dormir tôt ». ... Le narrateur erre dans les méandres de sa pensée et participe à la vie collective, il prie avec le Litron, Le Corsaire, le Pet, hommes perdus, malades, sans âge qui supplient Allah de leur envoyer une femme, « même obèse, borgne ou teigneuse ». C'est superbe et implacable. Là encore, le lecteur se dit : pire que la guerre. Mais...

Mais la langue, un français au comble de sa beauté, entoure la folie, l'exprime et la contient, fait de ce texte quelque chose qui restera dans notre mémoire. —

**Dominique Louise Pélegrin**

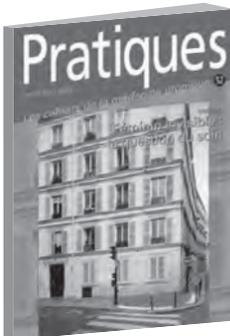
## Numéros disponibles

**Numéros à 13,70 €**, sauf le numéro double 14/15 (frais de traitement **inclus** : 1,50 €)

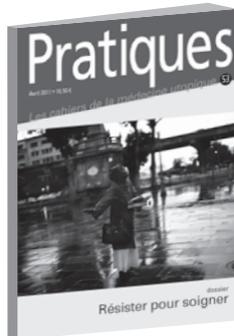
- |   |  |   |
|---|--|---|
| N° 1 : La société du gène                         | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort                  | N° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres |
| N° 2 : La souffrance psychique ( <i>épuisé</i> )* | N° 12 : L'information et le patient                      | N° 22 : La santé, un enjeu public                           |
| N° 3 : Penser la violence                         | N° 13 : La médecine et l'argent                          | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu !                             |
| N° 4 : Santé et environnement                     | N° 14/15 : Profession infirmière ( <i>prix 16,80 €</i> ) | N° 24 : Le métier de médecin généraliste                    |
| N° 5 : La santé au travail                        | N° 16 : Les émotions dans le soin ( <i>épuisé</i> )*     | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes                           |
| N° 6 : Sexe et médecine                           | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu ( <i>épuisé</i> )*      | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine                     |
| N° 7 : La responsabilité du médecin               | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ?                     | N° 27 : Faire autrement pour soigner ( <i>épuisé</i> )*     |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre                | N° 19 : La vieillesse, une maladie ? ( <i>épuisé</i> )*  |   |
| N° 9 : L'hôpital en crise                         | N° 20 : La santé des femmes                              |   |
| N° 10 : Folle psychiatrie                         |  |   |

**Numéros à 15,50 €** du 28 au 35, à **17,50 €** du 39 au 42, à **18 €** du 43 au 54 **et à 19,50 €** à partir du n° 55 (frais de traitement **inclus** : 1,50 €)

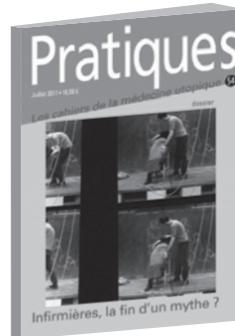
- |   |  |   |
|---|--|---|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine                                      | N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ? ( <i>épuisé</i> )* | N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel                       |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance          | No 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?             | N° 44 : Parler et (se) soigner  |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin                                      | N° 40 : Les brancardiers de la République                  | N° 45 : Le confort au cœur du soin                                      |
| N° 31 : Justice et médecine   | N° 41 : Redonner le goût du collectif                      | N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? ( <i>épuisé</i> )* |
| N° 32 : Le temps de la parole   | N° 42 : Les couples infernaux en médecine                  | N° 47 : La violence faite au travail ( <i>épuisé</i> )*                 |
| N° 33 : L'envie de guérir   |  | N° 48 : L'enfermement   |
| N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser                         |  | N° 49 : La place du patient   |
| N° 35 : Espaces, mouvements et territoire du soin                     |  | N° 50 : Mettre au monde   |
| N° 36 : La place de sciences humaines dans le soin ( <i>épuisé</i> )* |  | N° 51 : Que fabriquent les images ?                                     |



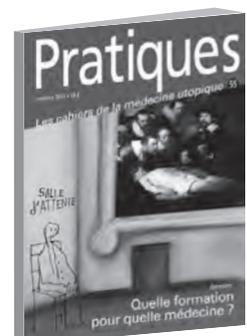
N° 52 : Féminin invisible : la question du soin - 16,50 €



