

# CAHIER

## LES JEUX DE L'ARGENT ET DE LA SANTÉ

signature(s) et date de signature

VIREMENT OU VERSEMENT

01

En cas de complètement manuel, un seul caractère par case

Ne pas accepter en paiement

date mémo

compte donneur d'ordre

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

nom et adresse donneur d'ordre

Réné Patient

rue de la Santé

compte bénéficiaire

3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3

nom et adresse bénéficiaire

montant

toujours trop, jamais assez BEF

A mon cher docteur à qui je dois

un peu, beaucoup, passionnément

communication

Ne rien écrire ci-dessous

(et des soins de santé)

*Serez-vous étonné si j'avance qu'il est difficile de parler de santé sans parler d'argent ? Pardonnez-moi, j'aurai du savoir que cette question ne méritait qu'une dénégation condescendante. C'est vrai que nous avons déjà abordé le sujet sous l'angle de la politique de la santé (Santé conjugulée n°1), de la théorie du forfait (n°3), de la sécurité sociale (n°5), des difficultés financières d'accès aux soins (n°8), du médicament (n°14), sans compter les innombrables fragments consacrés à l'argent éparpillés dans la majorité des articles que vous nous avez fait l'honneur de lire dans notre revue.*

*Pourtant, ces nombreuses contributions laissent dans l'ombre quelques questions touchant au rôle de l'argent dans la relation thérapeutique, à la façon dont les médecins vivent l'échange financier dans cette relation, aux différentes perceptions face aux pratiques à l'acte et au forfait, à l'évaluation de l'utilité de dépenser plus d'argent pour avoir plus de santé (le thème a été entamé avec brio par Marc Renaud dans notre n°1, épuisé...) ou encore à ce que l'argent de la santé nous dit de la politique. Éclairons donc ces coins d'ombre.*

## **Regards croisés sur l'argent dans la relation thérapeutique**

### **L'argent en médecine** page 30

*Michel Delbrouck, médecin, psychothérapeute, formateur ; président de la Société Balint belge*  
 Quelques réflexions à propos de la fonction et du signifiant de la place de l'argent au sein de la relation médico-thérapeutique au sens large du terme.

### **Faut-il de l'argent pour faire du sujet ?** page 37

*Transcription d'une conversation avec Jean-Pierre Lebrun, médecin et psychanalyste*  
 Comment la mutation du lien social modifie-t-elle le rapport à l'argent dans la relation de soins ? Quelle lecture peut-on faire du paiement à l'acte et du forfait dans ce contexte ?

### **Usagers de drogues : quelle valeur attribuer à l'argent ?** page 41

*Interview de Jean-Pierre Jacques, médecin et psychanalyste*  
 Les usagers de drogues ont un rapport à l'argent qui sort parfois de l'ordinaire. Comment ce rapport particulier à l'argent résonne-t-il à l'intérieur de la relation thérapeutique ?

### **L'argent dans la relation thérapeutique** page 46

*Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen*  
 L'argent sacré, désacralisé, substitut de violence, image de la quête des biens matériels : l'auteur trouve une satisfaction éthique à ne plus l'employer dans la relation thérapeutique grâce au forfait qui lui permet de se concentrer avec le patient sur la quête du sens (et du non-sens) de la maladie.

### **Écouter les patients** page 50

*Marie-Pierre Van Eetvelde, médecin généraliste à la maison médicale des Riches Claires*  
 L'écoute des patients nous en dit toujours plus long que les grands discours sur la place de l'argent.




---

## L'argent des médecins

### Brève histoire de l'argent des médecins page 51

*Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune*

Quelques dizaines d'années de sécurité sociale généralisée ont effacé des mémoires les rapports anciens entre médecine et argent. Petit rafraîchissement.

### L'argent et la valeur page 54

*Lauwrence Cuvelier, médecin généraliste à la maison médicale Enseignement*

Quel sens cela peut-il avoir d'établir un montant fixe de consultation quand la quantité d'argent n'a aucun rapport avec la valeur de la relation ?

### Donner et recevoir page 56

*Élisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste, France*

Qu'est-ce qui fait courir les docteurs ? L'argent et la notoriété ? L'allure triste et hautaine de ceux qui collectionnent les actes et les chèques allant avec ? La réalité des charges économiques ?

### Et vous comptez payer le médecin comment ? page 59

*Muriel Renaut, acceuillante à la maison médicale des Marolles*

Tout le monde a droit aux soins, tout travail mérite salaire.

### Précarité, argent et relation au soin page 61

*Marie-Anne Puel, médecin généraliste, présidente de la Société Balint française*

Le malaise des soignants face aux patients en situation précaire.

### Honoraires et salaire ou le médecin face à l'argent page 63

*Jean Gillis, médecin généraliste, past président de la Société Balint belge*

En ces temps difficiles pour équilibrer le budget des soins de santé, il est intéressant de parcourir les notions d'honoraires et de salaires.

---

## Acte ou forfait : vrai ou faux débat ?

### Payer ou pas payer page 66

*Da Giau Faustina, présidente de la Coopérative des patients au centre de santé de Bautista van Schowen*

Comment les usagers s'approprient-ils le système de soins avec inscription et forfait ?

### Paroles de patients autour du forfait page 67

*Marianne Prévost, sociologue à la Fédération des maisons médicales et Robert Bontemps, médecin, directeur à Question santé*

Lors d'une enquête de satisfaction réalisée à la maison médicale de Forest, les patients se sont exprimés sur le principe du forfait.

### Le forfait, avant et après page 68

*Myriam Provost, médecin généraliste à la maison médicale du Nord*

Alors qu'ils travaillaient encore à l'acte, les membres de la maison médicale Nord ont établi une liste méthodique des avantages et inconvénients supposés du forfait. Quatre ans après le passage au forfait, ils revisitent cette liste.

**De quelques (bonnes et mauvaises) raisons de rester à l'acte** page 71

*Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune*

Périodiquement, la maison médicale Norman Bethune, qui fonctionne « à l'acte », se pose la question : et si nous passions au forfait. A ce jour, la réponse est demeurée négative. Voici nos raisons, bonnes et mauvaises.

**Le forfait au quotidien** page 73

*Gulsum Poyras, médecin généraliste à la maison médicale Sainte-Marie*

A Schaerbeek, la maison médicale Sainte-Marie est passée au forfait en 2000 avec une grosse patientèle déjà existante. Récit d'une expérience.

**« La relation de soins est-elle encore une relation quand il n'y a pas d'échange financier ? »** page 75

*Pascal Oliveira, assistant social à la maison médicale d'Anderlecht*

En échange de l'argent du patient, le médecin donne son savoir, sa compétence, son temps, son écoute, ses ordonnances. En serait-il autrement si le patient ne payait plus ?

**L'argent et les soins** page 77

*Pierre Grippa, médecin généraliste à la maison médicale à Forest*

Sa double expérience du paiement à l'acte et au forfait amène l'auteur à montrer que le mode de paiement n'apparaît que comme une modalité contractuelle particulière, historique et culturelle, du cadre de la relation thérapeutique.

---

## Plus d'argent pour plus de santé ?

**Trop d'assurance peut-il être néfaste ?**

**Théorie du risque moral *ex post* en santé** page 81

*David Bardey, chercheur au Laboratoire d'économie industrielle, CREST-LEI, Agnès Couffnhal, collaboratrice, Michel Grignon, collaborateur*

Le niveau d'assurances choisi par la collectivité n'est-il pas trop élevé et ne risque-t-il pas d'entraîner des consommations inutiles ?

**Pourquoi certaines populations vivent-elles plus longtemps que d'autres ?**

**De l'avantage d'être riche, cultivé et Japonais** page 90

*André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire au département d'administration de la santé de la faculté de médecine de l'université de Montréal*

Les soins de santé n'ont qu'un impact limité sur la longévité et la santé : de nombreux autres facteurs y concourent, parmi lesquels la répartition égalitaire des ressources.

---

## Argent et santé dans le champ politique

**Le libéralisme en médecine vu sous l'angle « maussien »** page 95

*Michel Bass, médecin de santé publique et sociologue, responsable d'une association de conseil et d'évaluation en santé communautaire*

Les modes classiques de gestion de l'argent, qu'ils soient libéraux ou régulés par l'État, ne rendent pas compte de ce qui se joue dans la relation de soins. Il importe de découvrir de nouveaux modes d'échange qui fassent une vraie place à la personne dans un réseau de réciprocité.



## L'argent et les maisons médicales

page 102

*Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen*

Leurs prises de position vis-à-vis de l'argent situent les maisons médicales dans le champ politique.

---

## Conclusion

## Quelques impressions à la lecture de ce cahier

page 104

*Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune*

Ou « Peut-on vraiment conclure une discussion d'argent ? »

:

# L'argent en médecine

**Michel Delbrouck**,  
médecin,  
psychothérapeute,  
formateur ;  
président de la  
Société Balint  
belge.



*Cet article ne prétend pas englober ou décrire la problématique de l'argent dans sa globalité. Il veut simplement rassembler quelques réflexions à propos de la fonction et du signifiant de la place de l'argent au sein de la relation médico-thérapeutique au sens large du terme. Les aspects et les enjeux socio-économiques sont esquissés et ne font pas l'objet du propos.*



(1) Chevalier J.,  
Gheerbrant A.,  
Dictionnaire des  
symboles, Paris  
1969, 1982, Ed.  
Robert Laffont, p.  
75.

(2) Gomes Marie,  
« Dévouement et  
bien-être du  
médecin de  
Platon à nos  
jours », in Revue  
de la Société  
Balint Belgique,  
Bruxelles,  
numéro 90,  
février 2004.

(3) Freud S.,  
Cinq  
Psychanalyses,  
Paris, PUF, p 215  
& 238.

(4) Marie-  
Cardine M.,  
« L'argent et le  
modèle  
économique en  
psychothérapie »,  
in GUYOTAT J.,  
Psychothérapies  
médicales, Tome  
1. aspects  
théoriques,  
techniques et de  
formation, Paris,  
1978, Masson.

Du point de vue symbolique<sup>1</sup>, par opposition à l'or, qui est principe actif, mâle, diurne, igné, l'argent est principe passif, féminin, lunaire, aqueux et froid. Sa couleur est le blanc, le jaune étant celle de l'or. Cependant, présente du temps des Égyptiens qui allaient chercher l'or dans le désert du Sinaï et pour qui l'or était la chair des dieux ou dans la quête alchimique de la Pierre Philosophale du Moyen-Age (transmutation en or), la référence à l'or est toujours actuelle.

Du point de vue philosophique, selon Platon<sup>2</sup>, « ce que recherche, ou ce que doit rechercher avant tout le médecin, ce n'est ni à gagner de l'argent, ni à obtenir pour lui-même un bien quelconque » (reconnaissance, honneur, etc.). Tout comme « celui qui s'efforce de bien exercer son art », le médecin « ne réalise ni ne commande jamais pour lui-même le bien ultime (...), mais toujours pour le sujet auquel il commande » (*République*). Platon en est convaincu : « ce que doit rechercher le médecin, c'est l'intérêt, le bien du malade, jamais le sien ».

Selon la tradition chrétienne, la maladie a longtemps été considérée comme une fatalité ayant valeur d'avertissement et de châtement divins. Le pauvre a trois visages : il est l'économiquement faible, celui qui vit dans le manque et ne peut satisfaire ses besoins vitaux ; il est aussi celui qui connaît le malheur, ploie sous la fatigue, la douleur et est exclu de la cité. Il est le pauvre « spirituel », humble de cœur n'ayant pas en lui-même d'orgueil. Dans cette conception, l'aide apportée au malade ne se différencie donc pas de celle apportée aux autres pauvres.

## Lecture psychanalytique

Sigmund Freud avait remarqué la prépondérance de certains traits de caractère chez les patients névrosés obsessionnels présentant un érotisme anal particulièrement marqué, confirmant la fixation et la régression à ce stade par des comportements ordonnés, économes et avars. Il décrit le concept de « complexe de l'argent » chez l'Homme aux rats<sup>3</sup> notamment à propos des honoraires qu'il demande à son patient, évoquant la problématique de l'héritage de son père.

## Lecture historique et philosophique

Une approche historique de l'argent nous montre que la conception de l'argent a évolué au fil du développement de l'humanité et des civilisations. Absent au néolithique, où les hommes évoluent sous l'influence du religieux, l'économie est celle du don. Les dieux ont fourni aux hommes tout ce dont ils disposent en ce y compris la santé et les hommes leur rendent hommage par des dons et des sacrifices. L'économie de l'échange apparaîtra ensuite avec le début du commerce. Les monnaies d'objets divers (cailloux, éponges, dents d'animaux, coquillages, perles, etc.) se transformeront dès l'apparition de l'écriture, en monnaies métalliques (bronze, fer, argent, or). Dans nos campagnes, combien de médecins, sans doute plus âgés, n'ont-ils pas connus ces propositions d'échange d'honoraires par des paiements en nature (légumes, œufs, volailles, etc.) ? Par suite d'abstractions successives, à partir de la capacité d'écriture, la monnaie papier, la monnaie scripturale, les échanges bancaires, et les échanges virtuels d'argent via les transmissions électroniques sont venus compléter l'arsenal des outils de transactions, y compris au sein de la consultation médicale puisque la carte bancaire y a fait son apparition.





Le rôle de l'argent<sup>4</sup> dans l'appareil psychique interviendrait à deux niveaux, celui d'un objet matériel réel, de la réalité extérieure au patient et celui d'un objet de sa réalité interne, fantasmatique et symbolique. Cette notion d'argent apparaît chez l'enfant au moment de la période de latence, après la fin du complexe d'Œdipe. L'argent peut être identifié comme quelque chose de sale et de destructeur ou au contraire de précieux, cadeaux que l'on donne ou retient ou que l'on prend et par quoi on valorise ou dévalorise l'autre. En tant qu'objet phallique, il pourra signifier valeur, puissance paternelle et virile.

L'argent peut également avoir comme équivalents symboliques les affects et une traduction des valeurs narcissiques que l'on se porte à soi-même, car il donne sécurité physique, biologique et alimentaire de même que sentiment de puissance, de prestige, d'estime de soi et d'amour propre. Guyotat<sup>5</sup> va parler, en paraphrasant Winnicott, d'objet transactionnel.

L'argent évoque alors échange, négociation, commerce et relation entre individus.

L'argent est également symbole de la libido, c'est-à-dire d'énergie psychique. A ce titre, la présence tangible de l'argent au sein de la relation thérapeutique prend du sens et signifiant d'investissement et d'engagement personnel dans le processus psychothérapeutique.

La psychanalyste anglaise d'origine hongroise, Mélanie Klein, vient nous apporter quelque éclairage grâce à ses conceptions théoriques de la petite enfance.

En effet, elle nous parle d'avidité. L'idée que le sein de la mère est si bon qu'il satisfasse les besoins pour toujours, Mélanie Klein<sup>6</sup> l'appelle « le fantasme du sein intarissable ». La nostalgie de l'univers prénatal est fondée sur l'idéalisation de l'union avec la mère, lieu devenu imaginaire où règnent des états de quiétude et de satisfaction absolue. Le désir précoce d'une telle condition pourrait être à l'origine de la soif de richesses inépuisables. Le bébé selon elle, déteste être frustré mais éprouve un ressentiment envers « l'abondance même du lait ». Ce concept kleinien de réaction négative, s'appelle l'envie. Plus nous désirons quelque chose et plus nous investissons la

capacité de satisfaire ce désir, plus nous envions la personne qui a cette capacité. Plus l'autre comble ce désir, plus nous l'envions. En latin *invidia* du verbe *invedeo* signifie regarder avec malveillance, avec envie et jalousie. L'envie répond au désir de dégrader le bien qui nous est fait, même lorsque nous en sommes bénéficiaires. Ces concepts nous aident à comprendre l'attitude de certains enfants ou certains patients, prêts à détruire leurs jouets préférés ou leur soignant préféré car ils ne peuvent supporter cette dépendance.

## Lecture phénoménologique<sup>7</sup>

Nous décrivons deux modes d'exercices de la médecine à savoir la pratique dite libérale et la pratique de type institutionnelle ou publique.

### ● Pratique de type libéral ou traditionnel

Dans ce type d'exercice, nous placerons la cure psychanalytique ou psychothérapeutique et la relation médicale classique.

Le médecin et le malade forment un genre de société d'investissement mutuel. En effet, le patient attribue au médecin de l'« énergie honorifique » sous forme de notoriété, de prestige dont le médecin tire réussite, satisfaction et surplus de confiance en lui. Le malade récupère lui aussi du plaisir à être soigné par un médecin de bonne réputation.

Le médecin reçoit d'ailleurs des honoraires qui étymologiquement vient du latin *honorare* : traiter avec respect, estime et considération procurant de l'honneur et de la distinction. Il n'y a pas, du moins théoriquement, de relation entre le service gratuit, rendu par le médecin et la rémunération qui doit être d'autant plus élevée qu'elle est une sorte de sacrifice, de rituel de l'acte religieux ou médical. L'argent reçu par le médecin, sert donc à rendre honneur et à souligner l'importance du service rendu au patient. Bien entendu, il sert cependant celui qui le reçoit à vivre, bien que cet aspect puisse être considéré dans un premier temps comme accessoire et quelque peu ignoré et nous verrons pourquoi plus loin. Le cadeau (inutile) offert en plus des honoraires souligne bien le caractère honorifique de la rémunération. Le sens du terme thérapeute en grec signifie d'ailleurs

(5) Guyotat J., Psychothérapies médicales, Tome 1. aspects théoriques, techniques et de formation, Paris, 1978, Masson.

(6) Segal H., Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein, Paris, 199, Ed. Puf.

(7) *Phénoménologie : science dont la tâche est de déterminer la validité et les limites de la connaissance sensible, de mettre à jour les structures de base des phénomènes en ce y compris leurs propriétés et caractères spécifiques.*

serviteur.  
 Nous voyons donc le caractère complexe de cette approche. Il existe d'ailleurs un tabou à parler d'argent que l'on retrouve tant dans les écrits des conseils de l'Ordre, que dans ceux des idéologies politiques de gauche ou les mouvements syndicaux de médecins où jusqu'il y a peu le montant des honoraires était relativement peu nommé. Il existait ou il existe un lien entre l'argent et le prestige. On devrait payer cher ceux que l'on estime beaucoup.

L'autre aspect de la relation médicale consiste en la prise en charge du malade par le médecin. La maladie signifie, qu'on le veuille ou non, régression organisée et autorisée au plan individuel et collectif. Ce patient souffrant se remet entre les mains de son médecin qui accepte de prendre le rôle du parent symbolique. En se faisant le médecin se met à la disposition et au service de son patient lui donnant de son temps, de sa personne, de sa compétence, sacrifiant pour un temps ses préoccupations personnelles pour faire siennes celles de son patient. Nous voyons d'ailleurs ici combien cette prise en charge peut devenir le lit du burn-out<sup>8</sup>. Les aspects contre-transférentiels de cette fonction thérapeutique représentent une dépense d'énergie psychique et physique, une perte de « libido narcissique ». Le médecin garde son sang froid, gère la distance théra-

indépendante et d'être à l'abri des préoccupations matérielles. Une certaine aisance matérielle devrait d'ailleurs lui permettre de restaurer les attaques faites à son amour-propre. Rappelons que l'Ordre des médecins et le code de déontologie enjoignent le corps médical à demander leurs honoraires avec modération et en relation avec l'état pécuniaire du patient. Nos collègues juristes reçoivent également des honoraires car ils doivent, eux aussi, gérer des situations et des affects importants. L'honoraire payé en nature (poulet, œufs, légumes, etc.) de plus en plus rare dans nos contrées, paraît tout à fait acceptable dans un contexte ou en son temps mais actuellement plus inhabituel sauf en cas de paupérisme.

Un autre aspect propre à la relation médicale duelle consiste en la notion de dette morale contractée par le patient malade vis-à-vis de son médecin. Beaucoup de patients supportent mal d'être soignés gratuitement et s'ils ne le peuvent pas, veulent combler la dette par des cadeaux ne fut-ce que symboliques, voulant ainsi honorer leur soignant. A l'instar du médecin, le patient doit protéger et préserver son narcissisme mis à l'épreuve par la maladie, la régression, l'état de dépendance parfois long et pénible dans lequel la maladie le place à la fois vis-à-vis de la société et vis-à-vis de son médecin. Dans les cas où sa situation financière



(8) Cf. ces notions dans : Delbrouck M. (éd.), *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, 2003, De Boeck, Collect. Oxalis.

peutique, subit parfois les assauts affectifs du patient, supporte rapprochement et éloignement du patient, écoute, apporte réconfort et compréhension, supporte les agressions et tente de les réparer. La souffrance, la mort, les traumatismes restent en filigrane au sein de chaque relation thérapeutique. Tous ces mouvements sollicitent son quota de « réserves narcissiques ». La fonction de la rémunération compense chez le médecin ces pertes d'énergie, lui rend honneur, lui permet de vivre de manière suffisamment

ne lui permet pas, un tiers viendra l'aider à savoir la sécurité sociale. Silence pudique ou argent tabou, la rumeur nous dit que les médecins chinois ne sont payés que lorsque les patients sont en bonne santé. Dans nos pays, le soignant est payé lorsqu'il dispense des soins au patient souffrant. L'introduction de l'argent au sein du colloque singulier révèle la réalité sociale de l'individu en face du médecin. Le soignant ne peut plus y échapper. Quand la maladie grave et la souffrance





arrivent, demander de l'argent peut sembler inconvenant. Il paraît alors inadéquat, injuste, indélicat de réclamer ses honoraires. Alors que les heures de travail s'allongent, se complexifient, deviennent lourdes à porter pour le soignant, demandant plus de compétence, de savoir-faire et de savoir être.

Quand la mort arrive chez un de nos patients, se faire honorer est indécent au vu de la relation longue et profonde qui existe entre eux. L'employé de pompes funèbres ne lésine pas cependant sur sa facture. Ici le culte des morts intervient et la famille veut payer ce qu'il y a de plus beau pour son défunt. Les médecins d'antan envoyaient alors leur note d'honoraires sur papier libre, quelque temps après le décès ou l'affection médicale grave. Actuellement, la tarification se fait acte par acte sur du papier très administratif empêchant l'expression des marques d'affection, d'attachement ou d'estime au défunt et à sa famille.

L'argent au sein de la consultation est un agent régulateur et doit correspondre à la qualité du service et à la valeur intrinsèque du soignant. La générosité ne consiste pas à ne rien demander au patient ou à réduire considérablement ses honoraires. Cette générosité peut se marquer par une qualité d'attention et d'écoute, une prise de temps et d'accueil, de la compétence, la faculté d'appréhender toutes les facettes du problème et d'intégrer la plainte dans une problématique plus large. Soigner le symptôme ou chercher un diagnostic sont deux démarches différentes. Replacer le symptôme dans un contexte familial et sociétaire et intégrer une double lecture à la raison du contact représente un plus pour le patient.

Ne pas faire payer la dette, c'est-à-dire l'honoraire, entraînerait le patient dans une dépendance morale vis-à-vis de son thérapeute. Il se sentirait obligé de combler la dette par des cadeaux ou une re-narcissisation de son thérapeute comme peut-être il a dû le faire avec ses parents au moi faible. Le juste consensus équilibré entre le patient et le thérapeute évite cette contre-dépendance. Dans ce cas, le cadeau prend uniquement valeur signifiante de reconnaissance.

A contrario, le paiement de l'honoraire n'apure pas nécessairement la dette morale. Cette conception me paraît vraie et fausse à la fois car elle ne tient pas compte de tout l'aspect

transférentiel et contre-transférentiel de la relation thérapeute-patient. La fonction d'attachement et de lien dépasse et transcende celle des honoraires bien que ceux-ci libèrent moralement les deux parties. La relation thérapeutique est le lieu d'un échange de libido psychique, d'énergie dont l'argent ne serait qu'une des formes symbolisées.

### ● La demande d'honoraire

Beaucoup de jeunes médecins n'osent pas demander leurs honoraires (sujet fréquent dans nos groupes Balint). Ils en sont parfois très perturbés alors qu'ils sont en équilibre financier précaire. Chez le praticien, fatigué, découragé, en burn-out, une colère pourrait faire exagérer le montant de ses honoraires comme pour se venger, se dédouaner du manque de reconnaissance qu'il n'a plus dans sa profession. Appelé de nuit pour une peccadille, au départ de sa visite, le souhait de « saucer » le client, décroît souvent au fur et à mesure de la consultation de nuit pour en aboutir souvent à la normalisation du prix sinon moins en cas d'anxiété ou de pauvreté manifeste. Rappelons que l'augmentation du montant des honoraires reste permis en cas d'exigences particulières (cf. code de déontologie).

### ● Le montant de l'honoraire

L'honoraire représente la valeur que le médecin se donne ainsi que la valeur que le patient lui attribue. Le montant est la somme à laquelle il s'estime et pour laquelle le patient s'estime valoir. Un consensus conscient ou inconscient, verbalisé ou non permet aux deux parties de s'accorder.

Chaque homme connaît inconsciemment sa propre valeur et les problèmes surgissent dès que l'on surestime ou sous-estime ses capacités. Lorsque le montant de l'honoraire est surestimé par le soignant, il engendre culpabilité et anxiété et provoque des dépenses excessives compulsives pour des biens de peu de valeur ou par une accumulation compulsive de biens (consommation ostentatoire). Des symptômes de stress peuvent apparaître, nés du sentiment que le médecin trompe le patient et qu'il craint sa vengeance. Parfois il peut refouler sa mauvaise conscience qui se manifeste alors sous forme de maladies psychosomatiques. C'était

le cas de Rockefeller qui se soulageait par ailleurs d'une partie de sa fortune.

Lorsque l'honoraire est sous-évalué par le soignant, il se voit parfois octroyé d'un surplus de quelques euros par le patient, et honteusement gratifié d'un pourboire pour la peine qu'il s'est donné. La sous-estimation pourrait signifier un manque de confiance, d'assurance ou d'estime de soi de la part du soignant ? S'agit-il d'une fausse modestie ou d'une incapacité à gérer son patrimoine ?

Pour Wiseman<sup>9</sup>, « l'argent constitue un moyen de communiquer l'estime dans un langage sans équivoque et sans nuance. Le pouvoir de l'argent est incontestable. En tant que tel, il est le plus ardemment recherché par ceux qui doutent d'eux-mêmes au point de tout faire pour obtenir une confirmation officielle de leur statut. En même temps, l'argent est comme une drogue qui peut faire disparaître la dépression ou stimuler l'action ou enfin qui peut calmer et tranquilliser. »

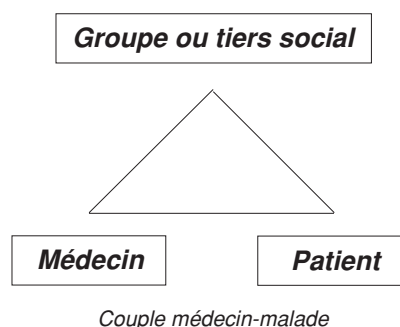
Le docteur Jacques Elliot, cité par Wiseman<sup>10</sup>, définit « la difficulté d'un travail en fonction du temps durant lequel un individu est le seul responsable de son accomplissement – il nomme cette entité « période de libre décision ». Il découvre que les gens qui partagent la même période de libre décision revendiquent à peu près le même niveau de rétribution ; plus cette période est importante plus ils revendiquent une rétribution élevée. Le poids véritable d'un travail correspond au degré de pouvoir de décision qu'il laisse au travailleur. Plus le résultat est incertain, plus ce poids est difficile à supporter. Les tâches les plus nobles et les plus difficiles sont aussi celles qui comportent le plus de liberté de décision et de responsabilité. » L'exercice de la médecine ne revêt-elle pas ces qualificatifs de noble et difficile ?

● **La pratique institutionnelle**

Cette pratique se caractérise par la prise en charge d'une partie ou de la totalité du paiement de l'argent par un tiers, la sécurité sociale ou les assurances. Il ne s'agit plus ici d'un honoraire mais bien d'un salaire rétribué au médecin par l'institution hospitalière, la sécurité sociale, les caisses d'assurance ou d'invalidité. C'est le groupe social, la société qui paie la rémunération du médecin et il y a dilution ou absence

d'interaction directe entre le patient et son médecin à travers l'argent.

Le tiers social ou tiers payant introduit la notion de triangulation. La relation n'est plus duelle et les enjeux inconscients d'honorabilité, d'estime, de dette morale du patient sont en partie réduits sinon évacués, du moins dans le chef des politiques et des assurances. Il n'en est pas de même pour les médecins. N'oublions pas l'inconfort et le stress professionnel



grandissant des médecins hospitaliers en particulier des femmes médecins hospitalières<sup>11</sup>. L'argent n'est plus directement échangé au sein de la consultation. Une dimension importante du rite et du fondement de la relation thérapeutique s'est profondément modifiée et sans doute pas dans la direction la plus souhaitable pour les bonnes relations médecin-malade. L'introduction de la partie tierce entraîne dans certaines situations la création du « couple médecin-patient » face au « groupe ou tiers social » que les deux parties perçoivent comme une Mère omnipotente, anonyme, bonne et mauvaise à la fois qui gratifie ou refuse de payer, dans un cas les rémunérations, dans l'autre leurs remboursements ou indemnités, sans recours facilement et rapidement négociables. Nous concevons bien qu'en matière de consultation psychothérapeutique cette dimension et cette présence de l'argent comme tiers au sein de la relation thérapeutique reste capitale.

**Lecture socio-économique**

Nous l'avons exploré, la valeur narcissique de l'argent peut prendre une grande place dans les

(9) Wiseman Thomas, L'argent et l'inconscient, étude d'une obsession, Paris, 1976, Ed. Robert Laffont, collect. Réponses.

(10) Ibidem.

(11) Delbrouck, opus cite supra. Taux de suicide le plus élevé par rapport à la population globale.



comportements car il permet de se positionner dans la hiérarchie sociale et amène la puissance sinon le pouvoir social. Le danger réside dans le glissement entre le terme de pouvoir et de mise en valeur sociale et la notion de domination sinon d'exploitation de l'autre. L'argent a valeur de destruction et d'oubli de l'autre.

L'argent donne le pouvoir d'acheter les armes les plus sophistiquées, et les plus destructrices. L'industrie de l'armement a toujours relancé l'économie et beaucoup de peuples sacrifient ou ont sacrifié leur patrimoine tant pour agresser que pour se défendre légitimement de l'agresseur et de l'exploitant. Il est curieux que des sociétés au départ nourries de hautes valeurs de partage, comme les sociétés communistes ou révolutionnaires, certaines églises, ou communautés religieuses de tout bord se sont vite vues infiltrées par des dirigeants avides de puissance et de richesse, devenant de nouveaux tsars modernes réduisant les mêmes ou d'autres serfs. Les anciennes classes exploitées deviennent les nouvelles classes dirigeantes sinon exploitantes à leur tour. Comme si l'homme était par nature ambivalent, alternant sa position d'exploiteur à celle d'exploité.

Le soignant n'échappe bien entendu pas à ce risque et il a à rester vigilant quant au pouvoir médical fut-il financier ou autre. L'argent aide à replacer au sein du chaos le système de hiérarchie de valeurs. Le médecin est bien placé pour percevoir les besoins et les insuffisances économiques de la population car il est en première ligne. Est-ce une raison pour lui demander de résoudre les problématiques des ressources socio-économiques que le politique et le social ne peuvent résoudre ?