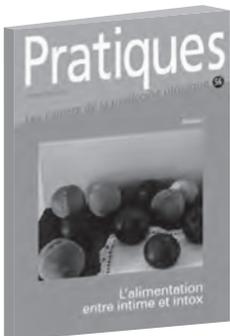
N° 53 : Résister pour soigner - 16,50 €



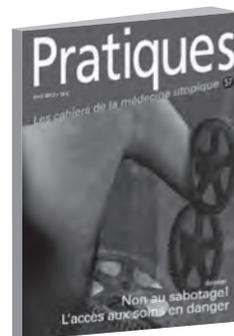
N° 54 : Infirmières, la fin d'un mythe - 16,50 €



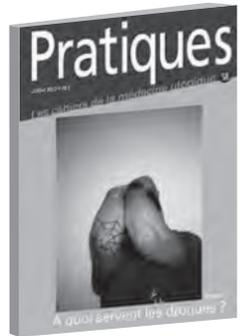
N° 55 : Quelle formation pour quelle médecine ? - 16,50 €



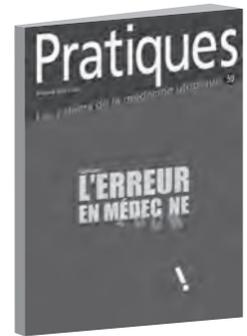
N° 56 : L'alimentation entre intime et intox - 18 €



N° 57 : Non au sabotage ! L'accès aux soins en danger - 18 €



N° 58 : A quoi servent les drogues ? - 18 €



N° 59 : L'erreur en médecine - 18 €

\* Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36, 37-38, 46 et 47 épuisés sous forme de fichier .pdf via notre site : [www.pratiques.fr/-acheter-des-numeros.html](http://www.pratiques.fr/-acheter-des-numeros.html)

Nom ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. .... Fax .....

E-mail .....

## Bulletin d'abonnement ou de parrainage

### Coordonnées de la personne qui s'abonne elle-même ou qui parraine :

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

Si je parraine, je choisis mon numéro offert, parmi ceux listés en page 95 : .....  
à envoyer :  à mon ou ma filleul(e)  à moi-même

### Coordonnées du ou de la filleul(e) :

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

### Je choisis la formule PAPIER suivante :

- l'abonnement **classique** d'un an, soit 4 numéros, soit **20 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro : ..... **60 €**  
 l'abonnement à **tarif réduit** d'un an, soit 4 numéros pour étudiant, jeune installé, demandeur d'emploi  
(uniquement par chèque/justificatif désiré) : ..... **39 €**  
 l'abonnement de **soutien** d'un an, soit 4 numéros : ..... **120 €**  
 l'abonnement pour les **collectivités** d'un an, soit 4 numéros : ..... **60 €**

### Je renvoie, ci-joint, par courrier postal mon chèque à l'ordre de *Pratiques*

## Découvrez sur notre site l'abonnement « Intégral » !

- > Vous recevez la revue sous ses deux versions, papier et pdf.
- > Vous effectuez vos recherches bibliographiques à travers 15 années d'archives de *Pratiques*, plus de 2000 articles indexés par auteurs et mots clés.
- > Vous téléchargez librement les revues et articles consultés, et cela, pendant toute la durée de votre abonnement.

Passez commande en ligne dans le premier tableau de la page « S'ABONNER » de notre site, où le paiement par chèque est possible : [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)





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.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

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 les pages que vous désignerez.

Téléchargez le logiciel pdfsam basic 2.2.1 à l'adresse suivante: [http://www.pdfsam.org/?page\\_id=32](http://www.pdfsam.org/?page_id=32).

Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

## Sommaire Index des mots clés

Mot clé	page		50		63	Pouvoir	84
			53		70		
Accès aux soins	12		54	Maisons de santé	20	Pouvoir médical	31
	16		64		50	Précarité	75
	19		75		63		
	20		77		64	Prescription	88
	22				70		
	26	Dépassement honoraires	14		75	Protection sociale	12
	32		26		77		14
	38						
	42					Psychanalyse	24
	46	Epidémiologie	84				
	64						
	75						
		Formation initiale, Formation continue	20	Médecin généraliste, médecine générale	19		
Accueil, ouverture, disponibilité	38		22		20	Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur	24
			56		22		44
Assurance complémentaire	14		68		31		
	16		73		32		
					42	Rural – Agricole	54
					50		
					64	Santé publique	60
		Gouvernement, politique, démocratie, Etat	28		68	Science	84
Assurance maladie, Sécurité sociale	5		44		73		
	16				77		
					88	Service public, Fonction publique	68
						Société	44
Bureaucratie	38						77
CMU, AME	26	Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	40			Syndicat	16
Collectif	54		54	Médicament, firmes pharmaceutiques	56		
	63				88	Tiers payant	64
	70						
	82	Histoire de la médecine	14				
			60			Travail, Conditions de travail	82
Démographie médicale	12						84
	14						
	19						
	20			Mutuelle, mutualisme, mutualité	14		
	22				16		
	24	Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière	40	Normes	31		
	28						
	32			Pharmacien	56		
	38						
	40			Politique de la santé	5	Usagers, associations d'usagers	63
		Logement, Banlieue, Politique urbaine	26		28		70
					32		
					42		
					77		

Aménagement du territoire , Décentralisation, Soignants/territoires, Répartition						
		5	Infirmière, infirmier, infirmier(e) libéral(e)	19	Complémentarité, collaboration, coopération, polyvalence	
		12		40		Moeurs
		28	Professionnels de santé, personnel soignant	19		Certificats médicaux
		32		32		
		40		42		
		42		50		
		50		64		
		54				
		64	Pratique médicale, pratique soignante	20		Internet et médecine, médecine 2.0
		75		22		
	Economie de la santé	5		31		
		50				
Mort, décès, mortalité	12		73	Réseau, réseau de soins, réseau de santé		
			88			
Inégalités, Exclusion sociale, Discrimination sociale	12	Médecin spécialiste, spécialité médicale	24	Prévention, Education thérapeutique		
	42		26			
	68	Institution	28			
		Espace public	28			
Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A, salarial	16	Ecoute, empathie, relation soignant- soigné, relation médecin-patient, relation thérapeutique		Maladies professionnelles, accident du travail, cancers professionnels		
	20					
	22					
	56					
	60					
	68					
	82					
			73			

# Pratiques

Janvier 2013 • 18 €

*Les cahiers de la médecine utopique* 60



dossier

## Déserts médicaux : où est le problème ?

# Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

## Une revue pour comprendre et agir

Depuis ses débuts, en 1976, *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique s'efforce de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé.

Ses colonnes sont ouvertes aux acteurs de la santé, aux professionnels et chercheurs des sciences humaines, aux usagers, les invitant à partager leurs expériences, leur réflexion, leurs points de vue inédits. Elle s'adresse à tout public.

La médecine et son objet – la maladie – sont au carrefour du social, du politique, de l'art, de la philosophie, de l'anthropologie...

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où l'individu peut encore, aujourd'hui, être entendu, tisser des liens et prendre conscience de l'impact des dysfonctionnements de la société sur sa santé.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin, sans que leurs effets aient été ni anticipés ni pensés. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et l'invite à consacrer la même énergie à améliorer la prise en compte du sujet qu'à relever des défis technologiques.

*Pratiques* analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements : scientisme, bureaucratisation, augmentation des inégalités sociales de santé et recul de l'accès au soin.

*Pratiques*, qui dès 1977 avait dénoncé les risques liés au Médiateur®... reste vigilante face aux agissements des industries pharmaceutiques et biomédicales, qui imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile, face à des autorités sanitaires empêtrées dans les conflits d'intérêt.

*Pratiques* commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

Plus que jamais :

- l'espace du soin doit rester un espace de liberté et de subversion,
- la fonction de soignant consiste à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet souffrant dans son environnement
- mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés, permet de mieux agir sur le plan humain, comme sur le plan scientifique.

Forte de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* veut mener une réflexion critique ambitieuse, indépendante et constructive. ■

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Éditions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

Janvier 2013

## Déserts médicaux : où est le problème ?

*Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* est édité par Les éditions des cahiers de la médecine utopique, dont la présidente est Anne Perraut Soliveres.