### ● Position sociale actuelle du médecin

Actuellement, le médecin n'a plus la reconnaissance sociale qui le plaçait à distance du patient. Sa situation financière et sa position sociale ont changé dans le sens d'une perte d'estime et de prestige. Le climat d'insécurité sociale et d'agression, les tracasseries bureaucratiques, les « humiliations administratives », le numerus clausus inadéquat, l'épuisement professionnel rendent le médecin sur un plan économique proche de celui de la majorité des employés. Cette distance créée par la notion d'argent tiers qui permettait d'assumer la dette morale du patient et d'honorer le médecin pour son

engagement thérapeutique et par la même de respecter les deux parties, a disparu. Au moment où 50 % des médecins présentent un épuisement émotionnel<sup>12</sup>, en pré burn-out, les revendications syndicales des médecins se font plus précises et évoquent clairement depuis quelques années la revalorisation du montant des honoraires. La situation a donc changé.

Il est curieux que ces revendications se fassent à ce niveau car elles ne peuvent plus l'être au niveau de sa position « à distance de ». La déconvention partielle admise serait-elle un moyen terme pour les cas lourds et difficiles ? Il y a injustice quand il y a déséquilibre ou exploitation de l'un par l'autre.

### ● L'insécurité du médecin

Le système de la médecine libérale et des indépendants est à la fois attrayant et vicieux. Il suscite l'initiative, stimule la saine compétition et permet l'investissement financier et l'emploi. D'autre part, tel qu'il est conçu, il crée par l'insuffisance de retraite et de couverture sociale (maladie, hospitalisation, incapacité, invalidité) une injustice sociale flagrante. Combien de médecins n'ont-ils pas de revenus garantis, ni d'assurance et se retrouvent entre 50 et 70 ans en situation médicale et économique précaire. Les salariés sont souvent plus sécurisés que les indépendants non obstat leurs signes extérieurs de richesse. Ce déséquilibre entre l'audace, le courage des investissements et la prise de responsabilités des indépendants et leur insécurité pour leur état de santé et leur retraite devrait trouver à court terme des solutions.

Sans entrer dans les clichés surannés, la notion de petit médecin de campagne et de riche praticien de la grande ville entretient chez certains soignants des rancœurs et des insatisfactions.

### ● L'insécurité du patient

La pauvreté et l'incapacité pour un plus grand nombre de patients d'accéder aux soins de santé sont intolérables. Le droit à la santé, inscrit dans la charte de l'Organisation mondiale de la santé est claire sur ce point. Trop de sans-abri, de délaissés, de personnes handicapées ou malades ne peuvent raisonnablement se faire soigner tant le coût des soins est onéreux.

(12) Delbrouck M. (éd.), Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, *ibidem*.

Pour cette frange de la population, la pratique institutionnelle reste indispensable et répond à ses besoins immédiats. Il reste que la problématique inconsciente, telle décrite plus haut ne peut être abordée avec ces patients. D'autres aspects plus essentiels et vitaux prennent à juste titre le pas sur celle-ci.

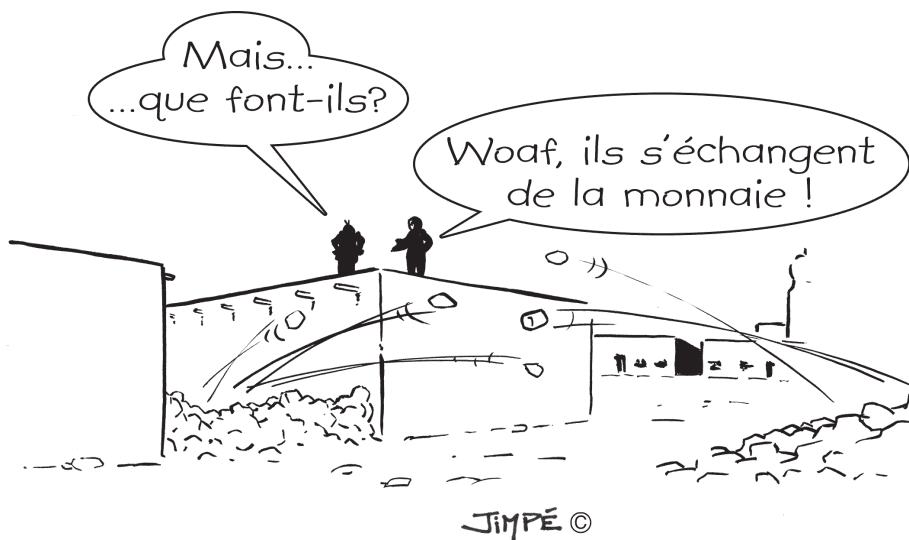
Parmi les patients démunis, il y a ceux que l'on fait payer et ceux que l'on ne fait pas payer, puis ceux qui ne veulent pas payer et ceux qui ne peuvent pas payer, ceux pour qui l'honoraire est réduit en tout ou en partie : les démunis, les cas sociaux, les sans-abri, les tiers payants, les plus pauvres, les drogués (curieusement) ou les alcooliques sans le sous, les amis, les veuves de confrères et les confrères. ●

Gomes Marie, « Dévouement et bien-être du médecin de Platon à nos jours », in *Revue de la Société Balint Belgique*, Bruxelles, numéro 90, février 2004.

Guyotat J., *Psychothérapies médicales, Tome 1. aspects théoriques, techniques et de formation*, Paris, 1978, Masson.

Illich Ivan, *Némésis Médicale, l'exploration de la santé*, Paris, 1975, Ed. Seuil.

Marie-Cardine M., « L'argent et le modèle économique en psychothérapie », in Guyotat J., *Psychothérapies médicales, Tome 1. aspects théoriques, techniques et de formation*, Paris, 1978, Masson.



### Bibliographie

Auroux S. & Weil Y., *Dictionnaire des auteurs et des thèmes de la philosophie*, Baume-les-Dames, 1991, Hachette.

Chevalier J., Gheerbrant A., *Dictionnaire des symboles*, Paris 1969, 1982, Ed. Robert Laffont, p. 75.

Delbrouck M. (éd.), *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, 2003, De Boeck, Collect. Oxalis.

De Mijolla A., De Mijolla Mellor & All ; *Psychanalyse*, Paris, 1996, PUF, Fondamental.  
Freud S., *Cinq Psychanalyses*, Paris, 1954, Puf.

<Puel M., *Précarité, argent et relation au soin*, Article introductif au XXV<sup>e</sup> Congrès de la S.M.B. française à Rouen les 26 et 27.11.94 - extrait du bulletin de la S MB n° 21-8.

Segal H., *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, Paris, 1997, Ed. Puf.

*Travailleurs de la santé*, Archives de Wallonie, Charleroi, 1998.

Wiseman Thomas, « L'argent et l'inconscient, étude d'une obsession », Paris, 1976, Ed. Robert Laffont, collect. Réponses.



# Faut-il de l'argent pour faire du sujet ?

.....

*Comment la mutation du lien social modifie-t-elle le rapport à l'argent dans la relation de soins ? Quelle lecture peut-on faire du paiement à l'acte et du forfait dans ce contexte ?*

.....

dans ce contexte parce qu'on lui a enlevé une de ses composantes nécessaires, à savoir cette soustraction de la jouissance immédiate. Cet individu qui croit qu'il s'auto-construit n'a plus de dettes. Mais cela est un pseudo-monde, une grande illusion, nous savons bien que nous ne sommes pas nés de nous-mêmes, que nous venons dans une chaîne, qu'il y a des choses à transmettre qui viennent d'avant nous et qui sont à transmettre à ceux qui viennent après nous, qu'il y a donc une dette incontournable. C'est en reconnaissant qu'il y a une limite à la jouissance que se constitue le sujet.

*Transcription  
d'une  
conversation  
avec Jean-Pierre  
Lebrun, médecin  
et psychanalyste.*

*Jean-Pierre  
Lebrun est  
interrogé par  
Axel Hoffman.*

Dans le milieu de la première ligne de soins, là où l'individu rencontre à nouveau une relation, où il est pris en compte comme sujet, je ne pense pas que cela le gêne de payer, au contraire, c'est une sorte de signe de son engagement. L'argent est un signifiant bon à tout faire, il peut servir à tout. Néanmoins, il a une dimension évidente, c'est que quand vous payez, vous perdez, c'est une manière d'assumer une certaine dette que vous avez à l'égard de l'autre ou des autres. Quand le sujet paye le généraliste en monnaie sonnante et trébuchante, c'est une manière de reconnaître deux sujets engagés : lui parce qu'il paye, parce qu'il perd quelque chose, qu'il y a une soustraction à la jouissance, moyennant quoi il désire, il est dans le monde humain, il est dans le monde du langage. Du côté du médecin, il est celui qui est payé par de l'argent pour le service qu'il rend, pour le travail qu'il fait et pas pour le plaisir qu'il prend.

● **Santé Conjuguée** : *On décrit le sujet hypermoderne comme enraciné dans un monde où les récits de légitimation ont disparu, comme un sujet individualiste en quête de satisfaction immédiate et exigeant la santé perpétuelle, la performance ; comme un sujet du règne de la marchandise et de l'argent.*

*Ce sujet peut-il se reconnaître dans une médecine comme celle de première ligne, qui tente de réanimer une relation, en une difficile synthèse des médecines hippocratique et scientifique, et quel sens peut y prendre l'échange financier avec le soignant ?*

○ **Jean-Pierre Lebrun** : Il y a une ambiguïté dans votre formulation : un sujet individualiste en quête de satisfaction immédiate, ce n'est plus un sujet, c'est ça le problème. Être extrêmement tributaire de la jouissance immédiate, ce n'est pas cela qui fait un sujet. Un sujet, c'est un peu une division entre quelque chose qui anime et une prise en considération de ce que rien ne le satisfera entièrement. C'est cela qui est subverti par le fait que la marchandise se propose comme quelque chose qui va le combler via la consommation. Ce sujet là n'est plus un vrai sujet, il n'a plus les potentialités d'être un sujet

● *Une problématique récurrente entre maisons médicales est celle de l'acte et du forfait. Les soignants payés à l'acte ont l'impression que c'est important qu'il y ait ce geste du paiement, qu'il y a là quelque chose « d'humanisant » que la pratique du forfait menacerait de faire disparaître.*

○ Voyons la question sur un plan plus large. Dans une société qui ne se fonde plus sur une perte, qui au contraire veut toujours négocier, veut que tout le monde soit sur le même pied, la négociation devient le signe de ce qu'à deux, nous décidons le monde alors qu'en fait il y a déjà eu des négociations, qu'on est dans un contexte où un élément tiers a été soustrait à chacun de nous deux. Ce contexte qui est, c'est mon hypothèse, la grande mutation dans



## Faut-il de l'argent pour faire du sujet ?

*Nous sommes passés d'un mode de fonctionnement qui se présentait comme consistant et incomplet, pour nous organiser selon un régime qui se veut complet et qui est de ce fait inconsistant.*

*Rappelons rapidement que jusqu'à Gödel, tous les scientifiques croyaient pouvoir mettre le monde en théorèmes, en raisonnements sans faille, comme on pratique en mathématique ordinaire. Mais en 1931, Gödel démontre, d'une part, qu'il se peut que, dans certains cas, on puisse démontrer une chose et son contraire, ce qu'il définit par inconsistance, d'autre part qu'il existe des vérités mathématiques qu'il est impossible de démontrer, et c'est alors l'incomplétude.*

*Russell, quant à lui, s'est intéressé à la contradiction que génère la théorie des ensembles, et plus particulièrement de l'ensemble de tous les ensembles qui ne se contiennent pas eux-mêmes. Ainsi en est-il de la phrase bien connue selon laquelle « tous les Crétois sont des menteurs ».*

*Si Epiménide qui la prononce est lui-même un crétois, il faut en tirer la conclusion qu'il est un menteur, mais alors quelle valeur a la phrase qu'il a énoncée ? Ce que ce type de paradoxes a fait émerger, c'est que nous devons faire forcément un choix entre un ensemble consistant mais qui supposait l'incomplétude, puisqu'un de ses éléments devait en être exclu, (Epiménide ne peut être un menteur lorsqu'il prononce la formule), ou un ensemble complet mais alors frappé d'inconsistance, dans lequel des vérités se contredisent radicalement (Epiménide est un menteur selon la formule, mais il n'est pas un menteur quand il l'énonce). Choix forcé donc entre incomplétude et consistance d'une part, ou complétude et inconsistance d'autre part, voilà ce que nous assène la logique moderne et son étude des paradoxes.*

*Signalons surtout qu'il n'y a pas d'autre manière de sortir de ce paradoxe qu'en passant à un système méta, qu'en se situant dans un domaine où l'on parle des éléments du domaine sans être dans le domaine lui-même, ce que Russell a appelé sa « théorie simple des types ». Ce point est évidemment essentiel, puisque cette sortie obligée démontre la nécessité d'une extériorité, fut-elle seulement potentielle, au travers d'une incontournable hiérarchisation des niveaux logiques pour sortir le paradoxe de l'impasse. Autrement dit, du seul point de vue logique, une transcendance s'avère toujours nécessaire.*

*Profitions de cette mise à plat pour situer l'enjeu de notre mutation inédite : le passage d'une société hiérarchique - donc consistante mais incomplète, puisqu'elle tire sa consistance de son incomplétude, de la place du chef, du maître, du roi, du père, de l'État, en un mot de la place de l'exception - à une organisation sociale qui, au contraire, prétend à la complétude, mais au prix de l'inconsistance. Une telle mutation n'a été possible que, précisément, parce que nous nous sommes émancipés de la transcendance substantielle - religieuse - et c'est bien dans ce mouvement que s'est accomplie la démocratie.*

*Extrait de « La mutation du lien social », article de Jean-Pierre Lebrun publié in numéro spécial du CREAL, Centre interrégional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée Provence, Alpes, Côte d'azur et Corse, consacré à Le lien social en question, novembre 2003.*





laquelle on est tous pris, a toute une série de conséquences : s'il n'y a plus cette extériorité qui nous fait tous de la même famille, s'il n'y a plus cette soustraction qui nous fait des humains, on tombe dans un système où finalement on a droit à tout, on a droit à la complétude. Le monde d'hier était un monde bien arrimé par l'incomplétude. Comme l'exprimait Jean Demunck dans un texte publié par *Santé conjugulée*\*, la complétude se paye d'une inconsistance et en fait on n'est jamais dans la complétude totale, c'est un pseudo-monde qui se présente comme cela. Dans ce monde de complétude, la position n'est plus celle du sujet responsable mais tourne à un droit à la complétude, d'ailleurs tragiquement inscrit dans la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé : « état de parfait bien-être... ». Quand vous entrez dans une dynamique pareille, à la limite on ne pense même plus que l'autre est payé pour ce qu'il fait. Évidemment, tout cela est véhiculé par une idéologie ambiante, c'est un effet du fonctionnement social dans lequel le dialogue médecin/malade est emporté ; il ne s'agit pas d'une critique adressée aux maisons médicales au forfait, d'autant que le système du forfait est parfaitement justifié pour les patients qui n'auraient pas autrement les moyens de se faire soigner correctement.

Donc tout cela est chaque fois imbriqué. Je crois que le paiement au forfait n'est perverti que si on a affaire à des gens qui se sentent dans le

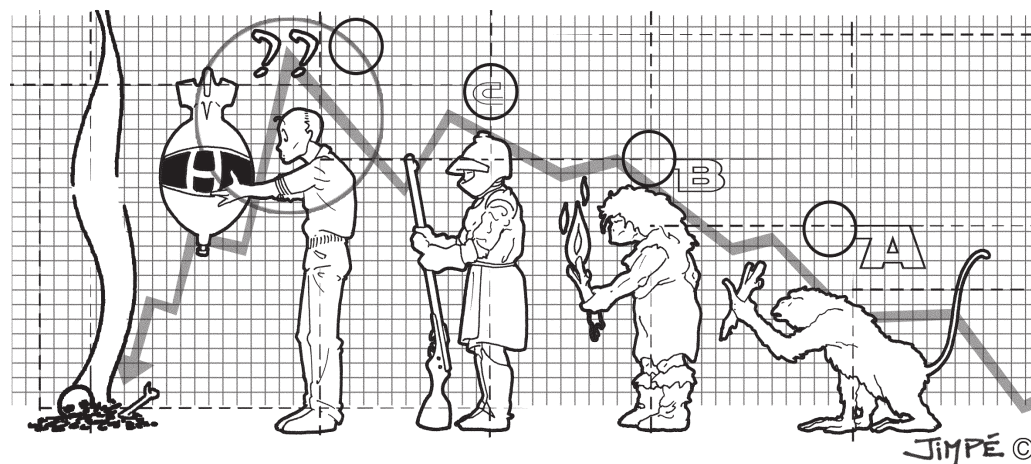
droit de revendiquer l'état de complet bien-être. Il ne l'est pas s'il permet à des gens d'accéder aux soins sans déboursier des sommes peut-être minimes mais importantes pour eux, tout en sachant que le soignant est payé par ailleurs. Devoir sortir son argent est toujours une soustraction, mais quand on n'en a pas c'est une tragédie, cela vous fait plutôt renoncer à aller voir le médecin ; dans ces conditions ce n'est pas l'enjeu du sujet.

● *Aucun mode de financement n'est parfait...*

○ Il faut se dire que la complétude et l'inconsistance\*\* véhiculent l'idée qu'un autre système serait meilleur et mettrait à l'abri des inconvénients. Ce qu'on constate, c'est qu'un autre système produit de nouveaux inconvénients. Dans un monde qui endosse sans difficulté l'incomplétude, cela devient la loi du bon sens : rien n'est parfait.

Mais quand on est dans un monde qui croit à la complétude, cela devient un préjudice, une blessure narcissique. On est emporté aujourd'hui dans une sorte de tentative de régler la question mais au fond on ne saura pas la régler, on la déplace, on change tout, on « brouillonne » tout à la limite, mais ce n'est pas pour cela qu'il n'y a pas de progrès. Il y en a mais plus lents que ce qu'on espère, au niveau de l'argent en tout cas. Je ne voudrais pas que mon propos laisse entendre qu'il faut d'office payer à l'acte.

*...mais nous savons bien que nous ne sommes pas nés de nous-même, que nous venons d'une chaîne et donc qu'il y a des choses à transmettre qui viennent d'avant nous...*



\* « Les politiques de la subjectivité dans les sociétés post-industrielles », Jean De Munck, *Santé conjugulée* n°20, avril 2000. Voir aussi dans le même numéro l'article de Jean-Pierre Lebrun « Guérir le social » qui éclaire un certain nombre de notions mises en oeuvre ici.

\*\* Le sens de ces termes est développé dans le texte encadré page 38.

## Faut-il de l'argent pour faire du sujet ?

● *Le risque serait de laisser penser que tout est dû, risque porté par l'impression de gratuité ?*

○ J'ai vu une émission de télévision sur des personnes qui n'achètent que des produits « satisfait ou remboursé ». Ils n'achètent que ceux là, ils les mangent évidemment, puis ils peuvent écrire à la société pour dire qu'ils n'ont pas été satisfaits. C'est extraordinaire, il n'y a pas de perte... Un paiement est une perte et, même si le bon sens nous dit que payer est toujours nécessaire dans l'existence, ils ne tolèrent pas cette perte : on voit bien là quelque chose qui va être subverti... ●

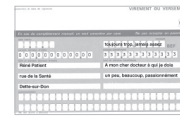
**Principaux ouvrages de J.P. Lebrun**

*De la maladie médicale*, De Boeck Université, 1993.

*Un monde sans limite*, Ères, 1997.

*Les désarrois nouveaux du sujet*, Ères, 2001.

*L'homme sans gravité*, Charles Melman, Entretiens avec Jean-pierre Lebrun, Denoel, 2002.



# Usagers de drogues : quelle valeur attribuer à l'argent ?

.....

*Les usagers de drogues ont un rapport à l'argent qui sort parfois de l'ordinaire : on pense aux débrouilles et trafics qu'ils emploient pour le gagner, à la gestion peu conformiste de leurs ressources (ou de leur absence de ressources) financières, aux choix qu'ils font de « flamber ».*

*Comment ce rapport particulier à l'argent résonne-t-il à l'intérieur de la relation thérapeutique ? Que nous dit, à nous soignants, leur rapport à l'argent sur leur usage de drogues et sur leur façon d'être au monde. Que peut signifier le fait de payer ou de ne pas payer les soins dans le cadre d'un traitement de substitution ? Est-il possible, sachant que la problématique demeure individuelle, de dégager des lignes générales à ce sujet ?*

*Nous avons posé ces questions à Jean-Pierre Jacques, médecin et psychanalyste, qui pendant près de deux décades, a été au cœur du Projet Lama et qui est l'auteur de Pour en finir avec les toxicomanies<sup>1</sup>.*

.....

● *Axel Hoffman, pour Santé conjugulée : Partons, si vous le voulez bien, d'une observation personnelle. Lors de la rencontre avec un usager demandant un traitement, je négocie un cadre thérapeutique comportant un volet financier. L'honoraire demandé est fixé de commun accord, tarif conventionnel, ticket modérateur, montant symbolique ou gratuité « jusqu'à amélioration des ressources », selon*

*les possibilités de l'usager. Je précise également que les sommes négociées doivent être réglées à chaque consultation. Ce contrat est toujours respecté dans les premiers temps, mais il survient fréquemment un moment où l'usager ne parvient plus à s'y tenir. Cet instant marque un tournant dans le traitement, car s'il signifie parfois une rechute (l'argent a été dépensé pour consommer) ou une dégradation du statut social, il peut aussi être le révélateur de l'arrêt de trafics et de l'abandon de ressources « douteuses ».*

○ Jean-Pierre Jacques : Mon expérience et celle de mes collègues du Lama vont dans le sens inverse. Pour les patients suivis en institution (ce qui est différent du contexte de votre observation « en privé »), nous partageons la notion qu'ils ont souvent une double comptabilité : l'argent qui est acquis illicitement sert aux acquisitions illicites, par exemple à acheter des produits, et l'argent « clair » sert à payer les dépenses socialement admises, par exemple la consultation, les médicaments, le loyer, etc. On observe régulièrement un clivage étanche entre ces deux compartiments et, bien qu'il y ait des exceptions, les usagers n'utilisent qu'avec réticence l'argent illicite pour payer le médecin.

Quand ils renoncent aux revenus liés aux pratiques illicites, leur niveau de vie s'abaisse et ils n'ont plus désormais qu'une seule trésorerie. La manière dont ils gèrent alors les priorités dans l'allocation des ressources qui leur restent paraît assez variable. Certains réservent la priorité au paiement de leur traitement et aux honoraires des soignants, tandis qu'ils suspendent le règlement du loyer ou de la pension alimentaire. La plupart commencent par « oublier » de payer le ticket de tram, ou l'assurance auto, puis le loyer ; le médecin n'est pas nécessairement le premier poste auquel ils renoncent.

● *Peut-on dire qu'ils renoncent d'abord aux paiements de ce qui est de l'ordre du collectif ?*

○ Oui, certains légitiment leurs décisions « à la Jean Valjean » : on peut voler pour manger un pain, c'est-à-dire quand c'est vital ; quant au loyer, ils peuvent se persuader qu'on ne va

*Interview de  
Jean-Pierre  
Jacques, médecin  
et psychanalyste.*

*Jean-Pierre  
Jacques est  
interviewé par  
Axel Hoffman.*

*(1) Pour en finir  
avec les  
toxicomanies, De  
Boeck Université,  
1999.*

## Usagers de drogues : quelle valeur attribuer à l'argent ?

quand même pas les mettre à la rue ! Ou que quiconque comprendra que ce n'est qu'un retard de paiement. La part de mauvaise foi qui entre dans ces justifications est affaire de cas par cas.

Il y a aussi un appel au côté humanitaire du médecin : « si vraiment vous faites ce métier pour aider les gens, l'argent ne peut pas être votre premier mobile. C'est votre idéal que je viens chercher et tester dans l'espoir qu'il l'emporte sur votre sens commercial ou votre âpreté au gain ». Je ne suis pas sûr qu'ils interpellent le cadre mais plutôt l'idéal du médecin : « Est-ce que vous m'aimez assez pour faire exception et tenir compte de mon cas particulier. Voyez-vous que je fais un effort considérable en renonçant aux drogues et au style de vie qui en découle ? Vous devez accepter que je n'aie pas l'énergie pour trouver du travail, faire les démarches sociales requises », etc.



Le cas est différent pour les usagers psychotiques qui tentent de s'équilibrer avec des opiacés, légaux ou non. Bon nombre aboutissent dans les institutions spécialisées. Ce

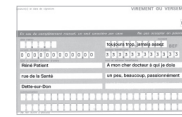
rééquilibrage de la psychose grâce aux opiacés réduit les manifestations les plus visibles de la psychose, le délire ou les hallucinations, mais laisse intact le fonctionnement altéré de la pensée, certains raisonnements typiques de la psychose. Parmi ceux-ci : « Cela ne dépend pas de moi. Je n'y suis pour rien. Je suis (toujours) victime de ce qui m'arrive. Si je n'ai pas d'argent, c'est parce que la société est malade. C'est le sort qu'on a jeté sur moi. C'est la méchanceté de telle personne qui m'a regardé de travers ».

Il est utile de se poser la question de la psychose chez ceux qui ne font pas les démarches sociales susceptibles de leur octroyer des revenus de remplacement. Alors qu'ils sont convoqués au CPAS pour faire valoir leurs droits, ils ne s'y rendent pas. Ils peuvent nous raconter à l'occasion des choses extrêmement paranoïaques pour expliquer pourquoi. Parfois notre rôle consiste à réduire la dimension paranoïaque et à prendre contact avec le CPAS pour tenter d'expliquer leur interprétation persécutive. Ces patients se rencontrent surtout en institution, car l'institution leur permet de disperser le transfert sur plusieurs intervenants, ce qui le rend plus supportable.

Ceux qui consultent en médecine générale ou en privé pourraient bien être moins souvent psychotiques et l'interprétation du manque d'argent serait alors davantage un symptôme, au sens psychanalytique. Ce peut être une façon déguisée d'exprimer sa détresse et en même temps une protestation silencieuse (manquer un rendez-vous, ne pas payer). Cela doit être pour le médecin une occasion à saisir pour demander au patient s'il va vraiment bien : n'est-ce pas une façon pleine de tact de dire que cela ne va pas...

● *Beaucoup de médecins ne le voient évidemment pas sous cet angle...*

○ C'est difficile de le prendre avec tact quand on est le premier lésé, et pourtant ce serait la meilleure façon. Beaucoup de médecins justifient à bon compte l'expulsion du mauvais payeur en pensant que cela lui servira de leçon. Mais il ne faut pas compter sur l'aspect pédagogique d'une mesure de ce type. Elle reproduit le schéma de l'exclusion, et c'est interprété en termes de « je n'ai pas ma place dans le monde », ou « c'est un mauvais médecin, il n'a pas



compris ma détresse ».

Avec des patients ayant une gestion problématique des finances (des psychotiques, certains mélancoliques, des alcooliques, etc.), il m'arrive, en pratique privée, d'accepter une dette structurée avec un plan d'apurement négocié avec eux et ce pour un temps limité, celui de reprendre les rênes ou de solliciter l'aide d'un tiers parental ou assistantiel. Si le délai n'est pas respecté, c'est eux qui n'auront pas fait le nécessaire pour tenir leur part de l'engagement et qui s'excluent. Le médecin ou le thérapeute peut alors accompagner la décision de rupture de la relation avec des mots tels que : « c'est au-dessus de vos forces, cela ne vous convient pas et donc je vous adresse à un autre endroit où vous ne devrez pas payer ». Rien n'exclut que le patient puisse faire retour plus tard, car tout a été négocié, verbalisé, il n'y a pas de ressentiment, ni d'acrimonie, ni de culpabilité. En fait le sentiment de culpabilité est une dynamo qui fonctionne bien pour les gens qui y sont sensibles et qui peuvent le supporter sans aide, comme le névrosé standard.

● *Dans la relation thérapeutique, il y a échange, don et contre-don, et j'ai parfois l'impression que cet aspect d'échange est particulier chez les usagers de drogues, que la façon de reconnaître une dette vis-à-vis du soignant présente des caractéristiques. Le rapport avec l'acte thérapeutique diffère dans la mesure où y interfèrent des éléments tels qu'une auto-culpabilisation liée au fait de pas s'en sortir tout seul, d'avoir perdu le contrôle sur une drogue que longtemps on a cru maîtriser, avec en outre une perte d'image de soi matérialisée par la dégradation sociale ou économique. Dans ce contexte où le patient se sent responsable de ce qui lui arrive (et même parfois le revendique), comment l'usager de drogues perçoit-il l'échange ? Certains par exemple surinvestissement leur prescripteur, d'autres considèrent que l'effort qu'ils fournissent pour sortir de quelque chose d'illicite donne droit à une récompense et ne comprennent pas pourquoi ils devraient payer pour se soigner...*

○ Il n'y a évidemment pas de réponse valable pour tous les sujets dépendants. Au Lama, suite aux décisions de la ministre Magda de Galan, le montant de la consultation demandé au

patient est de 1,39 euros, soit un montant plutôt modeste. Certains sujets se débrouillent néanmoins pour accumuler une dette à partir de sommes aussi ridicules. Ils n'ont pas d'argent, ils ont oublié, ils ont eu une urgence, l'argent qu'ils avaient soigneusement gardé a été détourné par une pulsion ou un besoin légitime sur le chemin de la consultation... D'autres au contraire, s'il vous arrive d'oublier de demander ce montant à l'issue de la consultation, réclament : « Docteur, encore une fois vous oubliez ! ». Ils nous rappellent à l'ordre, avec une certaine fierté de payer cette somme toute symbolique, c'est leur signe d'adhésion au processus thérapeutique, leur participation. C'est variable d'un sujet à l'autre.

Pour des sommes plus importantes, par exemple dans les antennes Lama décentralisées où l'on fonctionne à la nomenclature, il faut souvent tirer l'oreille et mettre en place des stratégies graduées pour éviter l'exclusion immédiate : le médecin fait crédit une fois ou deux, puis il exige un passage chez l'assistant social pour un diagnostic social et une analyse de la gestion du budget. Un groupe de parole peut éventuellement se mettre en place autour de la question de l'argent. Ceux qui accumulent une dette importante peuvent se voir convoqués devant un coordinateur ou un directeur qui les met en demeure et prévoit un accord ; ce n'est que si cet accord n'est pas respecté que le traitement est interrompu.

L'ensemble du processus peut prendre deux mois, temps qui permet de maintenir la relation thérapeutique et de problématiser cet endettement au lieu de réagir de façon binaire. Cela amène souvent à soulever de gros lièvres : à partir du paiement non effectué, on découvre le trou noir complet, ils sont complètement insolubles, parfois si endettés qu'ils ont intérêt à ne jamais redevenir solvables. En effet, à partir d'un certain niveau d'endettement et d'acharnement des créanciers, il est préférable de ne plus jamais retrouver une ressource régulière et saisissable pour être tranquille à jamais. Je pense, entre autres, à un patient sévèrement dépendant qui avait une grosse dette en procès : s'il perdait, il doublait son endettement, il a gagné et s'est mis à rembourser sa dette sur cinq ans. Alors que s'il avait été condamné, il n'aurait jamais payé mais avait prévu de quitter la Belgique. Cette situation n'est pas exceptionnelle.



## Usagers de drogues : quelle valeur attribuer à l'argent ?

Il faudrait s'intéresser à la notion de faillite privée, comme un membre du parti socialiste l'a proposé récemment. C'est un statut déjà octroyé en France à titre personnel pour un sujet en surendettement dépassé : le tribunal peut le déclarer en faillite personnelle. Ce qui, sous certaines conditions, vide le casier judiciaire financier, interrompt les poursuites et permet au failli de repartir à zéro, avec une guidance et un accompagnement. Ce projet pilote, testé dans un département, a donné satisfaction à de nombreux intervenants : tribunaux, comités de surendettement, ATD Quart-Monde, etc. Les gros créanciers, qui de toute façon n'auraient pas récupéré grand-chose, font l'économie de frais de justice à perte et les personnes déclarées en faillite personnelle ne se ré-endorcent pas. C'est très encourageant !

Il y a une autre catégorie de sujets qu'on ne rencontre pas seulement chez les usagers de drogues. Ce sont les sujets « hyper contemporains » et que l'on appellerait volontiers « utilitaristes »\* : ils paient quand ils ont davantage d'intérêt à payer qu'à ne pas payer, quand le service rendu le mérite à court terme, indépendamment de la valeur symbolique du service. Ils deviennent experts à apprécier le point de rupture de l'autre et, quand ce point de rupture est atteint, à évaluer s'il faut le dépasser jusqu'à rompre la relation pour aller recommencer le même scénario avec un autre. On observe ce processus avec différents interlocuteurs : des pharmaciens, des médecins, des fournisseurs en matériel informatique, des propriétaires d'immeuble, etc. Ils peuvent ainsi tout en s'endettant, mener un train de vie très supérieur à leurs moyens.

Dans mes consultations privées, je considère qu'il peut être intéressant de profiter de la crise autour de l'endettement pour mobiliser un tiers familial encore solvable. Je demande alors au patient s'il consent à ce que j'intervienne auprès d'un membre de sa famille pour qu'il paie pour lui pendant six mois ou un an, en tout ou en partie, et qu'il s'insère dans le processus thérapeutique. Ce n'est pas toujours accepté, soit par le patient qui préfère renoncer à la relation thérapeutique, soit par le tiers qui ne voit pas le bénéfice retiré à court terme. S'il accepte, ce qui n'est pas rare, c'est extrêmement dynamique et j'y recourrais assez régulièrement.

Il y a même des familles qui se réjouissent d'enfin payer comme si elles avaient une dette de culpabilité : « en intervenant financièrement, en ne laissant pas l'État tout payer, je témoigne d'une forme d'amour, d'intérêt que j'ai pas réussi à lui témoigner de façon explicite auparavant ». Cela peut être tout à fait pertinent ! Même si cette équivalence argent-amour doit être ultérieurement décalée...

● *Voilà qui s'écarte du discours classique qui veut que l'investissement financier du patient soit la mesure de sa volonté de progresser !*

○ Dans une analyse, le fait de payer à titre personnel libère le sujet du mal qu'il pense devoir dire de ses géniteurs : c'est un signe d'engagement et le prix de sa liberté de parole. Mais ici nous parlons d'un tout autre dispositif que celui de la cure analytique. Curieusement, admettre un autre membre du système familial dans le paiement peut ressouder le système familial, le dé-conflictualiser plus tard.

● *Une autre caractéristique du rapport à l'argent des usagers de drogues réside dans le développement d'un marché, d'une économie souterraine, qui reproduit le « grand marché » dont ils sont exclus...*

○ Les travaux de Pascale Jamouille\*\* sont très éclairants sur ce sujet : un certain nombre de sujets exclus, dans les cités, les banlieues, les ghettos, fonctionnent de façon hyper-capitaliste, ultra-libérale. Pascale Jamouille a parfaitement montré comment les valeurs de compétition, de profit immédiat, de gain rapide à tout prix, à l'opposé des concepts de développement durable, d'installation d'une entreprise à long terme, se sont imposées dans ces cités, avec une forte connotation positive pour le caïd local, celui qui réussit dans cette économie, ce capitalisme sauvage, quel que soit le produit qu'il fait fructifier : armes, sexe, drogues, etc. Le fait de prospérer est admiré, apprécié, envié. Certains lieux, secteurs d'extrême exclusion, commencent même à fonctionner avec une monnaie parallèle, différente de l'euro. On se retrouve au Moyen Âge où un petit pouvoir local frappe monnaie, non convertible, ce qui évite la comparaison avec une monnaie ordinaire. La convertibilité euros-drogues n'est pas toujours assurée et certaines transactions ne se font qu'en

\* Utilitarisme : théorie développée par le philosophe Stuart Mill qui considère que le fondement de la morale est l'utilité ou principe du plus grand bonheur : les actions sont bonnes dans la mesure du bonheur qu'elles donnent, mauvaises si elles ont pour résultat de produire le contraire du bonheur (ndlr).

\*\* Voir notamment deux ouvrages de Pascale Jamouille présentés dans Santé conjugulée à l'époque de leur sortie : « Drogues de rue, récits et styles de vie », paru en 2000, et « La débrouille des familles », récits de vie traversés par les drogues et les comportements à risque, paru en 2002, tous deux chez De Boeck, collection Oxalis.





objets volés, en troc ou service contre drogue par exemple. Les travaux de Pascale Jamouille montrent que cette réussite sociale express est rarement durable : au moment où le premier impact de la justice marque le sujet, son énergie vitale le quitte et c'est la descente aux enfers, il perd le crédit qu'il avait dans la cité, dans tous les sens du terme.

Dans un autre cas de figure, des patients dépendants de drogues et issus d'autres couches de population que les banlieues, avaient été très actifs sur le terrain du deal pendant leur consommation de drogues. Ils peuvent se révéler d'excellents candidats à une réinsertion professionnelle dans des métiers où on brasse de l'argent ou dans la vente, car ils ont la « tchatche », le bagout, le culot et un sens aigu de la manipulation de l'argent. Au fond ils croient à l'argent, ils sont dans les idéaux de la société de profit et n'ont qu'à apprendre les règles du jeu légal, à transposer dans le secteur légal leurs capacités de vente. Ils vendront autre chose, du matériel informatique, des voyages ou des assurances vie, peu importe. Ce sont des gens qui ont toujours cru en l'argent. Tandis que ceux qui ne paient pas du tout, ce sont plutôt des gens qui ne croient pas à l'argent, comme ils ne croient pas à l'Autre. Ils sont dans une méfiance, dans un monde à part du nôtre. Nous croyons assez à l'argent pour l'encaisser, l'investir, le thésauriser.

● *Argent = relation à l'autre ?*

○ Oui. Il ne faut pas oublier ce qu'est l'argent : une pure convention. La monnaie ne vaut rien en soi, elle représente un bien par convention. Un billet de banque garanti par le Gouverneur de la Banque centrale ne vaut rien par lui-même, il faut l'échanger contre un produit consommable pour qu'il réalise sa valeur. Nous, nous avons généralement une confiance suffisante dans l'argent mais ce n'est pas le cas de tous les sujets, et en particulier des sujets qui, pour des raisons psychopathologiques, n'accordent pas foi dans les conventions. Ce sont d'ailleurs volontiers les mêmes qui éprouvent quelques difficultés avec la plupart des conventions, l'horaire et les règles en général. Mais cela ouvre un tout autre débat. ●

# L'argent dans la relation thérapeutique

**Pierre Drielsma,**  
médecin  
généraliste au  
centre de santé  
Bautista Van  
Schowen.

.....

*L'argent sacré, l'argent désacralisé, l'argent substitut de violence, mais surtout image abstraite de la quête infinie des biens matériels : l'auteur en fait le tour et trouve une satisfaction éthique à ne plus l'employer dans la relation thérapeutique grâce au forfait. Cette pratique « démonétisée » lui permet désormais de se concentrer avec le patient sur la quête du sens (et du non-sens) de la maladie.*

.....

évaluée en têtes de bétail<sup>5</sup> (*capita*, têtes à donner, « capital ») ; ainsi, l'hébreu *keseph* désigne-t-il à la fois le mouton et l'argent, *gemel* à la fois le chameau et le salaire.

Argent, vient d'un métal (blanc) utilisé pour faire des pièces. *Geld* d'un métal jaune. Pour Freud, l'or c'est de la merde, surtout dans la mesure on l'on peut serrer les cordons de la bourse (le sphincter anal strié). Les religions abrahamiques, judaïsme, christianisme, islam, ne sont pas loin de penser la même chose, mais pour d'autres raisons. Au départ, elles interdisent le prêt à intérêt, condition indispensable du capitalisme.

---

## ... et un peu d'histoire

On a cru que la monnaie avait remplacé le simple troc, et cela à une date assez récente. Le troc proprement dit est une vue de l'esprit, car le transfert de propriété<sup>6</sup> dans les sociétés primitives, loin d'être un acte simple, est au contraire entouré de formalités complexes, liées à la magie. Ainsi l'idée de bœuf-monnaie (monnaie de sang) a-t-elle succédé à l'idée de bœuf de sacrifice, cette dernière étant elle-même liée à la valeur intrinsèque de l'animal dans une civilisation pastorale.

Le caractère historique de l'échange est sujet à controverse. Les économistes classiques considèrent que l'échange est un phénomène universel, inhérent à la nature humaine existant à différents degrés dans toutes les sociétés. D'autres estiment que l'échange, phénomène social autant qu'économique, distingue radicalement les sociétés où il intervient, des formations sociales archaïques ou antiques.

*« Parmi les hordes égalitaires de chasseurs collecteurs, les produits obtenus par le travail collectif ou individuel sont l'objet d'un partage, qui délie les producteurs de toute obligation réciproque et n'engage aucun rapport de domination ou de subordination entre producteur et non producteur »*  
(Turnbull, 1965 ;  
Meillassoux, 1968).

---

## Un peu de vocabulaire...

Monnaie, le terme français provient de ce que la monnaie romaine était frappée dans le temple de Juno Moneta (l'avertisseuse ?)<sup>1</sup>. Ou bien, Juno Moneta, mère des muses, qui a servi à... traduire le grec *mnemosunh* « ce dont on conserve le souvenir » ou « conseillère »<sup>2</sup>.

Numismatique (science de la pièce de monnaie) de *numisma*, emprunté lui-même au grec *nomisma*, coutume, ce qui est reconnu et admis<sup>3</sup>.

Pécuniaire, de *pecus*, troupeau : ce dernier terme, comme le sanscrit *rupa* (roupie) et le germain *feo*, *vieh* (cfr. Anglais *fee*<sup>4</sup>, salaire) rappelait l'époque où toute propriété était

(1) *Encyclopaedia universalis*, 12, p.557 (1985).

(2) *Dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, p. 2274 (1998).

(3) *Idem*, p.2410.

(4) *Fee for service* signifie paiement à l'acte, à la prestation.

(5) *Si cela est, ce serait une indication que ce sont les pasteurs qui ont introduit la monnaie, non les agriculteurs.*

(6) *Qu'on peut aussi appeler échange.*



Ce qui est passionnant, c'est qu'au départ la monnaie n'est pas un équivalent général et abstrait (une valeur) de l'objet aliéné (échangé) mais un droit de passage, un dédouanement pour une rupture de l'équilibre cosmique qui lie les humains entre eux et aux choses. Encore actuellement, le transfert du nom de Tjibaou en Nouvelle-Calédonie vers la tribu de Nouméa pour l'érection d'un musée portant son nom a nécessité le recours à la coutume afin de ritualiser la modification. Une autre façon de dire, c'est que quand on achète, on ne paye pas le vendeur (de service) mais Dieu lui-même. Cette conception est évidemment très éloignée de la nécessité transactionnelle, contractuelle entre deux individus, l'un prestataire, l'autre usager.

La meilleure preuve du caractère sacré de l'argent, c'est que la monnaie prend une origine animale, et pas végétale. Or, nous avons de bonne raison de penser que la dominance chez l'homme est liée à la révolution néolithique. Dans les sociétés agricoles, l'essentiel de la production est végétale et donc la valeur d'usage est du côté des graines. Le choix d'animaux qui saignent est lié au sacré, au tabou du sang.

L'argent peut encore être interprété comme une substitution *soft* de la violence (Aglietta Michel & al., la violence de la monnaie, PUF 1982, 2<sup>e</sup> éd. 1984, Paris).

De ce point de vue, la prostitution se substitue au viol, l'achat au vol, le salaire à l'esclavage. Cette substitution peut être perçue comme un progrès (par rapport à la violence physique), ou au contraire comme une aliénation, la violence étant marginale dans les sociétés primitives sauf pour ce qui concerne les guerres intertribales<sup>7</sup>. Dans cette hypothèse, l'homme aurait troqué fort peu de violence physique pour beaucoup de violence monétaire. Si nous remplaçons dans l'équation de la violence, fort par riche, nous en revenons à nos schémas de dominance. Pourtant, la substitution ne semble que marginalement efficace. En effet, les sociétés les plus imprégnées par l'argent sont aussi les plus violentes (USA, Colombie). Les agents qui ne peuvent faire preuve de violence monétaire, se vengent en usant de cette bonne vieille violence physique. Nous ne pouvons que douter de l'efficacité du processus monétaire

*La médecine a toujours été perçue comme un service à rendre à la collectivité, pas comme un métier rémunérateur. C'est la sécurité sociale qui a solvabilisé la demande, les soins aux nécessiteux angoissaient le médecin. Seuls les riches pouvaient payer, Marat le grand révolutionnaire avait été médecin d'une famille noble. La sécurité sociale a donné l'illusion aux médecins qu'ils pouvaient la rejouer avec les pauvres. Mais le libre prix entre libres partenaires est une illusion, les conventions tarifaires encadrent la relation. Le temps de contact n'étant pas compressible à l'infini, le revenu est essentiellement déterminé sur base de la longueur de la journée de travail : on comprend que celle-ci tende à se rallonger surtout si les actes/heures sont sous-payées.*

comme régulateur de violence. Au contraire, plus une société est égalitaire (démonétisée), moins la violence est présente, car il existe fort peu d'enjeu<sup>8</sup>.

L'argent est donc une coutume, un conseiller, un souvenir, un animal d'élevage, un bouc sacrificiel, un métal, un excrément, une violence, le diable probablement....

Cette étude nous permet de reposer la question d'une autre façon : le forfait est-il le fossoyeur de la relation médecin malade ? qui est une fausse question devient, (vraie question) quel est le rôle de l'argent dans la relation thérapeutique ?

Supposons que je sois un médecin-prêtre primitif ; j'officie près du temple, les présents du sacrifice servent à me payer comme prêtre et subsidiairement comme médecin (la guérison des corps étant un attribut secondaire des guérisseurs de l'âme).

(7) Pour Pierre Clastres, ces guerres intertribales ont pour fonction de maintenir de petites unités politiques plus démocratiques.

(8) Sur cette question des enjeux et de l'égalité : en Chine la timidité est plus rare, (qu'au Japon) en effet dans un système qui ignore la compétition, l'individu n'aurait pas à se montrer meilleur que son voisin. Toute tactique d'intimidation serait donc vaine. Alain Braconnier, Le sexe des émotions, Odile Jacob, 2000.

## L'argent dans la relation thérapeutique



Le paiement est avant tout un acte sacré qui vise à la restauration de l'équilibre cosmique, il s'agit d'un acte transcendantal. Acte qui ne vise à payer l'agent que subsidiairement et pourrait on dire malencontreusement. Si le médecin-prêtre pouvait vivre d'amour et d'eau fraîche, il ne prélèverait pas son nécessaire dans les sacrifices apportés par les adhérents-malades.

Pas de doute qu'en tant que médecin-prêtre je veille jalousement aux sacrifices, qui à la fois attestent du sérieux de l'adhérence du croyant, mais aussi me permettent de vivre (parfois grassement, comme les prêtres du temple de Yerushalifm).

### Qu'en est il aujourd'hui ?

Comme nous l'avons plus montré haut, l'argent s'est largement désacralisé, mieux encore il est devenu l'anti-Dieu par excellence. Déjà, Iéoshua proférait cette parole définitive : *vous ne pouvez vous asservir à Dieu et à Mamon (la richesse)* (Matthieu VI, 24). Mais toutes les traditions spiritualistes combattent ardemment l'appât du gain.

Si nous admettons que l'argent n'est plus ce dédouanement spirituel, ce tribut aux dieux, mais qu'il est l'image simplifiée, abstraite, de la quête infinie des biens matériels, alors son intervention dans la relation thérapeutique est non seulement inutile, mais plus encore, fondamentalement polluante.

Nous sommes tellement bien dans cette perspective tant consciemment qu'inconsciem-

ment que lorsque nous travaillions à l'acte, nous oublions le plus souvent l'honoraire des visites à domicile : le billet s'éternisait lamentablement sur la table du patient, tant l'argent nous semblait contraire à la relation de fraternité qui venait de s'établir.

Nous avons eu l'immense chance de commencer notre pratique au centre de santé de Bautista van Schowen de Seraing, alors que les négociations forfaitaires étaient juste entamées. Je pouvais parler avec mes patients, leur promettre que cette horrible souffrance que nous partagions, eux en se délestant d'une partie de leur maigre revenu, moi en me saisissant honteusement de ce paiement privé d'un service qui devait être public, je pouvais leur promettre que cette souffrance aurait une fin.

Et le plus drôle, c'est qu'elle a eu une fin. J'ai commencé à Bautista van Schowen en octobre 1981 et moins de trois ans plus tard, en juillet 1984, quand l'équipe est passée au forfait, je mettais mon mode de paiement en concordance avec mes tripes. Et c'est vrai que je me suis senti profondément libéré, soulagé du poids de l'argent dans la relation thérapeutique. Je vais chez les patients, ou mieux ils viennent au cabinet dans une relation purement fraternelle. Je suis payé par un tiers, mais il s'agit d'un tiers-payant perfectionné puisqu'il y a fort peu de paperasse, l'honoraire forfaitaire tombe chaque mois comme un métronome (ou presque). Ce tiers-payant forfaitaire n'est pas inflationniste, que je voie le patient une ou cent fois, les dépenses publiques sont fixes, la gratuité à la capitation est vertueuse.

Le forfait m'a permis de remettre le payeur là où il doit être, c'est à dire dans le principe d'équité. Les riches payent pour les pauvres dans un système de redistribution et la fiction paiement par le malade-remboursement par la collectivité disparaît. Elle est remplacée par une logique de service public, je deviens un quasi-fonctionnaire d'une entreprise publique autonome. Que demande le peuple ?

### Mais alors, allez-vous me dire, comment restaurer l'équilibre cosmique ?

Nous savons tous que la maladie présente plusieurs aspects qui isolément ne peuvent



épuiser sa réalité. L'approche métaphysique de la maladie reste donc pleinement valide. La question pour les maladies les plus graves, les plus invalidantes, reste celle du sens. Non que la maladie ait un sens a priori. Au contraire, on pourrait plutôt dire qu'elle est un non-sens. Mais le patient bien légitimement doit comprendre pourquoi le ciel lui est tombé sur la tête.

Cette action thérapeutique spécifique va renouer notre métier avec sa tradition millénaire. Nous chercherons avec lui, en quoi cette mésaventure, cette malencontre peut être utilisée pour tisser du sens.

Parfois nous trouverons avec lui qu'il s'agit d'une résistance de son propre corps, de son inconscient, à une vie fonctionnarisée dans la marchandise. D'un appel à l'air, à une vie haute, généreuse... Très souvent le patient remettra en question non seulement son mode de vie, mais l'organisation sociale tout entière, l'appât du gain de son entreprise, de ses proches. Chaque dialogue thérapeutique s'ouvre vers un nouveau manifeste du surréalisme.

Je ne peux m'empêcher de citer quelques lignes de ce texte admirable qui articule le discours sur l'Essentiel :

*(...). en général, abandonner l'homme à son destin sans lumière. Qu'il essaye ensuite, de-ci de-là, de se reprendre, ayant senti lui manquer peu à peu toutes les raisons de vivre, incapable qu'il est devenu de se trouver à la hauteur d'une situation exceptionnelle telle que l'amour, il n'y parviendra guère. C'est qu'il appartient désormais corps et âme à une impérieuse nécessité pratique... (...) Tous ces gestes manqueront d'ampleur, toutes ses idées d'envergure... (...) Chère imagination, ce que j'aime surtout en toi c'est que tu ne pardonnes pas...*

*Le seul mot de libre est tout ce qui m'exalte encore... le procès de l'attitude réaliste demande à être instruit (André Breton, la Pléiade vol 1, page 312-31, 1988).*

Le patient se trouve par la grâce de la maladie, le temps d'un instant, le droit de questionner la médiocrité de la vie enchaînée à la marchandise. Bien sûr, le plus souvent, cet amer constat se muera en aveu d'impuissance, car l'humain s'engage auprès de ses frères humains. Et cet engagement est la meilleure des choses, mais

obstrue inévitablement la porte lumineuse de sortie. Il lui restera alors celle de la maladie et de la mort. Nombre de nos malades sont des héros comme les résistants qui ont choisi de mourir jeune plutôt que de trahir. Mais si les héros de la résistance connaissaient le sens de leur sacrifice, nos héros humanistes de la société marchande n'ont jamais eu l'impression de choisir. Le sacrifice du héros marchand est sans exaltation aucune, il est aliénation pure.

Seule une mise en perspective permettra de percevoir le sens dans l'absurde même. Et cette apparition, cette *épiphanie* restaurera l'équilibre cosmique. Elle redonnera son sens à ce combat désespéré qui consiste à maintenir un îlot d'humanité dans un monde inhumain. ●



# Écouter les patients

**Marie-Pierre Van Eetvelde,**  
médecin généraliste à la maison médicale des Riches Claires.

.....  
*L'écoute des patients nous en dit toujours plus long que les grands discours sur la place de l'argent.*  
.....

Je n'ai pas envie de comparer la médecine générale à l'acte avec la médecine au forfait. Je profite simplement de l'occasion qui m'est donnée de partager mon expérience. L'argent et le prix que l'on a payé pour l'une ou l'autre chose fait partie du sujet de conversation de tous les jours.

J'entends souvent :  
« Ce n'est pas parce que je n'ai pas les moyens que je n'ai pas le droit d'être soigné ! »  
« Ceux qui savent se payer des médecins chers sont mieux soignés que nous. »  
« La santé est un droit, ce n'est pas normal que je doive payer. »  
« C'est normal que les « pauvres » soient plus malades que les riches car ils ne peuvent pas se payer des « grands » docteurs. »

Et d'autre part :  
« Les patients qui ne payent pas sont moins compliants que ceux qui ont dû sortir de leur poche ! »  
« La médecine gratuite entraîne des abus de consommation médicale. »  
« Les malades qui ne payent pas viennent plus souvent pour des broutilles que ceux qui payent. »

Mais encore : « Docteur, vous méritez bien ce petit cadeau après tout ce que vous avez fait pour moi. ». C'est cette dernière réflexion qui m'interpelle le plus. Pour garder une relation

« équitable » entre le patient et le médecin, ne faut-il pas donner l'occasion au patient de rendre en retour de ce qu'il a reçu ? Si vous lui rendez service gratuitement, bien souvent, il se sent « redevable » de quelque chose et se sent en infériorité.

Au début de ma vie professionnelle, j'ai souvent rendu des petits services ou refusé de me faire payer par des patients que je voyais en difficulté. Je me suis rendue compte par la suite que je les avais mis mal à l'aise. Certains ont rééquilibré la relation spontanément, ils m'ont offert un cadeau à leur tour. Ce geste m'a permis de ressentir le malaise moi aussi car je n'attendais rien en retour. J'ai aussi compris que refuser ce cadeau les décevrait profondément.

La relation d'égal à égal est peut-être idéaliste quand on sait combien la santé est importante aux yeux de tous. Qu'est-ce que l'on peut donner en échange ? Peut-être tout simplement un prix fixé officiellement par un accord médico-mutualiste.

On sort alors de l'arbitraire et du subjectif, le cadre est fixé par une autorité reconnue. Quand il ne peut donner qu'une vignette de mutuelle et un euro, la pièce de monnaie est préparée avec précision. Si les soins gratuits sont accordés « officiellement », par un CPAS par exemple, le patient se sent moins redevable... Et pourtant, là aussi, mon expérience de médecin généraliste agréé par le CPAS de Bruxelles depuis vingt-deux ans m'a montré que les choses ne sont pas si simples. Le passage du statut de « bénéficiaire de soins gratuits » au statut de « patient payant » donne au patient la fierté de pouvoir honorer le médecin pour les soins reçus. La relation change à ce moment, et peut-être que je me trompe, mais je ressens dès lors un autre type de relation : plus égale. La confiance existait déjà, mais le respect semble plus réciproque pour le patient. Dans notre société où l'argent a pris une place parfois envahissante, j'ai envie de lui donner « sa » place. Cette place est celle de la « monnaie d'échange » qui permet la réciprocité dans l'échange. Lorsqu'il ne peut plus payer la consultation au complet, la vignette et le ticket modérateur prennent alors la place de cette monnaie d'échange et permettent à beaucoup de patients de garder leur dignité. ●





# Brève histoire de l'argent des médecins

.....

*Quelques dizaines d'années de sécurité sociale généralisée ont effacé des mémoires les rapports anciens entre médecine et argent. Petit rafraîchissement.*

.....

Aux temps archaïques, on savait que le cours des événements pouvait être modifié par des formules magiques qui ont pour effet de bannir les maladies, d'exorciser les mauvais esprits. Formules qui déjà se vendaient à un tarif variable selon les sociétés : quelques galettes de thé compressé, un renne...

Dans la Grèce que nous raconte Homère, on identifie des philosophes ou des soldats pratiquant l'art de guérir : ils ne semblent pas tirer de revenus spécifiques de leur activité curative. C'est à l'époque d'Hippocrate que la figure du médecin professionnel s'individualise, bien qu'il n'y ait aucune formation officielle : chacun peut se dire médecin, la réputation tenant lieu de diplôme. Les médecins « libres » ont souvent acquis leur art auprès d'un maître (en général dans leur famille, car le savoir se transmet selon un modèle patriarcal qui s'élargira plus tard sous forme d'écoles) et soignent les hommes libres en consacrant beaucoup de temps à leurs patients, tandis les médecins esclaves reçoivent une formation sommaire et ne soignent que les esclaves, de manière expéditive. Certaines cités s'attachent les services d'un médecin qu'elles payent à l'année. Ainsi Démocède est-il engagé pendant un an par la cité d'Égine pour la somme de un talent ; l'année suivante, Athènes le débauche en lui offrant cent mines ; un an plus tard, Démocède cède aux attraits de la ville de Samos où son salaire est monté à deux talents. Dans la Rome primitive, ce sont les *pater familias* qui

soignent leur maisonnée, parents et esclaves, mais à l'époque de l'empire, on fait venir des médecins de Grèce qui se bâtissent parfois des fortunes coquettes grâce à leur art. A l'époque déjà, Galien dénonce l'appétit du gain et au II<sup>ème</sup> siècle, Ménodote déplore que l'argent et la considération représentent le but de l'activité du médecin.

Le haut Moyen Age voit apparaître la figure du moine-médecin, intéressé, devoir de charité oblige, autant par le salut de l'âme que par la préservation du corps. Vers le douzième siècle, l'essor urbain et les apports arabes rendent la place prédominante au médecin séculier formé dans une Université, tantôt appointé par les villes qui s'attachent leurs services, tantôt enrichi par la pratique de Cour ou auprès des notables. Mais pour les médecins qui ne trouvent pas d'engagement auprès des puissants, le métier est peu rentable et la mobilité professionnelle importante. La Renaissance voit naître les corporations puis les collèges de médecins, déjà en concurrence pour le monopole des soins avec les chirurgiens, barbiers, apothicaires, et surtout avec ceux que l'on nomme charlatans. Revenus et modes de rémunération se diversifient selon les patientèles auxquelles on s'adresse. Chirurgiens et barbiers sont les plus mal payés car ils sont moins formés et soignent les moins aisés ; certains tournent de foire en foire pour exercer. Quant aux médecins, mieux rémunérés, il faudra des textes légaux pour les obliger à assurer les soins aux pauvres des hôpitaux.

Aux XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècles, les honoraires des médecins, le salaire du chirurgien, les comptes de l'apothicaire ne sont pas à la portée de toutes les bourses et les hommes de l'art s'installent là où demeurent les clients solvables, c'est-à-dire dans les villes. Lorsqu'ils exercent, à l'occasion, au-delà du périmètre de celles-ci, c'est presque toujours au profit des malades aisés. La situation des médecins de la Cour et des grands est enviable par le prestige et les avantages matériels que l'on en tire, mais elle présente un inconvénient majeur souligné par Diafoirus. « A vous en parler franchement, notre métier auprès des grands ne m'a jamais paru agréable, et j'ai toujours trouvé qu'il valait

*Axel Hoffman,  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
Norman Bethune.*

## Brève histoire de l'argent des médecins

mieux, pour nous autres, demeurer au public. Le public est commode. Vous n'avez à répondre de vos actions à personne ; et pourvu qu'on suive le courant des règles de l'art, on ne se met point en peine de tout ce qui peut arriver. Mais ce qu'il y a de fâcheux auprès des grands, c'est que, quand ils viennent à être malades, ils veulent absolument que leurs médecins les guérissent » (*Le malade imaginaire de Molière*).

Au milieu du XVII<sup>ème</sup> siècle, le besoin se fait pressant de combattre la misère qui règne dans Paris et de lui donner asile. La charité privée se révèle impuissante pour encadrer les septante mille mendiants qui errent affamés et déguenillés dans la ville et les faubourgs. Ils ne se contentent pas de tendre la main ; à l'occasion, ils forment des bandes, volent et assassinent. Il s'agit d'y mettre ordre et la médecine y pourvoira. En 1657, on confirme un édit antérieur par lequel est institué l'Hôpital général « pour le renfermement des pauvres mendiants de la ville et des faubourgs de Paris ». Les médecins des hôpitaux recevront six cents livres d'honoraires, une misère. Un Louis Morin ne gardait même pas pour lui l'argent des honoraires qu'il recevait à l'Hôtel-Dieu, mais le remettait dans le tronc, après avoir pris garde de n'être pas découvert, et Fontenelle, qui nous relate ce geste, ajoute : « Ce n'était pas là servir gratuitement les pauvres, c'était les payer pour les avoir servis ! ».