La revue *Pratiques* est éditée depuis le 1976.

La nouvelle formule a été dirigée par Patrice Muller jusqu'en 2008.

Directrice de la publication : **Elisabeth Maurel-Arrighi**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

### DOSSIER

Rédacteurs en chef : **Sylvie Cognard, Marie Kayser,**

**Martine Lalande**

Rédaction : **Chandra Covindassamy, Yveline Frilay,**

**Aude Lalande, Sylvie Simon**

Pôle philo et sciences humaines : **Christiane Vollaire**

Pôle santé mentale : **Eric Bogaert**

### COMITÉ DE LECTURE

**Françoise Acker, Christian Bonnaud, Jean-Luc**

**Boussard, Mireille Brouillet, Zoéline Calet-Froissart,**

**Isabelle Canil, Bernard Coadou, Benjamin Cohadon,**

**Séraphin Collé, Chandra Covindassamy, Martine**

**Devries, Patrick Dubreil, Françoise Ducos, Sylvain**

**Duval, Monique Fontaine, Eric Galam, Tobias Girard,**

**Jean-Louis Gross, Jessica Guibert, Sylvie Lagabrielle,**

**Jean-Luc Landas, Noëlle Lasne, Frédéric Launay,**

**Jean-Pierre Lellouche, Philippe Lorrain, Evelyne**

**Malaterre, Claire Martin-Lucy, Didier Ménard, Didier**

**Morisot, Anne-Marie Pabois, Dominique Pélegrin,**

**Elisabeth Pénide, Yolande Rousseau, Paul Scheffer,**

**Etienne Schmitt, Cécile Supiot, Sylvie Simon,**

**Dominique Tavé, Elodie Vallet, Pierre Volovitch**

Responsable du site : **Lucien Farhi**

Photo de couverture : **Géraldine Lay**

Géraldine Lay renouvelle l'approche de la photographie de rue. Une actualité importante a lieu pour elle en moment :

- une édition, Les failles ordinaires, chez Actes Sud ;
- dans le cadre des Rencontres d'Arles consacrées aux photographes issus de l'École Nationale Supérieure de la Photographie à Arles, école dont elle est sortie en 1997 ;
- de nombreuses résidences, notamment dans les pays du nord de l'Europe.

Photos du dossier : **Chandra Covindassamy** de la rédaction de la revue ; il pratique la photographie en amateur.

Secrétaire de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter, Lola Martel**

Gestion : **Lucien Farhi**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just-La-Pendue

tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

### Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : revuepratiques@free.fr – www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2013

Commission paritaire n° 1015G83786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-919249-08-4

Pourquoi certains territoires sont-ils désertés par les médecins ? Si ceux-ci n'ont jamais été aussi nombreux, ils sont peu désireux de s'installer dans des zones où les services publics disparaissent peu à peu et où les conditions d'exercice se sont dégradées. De plus, les jeunes professionnels ne veulent pas travailler seuls, ni travailler trop. Le libéralisme médical auquel s'accrochent certains médecins est incapable de résoudre les inégalités géographiques d'accès aux soins qui se cumulent souvent, pour les patients, avec les inégalités financières liées à l'augmentation des restes à charge : dépassements d'honoraires, taxes et franchises diverses... Il est aussi un frein pour s'atteler aux questions d'inégalités sociales de santé : on meurt plus tôt et on vit en moins bonne santé dans certaines régions.

Des professionnels racontent comment ils essaient de travailler « autrement ». La question du champ d'intervention de la médecine est posée. Des chercheurs rendent compte de leurs travaux sur ces questions. Ensemble, ils tracent les contours de ce que pourrait être une véritable politique de santé publique qui serait en capacité de répondre, en amont du soin, aux problèmes de santé de la population.

Le magazine présente des recherches sur les prescriptions médicales et sur la difficulté de faire reconnaître les cancers d'origine professionnelles. Et bien sûr les livres que nous souhaitons partager avec nos lecteurs.

**Prochain numéro : Le handicap, quelles définitions ? Quels Quotidiens ? Quels enjeux ?**



Prix : 18 €

ISBN 978-2-919249-09-1

ISSN 1161-3726