Ce beau geste ne doit pas masquer la réalité que décrit Michel Foucault, parlant de l'Hôpital général : « Sa fonction de répression se trouve doublée d'une nouvelle utilité. Il ne s'agit plus d'enfermer les sans-travail, mais de donner du travail à ceux que l'on a enfermés et les faire servir ainsi à la prospérité de tous. L'alternance est claire : main-d'œuvre à bon marché dans les temps de plein emploi et de hauts salaires et, en période de chômage, résorption des oisifs et protection sociale contre l'agitation et les émeutes. A Hambourg, les internés doivent tous travailler. On tient le compte exact de la valeur de leur ouvrage et on leur en donne le quart. »\*

A partir de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, la mise en place de systèmes de nationaux de protection sociale\*\* modifie profondément le rapport entre les médecins et les malades. Ce rapport,

auparavant individuel, devient collectif dans la mesure où le paiement des soins est progressivement assuré par un tiers - une mutuelle, l'État ou une caisse d'assurance maladie - et non plus directement par l'individu malade. Cette transformation historique va à l'encontre de l'affirmation du pouvoir médical. Avec la constitution de systèmes de prise en charge solidaire du risque de maladie se diffusent des revendications telles que le paiement à l'acte, la garantie du libre choix du médecin pour les patients ou la libre entente (liberté de fixation du montant des honoraires, en « entente » avec le patient), traduisant le refus, de la part des médecins, d'une subordination économique sous la forme d'un salariat et d'un contrôle sur leur pratique qui serait exercé par les nouvelles institutions finançant la demande de soins. Les systèmes nationaux de protection sociale posent aux médecins un véritable dilemme. D'un côté, en couvrant le risque maladie, ils accroissent sensiblement le marché des soins et rendent solvable une demande bien plus large qu'auparavant puisque les mutuelles et les systèmes d'assurance maladie visent à l'origine la population ouvrière faiblement médicalisée ; de l'autre, ils représentent un contre-pouvoir à la profession médicale et revendiquent le contrôle d'une activité qu'ils financent de façon croissante. Cette dynamique est à l'origine de la construction du syndicalisme médical, axé prioritairement vers la défense des intérêts de la profession médicale. La revendication de l'entente directe sera un thème central et unificateur du syndicalisme médical, notamment en France.

Les débuts du XX<sup>ème</sup> siècle baignent encore dans l'insécurité. Dans le *Voyage au bout de la nuit*, Céline décrit les états d'âme du docteur Bardamu : « Quand on se fait honorer par les riches, on a l'air d'un larbin, par les pauvres on a tout du voleur. » Ses patients semblent voir les choses autrement : « ... ça fait tort au malade et à sa famille, un médecin gratuit, si pauvre soit-elle. » L'ennui avec Céline, c'est que son extrême misanthropie n'enlève que peu à la véracité de certaines de ses descriptions : « Dites-moi, docteur, pendant qu'on est là, vous pourriez pas lui faire un sirop pour l'empêcher de se toucher ?... Je la suivis jusque dans sa loge pour prescrire un sirop anti-vice pour le petit Bébert. J'étais trop complaisant avec tout le

\* Mais pourquoi donc cette description me fait-elle penser aux théories de l'État social actif ?

\*\* Loi de 1883 en Allemagne, National Insurance Act en 1911 en Grande-Bretagne, loi de 1928 complétée par celle de 1930 en France.



monde, et je le savais bien. Personne ne me payait. J'ai consulté à l'œil, surtout par curiosité. C'est un tort. Les gens se vengent des services qu'on leur rend. (...) Son médecin préféré à elle, c'est Frolichon. C'est toujours lui qu'elle recommande quand elle peut, moi, au contraire, elle me débîne à chaque occasion. Mon humanitarisme me vaut de sa part une haine animale. C'est une bête elle, faut pas l'oublier. Seulement Frolichon qu'elle admire la fait payer comptant, alors elle me consulte, moi, sur le pouce. Pour qu'elle m'ait recommandé, il faut donc que ce soit encore un truc absolument gratuit ou encore une sale affaire bien douteuse. »

Cet altruisme « contraint » ne semble pas inquiéter Parsons lorsqu'en 1951, il décrit son modèle sur le rôle du médecin et du patient : « Enfin le rôle du médecin se caractérise par son souci du bien-être du patient avant tout, par opposition à d'autres métiers où le mobile du profit est reconnu... ». On comprend que ce modèle fut fort critiqué pour ses aspects universalistes, consensuels et normatifs. Ainsi pour Freidson, la médecine n'est pas caractérisée par son universalisme et son unique souci du bien du patient : la profession médicale est considérée comme l'un des nombreux groupes d'intérêts existant dans la société et l'intérêt personnel du médecin peut s'opposer à l'altruisme véhiculé par sa rhétorique professionnelle.

Ambivalence que met en évidence une réflexion de Jean Carpentier, parue en 1973 dans la revue *Tankonalasanté* : « A l'heure où les gens ne communiquent plus, pour l'essentiel, que par l'intermédiaire de la télévision et de la presse « d'information » qui les manipulent : la relation médecin-malade est là ! Comme la putain, moyennant finances, le médecin vient au secours de la famille et de la société. Une putain raffinée, plutôt une call-girl. Mais reconnu d'utilité publique et ses actes remboursés par la sécurité sociale ; le médecin ne contrevient pas aux bonnes moeurs et, s'il s'occupe du corps, il va sans dire que le sien propre est esprit et science, il n'est pas concerné. (...) Pour le malade, le médecin est un être un peu merveilleux qui le connaît, tandis que lui ne le connaît pas et d'ailleurs il ne tient pas à le connaître. Un peu de mystère convient bien à ce spectacle, dans une ambiance de confiance

et de respectabilité. Le médecin lui donne tout, bons médicaments et bons conseils d'homme de science et d'expérience ; lui n'a rien à apporter sinon une demande, des symptômes et de l'argent (de toute façon, un acte médical n'a pas de prix ! - l'argent : ce sont les honoraires, car si l'on paye d'un salaire un ouvrier ou un ingénieur, on honore un médecin !).

Non décidément, l'argent et la médecine forment un couple discordant qui toujours se disputera mais jamais ne divorcera. Tiens, pas plus tard qu'hier : « Je le revois encore une ou deux fois. Il ne me paie pas, mais me fait des promesses qui sonnent de plus en plus faux. Alors, je me mets en colère. Mon argument est que, s'il peut se payer le Subutex\*\*\*, il peut me payer. Il me répond que c'est sa mère qui lui donne de l'argent pour le Subutex, mais que dans quinze jours, comme il a travaillé ce mois-ci, il pourra me payer... » (Jean Carpentier, 2000). ●

## Sources

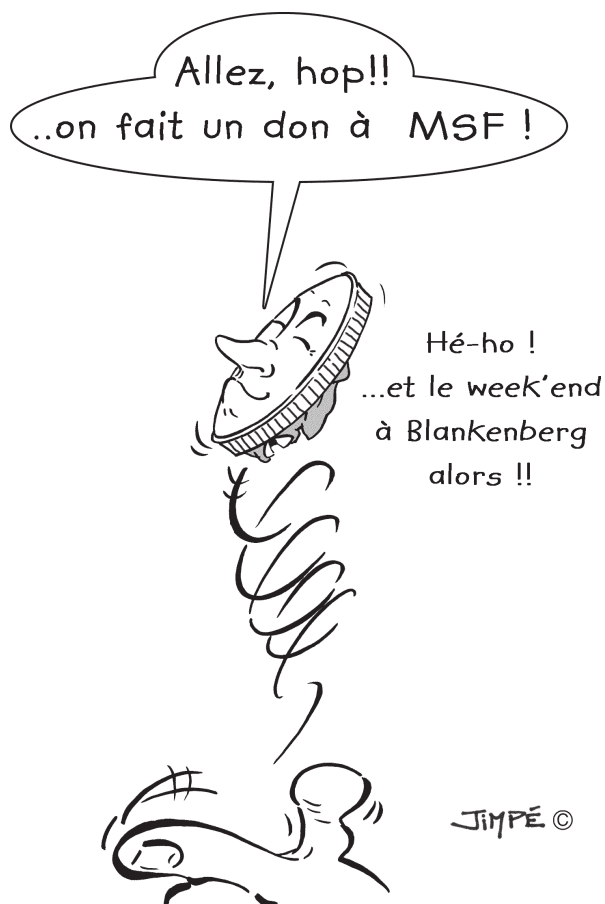
- Callebat Louis, *Histoire du médecin*, Flammarion 1999.
- Carpentier Jean, *Tankonalasanté* n°4, novembre 1973.
- Carpentier Jean et alii, *Des toxicomanes et des médecins, ouvrage collectif*, L'Harmattan 2000
- Foucault Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard 1972.
- Freidson, « la Profession médicale », paru en 1984, cité par Philippe Adam et Claudine Herzlich in *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan Université 1994.
- Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État*, Presses de sciences po 1997.
- Lebrun François, *Se soigner autrefois, médecins, saints et sorciers aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles*, Point Seuil 1995.
- Lowie Robert, *Traité de sociologie primitive*, Petite Bibliothèque Payot, 1969.
- Millepierres François, *La vie quotidienne des médecins au temps de Molière*, Hachette 1964.

\*\*\* Médicament de substitution faisant partie du traitement des usagers d'héroïne, employé en France et introduit récemment en Belgique à grand tapage... commercial ?

# L'argent et la valeur

**Lawrence Cuvelier**, médecin généraliste à la maison médicale Enseignement.

.....  
*Quel sens cela peut-il avoir d'établir un montant fixe de consultation quand la quantité d'argent n'a aucun rapport avec la valeur de la relation ?*  
 .....



Lors d'un partage à l'occasion d'une succession, deux couples furent amenés à partager des chandeliers. N'étant expert en argenterie ni l'un ni l'autre, chacun choisit en fonction de son intuition. Le premier choisit quatre chandeliers massifs tandis que le second pris deux petits objets fins et raffinés. La surprise vint quand des connaisseurs démontrèrent que ceux qui avaient choisi par goût avaient fait une excellente affaire financière, tandis que ceux qui croyaient avoir fait un juteux marché furent assez déçu d'apprendre que l'argenterie vaut surtout par le travail artistique et très peu au poids...

(1) Cfr St Paul et Max Weber.

(2) que l'on soit franc-maçon depuis plusieurs générations n'y change rien, il s'agit d'un système de « valeur » sociologique.

Cette petite histoire vaut assez en médecine. Si les médecins sont bien payés en fonction du non-marchand, ils font figure de traîne-misère par rapport à leurs qualifications et leurs responsabilités. Si l'on veut faire exploser le budget de la sécurité sociale, il n'y a qu'à les transformer en fonctionnaire...

S'il existe un barème reconnu pour la prestation médicale, force est de constater que bien peu de nos confrères le respectent, qu'ils s'estiment plus haut. La réaction de certains de mes patients bien nantis va aussi dans le même sens. Ils sont incrédules de devoir payer un écot si modeste qui vaut un cinquième de leurs coiffeurs ou le tiers de l'ostéopathe. Pourtant j'ai toujours été fier de demander le même tarif au mineur et au ministre. Je trouve que celui qui paie y gagne en dignité.

Notre société fait souvent le lien entre la quantité d'argent et la valeur de quelqu'un. Cela est surtout une valeur exportée du protestantisme calviniste dans lequel si l'on recevait des dons de Dieu, il fallait les exploiter<sup>1</sup> sous peine de gâcher son talent. Comme par ailleurs un élu de Dieu ne pouvait dépenser son argent car tout était source de péché, il ne pouvait qu'accumuler son argent. Cette valeur éthique de l'argent a donné naissance au capitalisme occidental. Dans notre pays, on pense souvent, à tort, qu'il s'agit d'un travers typiquement américain. Dans ce pays, il est vrai que l'on juge de votre valeur selon votre contribution au fisc, qui est publique. Dans notre système de valeur « catholique »<sup>2</sup> belge l'argent est plutôt porteur de valeur négative et celui qui en a ne doit pas trop le montrer. La tendance est plutôt de trouver l'argent comme sale ou honteux, la seule façon de s'en dédouaner est de se consacrer « aux œuvres ».

Chacun d'entre nous a déjà vu avec quelle rapidité des patients qui tirent leurs revenus de façon illégitime ont une propension à dépenser leurs profits de manière rapide et ostentatoire. Ils disent souvent que « l'argent leur brûle les mains », on ne peut mieux dire. Quoi qu'il en soit, si l'argent peut trouver des sujets de fierté et de vanité, il possède aussi une double face comme Janus, qui éveille toujours un sentiment de culpabilité face à la misère, qu'elle soit impersonnelle, la faim dans le monde, le mendiant roumain scoliotique ou personnelle,



face à la misère de son patient. Les mécanismes de cette culpabilité face à l'argent qu'on possède sont toujours liés à des faits objectifs et à une histoire personnelle. Il va de soi que n'importe qui occupant une position élevée peut sentir la chance qu'il a eue de naître dans un milieu qui lui a permis de faire des études.

Face à l'injustice sociale auquel un soignant se trouve confronté, un sentiment de malaise est plutôt la règle que l'exception. Cependant, on ne peut que remarquer qu'un pain coûte le même prix pour un riche et un pauvre, et que déterminer que la santé est un besoin primaire à assurer de façon prioritaire est un choix politique, non dépourvu d'ambiguïté. Il y a là quelque chose qui me rappelle vaguement les bons pères blancs, qui « savaient » ce qui était bon pour eux, ou la cantine patronale du XIX<sup>ème</sup> siècle qui permettait à l'ouvrier d'être payé en nature et éviter que le salaire soit dépensé en alcool au début du mois. La liberté d'une patiente qui paie au moyen d'une vignette mais qui a dépensé 200 euros le week-end pour rentrer de la mer est une réalité que nous connaissons tous. Notre relation avec l'argent est-elle totalement dépourvue de contradiction ? L'accès au soin est-il toujours synonyme de l'accès à la santé ? La qualité de la relation médicale n'est-elle pas la première chose à promouvoir ? ●



# Donner et recevoir

Élisabeth  
Maurel-Arrighi,  
médecin  
généraliste,  
France.

Article paru dans  
Pratiques n° 13  
de 2001.



*Les systèmes de soins et de rémunération à la prestation occultent la réalité du travail des professionnels, qui dévore le temps, qui touche à la vie et à la mort, au social et au sacré, au plaisir de donner et de recevoir. Dans le salaire « réel » des soignants, il y a aussi l'ancrage dans le collectif et l'alliance créée avec les patients, symbolisée par leurs cadeaux. Mais cette gratuité est-elle tenable ?*



---

## Une réalité économique diversement vécue

Qu'est-ce qui fait courir les docteurs ? L'argent et la notoriété comme pourrait le faire croire la mine toujours bronzée et satisfaite de certains ? Ou l'allure triste et hautaine de ceux qui collectionnent les actes et les chèques allant avec ? C'est bien sûr plus subtil. Car il y a la réalité des charges économiques, les URSAFF (Union pour le recouvrement des cotisations de la sécurité sociale et des allocations), les retraites, les loyers, les frais de personnel. Généralistes en secteur conventionné 1, nous sommes tous surmenés à nous battre contre le sommeil et le mal de tête, pris dans la nécessité de faire tourner le cabinet, de soigner au mieux nos patients sans délaisser notre vie personnelle. Le paradoxe est là : plus on expédie les patients, plus on gagne vite sa journée. Plus on est consciencieux dans des tarifs accessibles, plus il faut d'heures de travail.

---

## La quête de la reconnaissance

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

mot est dit, dans sa généreuse polysémie. A la fois, la gratitude, l'autorisation d'exister, la bienveillance du regard, la notion du connaître, celle du savoir intellectuel et de la connaissance charnelle de la littérature amoureuse ancienne, distance et intimité, altérité et proximité. Avec ce préfixe « re » qui signe le plaisir du lien dans le temps, des retrouvailles, du retour en arrière, de l'attente du prochain rendez-vous. La reconnaissance est un besoin légitime chez tout être humain, et bien sûr chez les médecins. Mais chez eux, cela se joue de façon singulière du fait des enjeux de vie et de mort, et de la qualité singulière de l'intimité du soin où la reconnaissance est mutuelle ; c'est ce qui en redouble la valeur.

---

## Plaisirs et périls de l'aventure partagée

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

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

Les médecins donnent, mais ils reçoivent aussi. Et cela a lieu au-delà des honoraires sonnants et trébuchants justement, les gens nous font l'honneur de leur confiance, l'honneur de nous





confier quelque chose de leur histoire, de nous embarquer avec eux. Cela vaut tous les voyages aux Seychelles des congrès de ceux qui, précisément, choisissent de pas écouter pour faire tourner plus vite leur tiroir caisse.

Le problème est malgré tout à la fatigue de randonnée. Même pour les bonnes nouvelles, la grossesse tant attendue qui arrive, les bons résultats d'un scanner après des semaines d'inquiétude, cela nous remue. Le paysage est beau, mais nous avons alors les mollets fatigués. Et parfois, souvent, la randonnée nous conduit dans des endroits terribles, arides, les lieux actuels d'exclusion, de chômage, de maladie grave, et aussi dans les espaces imaginaires plus anciens de l'enfance de nos patients, ou de leurs ancêtres. Certains jours, la consultation se passe dans les tranchées de la guerre de 14, dans une prison de la guerre d'Algérie ou dans une ferme, entre marâtre et petite fille. Alors, après ces voyages-là, au cours desquels l'adulte en face de nous a pu se délivrer un peu de ses souvenirs, il faut décrotter, dépoussiérer ses propres bottes et sa chemise. Bien sûr, il y a le plaisir partagé où enfin quelqu'un a tendu la main à quelqu'un d'autre, mais au prix d'une réelle énergie, car il faut y être, vraiment.

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

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

## Les cadeaux qui attestent

Dans l'espace mutuel où professionnel et patient s'offrent le don de la confiance, de l'intimité, il y a une asymétrie à double niveau. D'une part, le danger de la maladie est du côté du patient, mais l'agressivité en cas d'aggravation des choses peut être dirigée contre le médecin. La peur de l'erreur diagnostique, avec d'éventuelles suites judiciaires, est aggravée par les concepts modernes de « contrat », de « client », et de « normes de qualité des soins », qui mésestiment tout l'arrière plan relationnel du soin. Or, il y a toujours dans le don, en plus du plaisir de la générosité, une dimension de lutte et de rivalité, « où on fait alliance pour ne pas se faire la guerre » (cf. ouvrages de A. Caillé et J. Godbout\*). Ce poids de gravité est présent, quelle que soit la chaleur des relations et même d'autant plus. Nous n'aimons pas soigner nos proches.

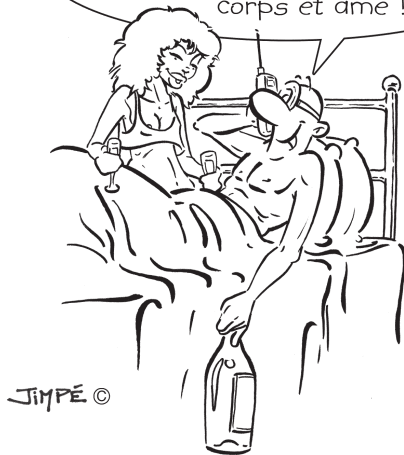
D'autre part, le professionnel qui s'engage avec toutes ses ressources intellectuelles, affectives, imaginaires, reste en retrait. Cette asymétrie peut tourner en hémorragie si le médecin ne trouve pas le temps et l'espace de cicatiser les cordons ombilicaux qui se tissent à chaque consultation.

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

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

Oui monsieur Steensens, le rite sacrificiel de votre magnum de champagne devrait améliorer sensiblement votre état de santé !

...en tout cas mon assistante et moi-même nous y consacrons corps et âme !



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

Les cadeaux offerts au médecin ont peut-être à voir avec les offrandes faites aux dieux d'autres civilisations et à la mémoire des morts, pour les honorer, s'assurer de leur protection, et les tenir à distance. Le médecin fait office d'interface avec la douloureuse question de la mort. Une patiente qui m'avait offert un bol de soupe à la fin de mes visites tardives pendant toutes les dernières semaines de son mari, continue à m'apporter de temps en temps un bocal de soupe : il symbolise, je crois, l'effort qu'elle fait pour continuer de cuisiner et de s'occuper d'elle malgré le chagrin du deuil, pour me remercier et prendre soin de moi, et pour rappeler le souvenir du défunt.

Il ne s'agit pas de prendre une assurance sur la vie ou l'au-delà, mais de symboliser la primauté du lien, de l'alliance comme gage de vie contre la guerre ou la mort. C'est autour de cette certitude que se joue le plaisir de donner et recevoir en médecine.

## Donner et recevoir

### Un espace et le temps du collectif

Cela se joue dans la relation à deux, mais dans le collectif. Certains réseaux de soins travaillent vraiment ensemble, dans la transdisciplinarité, certains avec les associations de patients, autour du SIDA par exemple ou avec les habitants relais. Modestement, on peut aider à ce qu'une professeur de français de classe allie une lecture de texte de littérature amoureuse à la visite collective du planning familial du quartier, en lien avec l'infirmière scolaire et le professeur de biologie à propos de la pilule du lendemain. C'est ce qu'on appelle de la santé communautaire. Personne ne va nous payer pour cela, sauf notre bonheur commun à partager avec d'autres du beau et de l'utile.

Réfléchir à plusieurs, élaborer ensemble le métier, cela constitue un « salaire » réel. Ceux qui tiennent malgré le surmenage sont ceux qui s'ancrent dans ce collectif, qui prennent le temps du ressourcement. Le temps de l'analyse, politique et sociale, le temps d'un travail sur le relationnel et le psychique, et aussi du temps pour soi, de la créativité et de l'art, du chant, du théâtre, du dessin, de la rêverie et de la ballade... Or, tout cela est méprisé. Toutes les tentatives de se doter d'expériences collectives sont sabotées par les politiques et les instances syndicales classiques, sans parler de l'Ordre des médecins.

Comment, dans ce contexte, faire comprendre à nos gouvernants, à nos technocrates, à nos confrères qui parfois le pressentent mais l'oublie, aux étudiants, et surtout à la population qu'il faut se doter d'un système de soins et de rémunération, dans lequel toutes ces données seraient prises en compte ? ●

#### Ouvrages cités :

*Le don, la dette et l'identité*, Jacques Godbout, éd. La Découverte/MAUSS, Paris novembre 2000.

*Anthropologie du don*, A. Caillé, éd. Desclée de Brouwer, Paris 2000.



# Et vous comptez payer le médecin comment ?

.....  
*Tout le monde a droit aux soins, tout travail mérite salaire.*

.....

En tant que soignants ou membre d'une équipe soignante (en tant qu'accueillante je ne « soigne » pas vraiment, quoique... le moral peut-être), notre propre rapport à l'argent, celui entre les patients et nous, le rapport des patients à l'argent, tous ces concepts jouent les uns avec les autres.

A la maison médicale, il est pour nous tous important de pouvoir être ouvert à tous, d'accueillir toute personne qui désirerait être soignée. L'accueil de tous représente une valeur essentielle à notre bien-être, à nous. Nous sommes très attentifs au fait que l'accès aux soins de santé ne doit pas être conditionné par des préoccupations financières. Cela signifie, en pratique, que si une personne se présente chez nous, Belge, pas Belge, avec ou sans domicile, avec ou sans papiers, elle recevra les soins nécessaires, même si la pratique du tiers payant n'est pas applicable dans son cas. Sans oublier toutes les personnes prises en charge par le CPAS de Bruxelles, qui bénéficient alors d'une carte médicale donnant l'accès à un centre médical, un kiné et une pharmacie. Pour tous ceux-là aussi l'accès aux soins est « gratuit ». J'entends par là qu'il n'y a pas de transaction financière, mais j'y reviendrai plus loin.

Tout cela nous pose parfois des questions : quel est le sens d'une médecine qui, en définitive, est gratuite pour certains patients, alors que, dans la même maison médicale, d'autres paient uniquement le ticket modérateur ou l'entièreté du prix de la consultation. D'où les questions de certains patients : pourquoi ma voisine, elle, ne paie rien, alors qu'elle est comme moi au chômage ; est-ce que je peux continuer à venir chez vous si je ne suis plus au CPAS ? D'où la surprise parfois de certaines personnes qui ont trouvé du travail et ne sont plus pris en charge par le CPAS par exemple : « Ah bon, il faut payer quand on vient ici ? ».

Il y a un peu plus d'un an, le docteur Véronique du Parc et moi-même sommes allées en Haïti, dans le cadre d'un échange sur les soins de santé primaires. Là-bas, nous avons toutes les deux été frappées par le fait que les patients semblaient beaucoup plus respectueux du personnel soignant : pas de cri, pas de « je n'ai pas que ça à faire », pas d'impatience non plus même si l'attente était parfois extrêmement longue. Et surtout : tous semblaient trouver normal, évident de payer le prix de la consultation ; pourtant celui-ci était beaucoup plus élevé que ce qu'il est chez nous, en proportion du revenu des gens. Un autre monde en comparaison de ce qui se passe parfois dans notre salle d'attente !

*Muriel Renaut,  
 accueillante à la  
 maison médicale  
 des Marolles.*

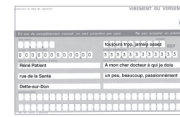


JIMPE ©

## Et vous comptez payer le médecin comment ?

Il me semble important de souligner ici l'importance du travail d'accueil, notamment avec les nouveaux patients à qui on explique le fonctionnement de la maison médicale, les horaires, les différents services et... le prix de la consultation. Pour ma part, j'essaie, dans la mesure du possible, d'en toucher un mot, même si la personne est manifestement incapable de payer le prix d'une consultation (quoique... pour certains cela reste important). C'est important, par exemple pour les gens qui arrivent chez nous « parce qu'ici c'est gratuit » ! Non, ça ne l'est pas, le médecin fait son travail, il doit être rémunéré pour cela et la médecine a un coût. Même réflexion à propos des distraits qui viennent sans argent, sans vignette de mutuelle : « et vous comptez payer le médecin comment ? ». Je pense que c'est lors du premier contact que l'on doit fixer le cadre dans lequel on évolue : on ne fait pas de la médecine gratuite, en Belgique, les soins de santé ne sont pas gratuits, même si la mutuelle tend à réduire beaucoup leur coût pour le patient, si celui-ci ne paie pas, il faut que quelqu'un d'autre les prenne en charge, que ce soit la mutuelle, le CPAS ou une maison d'accueil.

Cependant, il nous est parfois difficile, lorsqu'on connaît la situation des personnes qui viennent ici tous les jours (les sans-papiers mais aussi tous ceux qui sont issus de l'immigration et le Quart Monde belge), de réclamer ne serait-ce que le ticket modérateur. Même si nous sommes tous conscients que les médecins, kinésithérapeutes et autres praticiens aussi doivent être rémunérés pour leur travail, pour continuer à assurer des soins de santé de qualité. On s'en sort comme on peut, en répondant au cas par cas, en étant toujours attentif aux conditions de vie des patients, en offrant aussi une qualité d'accueil, une écoute qu'ils ne trouveront pas dans un hôpital ou une polyclinique. ●



# Précarité, argent et relation au soin

.....

*Où commence l'acte médical ou plus généralement l'acte thérapeutique ? Où finit-il ? Si dans la plupart des cas, la question est déjà soulevée dans les situations les plus banales, elle l'est d'autant plus chez nos patients en situation « précaire » ; il est vrai que la plupart des patients sont, au moment où on les rencontre en situation passagère, transitoire, « de passage » chez nous.*

.....

Alors que se passe-t-il donc de particulier avec les patients en situation « précaire », qui semblent parfois de « passage » dans leur propre vie ? Qu'est-ce qui fait que leur fragilité - et de quelle fragilité s'agit-il ? - rende si complexe le lien thérapeutique, voir l'empêche ? Est-il important de savoir si cette fragilité est plutôt une cause ou une conséquence de la situation ?

Qu'est-ce qui fait que devant un certain nombre de symptômes, l'entretien, au lieu de faciliter la compréhension des choses, l'entrave ? Qu'il s'agisse d'un patient qui n'a pas d'emploi, qui n'a pas de domicile, qui n'a pas de papiers, qui n'a pas d'argent et parfois qui n'a pas les quatre, la relation qui s'établit, si elle s'établit, est pour le moins extrêmement complexe.

Le milieu socioculturel habituel du thérapeute l'oppose-t-il traditionnellement à celui de son patient ? Ou au contraire, peut-il s'installer une sorte de fascination réciproque de mondes étrangers l'un à l'autre ?

« J'aime mieux vous prévenir tout de suite, docteur, ça m'empêche d'être honnête, mais j'ai

pas d'argent pour vous payer... » ou encore : « Si vous pouviez garder mon chèque jusqu'à la fin du mois... » ou encore, le coup de fil (c'est pas remboursé mais c'est moins cher) : « je vous dérange pas longtemps, je crois que j'ai une cystite, est-ce que je prends les médicaments de la dernière fois, il m'en reste ? ».

Autre phrase fréquente : « Ma femme voudrait que vous me mettiez ses médicaments sur mon ordonnance, elle va bien mais elle n'a pas le temps de venir ». Le « temps » ou l'argent ?

Cette malade diabétique, gardienne d'immeuble, n'a pas d'eau courante chez elle ; les services de soins à domicile refusent leur aide. Celui-ci, chauffeur-livreur, n'a plus de permis de conduire (à la suite de plusieurs infractions) : il risque de perdre son emploi si je ne rédige pas un arrêt de travail pour une durée égale à son retrait de permis.

Celle-là, quatre-vingt quatre ans pour laquelle ses voisins m'ont appelée, vit seule, terrée dans sa « chambre », ne sort plus, ne mange plus. Elle n'a plus de papiers, plus de sécurité sociale. J'alerte les services sociaux de la mairie pour prévoir des plateaux repas. Elle les refuse et de plus n'ayant pas de réfrigérateur n'est pas considérée comme pouvant en bénéficier. A noter au passage, après son expropriation, elle a vécu quelques mois dans la laverie automatique, en face de son ex-loge.

Cette autre jeune femme a bien un métier (le commerce de son corps) mais n'est pas installée légalement en France. Bien sûr, elle n'a pas d'argent pour régler la consultation, pas plus qu'elle n'en a pour les examens nécessaires, non plus que pour le chirurgien auquel je l'aurais adressée en « temps normal ». Cette mère de famille avait bien une carte Paris-Santé qui lui donnait un accès gratuit aux soins... mais elle n'a pas eu le temps de la faire renouveler ; elle me tend celle de sa sœur. « C'est pareil pour vous, docteur... ».

Un dernier exemple : lui fait le ménage des autobus parisiens, contre l'avis des experts psychiatres qui lui avaient proposé un repos pour dépression ; elle cherche un emploi ; les « filles » sont encore à l'école primaire. A ma proposition d'antidépresseurs, elle me dit : « C'est pas de médicaments dont j'ai besoin : c'est d'un emploi ». Je me suis surprise à chercher pour elle et j'ai fait téléphoner par ma secrétaire : la mairie de Paris lançait un concours pour recruter des assistantes sociales...

*Marie-Anne  
Puel, médecin  
généraliste,  
présidente de la  
Société Balint  
française.*



**Et moi dans toutes ces histoires**

Alors : qu'est-ce que je fais quand je suis de la sorte interpellée ? Est-ce encore de la médecine ? Si ça n'en est pas, qu'est-ce que c'est ? Du bon sens peut-être seulement ? D'aucun prétendent qu'il s'agit en quelque sorte d'une médecine préventive, comme si ces actes ou ces certificats pourraient trouver une justification dans l'évitement d'un pire médical...

Ou alors peut-être est-ce au contraire DEJA de la médecine, si la médecine est aussi une tentative de soutenir autant que l'on peut la santé morale des consultants. Mais là encore, ne s'agit-il pas d'un alibi ?

Je me souviens d'avoir quelques temps remplacé systématiquement, dans ma valise, mon tensiomètre contre des boîtes de sachets de potages instantanés : les deux ne tenant pas ensemble dans l'espace imparti ; ou encore d'avoir apporté en clinique une chemise de nuit à une vieille patiente après la plainte d'une infirmière qui « n'avait rien à lui mettre sur le dos ! ».

Simple bon sens ? Carrière de petite sœur de la Charité contrariée et de ce fait « loupée » ? Assistante sociale plutôt incompétente ?

Sans compter les innombrables malaises ressentis en ne prenant pourtant qu'une somme due : 105 FF, contre une consultation, qui, même remboursée, paraissait encore dépasser les moyens de l'intéressé. Mais comment faire la part de mon imagination et de la réalité des « moyens » en question. « Les jours pairs je me loge, les jours impairs, je mange ». Pourtant, ce sans domicile fixe me tend les 105 FF sans rechigner.

Bien sûr beaucoup de consultations sont des interpellations personnelles, mais la matérialisation que représente l'argent que je vais gagner, que je vais accepter ou dont je vais accepter qu'on ne me le donne pas maintenant ou jamais, le geste d'en prendre ou l'absence de ce geste qui marque habituellement la fin de l'entretien, s'inscrit « en direct » et avec force dans la réalité de la consultation.

Cette réalité qui rappelle soudain, (et par quel amalgame ?) que l'on n'a pas encore envoyé telle ou telle cotisation sociale ou qu'on est soi-même en « rouge » à la banque. Ne vous est-il jamais arrivé de penser à la fin d'une consultation : « et moi, ma Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), je la paye avec quoi », tandis que vous laissez partir votre patient débiteur, en l'entendant vous dire « la prochaine fois... sans faute ! ».



*Article introductif au XXV<sup>ème</sup> congrès de la Société Balint française à Rouen les 26 et 27 novembre 1994 - extrait du bulletin de la Société Balint française n° 21-8.*





# Honoraires et salaire ou le médecin face à l'argent

.....

*En ces temps difficiles, pour équilibrer le budget des soins de santé, il est intéressant de parcourir les notions d'honoraires et de salaires. Rien que le rapprochement des deux termes marque toute une évolution.*

.....

Cependant, nous ne vivions plus la conception chinoise des honoraires où le médecin n'était plus rétribué lorsque le client tombait malade. Il ne pouvait donc qu'essayer de conserver son patient le plus longtemps possible en bonne santé.

Le mot honoraire, et j'entends encore mon père me l'expliquer, signifie « rendre honneur à celui qui nous aide en signe de gratitude et de respect pour service rendu ». L'avocat touche également ses honoraires pour le même motif. Jamais l'honoraire ne correspond à une note de frais ou n'est comparable au prix d'une marchandise. Cette conception paternaliste des honoraires comprenait cependant une notion digne d'intérêt, c'était et c'est encore la valeur symbolique.

Il n'y a naturellement aucune commune mesure entre une visite de nuit et la somme réclamée même réajustée. C'est tellement vrai que si un homme de métier (plombier, menuisier, peintre) franchit notre seuil, une somme rondelette déjà nous est comptée et que les heures de travail effectif sont retenues, parfois de cinquante euros l'heure.

L'honoraire se situe à un autre niveau, c'est une notion différente, un peu aristocratique ou nobiliaire, un peu désuète peut-être pour les plus jeunes. Il fait appel au registre des sentiments, à celui de la reconnaissance mais il a cette valeur qu'il clôt la dette. Tant que les honoraires ne sont pas réglés, le patient reste tributaire, reste en position de sujétion par rapport à celui ou celle qui l'a tiré d'une mauvaise situation, ou a remédié à un mal. Une fois payés, les honoraires remettent à zéro la relation soignant-soigné. L'honoraire ainsi conçu ne devrait pas être taxé. Il sort du registre fiscal car il n'est ni un salaire, ni un appointement mais une faveur. Le médecin exerce son art et en surplus en reçoit une marque de récompense...

Du temps des honoraires, il faut aussi ne pas oublier le médecin pour indigents (l'Assistance publique est une institution reconnue et très ancienne). La médecine des pauvres était gratuite. Au début du siècle, une visite revenait deux à trois fois, parfois quatre ou cinq fois plus cher pour les nantis. C'était la contrepartie des pauvres soignés gratuitement.

L'argent représente en somme un objet d'échange inestimable, la possibilité d'une

*Jean Gillis,  
médecin  
généraliste, past  
président de la  
Société Balint  
belge.*

---

## Honoraire : un sens oublié ?

L'argent est souvent sujet tabou. Je ne sais pas exactement combien demande mon confrère voisin pour une visite, une consultation, une visite de nuit, une suture, un sondage. Il est entendu qu'il y a un tarif conventionné et une certaine unification de ces tarifs. Mais je voudrais aller plus profondément, ne pas rester au simple énoncé et pour ce motif me poser un questionnement.

Que représentent les honoraires pour les soignants ? La tâche est d'autant plus facile que j'ai pu observer depuis plus de quarante-cinq ans les réactions des médecins à la notion d'honoraire et à celle de l'argent. Mes propos seront cependant entachés d'un défaut congénital : élevé dans un milieu médical d'avant la guerre 40-45, j'ai grandi dans une société héritière d'une conception libérale et bourgeoise de la médecine. De plus, la pléthore n'existait pas avec en corollaire des moyens diagnostiques et thérapeutiques fort réduits. Un thermomètre, un stéthoscope, un tensiomètre, deux mains pour palper, une bonne oreille et un bon œil étaient tout ce dont disposait un praticien lâché dans la clientèle. Les radiographies commençaient à se répandre, la biologie était très réduite.

*Article écrit en  
vue d'une  
parution dans le  
journal de la  
Société Balint.*

## Honoraires et salaire ou le médecin face à l'argent

relation interpersonnelle d'égalité entre deux êtres. L'esclave n'est jamais honoré. Le petit enfant quant à lui le vit très tôt. Sa relation avec sa mère est complètement dépendante. C'est une question de vie ou de mort sauf pour les selles substitut de l'argent. Il peut négocier cet échange. Il peut les retenir ou au contraire gratifier sa mère d'une « belle selle », « oh ! Bravo mon petit, comme ta maman est contente ». Il ou elle peut donc faire ou non plaisir à celle qui est la toute puissante. C'est une manifestation d'autonomie qui permet au bébé de s'affirmer indépendant et surtout de se montrer maître du jeu. Il paie sa mère ou sa nourrice. Revenons à nos conditions de vie de la société.



### Évolution historique

Au cours des années, cette notion d'honoraire, ne bougeait que très peu. Vint la guerre 40-45 qui naturellement accéléra un processus de maturation sociale puisque c'est au cours de celle-ci que se conçoit la « sécurité sociale ». Celle-ci fut mise définitivement au point entre 1945 et 1995. Elle permit d'étendre les soins médicaux à pratiquement toute la population. Ce fut un grand bien pour les citoyens et

personne ne le conteste mais le droit aux soins n'est pas pour cela un droit à la santé ! Les différences de soins en eux-mêmes n'existent pratiquement plus, sauf dans les listes d'attente, les prises de rendez-vous, le confort des chambres et le moelleux des fauteuils. Pendant les soins, il n'y a pratiquement aucune différence entre riche et pauvre.

Il apparut alors un nouveau phénomène qui est la complexité technique de la pratique de la médecine elle-même. Qui peut faire face à des soins opératoires de plusieurs centaines d'euros qui pourrait rembourser des frais d'examens ultra spécialisés ? Personne à part quelques nantis ou cheikh d'Orient.

Heureusement, l'assurance maladie couvre dans ces cas la plus grande partie si pas la totalité des dépenses. Mais le médecin ne doit plus à ce moment être honoré par rapport à un patient. Il effectue son travail, il remplit son contrat. Il reçoit un salaire car tout travail demande salaire. Il devient un « travailleur » de la santé comme un orfèvre, un mécanicien, un soudeur etc. et même pas comme un entrepreneur ou un architecte qui remplissent des fonctions de coordinateur.

Mon carnet d'ordonnance avec mon nom, mon adresse, mon numéro d'ordre porte d'ailleurs la mention de « prescripteur » et pas de médecin. On est loin de la notion de soins. Le prescripteur est presque « transcripteur » ou « scribe » de l'ancienne Égypte. C'est celui qui exécute à la demande d'un autre, d'un tiers.

Et j'en arrive à cette dérive de notre temps que l'on peut imaginer. Le médecin sous la coupe d'un organisme quelconque puissant et contraignant se laisse manipuler : il travaille à la chaîne sans réfléchir ni à la motivation ni aux conséquences de son action et de ses prescriptions.

Pour être accrédité, ne prescrira-t-il pas tel composé chimique, plutôt qu'un autre non admis par le médecin conseil, lui-même prisonnier de l'employeur qui l'a embauché. J'ai entendu il y a quelques années, un conseiller moral d'une mutuelle ordonner d'augmenter nettement le nombre d'actes médicaux d'une polyclinique afin de ne pas rester en deçà des performances du voisin qui n'avait pas ces scrupules sur le plan financier et sur le plan de l'éthique.



Vous vous imaginez le monde médical que l'on pourrait vivre d'ici quelques années si les pouvoirs de décision du nombre et de la qualité des soins tombaient uniquement aux mains des politiciens par exemple. Tous les ulcères d'estomac devraient être traités avec telle drogue plutôt qu'une autre, toutes les hypertensions bénéficieraient des inhibiteurs de conversion plutôt que des bêtabloquants, etc. Tous les patients au-dessus de soixante-cinq ans ne pourraient plus être opérés de pontage, la kinésithérapie serait réservée à ceux qui ont une chance de marcher, etc. Le budget préétabli serait ainsi suivi et risquerait de favoriser une mutuelle politisée conforme aux normes gouvernementales.

Nous en arrivons directement dans ce cas à une médecine à deux vitesses que nous réjetons tous. Ne court-on pas au danger d'une médecine sociale trop contraignante et restreinte dans ses capacités, faute de liberté pour le médecin comme pour le malade. A ce moment naîtrait une médecine plus chère et donc réservée à une part minime de la population, mais plus libre... et plus personnalisée si pas plus humaine.

Ne seraient pris en considération alors que ceux qui ont pu s'offrir une indépendance d'esprit et surtout de moyens financiers capables de s'extraire des contraintes administratives officielles ?

Je le crois et je vous sou mets cette interrogation très angoissante et pas tellement lointaine : l'argent, honoraires ou salaire peu importe en définitive, ne doit-il rester l'objet de relation, d'une transaction comme je l'ai décrit, entre deux personnes. Il nous brûlera les mains si nous en faisons un dieu. Il peut nous libérer de la servitude s'il reste une transaction, une matérialité de l'échange entre deux êtres humains égaux par nature. ●

*Certaines idées émises dans cette contribution, pour respectables qu'elles soient, ne sont pas partagées par la Fédération des maisons médicales, en particulier en ce qui concerne la défiance vis-à-vis d'une régulation politique telle qu'elle est exprimée ici.*

# Payer ou pas payer

**Faustina Da Giàu**, présidente de la Coopérative des patients au centre de santé de Bautista van Schowen.

.....

*En 1984, notre maison médicale adoptait le système forfaitaire. On allait soigner gratis ! Gratis... GRATUIT. Mais non, mais non ! Et l'équipe et l'association de patients d'expliquer longuement qu'il s'agissait d'un contrat impliquant trois signataires : l'équipe de Bautista van Schowen, le patient, la mutuelle. Chaque partie s'engageant à respecter les termes du contrat : la mutuelle en versant une somme forfaitaire à une équipe (médecins, infirmières, kinésithérapeute) ; une équipe s'engageant à soigner les patients inscrits à la maison médicale ; des patients acceptant de se faire soigner par cette équipe-là et uniquement celle-là, fonctionnant dans cette maison médicale-là. Qu'est-ce qui allait changer, alors ?*

.....

Presque rien... « un rien important », tout de même : plus de soucis d'argent dans la transaction individuelle pour le patient s'adressant au thérapeute. Pour le reste ? La même chose ! Le patient avait choisi un système de prise en charge, avant le forfait, il le maintenait après.

Quels choix avait-il fait avant ? Une qualité de soins, un suivi global, une écoute attentive, un dialogue ouvert...

Tout cela resterait-il ? Mais oui et en plus ce serait désormais gratuit ! Non pas gratuit ! Accessible à tous, c'est différent, c'est solidaire...

La notion de gratuit véhicule souvent une idée de rabais... Allait-il être question d'une médecine au rabais pour des patients au rabais ? Non, le patient avait compris et il fit confiance. Ce serait comme avant et mieux qu'avant. Par ce contrat, l'équipe et le patient allaient s'employer à développer cette prise en charge solidaire et de qualité. Bien sûr, au début, on entendit souvent le patient demander : « Et, je ne vous dois rien, alors ? Et cela va aller pour vous ? Vous tiendrez bien ... ».

Et puis, on y croit. On voit que cela continue en qualité. Et cela dure, cela dure... Et l'on s'habitue à cette « qualité solidaire ».

Le patient devient respectueux de ce « système-forfait » et des équipes qui font ce choix.

Mais respect et soutien subsistent, si cette idée de « qualité solidaire » est expliquée, discutée avec les nouveaux patients et si elle est rappelée régulièrement à tous dans la maison médicale. Le patient doit être conscient qu'avec le forfait, il entre dans un système de fonctionnement basé sur une vision progressiste de la société. Cette démarche ne peut exister que si elle rencontre un souhait, un projet communs aux thérapeutes et aux patients.

Les associations de patients ont un rôle à jouer dans le rappel de cette philosophie afin que les patients qui y souscrivent, parfois malheureusement par nécessité financière, portent ce projet, où, pour nous patients, bien heureusement, l'argent ne fait pas la santé ! ●



## Paroles de patients autour du forfait

Lors d'une enquête de satisfaction réalisée à la maison médicale à Forest, les patients se sont exprimés sur le principe du forfait.

« On ne doit pas faire tout le temps des démarches avec la mutuelle ».

« L'avantage c'est qu'il y a aussi moins de paperasses ».

« Le forfait, c'est très important, surtout pour les personnes âgées, c'est facile non seulement pour la gratuité mais aussi parce qu'il ne faut pas aller à la mutuelle (Solsan) ».

« C'est très important de ne pas devoir payer ».

« C'est un système parfait, ça devrait être partout comme ça ».

« C'est formidable, de ne pas avoir à prévoir que ça va coûter autant... ».

« Ailleurs, même si on paie après, on paie quand même ».

« L'effet que ça a, le forfait... : on vient plus vite chez le médecin, c'est un lieu toujours ouvert. Les médecins, ça leur donne une allure dynamique, sociale, s'ils sont là on sent que c'est car ils aiment bien... je ne vois que du positif, ça donne ce caractère, de faire du social, on a l'impression qu'on vient à un entretien, où on peut parler, c'est un lieu ouvert... Ça ne m'empêcherait pas de réclamer, je trouve ça normal de ne pas payer, d'ailleurs je n'ai jamais rien connu d'autre, je trouve que ça devrait être partout comme ça, d'ailleurs ça me fait plutôt drôle de payer chez le spécialiste (Isabelle) ».

« Chaque fois que je viens, je mets de l'argent de côté, la même somme que si j'avais dû payer la consultation ».

« C'est très important pour moi de ne pas payer, mais ce n'est pas seulement pour l'argent que je viens, je continuerais de toutes façons à venir ici même si je devais payer ».

**Marianne Prévost**,  
sociologue à la  
Fédération des  
maisons  
médicales et  
**Robert Bontemps**,  
médecin,  
directeur à  
Question santé.



Extrait d'une enquête de satisfaction à la maison médicale à Forest : paroles de l'équipe et des patients, mars 1999.

# Le forfait, avant et après

*Pour l'équipe de la maison médicale, Myriam Provost, médecin généraliste à la maison médicale du Nord.*

.....

*Au hasard de manipulations paperassières, j'ai retrouvé un document de travail d'une journée de réflexion entre médecins de la maison médicale pour décider ou non le passage au forfait. C'était le 15 août 1998. Nous avions regroupé les points positifs, les points négatifs et enfin les points « positifs ou négatifs ».*

*Le 1<sup>er</sup> avril 2000, nous sommes passés au forfait et il m'a semblé intéressant, en équipe, de confronter ces points à leur vécu actuel. C'est à cette confrontation de ce que nous pensions du forfait deux ans auparavant et de ce que nous en pensons aujourd'hui, près de quatre ans après avoir sauté le pas, que nous vous convions.*

.....

---

## Points positifs

● **1998** : Le forfait permet de gérer son travail avec moins d'anxiété et améliore de ce fait la qualité de vie.

**2003** : Ce point s'est tout à fait vérifié. Le forfait garantit des rentrées mensuelles assurées et, par l'inscription contractuelle des patients, renforce une culture « maison » qui leur facilite l'accès à d'autres prestataires de l'équipe en cas d'absence.

De plus, depuis le passage au forfait, nous avons décidé d'assurer aux prestataires indépendants le paiement du premier mois d'incapacité de travail.

● **1998** : Le forfait nous permet d'entrer dans un système d'évaluation et d'optimisation des soins.

**2003** : Pour ce point, nous estimons que c'est plutôt l'outil informatique qui nous a beaucoup aidés à analyser la prise en charge de certaines pathologies ou d'actions de prévention : couverture vaccinale, taux d'hémoglobine glycosylée chez les patients diabétiques. Il n'en reste pas moins que l'élément fondamental, à savoir la connaissance de notre population de patients, est possible depuis l'inscription. Nous avons donc une meilleure idée de l'état de santé de la population prise en charge à la maison médicale.

● **1998** : Le système du forfait permet d'éliminer les patients « emmerdeurs » de passage.

**2003** : L'expression est trop forte mais est sûrement évocatrice pour beaucoup de nos confrères. Consacrer beaucoup de temps à des personnes de passage, perçues à juste titre comme « shoppers », nous a parfois pompés.

Nous avons encore des « dépannages » occasionnels mais il s'agit plus souvent de personnes de passage en Belgique pendant une brève période. Nous avons bien sûr beaucoup de patients difficiles, voire très difficiles mais dans la durée !

● **1998** : Le forfait permet d'avoir plus d'argent pour l'équipe qui peut dès lors réaliser plus de projets : petit journal, supervision d'équipe, engagement de personnes, informatisation en réseau sans risque de faillites.

**2003** : Soyez les bienvenus à la pendaison de crémaillère pour nos nouveaux locaux !

● **1998** : Grâce au forfait : plus de problème pour se faire payer par le patient, pour repasser chez des patients dont l'état de santé nous inquiète.

**2003** : Le travail d'autonomisation des patients est facilité, surtout au niveau infirmier car l'effet pervers du paiement à l'acte n'existe plus. Le besoin de prester des actes pour se rentabiliser était un frein manifeste à





l'autonomisation.

Nous observons aussi que l'accès aux soins des adolescents, petits et grands, est grandement facilité. Nous avons aussi un meilleur contrôle sur la prescription d'antibiotiques chez l'enfant. Nous avons de plus la facilité d'adapter le travail paramédical sorti de la nomenclature (actes non barémisés). C'est aussi un confort incommensurable de ne plus avoir à se faire payer après chaque acte ou à devoir renvoyer les tiers-payants aux organismes tiers-payeurs. A cela s'ajoutent l'agrément de ne plus manipuler d'argent (fini de chercher de la monnaie pour faire le change, de faire la file à la banque pour déposer des liquidités) et, de surcroît, un sentiment de sécurité : il n'y a plus d'argent à voler !.

- **1998 -> 2003** : Pour l'équipe : clarification et (encore) meilleure dynamique car plus de transparence.

## Points négatifs

- **1998** : Augmentation du travail administratif

**2003** : C'est vrai car la gestion du forfait l'exige mais avec le recul, nous mettrions ce point dans les points positifs. En effet, contraints d'engager une personne pour assumer cette tâche, nous sommes, depuis le passage au forfait, dispensés d'assumer nous-mêmes la

gestion des tiers-payants (plus de 35 % de notre activité à l'acte). De même, la gestion comptable s'est professionnalisée et exige une rigueur et une compétence qui excluent la gestion bénévole par un soignant de bonne volonté mais non formé à la gestion. La gestion quotidienne des locaux et du matériel a également bénéficié d'une répartition plus claire des tâches depuis la réorganisation de la gestion globale de la maison.

- **1998** : La rigidité du forfait. Pourquoi changer une formule qui marche bien pour les médecins au profit d'une formule où ils voient leur liberté diminuer ?

**2003** : C'est vrai que le forfait excluant l'acte, il ne nous permet plus de dépanner facilement les patients d'un médecin voisin en vacances ou des étudiants kotteurs par exemple. La porte peut rester ouverte à tous, si on est prêt à assumer des patients en plus.

La solidarité incontournable entre travailleurs de la maison médicale ne laisse plus « s'épanouir » l'individualisme spontané de chacun. Le patient est le plus souvent titularisé chez un médecin mais s'inscrit à l'équipe de la maison médicale.

- **1998** : Le forfait entraîne une dette morale pour le patient que le paiement lui permet de régler.

**2003** : C'était sans doute vrai pour quelques patients mais notre perception actuelle est que

les patients ne se sentent pas en dette envers nous car nous leur avons signifié notre paiement via le forfait mensuel généré par leur inscription à la maison médicale. Cette notion, quelques-uns l'ont d'ailleurs assimilée au point de se montrer anormalement exigeants mais la toute grande majorité est très facilement passée d'un système à l'autre avec en plus, le développement au fil du temps d'une grande complicité comme valeur ajoutée, d'une appartenance à un projet.

On ne demande plus rien à personne : « le pauvre » n'est donc plus pointé, tout le monde est sur le même pied.

● **1998** : Le pouvoir du gestionnaire.

**2003** : Nous avons, pour éviter cet écueil, attribué clairement le rôle de gestionnaire au conseil d'administration élu, secondé par les administratifs.

---

### Points positifs ou négatifs

● **1998** : Rémunération de chacun : comment ?

**2003** : Partis du postulat que les indépendants gagneraient au moins autant qu'à l'acte, nous avons évolué vers une barémisation souple.

● **1998** : Clarification du pouvoir respectif des prestataires médecin/kinésithérapeute/infirmier, du gestionnaire, de l'équipe.

**2003** : Cinq ans plus tard, nous avons enfin pondu un nouvel organigramme pour notre maison médicale. En resituant les différents niveaux de prise de décision et les recours possibles.

Il faut noter que pour effectuer notre passage au forfait nous avons modifié la composition de notre conseil d'administration et de notre assemblée générale pour que les membres de la maison médicale y soient majoritaires par rapport aux extérieurs. Le pouvoir est clairement entre les mains des travailleurs de la maison. ●



# De quelques (bonnes et mauvaises) raisons de rester à l'acte

.....

*Périodiquement, la maison médicale Norman Bethune, qui fonctionne « à l'acte », se repose et se pose la question : et si nous passions au forfait ? A ce jour, la réponse est demeurée négative. Voici nos raisons, bonnes et mauvaises.*

.....

Notre réflexion sur un éventuel passage au forfait s'articule autour de deux questions principales : est-ce intéressant pour nous, est-ce intéressant pour nos patients ?

---

## Le forfait est-il intéressant pour la maison médicale et ses membres ?

L'équipe est, depuis près de vingt ans, partagée entre deux tendances, l'une plus activiste, l'autre plus conservatrice. Cette division n'empêche pas la maison médicale de fonctionner : les concepts d'accessibilité, de qualité des soins, d'approche globale, de prévention et de promotion de la santé font partie de la culture commune et s'incarnent dans les pratiques. Des projets sont réalisés de manière ponctuelle. Mais la co-existence des deux tendances paralyse les velléités de « refondation » de notre travail en commun. La branche conservatrice privilégie le travail bien fait à un niveau individuel et considère le « collectif » comme soutien à ce travail individuel ; la branche plus activiste, sans nier l'importance de la qualité individuelle du travail, essaie de développer des approches collectives de type « santé publique » ou communautaire. Comme souvent dans ce genre d'opposition, la paralysie guette : aucun consensus n'est possible, et la règle de la majorité ne s'applique qu'à ceux qui jouent le jeu du collectif, les individualistes sentant leur responsabilité déglacée si leur option n'est pas retenue ; en outre, dans cette configuration, les

indécis privilégient le statu quo, garant d'une certaine tranquillité d'esprit, et les propositions innovantes sont mises en minorité.

Dans ce contexte, le forfait, qui nous semble impliquer une plus grande convergence de pensée et d'action, ne constitue pas un sujet « existentiel ». Nos membres sont très actifs dans le domaine de la santé (travail dans le quartier, les écoles et le milieu associatif, avec les autorités locales, dans les syndicats, etc.) mais à titre individuel, la maison médicale servant plutôt d'appui logistique à leurs activités ; le travail d'équipe se résume à soutenir chacun dans son projet sans que le collectif s'y implique en tant que tel.

Quand ce genre de dynamique est lancé, il est impossible de revenir en arrière... à moins de changer l'équipe. C'est ce qui nous arrive maintenant : la plupart des anciens sont partis (en partie fatigués de cet « immobilisme en tension », en partie effrayés par l'irruption du politique via le décret sur les maisons médicales). La plupart des jeunes candidats à la relève sont des « sujets hyper-modernes », « utilitaristes », a priori encore moins susceptibles d'intégrer un projet collectif, mais avec le temps... ?

Les autres questions concernant l'intérêt que l'équipe pourrait tirer pour elle-même du passage au forfait passent évidemment au second plan, que ce soit l'amélioration de la qualité de vie (chacun travaille déjà à son gré), ou l'évaluation et l'optimisation des soins (chacun le fait pour soi, et un système informatique créé à la maison médicale permet d'approcher ces objectifs avec un bon degré de satisfaction).

Un point pourtant nous rapproche du forfait : l'absence de service infirmier. A plusieurs reprises, nous avons engagé des praticiens de l'art infirmier, qui se sont rapidement enfuis d'ennui. Étonnamment, il n'y a pas de demande de soins infirmiers dans notre population (le fait que seuls 5% de nos patients ont plus de soixante ans est sans doute déterminant). Le forfait permettrait d'engager une infirmière en santé communautaire, beaucoup plus utile pour nos patients.

*Axel Hoffman,*  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
Norman Bethune.

## De quelques (bonnes et mauvaises) raisons de rester à l'acte

---

**Quel bénéfice les patients pourraient-ils retirer du passage au forfait ?**

A première vue, le passage au forfait doit favoriser l'accès aux soins. Mais à y mieux regarder, l'évidence se brouille. L'analyse de nos chiffres de fréquentation nous fournit en effet des éléments troublants. Nous recevons chaque année environ cinq cents patients<sup>1</sup> qui ouvrent un dossier et ne réapparaissent pas les années suivantes. La plupart n'ont consulté qu'une ou deux fois. De même, chaque année, nous « remontons » des archives environ trois cents dossiers, c'est-à-dire des gens n'ayant plus consulté depuis quatre ans. A l'analyse des dossiers, ces « passages fugaces » sont de différents types.

Il y a ceux qui ne sont jamais malades. Notre population est extrêmement jeune, 80% de moins de quarante ans. Cette population consulte principalement pour des problèmes aigus ponctuels, des problèmes administratifs ou des actes de prévention.

Il y a les inévitables professionnels du shopping médical. Leur papillonnage est stimulé par le foisonnement de polycliniques avec généralistes de porte qui écumant le quartier en offrant gratuitement les services de dizaines de spécialistes (tiers-payant sans ticket modérateur, accueil de jour non-stop, etc.).

Il y a ceux qui déménagent. Le rapport qualité/prix des locations est désastreux et incite à un nomadisme locatif constant, d'autant plus rapide que les familles s'agrandissent.

Il y a surtout les populations « interstitielles ». En effet, la maison médicale est située près du Petit Château, dans un quartier où les marchands de sommeil abondent et où les loyers, bien qu'exorbitants pour la qualité de ce qui est mis en location, demeurent parmi les plus bas de Bruxelles. Ces circonstances expliquent que nous drainons une population très instable, pas encore « atterrie » ou prompte à s'évanouir dans la nature.

Ces patients sont accueillis et soignés au tarif de leur possibilité : à ce jour, un patient sur trois paye le tarif plein et sait que s'il le fallait, il serait soigné comme les autres, au prix d'une vignette, avec ou sans ticket modérateur, ou gratis. Nous sommes tellement habitués à ce mode de fonctionnement que la négociation sur

le prix de la consultation est quasiment devenu un élément de base de la négociation globale (tout comme le prix des médicaments que nous annonçons à la fin de la prescription, afin de l'adapter de manière négociée si nécessaire). Le forfait n'améliorerait donc pas l'accessibilité financière et exclurait sans doute une bonne partie des patients considérés comme de passage mais qui sont réellement des patients de la maison médicale, au risque de les rejeter vers les structures spécialisées commerciales du quartier.

Le nomadisme médical constitue un gros problème et à longueur de journée nous travaillons à faire comprendre l'intérêt d'avoir un soignant de première ligne de référence. Derrière ce nomadisme se cachent certes les difficultés socio-économiques que nous avons citées et l'attrait des structures spécialisées gratuites, mais aussi un phénomène culturel. Moins de 10% de notre population est belge de souche et, surtout parmi les arrivés de fraîche date, le généraliste n'est pas identifié comme un acteur central. La compréhension du forfait nécessitera un travail énorme, alourdi par le fait qu'un grand nombre ne possède pas les langues pratiquées par les soignants de la maison médicale (français, néerlandais, anglais, arabe, bulgare), et qu'un nombre plus grand ne possède pas la lecture et encore moins l'écriture.

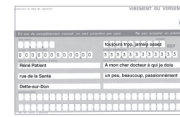
---

**Demain ?**

Norman Bethune s'est adapté à sa population et les problèmes d'argent « pour consulter » sont devenus secondaires, autant pour l'équipe que pour les patients. C'est pourquoi la question du forfait ne se présente pas pour nous en termes financiers mais en termes de projet de santé. Et un projet, ça se mûrit... ●

**Note**

*Les chiffres cités dans l'article sont des moyennes arrondies, basées sur les chiffres annuels des dix dernières années. D'une année à l'autre, ils peuvent varier très fortement en fonction de la situation politique mondiale et de la politique d'asile en Belgique.*



## Le forfait au quotidien

.....

*A Schaerbeek, la maison médicale Sainte-Marie est passée au forfait en 2000 avec une grosse patientèle déjà existante (deux médecins généralistes consultant à l'acte depuis quinze années). Récit d'une expérience.*

.....

avons ré-expliqué et donné l'alternative de choisir définitivement un généraliste à leur convenance et nous leur avons conseillé, pour la qualité des soins et des traitements, de ne pas changer trop souvent de médecin de famille. Ceci nous a pris beaucoup de temps et de patience, mais nous avons pu faire passer ce message, même pour les patients qui ne se sont pas inscrits dans la maison médicale.

**Gulsum Poyras,**  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
Sainte-Marie.

.....

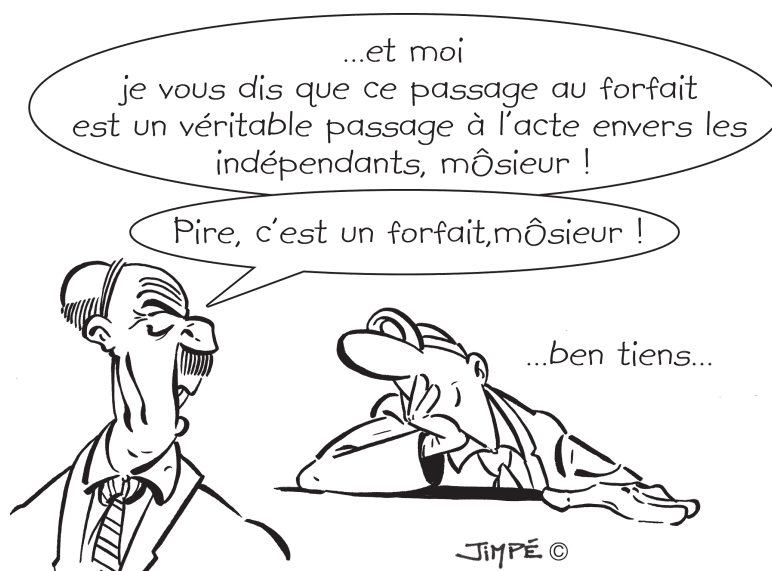
Parmi les médecins généralistes du quartier, au début, il y a eu des problèmes pour les patients qui se sont vus refuser leurs attestations de soins et leurs tiers-payants par les mutualités. Nous avons dû encore une fois expliquer aux patients et rembourser les attestations. Avec le temps, tout s'est arrangé.

Nous avons une grande demande pour de nouvelles inscriptions, mais suite à une décision d'équipe, nous nous sommes limités au nombre d'inscrits actuels pour maintenir une très bonne qualité de soins en fonction de nos locaux et de notre personnel soignant (actuellement quatre médecins, travaillant à temps plein, parfois beaucoup plus, deux secrétaires accueillantes, une infirmière, un kinésithérapeute, un logopède, une femme d'ouvrage, et pour janvier, nous attendons une diététicienne). Plusieurs réunions médicales sont organisées dans le courant de la journée pour mettre le personnel soignant au courant des cas et aussi des réunions plus administratives avec l'accueil. Ceci permet

Le passage au forfait a été décidé car nous avons une patientèle défavorisée, en majorité des chômeurs, dans un milieu immigré principalement d'origine turque, une population plutôt jeune, surtout des enfants et aussi des patients avec des pathologies chroniques. Il y a aussi une population de polonais et marocains.

La plupart du temps, les patients étaient limités pour leurs consultations par le facteur « argent » malgré les honoraires conventionnés et les remboursements mutuelle. Il leur arrivait d'avancer l'argent de la consultation et de ne plus pouvoir acheter les médicaments. Revenir en consultation pour un contrôle, pendant ou après le traitement, était très difficile. Le passage au forfait a été expliqué aux patients qui ont très bien accueilli le système et accepté l'inscription.

On a eu évidemment des difficultés de compréhension face à une population qui avait l'habitude de consulter plusieurs généralistes en même temps. Certains patients ont continué cette habitude, mais à chaque refus de remboursement des mutualités, nous leur





une prise en charge très globale de nos patients comme une très grande famille. En agrandissant encore le nombre d'inscrits ne risquerait-on pas de briser cette relation « familiale » et la transformer en grosse usine ?

Le système du forfait nous faisait très peur au début. Nous redoutions que l'effet de « gratuité » du système entraîne une mal-compréhension ou une exagération des consultations. Avec le temps, nous avons remarqué que les consultations/par patient/par an ont triplé (ou même plus) par rapport à l'acte. Mais ceci est-il dû à une « exagération » ou bien à un réel besoin médical des patients qui ne pouvaient bénéficier de certains soins en étant limités par l'argent ? Nous pensons que les deux facteurs jouent. Par ailleurs, les recours supplémentaires aux consultations qui semblaient exagérés cachaient très souvent d'autres problèmes (familiaux, psychologiques) qui n'osaient pas être déclarés par le patient.

Après trois années de forfait, nous constatons que dans la majorité, les familles sont très contentes du système qui permet une prise en charge multidisciplinaire et surtout un suivi plus rapproché des enfants et de leur scolarité. Les parents sont très sensibles à cet aspect éducatif de notre pratique (conseils, guidance, choix d'écoles, difficultés scolaires, ...).

Les rares personnes se dés-inscrivant sont celles qui déménagent (nous essayons de leur trouver un généraliste près de leur nouveau domicile) et celles qui veulent changer de type de médecine (médecine parallèle, homéopathie, médecine esthétique, autre généraliste). Ces patients reviennent souvent se réinscrire. Les parents des patients inscrits sont toujours pris en charge et inscrits avec préférence.

Les personnes clandestines, nombreuses dans le quartier (bulgares, polonais), sans protection sociale, ont aussi recours à nous. Il ne semble pas y avoir d'exagération malgré le pro deo. Cependant, il faudrait pouvoir obtenir plus de médicaments en échantillons pour ces personnes défavorisées. Les personnes non inscrites qui ont besoin de soins médicaux sont

toujours prises en charge directement en cas d'urgence, ou orientées vers les généralistes du quartier. ●



# « La relation de soins est-elle encore une relation quand il n'y a pas d'échange financier ? »

.....

*En tant qu'assistant social, cette réflexion m'a toujours interpellé puisque dans le cadre de la relation d'aide, l'usager n'est pas souvent amené à sortir un euro de sa poche.*

*Une relation évoque inévitablement une forme d'échange, de réciprocité. Que donne le médecin en échange de l'argent du patient ? Son savoir, sa compétence, son temps, son écoute, ses ordonnances... En serait-il autrement si le patient ne payait plus ? Je ne le pense pas.*

.....

conformer aux règles implicites d'une consultation : se présenter, patienter en salle d'attente, déposer une demande, être écouté, voire compris, soutenu, entendre le diagnostic et éventuellement ses explications, recevoir une prescription, des indications et payer. Avant même de franchir le seuil de la maison médicale, le patient sait cela, il a déjà prévu l'argent, car il sait que la relation fonctionne de la sorte et qu'elle s'inscrit, dès lors, dans un cadre professionnel utile à maintenir la distance nécessaire entre les deux acteurs (et qui n'existe quasiment plus quand on bascule dans la sphère privée).

Considéré comme professionnel par le patient, le médecin est rasséréiné dans sa fonction. L'argent qu'il perçoit est un indicateur de l'investissement du patient dans la relation de soins et dans le suivi du traitement.

*Pascal Oliveira,  
assistant social à  
la maison  
médicale  
d'Anderlecht.*

---

## Réappropriation de la relation

La crainte de nos soignants lors du passage au forfait était que ce mécanisme ne fonctionne plus. Il est vrai qu'au début, les patients venaient consulter plus qu'il n'était nécessaire, comme s'ils testaient le nouveau système et qu'ils en exploraient les limites. L'explication du forfait et de son fonctionnement ne suffisait pas toujours à rassurer le patient, il fallait qu'il l'expérimente lui-même. Cela lui permit de constater que le changement de système de financement n'avait pas altéré la relation qu'il entretenait avec son médecin, comme s'il craignait que la gratuité entraîne une moins bonne prise en compte de sa demande, de sa souffrance...

Le soignant aussi fut en mal de repères. La perte de contrôle des flux financiers, les négociations relatives aux honoraires, au temps de travail, aux obligations à remplir furent génératrices de tensions au sein de l'équipe. Ce qui a permis de sortir de l'ornière, c'est le processus de redéfinition et de réaffirmation de notre projet « maison médicale » ; la réappropriation des valeurs essentielles qui soutiennent notre travail

---

## L'argent, un mécanisme régulateur

Supprimer l'argent dans le cadre de cette relation de réciprocité ne met-il pas l'usager en dette vis-à-vis du médecin et ne prive-t-il pas le soignant d'un outil de régulation, voire de dissuasion contre les tendances à la surconsommation (médicale, relationnelle, affective...) de certains patients ? Pour répondre à ces deux questions, que symbolise ou que signifie, pour l'un et l'autre, le paiement de la consultation ? Ne s'agit-il pas de la fixation d'un cadre ? En tout cas, si celui-ci est un cadre « éclair », il fonctionne. Dans l'acte de payer, le patient reconnaît et appelle à la compétence professionnelle du médecin et il lui signifie, de ce fait, la position dans laquelle il le place : celle d'un expert détenteur d'un savoir. Il lui signifie aussi qu'il est prêt à se

« La relation de soins est-elle encore une relation quand il n'y a pas d'échange financier ? »

a resserré les liens entre les membres de l'équipe. Cette référence à un projet commun nous a permis de prendre de la distance par rapport aux situations conflictuelles internes et d'élaborer ensemble des règles de fonctionnement cohérentes.

Le patient a dû, lui aussi, se réappropriier le nouveau cadre induit par le forfait : convention tripartite (entre la maison médicale, le patient et sa mutuelle), explication des interventions et des exceptions, du territoire géographique, des remboursements, du système de garde...

Il a pu intégrer, au fil des consultations, ce qu'il pouvait attendre de la maison médicale et cette assimilation des normes de fonctionnement s'est faite avec le concours des soignants qui ont dispensé l'information.

Des limites claires ont été posées à certains patients, en référence à la convention qu'ils ont signée ; cette réglementation qui s'imposait à la maison médicale a permis d'introduire du tiers dans la relation soignant-patient.

**Ne remplaçons pas l'objectif par le moyen**

L'échange financier dans le cadre de la relation de soins n'est pas, pour moi, un axiome incontournable ; il y a bien d'autres moyens de créer le lien avec le patient : le reconnaître dans sa singularité, sa parole et sa souffrance, lui renvoyer son image sans jugement de valeurs, faire preuve d'empathie, lui assurer des consultations de qualité...

Puisque toute relation est une dialectique entre deux pôles, l'un représentant l'état fusionnel et l'autre la rupture, il s'agit de trouver un point d'équilibre afin d'éviter la rupture et de préserver son altérité. Le danger pour le soignant serait de tomber dans le piège du « copinage », que l'échange financier lui permet d'éviter. La « mise à distance » du patient dans la relation peut également s'opérer par d'autres moyens que celui du paiement : la congruence du soignant, le statut de médecin, le cadre institutionnel, la référence à la loi, la réglementation, la déontologie, ainsi que par la formation du médecin aux techniques d'écoute du patient : dans le déroulement de l'entretien, écouter l'autre, mais être également à l'écoute de ses réactions et de ses émotions personnelles (elles sont, pour la relation à l'autre, ce qu'est la douleur pour le corps : une sonnette d'alarme). Voilà, à mon sens, quelques raisons pour ne pas cristalliser la relation de soins autour de l'échange financier. Ne remplaçons pas l'objectif par le moyen. ●





# L'argent et les soins

.....

*Espèce en voie de disparition, j'ai eu l'occasion de pratiquer le paiement à l'acte pendant huit ans et le paiement forfaitaire pendant dix-sept ans. Cette double expérience, et le recul qu'elle permet, me fait penser que si le mode de paiement direct ou indirect, à une place dans la relation de soins, il n'a certainement pas la place que certains lui attribuent. Je me propose de livrer en vrac un certain nombre de réflexions et de questionnement.*

.....

qualité de la relation de soins. Et ces professions pratiquent largement le tiers-payant, limitant ainsi l'impact du paiement comptant. Il m'apparaît donc que pour le médecin, le paiement direct est comme une façon de continuer à affirmer le caractère de profession libérale de leur métier.

Par profession libérale, il faut entendre « une profession de caractère intellectuelle que l'on exerce librement ou sous le seul contrôle d'une organisation professionnelle (Robert) ». C'est le médecin qui revendique ce statut d'exception : pourquoi ?

---

## Un peu d'histoire

Il faut rappeler que les fondements de la médecine libérale (dite hippocratique) étaient la revendication d'une triple liberté (voir la première grève Leburton) :

- Liberté thérapeutique ;
- Liberté de choix du patient ;
- Liberté des honoraires ;
- Régulation de la profession par l'Ordre professionnel.

L'apparition du principe des conventions médico-mutualistes a déchaîné les passions dans la profession et déclenché la grève extrêmement dure des médecins. Les possibilités de déconventionnement total ou partiel, sans diminution des remboursements des actes INAMI, ont été les portes de sortie du conflit. Les médecins ont usé au maximum de leur monopole des soins pour créer le rapport de force.

Les chambres syndicales ont toujours maintenu leur opposition à la pratique du tiers-payant (en tous les cas sur les prestations dites intellectuelles) et insisté sur le caractère obligatoirement exigible des tickets modérateurs. Plus tard les sources de conflit ont été la position, détachable ou non de la souche fiscale, ou encore la façon de compléter la case ticket modérateur (TM) perçu (par oui ou non) sans y mentionner le montant perçu qui ont mobilisé les troupes avec des arguments pseudo éthiques. Ce combat mené au nom de la qualité de la relation de soins me semble donc tout autre. Le problème se trouve confirmé comme étant bien celui des médecins (et de la transparence de

---

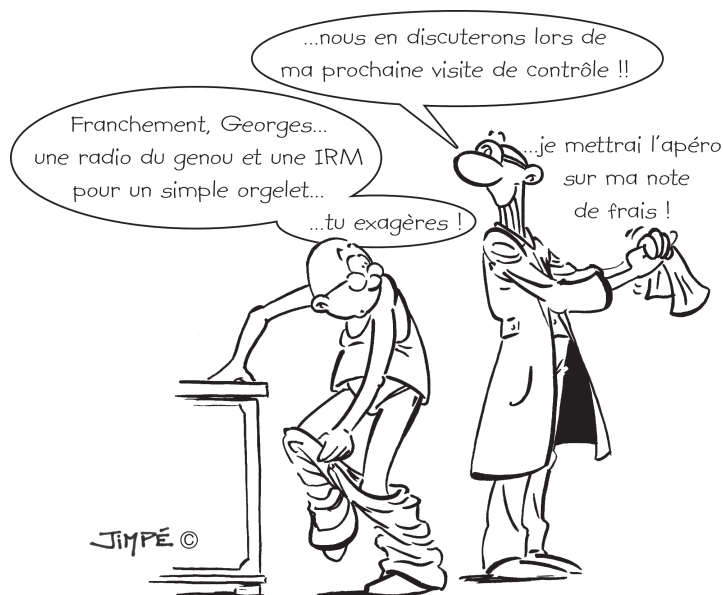
## Paiement direct ou intervention d'un tiers ?

Que des professionnels de qualité, médecins ou non-médecins, soient correctement rétribués pour leur travail est une évidence. Tout d'abord pourquoi le mode de paiement fait-il problème ? Les partisans du paiement direct me semblent confondre paiement des acteurs de soins, leur juste rétribution et financement de l'acte de soigner. Ce mode de rétribution direct des acteurs concerne essentiellement les médecins et les psychothérapeutes.

Il existe bien des kinésithérapeutes et des infirmier(e)s indépendants, facturant à l'acte, mais ce n'est pas toujours par choix, et cela ne crée pas trop de crispations à ce niveau. Personne ne trouve à redire si une infirmière, une accueillante, un kinésithérapeute ou un assistant social est salarié. Et je n'ai pas eu d'échos que cela changerait qualitativement la

*Pierre Grippa,  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
à Forest.*

leurs revenus) et non du patient. Il n'en reste pas moins que le système ou un financement public rend solvable le patient au profit d'un marché libéral pose problème par ses effets pervers. En effet, le marché des soins en concurrence ne peut conduire qu'à alimenter l'inflation d'actes, sans jamais autoriser un débat sur la pertinence des soins. La seule réponse de la profession fut de revendiquer le numerus clausus pour limiter le nombre de prestataires sur le marché. Ce point est d'ailleurs prévu par la loi qui n'autorise l'INAMI qu'à vérifier si la prestation a été réalisée ou non.



### Le problème du clientélisme et de la marchandisation des soins

La nécessité de réaliser un nombre croissant d'acte (ou de dépasser les honoraires prévus) peut conduire, la concurrence étant rude, à des effets pervers. Ainsi la Belgique a un des plus forts taux de visite à domicile par exemple. Ainsi on se plaint que les patients abusent, mais on oublie que le taux de domicile dépend plus du prestataire lui-même que de sa patientèle. Les hôpitaux ont développé à outrance l'accueil dans les services d'urgence, alimentant les lits pour des séjours de plus en plus courts avec un maximum de prestation technique en un

minimum des temps (sous la pression des gestionnaires, mais avec une certaine complaisance des médecins). Quitte à se plaindre de surcharge et d'être assiégés par des demandes futiles.

Finalement l'acte de soigner fait figure de plus en plus comme une prestation de service comme une autre sur le marché des soins ou le client fait son shopping.

Évidemment à l'arrivée, on se sent non respecté dans sa noble fonction de soignant, d'autant que les tâches et les fonctions à remplir restent floues. La fidélisation du patient devient un enjeu majeur pour des raisons liées à la fois à la qualité des soins (fonction de synthèse) mais simultanément pour des raisons économiques et de concurrence.

Le mode de financement dans une enveloppe fermée et les moyens attribués à la première ligne, liés à une définition précise de ses fonctions sont devenus des problèmes incontournables. De même que le primat absolu de la relation duelle que défend la médecine libérale, celui du face à face du médecin et du patient en dehors de toutes considérations est devenu intenable. Le laisser faire où le médecin titulaire de toute puissance fait ce qu'il entend comme il l'entend ne peut qu'être remis en question par la socialisation des ressources disponibles.

Comme disait quelqu'un (je ne sais plus qui) : « les médecins se croient des indépendants alors que l'essentiel de leurs ressources vient de l'Etat ».

### Petit détour ethnologique

Si le paiement direct de l'acte fait partie des tabous belges, il n'apparaît pas universellement fondé, d'autres systèmes de rémunération des professionnels existent. Le point d'appui des tenants de l'acte est le parallèle entre la fonction de soignant, ici le médecin généraliste et un certain nombre d'écoles psychothérapeutiques. Celles-ci ont théorisé (à tort ou à raison, je n'en discuterai pas) la nécessité d'un paiement direct par le patient « en temps réel » à l'issue de la séance, soit pour en acter la valeur, soit pour le libérer de sa dette.

A supposer que le métier de généraliste soit superposable à celui de psychothérapeute (ce





que je crois pas) on pourrait y voir une querelle d'école. Que le généraliste adhérant à ce principe ait, à certains moments, avec certains patient, un tel type de relation c'est possible si le généraliste en a les capacités. Mais ce n'est certainement pas le cas de l'activité courante en première ligne, ou alors il ne faut plus se définir comme généraliste mais comme psychothérapeute.

Je pense que pour qu'un dispositif thérapeutique fonctionne, il faut et il suffit d'avoir un cadre (spatial et temporel) et un cadre contractuel, reprenant l'objet de la consultation (le motif de contact), les modalités de communication (par exemple directive ou non), les procédures (examen physique par exemple) et les phases de décision en de fin de consultation. Ce processus se fonde sur un faisceau de concordances, de références ou résonances culturelles commune. Cette culture commune fait que la plainte va être ou ne pas être entendue, comment elle va être interprétée par le soignant et le patient, comment une solution acceptable va ou ne va pas être trouvée, comment la procédure proposée va ou ne va pas être validée par le patient. C'est bien ce qui fait problème avec les patients d'autres cultures qui ne partagent pas nos prémices culturelles. L'ensemble de ce processus est décrit par exemple dans notre culture par la méthode SOAP (Subjectif, objectif, appréciation, projet ou procédure qui en découle). Le mode de paiement n'apparaissant que comme une modalité contractuelle particulière (historique et culturelle) du cadre. C'est celui-ci qui est opérant et qui différencie l'acte de soin, de la relation banale.

Ce point de vue est développé de façon intéressante dans un ouvrage de Tobie Nathan et collaborateurs sur l'étude comparative des psychothérapies (Odile Jacob éditeur). Les auteurs ont recherché les invariants des dispositifs thérapeutiques. Il en résulte que la place de la théorie sous-jacente se réduit à l'adhésion culturelle et aux représentations du patient, quelles qu'elles soient, pour autant qu'existe ce cadre. Toutes les théories aboutissent en gros aux mêmes résultats. Parmi ces invariants, la relation d'argent et le paiement direct n'ont aucune place. Forfait complet, forfait partiel, paiements par objectifs, tiers-payant, etc. coexistent en Europe pour financer la première ligne sans que, en soi la qualité du

résultat produit soit essentiellement différente. Dans d'autres cultures, le résultat attendu peut être atteint par d'autres moyens, amulettes, gri-gri, sacrifices prières rituelles, sans que la théorie (ou non) développée n'ait d'incidence sur le processus.

---

### **Empathie, relation, communication, alliance thérapeutique**

Dans l'attente du patient, la validité sociale du soignant tient une place essentielle. Il l'autorise à un certain nombre d'actions.

Chez nous, c'est le titre légal de médecin et le monopole qui en découle qui légitime que nous soyons consultés et que nous prescrivions des traitements et/ou des recommandations, qui vont être plus ou moins validées par le patient. Une des croyances culturelles propre à notre ethnie capitaliste et développée est le lien quasi magique que l'on attribue à la relation entre qualité et prix. Les médecins ne se privent pas d'utiliser cette croyance, au prix de la marchandisation de leurs actes.

Trop souvent la relation d'argent permet, à mon avis, de faire l'économie de la question du sens et de la pertinence de la demande. Un exemple bien connu est celui des « médecins maigrisseurs », ou le rapport consultation visite (chez nous au forfait 80/20). Pour faire bref : là où il y a demande, j'y réponds par ce que c'est la loi du marché.

Dans les métiers de première ligne ou les fonctions essentielles sont des soins de premiers recours de qualité, la communication et la fonction de synthèse, cet argument du paiement direct est de peu de poids. Ce qui va légitimer la place des soignants est leur engagement dans la volonté de soigner, et la conviction (ou la confiance) du patient dans cet engagement qui me semble être le déterminant premier de l'efficacité du cadre, selon ma propre expérience. La capacité du soignant à entendre, décoder, reformuler la demande du patient sont des éléments essentiels.

Entendre et explorer le cadre de vie, tenir compte de l'ensemble des éléments biologiques mais aussi psychologiques et sociaux, arriver à formuler une proposition comprise par le patient et en accord avec lui. C'est ce que nous mettons

dans la notion d'exploration circulaire de la plainte. En un mot, il s'agit de lier avec celui-ci une alliance thérapeutique et de construire une relation forte dans le temps.

C'est cette relation qui va au fil du temps créer le climat de confiance et d'estime réciproque, d'empathie, d'histoire partagée qui fait l'essentiel de la qualité en première ligne et en médecine de famille ; ce que nous appelons titularisation dans notre jargon. C'est en remplissant ses fonctions essentielles et en assurant une organisation qui permette de réaliser les conditions de qualité que sont, l'accessibilité sur tous ses modes (y compris financière), la globalité, la continuité, et l'intégration que l'on va pouvoir optimiser les prises en charges.

Actuellement, le payement à l'acte est un frein à la réalisation de ces critères (pas de délimitation de population, pas d'accessibilité optimale, discontinuité inter-épisodes, difficultés à assurer la synthèse, absence de place pour le préventif, etc.).

Évidemment ceux qui confondent médecine au forfait avec médecine de dispensaire, parfois historiquement liée à la gratuité ont apparemment difficile à le concevoir. La médecine sociale et préventive traîne en effet une réputation quelque peu poussiéreuse derrière elle, avec les dispensaires pour pauvres, la lutte anti-tuberculose, etc.

Actuellement avec des concepts clairs et solides et validés sur les rôles et fonctions de la première ligne ces objections ne sont plus valables à mes yeux. Ceci dit la revendication d'une juste rémunération et de conditions de travail correctes est et reste d'actualité. Le meilleur obstacle au burning-out est de se trouver dans des conditions où travailler est et reste un plaisir. La qualité pour le patient est à ce prix. ●



# Trop d'assurance peut-il être néfaste ?

## Théorie du risque moral *ex post* en santé

.....

*Le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, CREDES, étudie depuis longtemps les disparités de recours en fonction de la couverture complémentaire dont bénéficient les assurés, contribuant ainsi à l'étude du phénomène que les économistes dénomment risque moral. Un bilan des études empiriques portant sur ce sujet a été récemment publié (Geoffard, 2000) et il nous a semblé utile de le compléter par un point sur les éléments de la théorie économique qui expliquent ce phénomène.*

.....

De nombreuses études empiriques ont montré que les personnes qui bénéficient d'une couverture maladie ont des dépenses de santé plus élevées que celles des personnes non assurées. En première analyse, on peut penser que ce phénomène est la manifestation la plus naturelle de la présence d'une assurance santé qui permet à l'individu de solvabiliser une consommation de soins en cas de maladie.

Mais les économistes pensent que cette augmentation vient aussi du fait que les individus sont sensibles au prix des soins. Cette sensibilité au prix génère le risque moral *ex post*. Pauly, dans un article publié en 1968, a avancé l'idée que ce phénomène diminue le gain que la collectivité tire de l'assurance. C'est en cela que le risque moral peut-être jugé « néfaste ».

Depuis cette époque, les analyses économiques cherchent à estimer si, et dans quelle mesure, le niveau d'assurance choisi par la collectivité

n'est pas trop élevé et ne risque pas d'entraîner des consommations inutiles. La littérature rappelle qu'un tel jugement doit également rendre compte des nombreux avantages de l'assurance, notamment l'accès à des soins de meilleure qualité ou une prise en charge de traitements très onéreux.

En tout état de cause, aucune étude empirique ne permet actuellement de trancher sur le caractère néfaste pour la collectivité d'une assurance trop généreuse.

Les personnes qui bénéficient d'une couverture maladie ont des dépenses de santé plus élevées que les personnes non assurées.

**Dans le domaine de l'assurance, on parle de « risque moral » lorsque le risque que l'on cherche à assurer est aggravé du fait du comportement des personnes qui se savent couvertes.** A partir de cette définition, les économistes de la santé ont répertorié deux catégories de risque moral :

- **le risque moral *ex ante* : n'ayant pas à assumer les coûts liés à leur maladie, les assurés adoptent des comportements à risque et font moins de prévention.** Cependant, comme la maladie n'a pas que des coûts financiers, mais entraîne aussi des conséquences que l'assurance ne couvre pas (douleur, années de vie perdues, incapacité, ...), on considère que l'ampleur de ce phénomène est limitée en santé ;
- **le risque moral *ex post* : pour une pathologie donnée, un assuré va dépenser plus qu'un non-assuré.** Ceci est *a priori* l'effet recherché par l'assurance. Cependant, certains économistes soutiennent qu'une partie de cette augmentation de la dépense correspond à une mauvaise allocation des ressources collectives. En ce sens, le risque moral peut être jugé néfaste.

Après avoir rappelé par quels mécanismes l'assurance influence la consommation de soins, notamment dans le contexte français, on présente le raisonnement économique expliquant ce phénomène.

*David Bardey,*  
chercheur au  
Laboratoire  
d'économie  
industrielle,  
CREST-LEI),  
*Agnès  
Couffnhal,*  
collaboratrice,  
*Michel Grignon,*  
collaborateur

*Bulletin  
d'information en  
économie de la  
santé  
question  
d'économie de la  
santé n°53 – juin  
2002.*

## Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral *ex post* en santé

*Le secteur 1 en France équivaut à nos soignants pratiquant les prix de la convention, le secteur 2 aux non-conventionnés qui sont libres de fixer leurs honoraires dans une fourchette raisonnable (très large).*

*(1) Autrement dit, d'un service relativement peu complexe, dont la qualité objective est peu susceptible de varier peu susceptible de varier avec le prix.*

Nous passons en revue les analyses des conséquences de ces comportements en termes de perte d'efficacité pour la collectivité. Enfin, nous concluons par une discussion des implications pour la régulation de l'assurance maladie.

### Comment l'assurance augmente-t-elle les dépenses de soins ?

● **En baissant le prix des soins, l'assurance entraîne une consommation plus élevée**

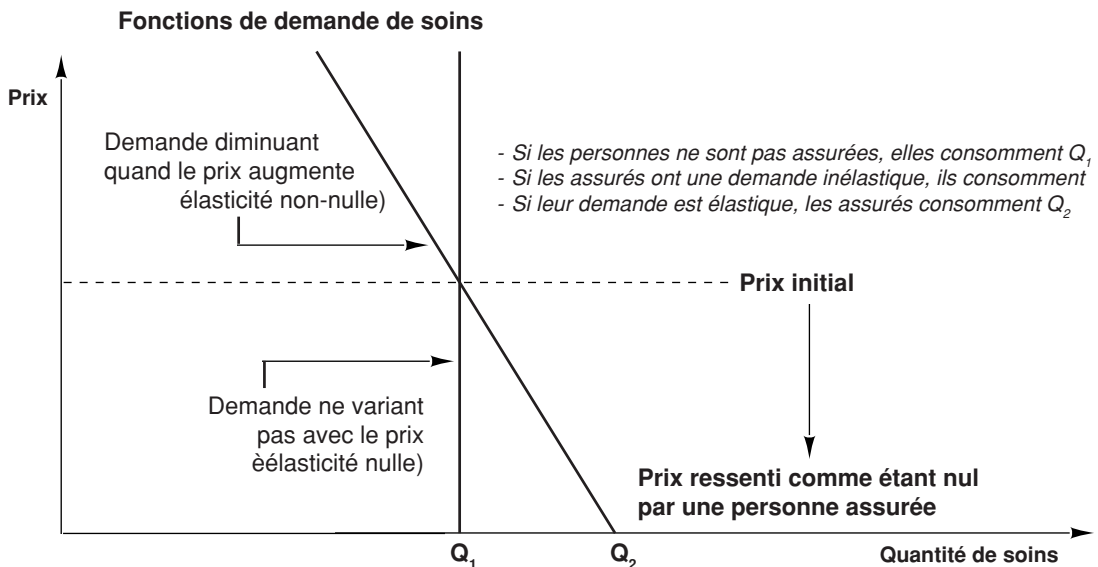
Pauly est l'auteur du premier article qui s'interroge sur l'existence du risque moral en santé. Cet économiste considère qu'il existe une demande de soins de la part des individus, comme il existe une demande de biens et services dans tous les secteurs de l'économie. Selon les pathologies et les individus, cette demande peut varier avec le prix des soins (on appelle élasticité-prix le degré selon lequel la quantité de soins demandée diminue quand leur prix augmente). Lorsqu'ils sont assurés, les individus ne paient pas intégralement le prix des soins au moment où ils consomment, voire ils ne paient rien s'ils sont intégralement

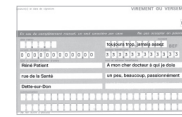
assurés. Dans ce cas, illustré par le graphique ci-dessous, deux configurations se présentent :

- si l'élasticité-prix est nulle, la quantité de soins demandée par l'assuré ne change pas ( $Q_1$ ) ;
- si l'assuré modifie son comportement quand le prix varie (élasticité-prix différente de zéro), il va choisir un niveau de consommation plus élevé que s'il était confronté au véritable prix ( $Q_2$ ). Par rapport à un individu qui ne serait pas assuré, et qui aurait une fonction de demande de soins identique pour la pathologie étudiée, il va consommer davantage. Le fait que l'assuré consomme plus que le non-assuré est une réaction naturelle et non la conséquence d'un comportement « frauduleux » sur lequel il faille porter un jugement « moral ».

Dans cette analyse, la présence d'assurance modifie simplement la quantité de biens et services que l'individu choisit de consommer dans le cas où il tombe malade. On peut noter dès à présent que cette augmentation de la quantité de soins consommée peut résulter d'une demande du patient, mais aussi de l'influence qu'exerce sur elle le médecin. Si ce dernier est rémunéré à l'acte et si l'assureur rembourse au patient chaque consultation, le

Schéma 1 : Variation de la quantité de soins consommée en présence d'assurance selon que la demande est élastique au prix ou non





médecin peut faire revenir l'assuré plus souvent qu'il ne le ferait pour un patient non assuré. En fonction du mode de rémunération du médecin, du type de remboursement proposé par l'assureur et des contrôles exercés ou non, on peut observer une convergence d'intérêt entre le patient et le médecin au détriment de l'assureur. Quand bien même la présence d'assurance ne se traduirait que par une augmentation de la quantité de soins consommée, on ne peut en imputer nécessairement la responsabilité au seul assuré.

Au-delà de l'effet quantité, on peut concevoir que la dépense du patient assuré diffère de celle d'un non-assuré pour deux types de raisons : parce qu'il ne négocie pas le prix des services qu'il consomme ou parce qu'il consomme des services d'une meilleure qualité.

#### ● L'assurance peut entraîner une augmentation du prix des soins

Le cas le plus simple est celui d'un assuré, qui, parce qu'il ne paie pas l'intégralité de la dépense, va consommer des soins d'un prix plus élevé mais à qualité égale. On se rapproche ici de l'acception traditionnelle du terme « risque moral » en assurance : à cause du manque de transparence du marché, l'assureur ne va pas être en mesure (à un coût raisonnable) de vérifier si l'assuré a fait l'effort nécessaire pour trouver le producteur de soins qui proposait les meilleurs prix. A titre d'exemple, une personne dont le contrat d'assurance complémentaire couvre les dépassements et qui a besoin d'une prescription de simples lunettes<sup>1</sup> ne va pas avoir d'incitation particulière à téléphoner à tous les ophtalmologues de son quartier pour chercher lequel appartient au secteur I ou propose le dépassement le moins élevé. Dans le même ordre d'idée, on peut concevoir qu'un prestataire particulier ajuste, pour une prestation donnée, le prix qu'il propose en fonction du contrat d'assurance dont bénéficie l'assuré. Un exemple qui vient à l'esprit est celui d'un opticien qui, pour une paire de lunettes de caractéristiques données, ajuste le prix en fonction du remboursement maximal proposé par le contrat de son client. Dans ce second cas, la responsabilité de l'augmentation de prix à qualité égale pour l'assuré incombe plus largement au prestataire du service que dans le

cas précédent. Pour autant, dans les deux exemples que nous venons de citer, si le patient s'épargne, grâce à l'assurance, l'effort de recherche du prestataire offrant le meilleur prix, il ne tire pas d'avantage médical (ou sanitaire) direct du fait que sa dépense est plus élevée.

#### ● L'assurance peut entraîner une amélioration de qualité des soins

Il n'en est pas de même lorsque la qualité du service augmente avec le prix payé. Il peut s'agir d'une augmentation de la qualité médicale (un médicament plus cher et ayant moins d'effets secondaires), ou d'éléments relevant plus du confort (chambre particulière). La qualité peut également revêtir des aspects plus complexes, tels que le recours à des prestataires différents (un médecin pratiquant des dépassements parce qu'il a des titres universitaires particuliers ou une très bonne réputation, un spécialiste plutôt qu'un généraliste...), ou encore l'emploi de technologies médicales plus coûteuses et plus sophistiquées. On a pu ainsi montrer que l'assurance favorise le développement et la diffusion d'innovations technologiques coûteuses (cette théorie dite du risque moral *ex post* dynamique est détaillée par Zweifel et Manning (2000)).

Notons que le fait de désigner tous ces éléments sous le vocable de qualité ne comporte pas de jugement de valeur et ne préjuge pas d'une plus grande efficacité médicale : il s'agit d'une qualité perçue par le patient.

Elle se paie logiquement d'un prix plus élevé ce qui ne veut pas dire que cette augmentation soit toujours totalement justifiée. Comme dans le cas des quantités, le prestataire de soins peut de son initiative augmenter la qualité dans la mesure où il en tire un bénéfice. Par exemple, il peut tirer profit de l'ignorance relative du patient et l'orienter vers des produits sur lesquels il prélève une marge plus importante. Ainsi, certains dentistes calculent le prix d'une prothèse en appliquant un coefficient multiplicateur au « prix prothésiste ». Le travail nécessaire pour manipuler un matériau plus précieux n'étant guère plus complexe, l'augmentation du prix ne reflète pas uniquement l'augmentation de la qualité du service rendu au patient. Feldstein (1973) a modélisé un autre exemple, celui d'un hôpital sans but



## Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral *ex post* en santé

lucrative, dont les gestionnaires, grâce à la solvabilisation permise par l'assurance, sont incités à offrir des standards de qualité les plus élevés possible (même s'ils n'en tirent pas directement un intérêt financier). A la limite, cette qualité est proposée au patient sans chercher à savoir s'il en retire un bénéfice ou s'il souhaite la payer.

Dans tous les cas évoqués, le patient et le prestataire de service font payer à l'assureur un service plus cher et de meilleure qualité que celui qui aurait été consommé en l'absence d'assurance.

Pour récapituler, dans le domaine de la santé, l'assurance peut avoir un effet quantité, un effet prix et un effet qualité, ces deux derniers pouvant être liés. Ils se combinent pour aboutir à une dépense de santé plus élevée des personnes qui sont mieux couvertes par une assurance. Les travaux des économistes de la santé ont surtout porté sur l'effet quantité et un peu moins sur la qualité.

---

### Le mécanisme économique du risque moral

Nous venons de décrire quelques manifestations possibles du risque moral *ex post*, étudions maintenant le mécanisme économique qui explique cette augmentation de la dépense en présence d'assurance.

Lorsqu'un individu recourt au système de soins alors qu'il ne bénéficie d'aucune couverture maladie, le niveau de sa consommation de soins (et parfois même la décision de consulter) résulte d'un arbitrage entre la nécessité de se soigner d'une part et les dépenses de soins que cela engendre d'autre part. Si les personnes sont assurées, elles choisissent leur niveau de consommation principalement en fonction de considérations sanitaires puisque les dépenses de soins qu'elles assument deviennent nulles ou très faibles. Ces personnes ont alors intérêt à profiter de la baisse du prix des soins engendrée par la couverture du risque maladie pour consommer davantage de soins. Or, cette modification de la consommation de soins des individus bénéficiant de contrats

d'assurance maladie n'est pas neutre pour l'ensemble des assurés. En effet, que le risque maladie soit géré par un monopole public ou des assureurs évoluant sur un marché, l'agrégation de ces comportements individuels entraîne une augmentation des cotisations ou des primes.

Ce résultat met en lumière les causes du risque moral *ex post* : les assurés bénéficient directement de leur consommation supplémentaire mais ne supportent pas les coûts qu'ils engendrent, ceux-ci ne se répercutant qu'indirectement sur le montant des cotisations ou des primes. Nous mesurons mieux maintenant l'intérêt de nous demander si le risque moral *ex post*, concept spécifique au secteur de l'assurance maladie, est réellement néfaste. En effet, tant que leur surconsommation est anticipée par les assureurs, les assurés ne font rien d'autre que consommer des soins pour lesquels ils ont payé.

---

### Risque moral et bien-être

#### ● Selon Pauly, le risque moral *ex post* diminue le bien-être total dans l'économie

Pauly (1968) explique qu'en présence de risque moral, c'est-à-dire quand les individus modifient leur consommation en fonction du prix des soins, la collectivité se retrouve dans une situation moins favorable que sans risque moral.

Avant de présenter ce résultat de façon plus détaillée, rappelons que pour l'économiste, un individu alloue ses ressources en fonction de la satisfaction (appelée encore utilité ou bien-être) qu'il tire de la consommation des différents biens. Plus précisément, il va choisir simultanément le niveau de ses différentes consommations, de façon à atteindre la satisfaction la plus élevée possible, compte tenu du prix des biens. Le niveau final de satisfaction qu'il atteint est mesuré par ce qu'on appelle le surplus brut ; si on déduit la dépense associée à ses consommations, on obtient le surplus net. En additionnant les surplus nets de tous les individus, on peut mesurer le bien-être dans l'économie, et comparer entre elles des situations différentes.

Dans le cas présent, on se concentre sur deux



biens, les soins et l'assurance. Les soins permettent à l'individu d'améliorer son état de santé quand il tombe malade. En fonction du prix qu'il doit payer pour ces soins, il va en demander plus ou moins, cette fonction de demande étant représentée par la droite DM dans le graphique ci-contre. L'assurance lui apporte du bien-être parce qu'il préfère être protégé contre le risque d'avoir à faire face à des dépenses de santé et le coût de cette assurance est représenté par la prime. Notons que, à ce stade du raisonnement, on considère implicitement que l'individu pourrait s'offrir une quantité de soins satisfaisante en cas de maladie, même s'il n'était pas assuré. Nous reviendrons sur cette question plus loin.

Pour la clarté de l'exposé, considérons deux cas polaires : si la personne n'est pas assurée, lorsqu'elle tombe malade, elle paie le prix (p) et elle consomme la quantité de soins D. Si elle est assurée intégralement, elle consomme la quantité de soins C qui correspond à un prix égal à zéro. L'assureur anticipe ce comportement et calcule la prime d'assurance en conséquence.

Imaginons que, dans un premier temps, notre consommateur soit obligé de choisir entre ces deux situations polaires :

- d'une part, le fait d'assumer le risque

financier (autrement dit ne pas s'assurer), ce qui réduit son bien-être car il n'aime pas l'incertitude. Il consomme alors D en cas de maladie ;

- d'autre part, le fait de s'affranchir du risque financier en s'assurant intégralement. En absence de risque moral, la prime correspondrait à la consommation D ; cependant, le risque moral conduit à payer une prime supérieure, parce que couvrant une consommation C.

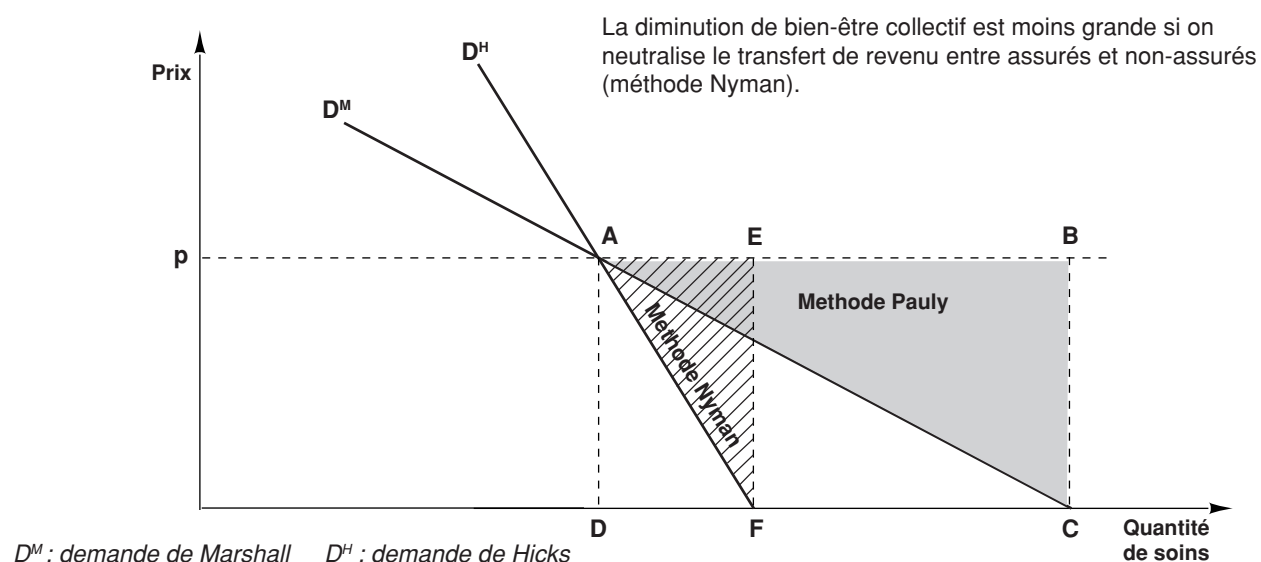
Dans la plupart des cas<sup>2</sup>, les individus préféreront s'assurer intégralement, plutôt que de ne pas s'assurer du tout. Pourtant, ce choix se traduit par une perte de surplus collectif et ne conduit pas à la meilleure situation possible.

● D'où vient cette « perte de surplus collectif »?

Sur le marché des soins, comme le prix perçu par les individus est nul, ils consomment une quantité C. On peut montrer que le « surplus brut » qu'ils tirent de cette consommation supplémentaire est représenté par l'aire ACD. L'assureur, lui, paie les soins au prix p et la dépense dans l'économie augmente de ABCD (produit de la quantité consommée au-delà de D par le prix unitaire). Sur le marché des soins, le risque moral engendre donc une diminution nette du surplus dans l'économie qui est

*(2) En toute rigueur, cette décision dépend de l'attitude de chacun face au risque, ainsi que de la nature des risques couverts.*

Schéma 2 : Perte de bien-être collectif sur le marché des soins d'après les analyses des économistes Pauly et Nyman



## Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral *ex post* en santé

représentée par le triangle hachuré ABC (surplus brut moins dépense). La dépense ABCD est bien supportée *in fine* par l'ensemble des assurés, dont les primes augmentent.

En définitive, même si chacun y gagne individuellement et préfère l'assurance complète à l'absence d'assurance, ceci se paye d'une surdépense qui est supérieure au bénéfice collectif tiré de l'augmentation de consommation (passage de D à C).

Pauly en déduit que l'assurance complète n'est pas nécessairement la meilleure solution.

Imaginons maintenant que le consommateur puisse choisir son niveau d'assurance en sélectionnant parmi des contrats proposant des tickets modérateurs plus ou moins élevés. Au-delà d'un certain niveau de couverture, la satisfaction qu'il éprouve du fait d'être encore mieux couvert et de pouvoir consommer plus de soins lorsqu'il tombe malade est inférieure à la dépense générée par ce supplément de consommation. Il est capable de déterminer le niveau d'assurance qui lui permet de tirer le meilleur parti de la réduction d'incertitude, sans payer trop en perte de surplus liée au risque moral.

Le raisonnement de Pauly et la méthode d'estimation de la perte de bien-être due au risque moral qui en découle ont fait l'objet par la suite de différents compléments et critiques.

### ● L'accès à des soins de meilleure qualité atténue la perte de bien-être

En premier lieu, Feldstein (1973) souligne que la « perte de bien-être » estimée par la méthode de Pauly est trop élevée et propose un complément théorique. Sans entrer dans le détail de son raisonnement, on peut simplement rappeler qu'il décrit un des mécanismes par lequel l'assurance permet non seulement d'avoir accès à plus de soins, mais aussi d'avoir accès à plus de qualité pour chaque unité de soins consommée. Si cette qualité améliore le bien-être du patient, la perte de surplus est plus faible que ABC.

### ● Tout ce qui révèle de l'élasticité-prix n'est pas néfaste

La deuxième critique adressée à l'analyse de Pauly a été initiée par de Meza en 1983 et

récemment reprise par Nyman (1999a). Les deux auteurs ne remettent pas en cause la définition du risque moral *ex post* de Pauly mais contestent le mode de calcul de la perte de surplus.

Quand le prix d'un bien diminue, ce qui est le cas pour le prix des soins *via* l'assurance, deux phénomènes concourent à l'augmentation de la consommation de soins :

- ce bien devient plus attractif relativement aux autres, ce qui fait que l'on en demande plus (on appelle cela l'effet de substitution) ;
- le pouvoir d'achat du revenu des malades augmente : ils peuvent consommer plus de biens en général, notamment des soins, ce que l'on nomme effet revenu.

Cette augmentation de pouvoir d'achat équivaut à un transfert de revenu des assurés non malades vers les assurés malades. Or, Nyman montre qu'un transfert de revenu n'a pas d'impact sur le bien-être de la collectivité. Il recommande donc de ne compter que l'augmentation de consommation liée à l'effet de substitution dans l'estimation de la perte de bien-être collectif. Reprenons le graphique proposé lors de l'exposé de l'analyse de Pauly. L'évaluation de la perte de bien-être proposée par celui-ci est représentée par l'aire ABC. Il est possible cependant de calculer une fonction de demande qui relie la variation de consommation à celle du prix *via* le seul effet de substitution. C'est la droite DH du graphique, dont la pente est plus forte (soit une élasticité plus faible) et qui conduit à une perte de surplus, représentée par l'aire AEF, inférieure à celle issue de la droite D<sup>M3</sup>.

### ● L'assurance permet d'accéder aux soins quel que soit le revenu

Dans tout ce qui précède, on a considéré que les individus pouvaient faire un choix entre la souscription d'une assurance et le fait de payer les soins au moment où ils sont malades. Ce choix n'est pertinent que si les individus ont un revenu suffisant ou s'il ne s'agit pas de soins très lourds. Dans le cas contraire, c'est l'accès même aux soins qui est en jeu : la prime représente une somme modique par rapport à la dépense en cas de maladie et ceci confère une valeur propre à l'assurance, qui doit

(3) Les économistes nomment D<sup>H</sup> « demande de Hicks » et D<sup>M</sup> « demande de Marshall ».



naturellement être prise en compte dans l'analyse.

Nyman (1999b) propose d'intégrer de façon formelle cette problématique d'accès dans l'analyse du comportement du consommateur que nous avons présentée jusqu'ici. Il centre son analyse sur le cas de traitements très coûteux. Il modélise l'idée selon laquelle l'assurance ne dérive pas seulement sa valeur (en termes d'utilité) du fait que l'on évite un risque financier mais aussi du fait qu'elle confère l'accès à des biens que l'on ne pourrait pas, quel que soit son niveau de richesse, acquérir. Ceci lui permet alors de calculer une nouvelle valeur du surplus lié à l'assurance maladie.

Cette analyse a le mérite de clarifier, en termes théoriques, une opposition rhétorique entre différents économistes. Tous partent d'un constat identique de différence de consommation entre assurés et non-assurés. Les uns considèrent que les non-assurés ont un problème d'accès aux soins et que l'absence d'assurance diminue leur bien-être ; les autres considèrent que la « bonne » consommation de soins, celle qui garantit la meilleure allocation des ressources dans l'économie, est celle des non-assurés, confrontés aux prix réels des soins : dans cette interprétation, les assurés consomment « trop ».

Le problème est que les travaux empiriques sur la « perte de surplus » liée à l'assurance sur le marché des soins sont nombreux, alors que la méthodologie d'estimation du « gain de surplus » en termes d'accès aux soins reste pour l'instant largement à construire, même s'il existe un consensus parmi les économistes sur son existence.

---

### Quelles conséquences sur la régulation de l'assurance maladie ?

S'il existe un gaspillage des ressources collectives lié au risque moral *ex post*, la solution consiste à responsabiliser financièrement les patients au moment de la consommation des soins, par exemple en instaurant un ticket modérateur.

Pauly propose même une solution plus radicale : chaque consommateur étant le mieux

placé pour choisir le niveau d'assurance qui lui apporte le plus de bien-être, il doit avoir accès à un marché de l'assurance maladie, lui proposant des contrats assortis de ticket modérateurs variés. Dans son raisonnement, une intervention publique consistant à introduire une assurance uniforme est déconseillée. La solution de Pauly, qui a le mérite de conduire le raisonnement à son terme, est en revanche fortement inéquitable : quelles que soient ses préférences individuelles par rapport aux soins médicaux, un diabétique n'aura pas accès aux mêmes contrats d'assurances qu'un non diabétique.

Pour tenir compte de la nécessaire solidarité entre malades et bien portants, Newhouse (1993) propose une assurance universelle accompagnée d'un ticket modérateur de 25 %. Ce taux, d'après les données de la Rand (cf. encadré ci-dessus), est celui qui permet de limiter le gaspillage des ressources collectives. Pour éviter que ce ticket modérateur n'entraîne une dépense trop forte à la charge de l'individu, ils proposent de l'assortir d'un plafond annuel. Les raisonnements qui fondent ces propositions ne tiennent cependant pas compte de l'apport de l'assurance en termes d'accès aux soins et du gain qui en résulte pour la collectivité. Si les simulations de Nyman sont justes, ce gain outrepassé les conséquences négatives du risque moral et dès lors justifie une assurance complète.

Dans tous les cas, le raisonnement en termes de perte de surplus repose sur l'existence d'une fonction de demande exprimée par des individus qui connaissent la véritable valeur des soins médicaux. Or certains économistes contestent cette hypothèse en opposant le concept de « besoin » à celui de « demande ». Ainsi, selon Rice (1993) les mieux à même d'établir la « vraie » valeur des soins sont des experts médicaux. La fonction de demande observée ne mesure le bien-être que si les consommateurs se comportent comme ces experts. Dans le cas contraire, les modifications de consommation en réponse à des variations de couverture maladie n'indiquent rien sur le bien-être des assurés.

Pour tester cette hypothèse, Rice utilise à son tour les données de la Rand et montre que, certes, les individus devant supporter des tickets modérateurs élevés consomment moins que les

## Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral *ex post* en santé

individus mieux couverts, mais qu'ils réduisent tout autant les soins jugés efficaces par les experts que les autres.

Rice estime alors une perte de bien-être liée à l'assurance, en comptabilisant directement le coût des services consommés alors qu'ils sont inutiles, à dire d'experts. Il arrive à un niveau comparable à celui calculé par Feldman et Dowd (1991) mais la raison de cette perte est très différente. En effet, ce n'est plus l'excès d'assurance qui est à son origine, mais le comportement opportuniste des médecins et leur capacité à augmenter leur revenu en persuadant les patients de consommer plus qu'ils n'en ont réellement besoin.

La recommandation de Rice pour réduire la perte de surplus est très différente de celle de Pauly : il prône une assurance intégrale des traitements dont l'utilité pour la société est jugée supérieure au coût de production assortie d'un contrôle rigoureux des médecins qui les prescrivent et d'une amélioration du niveau de connaissance des patients<sup>4</sup>.

En définitive, quelques pistes de réflexions émergent de cette littérature :

- le niveau d'assurance optimal dépend de l'estimation que l'on fait des pertes et gains résultant pour la collectivité du double effet risque moral et accès aux soins. De ce point de vue, on peut noter la variabilité des résultats issus de la littérature. Concernant le risque moral, qui a fait l'objet de l'essentiel de la littérature, les estimations oscillent entre 8 et 35 % de la dépense. Il n'existe pas de travaux d'estimation du gain venant de l'accès aux soins ;
- pour simplifier l'exposé, nous avons choisi, dans tout ce qui précède, de ne pas distinguer différents types de soins. Or, l'élasticité-prix (donc la mesure de la perte de bien-être), le niveau d'incertitude (donc le gain lié à sa réduction) et le montant des dépenses (donc l'importance de la fonction d'accès) varient fortement d'un soin à l'autre. Ainsi, il y a consensus pour dire que la question d'un ticket modérateur se pose plus sur les prothèses dentaires que sur les soins

### **Éléments empiriques sur le risque moral et la perte de surplus**

*Les considérations théoriques que nous évoquons au long de ce document ont suscité une littérature appliquée visant à mesurer l'éventuelle perte de bien-être liée à l'assurance. Cette littérature, essentiellement nord-américaine s'appuie largement sur les résultats d'une expérience en grandeur réelle menée par la Rand dans les années soixante-dix. Cette expérience a consisté à attribuer aléatoirement à des familles américaines des contrats de couverture maladie différant par le taux de remboursement des soins et par le plafond de dépenses annuelles laissées à la charge de chaque ménage. A un extrême, les soins étaient totalement pris en charge, à l'autre, l'assuré payait 95 % des soins dans la limite d'un plafond de dépense de 1 000 \$ (au-delà duquel les frais étaient pris en charge intégralement).*

*Manning, Newhouse et alii (1987) ont alors relevé les consommations de soins de chacun pendant trois à cinq ans. Un des principaux résultats de cette étude est que ces consommations varient selon le niveau de couverture et la diminution la plus forte est observée quand on passe de la couverture totale à un ticket modérateur de 25 %.*

*Sur ces bases, Feldman et Dowd (1991) ont estimé le gain de bien-être en cas de passage de la couverture totale à la couverture la moins généreuse (95 % et plafonnement). Les résultats auxquels ils parviennent oscillent, selon les hypothèses, entre 10 % et 35 % des dépenses constatées en 1984.*

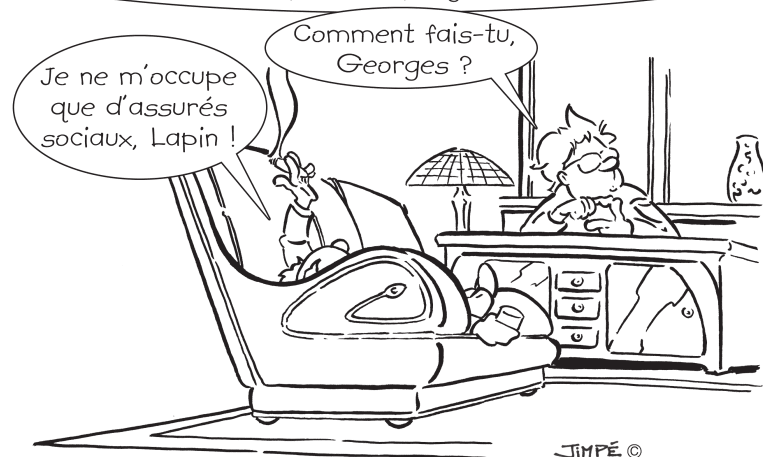
*En neutralisant l'effet du transfert de revenu entre malades et non-malades, Nyman (1999a) montre que Feldman et Dowd surestiment ce gain de surplus liée au risque moral d'environ 20 %.*

*Autrement dit, il vaudrait entre 8 % et 28 % de la dépense totale. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'éléments empiriques permettant d'estimer l'apport de l'assurance en termes d'accès aux soins. Nyman (1999b) a seulement réalisé une simulation d'après laquelle ce gain outrepasserait largement la perte de surplus liée au risque moral.*

(4) On peut interpréter ce débat comme une opposition entre *managed care* et *managed competition* (Choné et alii., 2001).



...vases Ming, canapé Starck, lampe Gallet, tapis du Cashemire, bureau de style, wiskhy, cigares cubains...



## LES JEUX DE



L' ARGENT

hospitaliers, dont la demande est peu sensible au prix, dont les coûts sont très élevés et la survenue rare ;

- au-delà de ces considérations empiriques, une remise en cause plus fondamentale consiste à réfuter l'existence même d'une demande du patient pour certains types de soins. Si on est dans une problématique de besoins plus que de demande, il appartient alors au régulateur de définir le contenu de ces besoins (panier de soins).

Les personnes qui bénéficient d'une couverture maladie ont des dépenses de santé plus élevées que celles des personnes non assurées. Les économistes pensent que cette augmentation vient surtout du fait que les individus sont sensibles aux prix des soins. Pauly (1968) explique que, du point de vue de la collectivité, ce phénomène diminue le bénéfice de l'assurance. Depuis cette époque, des travaux empiriques cherchent à estimer si, et dans quelle mesure, le niveau d'assurance d'assurance choisi par la collectivité n'est pas trop élevé, même s'il permet une augmentation de la consommation des soins. Pour être complètes, ces analyses doivent rendre compte des nombreux avantages de l'assurance comme l'accès à des soins de meilleure qualité ou une prise en charge de traitements très lourds. Finalement, quand bien même ils parviendraient à démontrer le caractère néfaste du risque moral, pour trouver les outils permettant de le limiter, les économistes doivent aussi s'interroger sur le partage des responsabilités entre assurés et prestataires dans l'augmentation de la dépense. ●

## Bibliographie

Arrow K. J., « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic Review*, LIII (5), pp. 941-973, 1963.  
 Choné P., Grignon M., Mahieu R., « Quelles

fonctions économiques pour les opérateurs de soins dans le système de santé français », *Revue française d'économie*, vol XVI (Juillet) pp. 169-214, 2001.

De Meza D., « Health Insurance and the Demand for Medical Care », *Journal of Health Economics*, 2, pp. 47-54, 1983.

Feldman R. et Dowd B., « A New Estimate of the Welfare Loss of Excess Health Insurance », *American Economic Review*, 81 (1), pp. 297-301, 1991.

Feldstein M. S., « The Welfare Loss of Excess Health Insurance », *Journal of Political Economy*, 81 (1), pp. 251-280, 1973.

Geoffard P.-Y., « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral », *Economie et Prévision*, 142, janvier-mars, pp. 123-136, 2000.

Manning W. G. et Marquis S. M., « Health insurance : the tradeoff between risk pooling and moral hazard », *Journal of Health Economics*, 15, pp. 609-639, 1996.

Manning W. G., Newhouse J. P., Duan N., Keeler E. B., Leibowitz A., et Marquis S. M., « Health Insurance and the Demand for Medical Care : Evidence from a Randomized Experiment », *American Economic Review*, 77 (3, June), pp. 251-277, 1987.

Newhouse J. P., « *Free for All ? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment* », Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1993.

Nyman J. A., « The economics of moral hazard revisited », *Journal of Health Economics*, 18, pp. 811-824, 1999a.

Nyman J. A., « The value of health insurance : the access motive », *Journal of Health Economics*, 18, pp. 141-152, 1999b.

Pauly M. V., « The Economics of Moral Hazard : Comment », *American Economic Review*, 58, pp. 531-537, 1968.

Rice T., « Demand curves, economists, and desert islands : A response to Feldman and Dowd », *Journal of Health Economics*, 12, pp. 201-204, 1993.

Rochaix L., « L'analyse du marché des soins médicaux : quelle place pour l'économie de la santé », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 44, pp. 498-510, 1996.

Zweifel P., Manning W. G., « Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care », in : *Handbook of Health Economics*. Culyer A. J., Newhouse J. P. (ed.). Elsevier Science, pp. 409-459, 2000.

**Pour en savoir plus**  
 Bardey D., Couffignal A., Grignon M., « Le risque moral ex post en santé est-il néfaste ? », document de travail CREDES, à consulter sur le site web (<http://www.credes.fr/>)  
 En ligne/  
 WorkingPaper/  
 doctrav.htm),  
 février 2002.

# Pourquoi certaines populations vivent-elles plus longtemps que d'autres ?

## De l'avantage d'être riche, cultivé et Japonais

**André-Pierre Contandriopoulos**, professeur titulaire au département d'administration de la santé de la faculté de médecine de l'université de Montréal. Extrait de la revue *Recherche* n° 322 d'août 1999. Des schémas d'illustration sont disponibles dans la version originale.

.....

*En 1960, les Japonais vivaient moins longtemps que les populations des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), et aujourd'hui ils ont l'espérance de vie la plus élevée... Être un haut fonctionnaire de l'administration britannique procure un avantage certain pour vivre plus longtemps... Aux États-Unis, après un infarctus, la probabilité de décès peut varier de un à trois selon le groupe social auquel on appartient... Comment expliquer ces écarts et ces disparités ?*

.....

Durant la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, l'espérance de vie\* dans les pays développés a gagné environ trente ans. Ce gain, d'abord associé à la baisse de la mortalité infantile, peut être relié, dès les années 1960, à un recul de la mortalité aux grands âges. L'allongement de la vie a entraîné une modification de la pyramide des âges. Elle se manifeste par une augmentation de la proportion des « 65 ans et plus ». Et partout ou presque, le pourcentage des « vieux vieux » a fait un bond : la part des « 80 ans et plus » dans les « 65 ans et plus » est passée dans les pays de l'OCDE d'environ 13% en 1960 à plus de 20% en 1996.

### Questions

Comment expliquer ce décollage spectaculaire ? En connaît-on aujourd'hui les grands déterminants ?

L'analyse par pays montre que l'évolution des espérances de vie à la naissance dans les

différents pays de l'OCDE est loin d'être uniforme, et que les écarts entre les pays retenus se sont beaucoup amplifiés depuis 1960. Cela soulève de nombreuses questions, par exemple :

1. Comment expliquer les gains de longévité de la population japonaise ? En 1960, les Japonais vivaient en moyenne moins longtemps que les populations des autres pays de l'OCDE, et aujourd'hui ils ont l'espérance de vie la plus élevée. Il y a un écart de deux ans entre le niveau de l'espérance de vie des Japonais en 1997 et celui des Français. Deux ans, c'est l'espérance de vie qu'ont gagnée les Français en dix ans !
2. Pourquoi les anciens pays de l'Europe de l'Est, qui étaient dans la moyenne en termes d'espérance de vie en 1960, n'ont pu maintenir leur position ? Pourquoi sont-ils restés à l'écart de la trajectoire suivie par les autres pays jusqu'au début des années 1990 ? Comment cette tendance s'est-elle ensuite inversée et pourquoi leur espérance de vie s'est alors mise à augmenter rapidement ?
3. Comment se fait-il que l'espérance de vie aux États-Unis, le pays le plus riche du monde, soit depuis la fin des années 1980 inférieure à toutes celles des pays retenus (à l'exception des trois pays de l'Europe de l'Est, République tchèque, Hongrie et Pologne) ? Et comment expliquer que des pays comme la Suède et les Pays-Bas n'aient pas réussi à conserver l'avance qu'ils avaient durant les années 1960 ?
4. Qu'ont en commun la Grèce, la France, la Suisse et le Canada pour que l'espérance de vie dans ces pays suivent des trajectoires semblables ?

A ces questions, on se doute qu'il n'y a pas de réponses simples. D'après les données, ni la richesse ni les dépenses de santé mobilisées par l'État ne peuvent expliquer les différences dans l'évolution des espérances de vie. Bien entendu, cette observation vaut pour des pays qui ont des niveaux de développement similaires. Si l'on mélange maintenant pays en voie de développement et pays riches, on a toutes les chances d'observer une corrélation positive entre le niveau de richesse (mesuré par le revenu

\*L'espérance de vie est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un individu dans une population donnée, à qui l'on applique les taux de mortalité spécifiques selon l'âge et le sexe, à un moment donné. Dans cet article, on considère l'espérance de vie à la naissance.



per capita) et l'espérance de vie mais, cette relation moyenne admettra de nombreuses exceptions. Certains pays ou régions pauvres ont en effet d'excellentes espérances de vie : Cuba, le Costa Rica, le Kerala en Inde, et des pays riches ont de faibles espérances de vie : les pays du Golfe, en particulier<sup>1</sup>...

---

## Richesse et santé

L'absence de corrélation entre les dépenses de santé et l'espérance de vie dans les pays de l'OCDE est une notion relativement peu intuitive. Pendant longtemps, on a cru qu'il suffisait de rendre accessibles de façon universelle les services médicaux, l'accès à l'hôpital, et surtout les médicaments, pour que la santé de la population s'améliore et que les disparités entre les différents groupes sociaux s'effacent. Or, aujourd'hui, il faut reconnaître que cet objectif n'a pas été atteint : les disparités face à la santé se sont conservées malgré l'apparition de la médecine dite « scientifique ».

En réalité, la santé, mesurée par l'espérance de vie, est plus fortement influencée par l'ensemble de l'organisation sociale (conditions de vie et position sociale des individus) que par des politiques spécifiques de santé ou par tel ou tel système de soins. Il en est de même pour le vieillissement de la population, conséquence directe, on pourrait même dire mathématique, de l'évolution de la mortalité. Mais pour analyser les facteurs qui influencent le vieillissement ou la santé d'un ensemble d'individus, il faut souvent remonter loin dans le temps. Un exemple : une étude canadienne s'était fixée comme objectif le suivi de la mortalité d'une cohorte de cinq cent mille retraités pendant dix ans<sup>2</sup>. Les chercheurs ont observé que la mortalité dans le groupe des « 65-70 ans » était inversement proportionnelle au niveau de revenus qu'avaient eu ces personnes entre 45 ans et 64 ans et non au niveau de revenus au moment de la retraite. Évidemment, on pourrait objecter que la position sociale (mesurée par le niveau de revenu) conditionne en réalité l'accès aux

soins (« quand on est riche, on va voir de bons médecins et on est mieux soigné »). Cette observation, valable dans de nombreux pays, ne l'est pas au Canada, pays dans lequel le système de soins est très égalitaire (accès généralisé à tous, pas de cliniques privées...).

Tout porte donc à croire aujourd'hui que les caractéristiques des environnements dans lesquels vivent, travaillent, se reproduisent les populations affectent leur état de santé actuel, mais aussi futur, ainsi que la manière dont ils vont vieillir. Cherchant à expliquer pourquoi certains individus vieillissent mieux que d'autres, le sociologue israélien, Aaron Antonovski, a développé, il y a une quinzaine d'années, un concept qui est aujourd'hui largement utilisé : le « sens de cohérence »<sup>3</sup>. L'individu qui possède un « sens de cohérence » élevé a le sentiment que la vie a du sens, que l'on peut agir sur elle, que les choses n'arrivent pas par hasard... Antonovski a étudié plusieurs groupes d'individus dans différents pays et a montré que les individus qui ont un « sens de cohérence » élevé vivaient mieux leur retraite (c'est-à-dire tombent moins malades, moins longtemps, vivent plus vieux, etc.). Selon lui, ce « sens » se développe très tôt dans l'existence, parfois dès la petite enfance. Il est dépendant du milieu familial, de l'éducation et souvent renforcé par les rencontres de la vie (un professeur admirable, une grand-mère combative, etc.).

---

## Environnement

Dans ce contexte, l'environnement, pris au sens large, prédisposerait ou non un individu à bien vieillir. Mais qu'entend-on ici par « environnement » ? Le terme regroupe deux notions : d'une part, l'environnement physique (climat, géographie, ressources naturelles, urbanisme, hygiène publique, pollution, milieu de travail, parc immobilier, réseau routier...) et, d'autre part, l'environnement social. Ce dernier résulte, dans une société donnée, à un moment donné, de l'interaction qui s'établit entre les valeurs de cette société et ses modalités d'organisation

## Pourquoi certaines populations vivent-elles plus longtemps que d'autres ? De l'avantage d'être riche, cultivé et Japonais

(lois, institutions, traditions qui définissent le rôle et les fonctions de l'État et de la société civile, règles et normes qui organisent l'activité économique et les relations sociales).

C'est ce contexte qui, compte tenu des caractéristiques de la population, est à l'origine de la prospérité d'une société, de son caractère plus ou moins égalitaire, de la constitution et du maintien de son capital social<sup>4</sup>. Ce contexte détermine également la structure sociale et les conditions de vie de la population. La structure sociale dépend directement des mécanismes de redistribution des différentes ressources (argent, pouvoir, influence...), de la division du travail et des conditions d'accès aux différents services publics. Quant aux conditions de vie, elles regroupent les conditions de travail, de logement, d'organisation familiale, le lieu de résidence, les différents biens et services consommés par les familles et les individus... Une des dimensions importantes des conditions de vie est bien sûr l'accès au système de soins, mais aussi au système d'éducation ainsi qu'aux

autres systèmes de protection sociale.

Sur le long terme, toutes ces caractéristiques influencent la santé des individus. Elles agissent simultanément sur leur état biologique et psychosocial. On peut illustrer cette idée en imaginant que l'ensemble des facteurs environnementaux et sociaux constitue un immense champ de forces positives et négatives qui s'exercent sur les gens. L'influence de ces forces sur la santé d'une personne dépend de sa résistance biologique (largement déterminée par son bagage génétique, son âge et son sexe) ; de ses dispositions à agir, de sa structure mentale et cognitive (sens de cohérence) ; de ses projets et des ressources (matérielles, symboliques, affectives et sociales) qu'elle peut mobiliser. Les réponses à ces forces se manifestent soit par le maintien d'un état de santé (quelle que soit la définition qu'on lui donne), soit par un dérèglement du système biologique, c'est-à-dire par l'apparition de la maladie. C'est à ce moment-là, et pas avant, que le système de soins est mis à contribution. Ce que l'on attend de lui, c'est qu'il diagnostique et corrige les dérèglements biologiques et qu'il pallie les conséquences néfastes de la maladie. Le processus d'utilisation du système de soins se poursuit jusqu'au moment où la personne retrouve un état de santé acceptable - ou décède.



### Sociétés inégalitaires

Pour progresser dans l'analyse des déterminants de la santé, il faut étudier, de façon fine, l'influence des différents paramètres qui caractérisent la structure sociale et les conditions de vie. Nous avons déjà vu que le niveau moyen de richesse dans les pays développés n'est pas un déterminant fort pour l'espérance de vie. En revanche, de nombreuses études montrent que plus une société est égalitaire (plus elle redistribue les revenus), meilleure est la santé de sa population, mesurée soit par son espérance de vie, sa mortalité infantile ou l'incidence des diverses maladies. Par ailleurs, plus une société devient équitable, plus son espérance de vie

*Plus une société est égalitaire (plus elle redistribue les revenus), meilleure est la santé de sa population.*





augmente rapidement.

Cette tendance - qui admet bien sûr quelques exceptions, par exemple la société danoise - apparaît clairement dans plusieurs travaux récents et indépendants<sup>5,9</sup>. « L'accroissement des inégalités de revenus est mauvais pour l'économie, mauvais pour le taux de criminalité, mauvais pour les conditions de travail, mauvais pour le développement des infrastructures collectives et mauvaises pour la santé - aussi bien à court qu'à long terme » écrivait en 1996 l'épidémiologiste anglais George Davey Smith dans un éditorial du *British Medical Journal*<sup>5</sup>.

Deux raisons pourraient expliquer le phénomène. La première est que, dans une société inégalitaire, on voit augmenter la proportion des individus qui, indépendamment de leur niveau absolu de richesse, se sentent exclus. Ils perdent ainsi le sentiment de pouvoir contrôler leur vie, leurs actions ont moins de sens, leur participation à la vie collective diminue. Or, comme nous le verrons plus loin, le stress qui s'exerce sur ceux qui se sentent dominés par des forces sur lesquelles ils n'ont aucune prise « use » prématurément la vie<sup>10</sup>. La deuxième est liée au fait que dans les sociétés inégalitaires, il y a un désinvestissement dans les domaines et dans les activités qui favorisent l'accumulation de capital social (services publics, activités communautaires...)<sup>4, 7, 11</sup>.

---

## Éducation

Les recherches récentes montrent également que l'état de santé est influencé par la position sociale : il y a un gradient entre la position occupée et la santé. Plus on est haut dans la hiérarchie sociale, meilleure est la santé pendant la vie active, meilleure sera également la vieillesse. Le taux de mortalité chez les fonctionnaires britanniques de 40 ans à 64 ans, sur une période de dix ans, augmente de façon régulière quand on passe des travailleurs manuels au personnel administratif<sup>12</sup>. Mais ce qui est encore plus intrigant, c'est que ces écarts de mortalité ne sont pas associés à des causes spécifiques. On les retrouve avec la même ampleur pour les cancers, les maladies respiratoires, les troubles gastro-intestinaux et les maladies cardiovasculaires<sup>1</sup>.

Les mauvaises habitudes de vie (cigarette, alcool, cholestérol), souvent plus fréquentes au bas de l'échelle sociale, ne sont-elles pas les principales responsables de cet état de fait ? Différentes recherches ont permis d'éliminer cette hypothèse. On constate, en effet, que la prise en compte de ces facteurs de risque n'élimine pas le gradient de mortalité<sup>1</sup>.

Il est aujourd'hui largement reconnu que la position sociale renforce la résistance à l'apparition de la maladie en général et qu'elle permet à certains, quand ils sont malades, de l'être moins longtemps et moins gravement<sup>1, 10, 13</sup>.

Un phénomène semblable a été observé aux États-Unis à propos de la prévalence de différentes maladies en fonction du niveau d'éducation<sup>14</sup>. Ainsi, après un infarctus du myocarde, la probabilité de décès est trois fois plus grande pour les hommes dont le niveau d'éducation est faible que pour ceux pour qui il est élevé<sup>15</sup>. Les conditions de travail exercent le même type d'effets : moins les travailleurs ont d'autonomie dans l'organisation de leurs tâches, moins ils sont valorisés, et plus ils sont malades.

Quant au stress, il peut être comparé aux forces de frottement sur une machine : le stress n'est pas en soi un facteur négatif, mais trop de stress, pendant trop longtemps, sans période dé-stressante, conduit à la détérioration des fonctions vitales de la machine humaine. Là encore, la position sociale intervient. Des travaux montrent que l'usure due au stress sur le long terme touche davantage l'employé que son supérieur : ils seront tous les deux stressés au bureau, mais de retour à la maison le second a plus de chances de se dé-stresser.

---

## Longévité et maladie

L'ensemble de ces observations montre que les facteurs, les situations, les contextes porteurs de santé, c'est-à-dire ceux qui accroissent « la possibilité pour le vivant de s'accomplir<sup>1</sup> » ne sont pas de même nature que les mécanismes qui sont à l'œuvre quand il s'agit de diagnostiquer, de traiter, voire de prévenir, des maladies spécifiques. Si les maladies et la santé, mesurée



## Pourquoi certaines populations vivent-elles plus longtemps que d'autres ? De l'avantage d'être riche, cultivé et Japonais

par l'espérance de vie, ne sont pas des phénomènes indépendants, ils ne sont pas pour autant réductibles l'un à l'autre. La maladie n'est pas l'inverse de la santé. En d'autres termes, ce n'est pas parce que l'espérance de vie d'une population augmente que les individus qui la constituent sont moins malades. L'allongement de la vie s'accompagne simplement d'une transformation de l'incidence et de la prévalence des différents types de maladie et des causes de mortalité, pas de l'élimination de la maladie.

Au début du siècle, les maladies infectieuses touchaient essentiellement les jeunes enfants et étaient la principale cause de mortalité, aujourd'hui les cancers et les maladies cardiovasculaires (qui touchent les populations adultes et les personnes âgées) sont en haut de la liste. Enfin, les Japonais ne sont pas moins malades que les Français, pas plus, d'une façon générale, les femmes que les hommes.

### Mode de vie

La Grèce et le Japon ont connu dans les dernières quarante années une spectaculaire progression de leur espérance de vie, il est pourtant difficile d'identifier des traits communs dans le mode de vie « à la japonaise » et le mode de vie « à la grecque ». De fait, même si quelques-unes des pistes développées dans cet article semblent prometteuses, il faut bien reconnaître qu'on ne sait pas précisément quelles modifications on doit apporter à l'environnement social pour améliorer l'état de santé ou les conditions de vieillissement d'une population. Pour identifier ce qui dans cet environnement atteint l'individu à la fois dans son corps et son esprit, un travail doit être mené par des équipes composées de chercheurs des sciences sociales et de chercheurs des sciences de la vie. C'est, selon nous, l'enjeu central de la recherche en santé publique dans les années qui viennent. ●

\*Les parités du pouvoir d'achat (PPA) sont des taux de conversion monétaire qui éliminent les différences de niveau de prix existant entre les pays.

### Sources

- (1) R. Evans et al., *Être ou ne pas être en bonne santé*, John Libbey Eurotexte, Paris, 1996.
- (2) M. Wolfson et al., *Journ. of Gerontology : Social science*, 47, 4, 1993.
- (3) A. Antonovsky, *Health, Stress and Coping*, San-Francisco, Jossey-Bass, 1979.
- (4) R.D. Putmann, *Making democracy work-civil tradition in modern Italy*, Princeton University Press, 185 p., 1993.
- (5) G.D. Smith, *British Med. Journ.*, 312, 987, 1996.
- (6) J.W. Lynch et G.A. Kaplan, *Journ. Health Psych.*, 2, 297, 1997.
- (7) R.G. Wilkinson, *British Med. Journ.*, 304, 165, 1992.
- (8) G.A. Kaplan, *Intern. Journ. Health.*, 26, 507, 1996.
- (9) M.C. Wolfson, *Monthly Labor Review*, 3, avril 1998.
- (10) M. Drulhe, *Santé et société : le façonnement social de la santé*, PUF, Paris, 1997.
- (11) I. Kawachi et al., « Income Inequality, and Mortality », *Am. J. Public. Health*, Social Capital, 1996.
- (12) M.G. Marmot, « Social inequalities in mortality : the social environment » in R.G. Wilkinson, *Class and Health - Research and Longitudinal Data*, London, Tavistock Publications, 1986.
- (13) A. Antonovsky, *Advances in Mind-Body Health*, 8, 4, 1992.
- (14) T. Pincus et al., *Journal of Chronic Diseases* 40, 865, 1987.
- (15) W. Ruberman et al., *New England Journal of Medicine*, 311, 552, 1984.

### Pour en savoir plus

G. Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1966.  
 C. Herzlich, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Edition de l'École des Hautes études en sciences sociales, Paris, 1969.  
 OCDE, *Eco-Santé 97*, Un logiciel pour l'analyse comparative de vingt-neuf systèmes de santé, Paris, Organisation de coopération et de développement économique et CREDES, 1997.



# Le libéralisme en médecine vu sous l'angle « maussien »

.....

*Les modes classiques de gestion de l'argent, que ce soit dans le cadre de la médecine libérale ou de la médecine régulée par l'État ne rendent pas compte de ce qui se joue et se crée dans la relation de soins. Il importe de découvrir de nouveaux modes d'échange qui fassent une vraie place à la personne dans un réseau de réciprocité.*

.....

Le rapport à l'argent a constitué originellement dans mon parcours une sorte d'obstacle : l'argent empêchait « la » relation avec le patient, bloquait toute tentative d'établir d'autres rapports avec la dimension de la prévention.

C'est à cause de la relation à l'argent, symbolisé par le paiement à l'acte, que la médecine était ce qu'elle était : une entreprise au service d'elle-même et non au service de la santé. L'organisation du système de soin était ainsi stigmatisée par des slogans du genre « à bas la médecine du capital », une médecine liée à l'argent et inféodée aux puissances de l'argent.

Mais cela ne se résumait pas malheureusement à la médecine libérale. Les services publics de soins ne faisaient pas mieux : l'hôpital se concentrait sur ses appétits de technologie et de publicisation d'actes d'exception, actes manifestement davantage au service des fabricants de médicaments et d'autres technologies biomédicales que de la santé du plus grand Nombre.

Du côté des services publics non hospitaliers de soins ou de prévention, la santé de la population n'était pas forcément plus prise en compte. Ainsi en était-il des centres de santé municipaux où les médecins, pourtant rétribués à la fonction, ne faisaient ni mieux ni pire que n'importe quel médecin libéral. Une médecine à l'acte, copiée sur le modèle technique - hospitalier. Assurer à tous l'accès aux soins de qualité (c'est-à-dire copiés sur le « must » de l'hôpital) sous-entendant : c'est par ces soins donnés généreusement à tous que la santé s'améliore (on a les preuves de l'amélioration) et s'améliorera de plus en plus.

En protection maternelle et infantile (PMI), à quelques exceptions (une certaine volonté de santé publique en Seine-Saint-Denis par exemple), ce n'est pas mieux. On dispense des soins de prévention (vaccinations, dépistage, surveillance) à la population qui fréquente le centre, ou à une population captive (les enfants à l'école maternelle). Ainsi, j'ai pu observer dans un département d'Ile-de-France que la protection maternelle et infantile voyait en consultation environ 11 % des enfants d'une classe d'âge, et encore surtout dans la première année de vie de l'enfant. Quid des 89 % restant ?

Ne parlons pas de la santé scolaire ou de la santé au travail. Pour ne pas s'énerver.

---

## Approche libérale, approche administrée : un faux débat ?

Alors, quel constat ? Nous sommes devant une médecine qui fonctionne généralement de manière libérale. Elle a une clientèle, pas d'obligation de résultat, une liberté de prescription.

Les différences, liées au mode de financement et de rémunération, n'ont que des conséquences minimales sur le sens et la finalité des pratiques. C'est juste plus confortable d'être médecin de centre de santé que médecin libéral ou plus valorisant socialement d'être médecin hospitalier. Pas besoin de courir après les actes pour avoir un salaire décent. Le centre de santé est payé à l'acte, et comme le médecin est salarié, que l'infrastructure est souvent lourde

**Michel Bass,**  
médecin de santé  
publique et  
sociologue,  
responsable  
d'une association  
de conseil et  
d'évaluation en  
santé  
communautaire.

Article paru dans  
Pratiques n° 13  
de 2001.

## Le libéralisme en médecine vu sous l'angle « maussien »

(en personnel, en plateau technique), le centre est le plus souvent lourdement déficitaire.

Du point de vue économique, les patients, les citoyens paient deux fois : une fois par l'acte (remboursé par la sécurité sociale) et une deuxième fois par les impôts locaux. Cette dépense de santé se dit « socialisée » car, d'une part, on la pense comme une vraie redistribution (soins destinés prioritairement aux plus démunis) et on imagine que ces soins garantissent à cette population une réduction effective des inégalités devant la maladie et la mort. On se trompe, évidemment, car les inégalités ne proviennent que peu des inégalités de « droit de tirage » sur la sécurité sociale, ou de l'accès à des soins de qualité.

Face à ce constat, certains experts (les spécialistes de santé publique) tentent de rationaliser les pratiques. En clair, il s'agit de s'intéresser aux conséquences des pratiques en termes de santé de la population. Bien sûr, on s'y intéressera d'autant plus que le système libéral, ou « liberal-like » est plus inflationniste. Entre des slogans faciles et à l'emporte-pièce (développer la prévention car il vaut mieux prévenir que guérir) et des analyses économiques et épidémiologiques, on va s'apercevoir de la très faible efficacité du système de soins sur la santé de la population en termes d'espérance de vie, de réduction de la mortalité, de réduction des inégalités devant la maladie et la mort. Le haut comité de la Santé publique évalue cette efficacité dans une fourchette de 10 à 20 % : 10 à 20 % de la réduction de la mortalité générale seraient imputables au système de soin. Vu ce que cela coûte (huit cent cinquante milliards de francs en France), c'est insupportable. Il convient donc d'administrer l'offre de soins afin d'en réduire le coût, à défaut d'en améliorer l'efficacité. On travaille sur l'efficience.

moteur de la santé. Quelques tentatives, en particulier dans les réseaux alternatifs, essaient de penser la santé comme la résultante de facteurs multiples et non d'un simple dérèglement de la machine humaine dont nous serions les mécaniciens. Autrement dit, que la santé et la maladie seraient des affaires politiques au sens plein du mot, nécessitant d'y réfléchir dans des procédures de débat collectif, de confrontation de modèles et de conceptions, bref, qu'il ne faut laisser le débat de la santé publique ni aux seuls experts, implantés dans le marché des soins, ni à la seule administration, reposant sur une logique économique utilitaire.

La santé serait une affaire politique, exigeant une démocratie participative, dans laquelle les logiques, tant utilitaires que de marché, devraient être dépassées, rééquilibrées. Les personnes ne seraient plus alors ni clients, ni usagers, ni patients, ni bénéficiaires, mais acteurs participants. Des personnes qui ont leur mot à dire, en somme. Mais plus encore : la santé n'étant pas qu'une affaire individuelle, mais relevant de facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels, les pratiques de santé ne pourraient plus restreindre leurs modes d'action à la relation individuelle, à cette « privatisation de la négociation sociale<sup>1</sup> ». Développer des pratiques de santé impose des modalités d'action permettant l'exercice de la citoyenneté. C'est-à-dire de la réciprocité. Soit, mais dit comme cela, cette proposition relève plus de l'idéologie que d'un discours théorique construit. Pouvons-nous fonder, en théorie, l'idée d'une démocratie participative dans le domaine de la santé ? Nous pensons que l'approche anti-utilitaire basée sur la théorie de l'anthropologue Marcel Mauss peut nous y aider.

L'analyse du fonctionnement du système de santé repose sur une dichotomie :

- d'un côté la liberté, le caractère libéral (respectant le caractère intime et unique du rapport à la vie et à la mort). La pratique libérale passe par un contrat passé individuellement entre le patient-client et son médecin. Contrat à la fois moral et juridique (signature d'une feuille de soins) ;
- de l'autre l'administration, l'encadrement, la gestion, appelant à l'efficacité, l'examen des

---

### La démocratie participative : une troisième voie ?

Quelle que soit l'approche, libérale ou administrée, le constat est le suivant : le même modèle est à l'œuvre et repose sur l'idée du développement de la bio-médecine comme

(1) Berche T., « Projets et idéologie » in *Anthropologie et Santé publique au pays Dogon, Edition Apad Karthala, Paris, 1999.*



conséquences « objectives » de la production du système dans son ensemble.

Vieux combat entre la médecine et la santé publique ! J'appellerais cette dichotomie, « l'axe État-marché ».

## L'axe Etat-marché

Du côté droit de l'axe : le marché libéral. C'est par des contrats librement passés entre « égaux » que les rapports sont censés être régulés. Pour les tenants de cette régulation, le contrat passé avec le patient, un peu léonin, certes, et sans obligation de résultat, est parfaitement suffisant. L'individu est un être rationnel et calculeur et fera les meilleurs choix possibles en fonction de son calcul : il est libre d'accepter ou de refuser l'offre, laquelle devra s'adapter à la demande. Le contrat libre entre individus égaux tient de ce que les économistes appellent la « loi de l'offre et la demande ». Cette fiction du marché pur existe en médecine. Personne n'aurait de compte à rendre à personne, sinon entre quatre yeux. Le positif de cette utopie : la liberté, la souplesse, l'adaptabilité. Le négatif les inégalités, la gabegie. L'ennui : les gens n'ont rien à dire de collectif, la dimension socio-politique de la santé est niée, ils s'en remettent à l'état pour réguler le système.

De l'autre côté, le non moins mythe de « l'étatisation » de la médecine et de la santé publique. En fait, même la solvabilité des patients est assurée par la loi, par l'État (la sécurité sociale, *stricto sensu*, est bien un appendice de l'état). Les règles sont édictées par l'État, bien plus que par le législateur (le peuple...). On a plus de circulaires que de lois. Même le code de déontologie est une loi (ou a valeur de...). Le pôle étatique garantit le contrat et organise les recours éventuels (avec réticence quand même, cf. l'amiante, le sang contaminé, etc.). Là aussi, les indemnisations sont largement technocratiques (règles administratives et non pas lois débattues par les politiques et la population). La santé publique permettrait d'observer la santé et de conseiller les pratiques, d'édifier l'appareil réglementaire.

Cet axe État-marché se tient : l'État régule et

administre une pratique libérale, commerciale, contractuelle. Le client est seul avec son contrat et les recours éventuels. Le colloque singulier en est l'expression la plus manifeste. Il est théorisé comme nécessaire à la pratique médicale et assorti de tout une rhétorique sur le secret médical : savoir et pouvoir sont les deux faces du même objet, disait Foucault.

C'est par un subtil équilibre entre la pratique libérale et la régulation que le système de santé va donner sa pleine mesure.

La bio-médecine doit être développée, l'offre n'est pas critiquable en soi. La meilleure productivité doit être atteinte, tout en sachant que « le système » fonctionne mieux si on laisse les gens libres de passer les contrats qu'ils veulent.

*La finalité de la médecine libérale, ce n'est pas la santé de la population, mais son propre développement, sa position dans la société. Mais pour l'État aussi, la santé n'est pas une finalité, mais un moyen de pression sur la médecine libérale pour réguler les dépenses. Ce champ du politique, c'est celui qui permettrait de réintroduire une finalité externe aux pratiques de soins, à savoir la santé, le bien-être, le bonheur*

Le libéralisme revendiqué par les médecins, de manière similaire à l'économie libérale, a besoin d'un État fort, de règles bien fixées, pour satisfaire sa propre logique interne. Cette logique interne n'a rien à voir avec la santé, qui ressort d'une logique, d'une finalité externe. Autrement dit, la finalité du libéralisme, espèce d'équilibre entre juridisme et marchandisation des rapports humains, c'est son propre développement. La satisfaction de ses intérêts propres. La finalité de la médecine libérale, ce n'est pas la santé de la population, mais son propre développement, sa position dans la société. La santé de la population n'est pas ignorée : elle est instrumentalisée en moyen. On a besoin de produire de la santé pour développer le système de soin. La régulation par l'État permet de rappeler la finalité de la santé. Mais pour l'État aussi, la santé n'est pas une finalité, mais un moyen de pression sur la médecine libérale pour réguler les dépenses. La dimension de la

## Le libéralisme en médecine vu sous l'angle « maussien »

socialité est la grande absente des pratiques de soins, mêmes sociales. Le champ politique de la santé est marginalisé et instrumentalisé. Le débat se réduit à savoir s'il faut un peu plus de libéralisme ou un peu plus d'État (quel est le juste milieu ?). Pour réguler un système qui n'est interrogeable nulle part dans ses fondements.

Le politique n'est admis qu'à la condition de permettre le développement du champ de la production, c'est-à-dire produire les règles nécessaires au fonctionnement du marché. Ce champ du politique, c'est celui qui permettrait de réintroduire une finalité externe aux pratiques de soins, à savoir la santé (concept un peu difficile), le bien-être (*idem*), le bonheur (*idem*). Difficiles, mais permettant peut-être le débat.



### L'art médical déborde le contexte économique

Bien sûr, cet axe État-marché est un peu caricatural : n'importe quel médecin interrogé pourrait répondre que, dans sa pratique, existent quantité d'autres choses :

- un contrat moral fort passé avec le patient. Le médecin lui « doit » les meilleurs soins. Le patient choisit son médecin, dont la

clientèle apprécie autre chose que l'efficacité pure (la disponibilité, l'accueil, la confiance, etc.) ;

- une valorisation sociale très importante : le médecin (tout comme l'infirmière) est très reconnu socialement ;
- de nombreux et fréquents cadeaux reçus de la part des patients, pour qui les honoraires versés sont insuffisants à exprimer la reconnaissance que l'on a pour son médecin.

Autrement dit, une « bonne » pratique médicale ne se situe pas strictement dans le champ libéral (le contrat moral est plus fort que le contrat juridique), ni dans le champ de la santé publique (ce qui se passe entre un médecin et un malade, et plus encore entre un médecin et sa clientèle, voire un médecin et la population résidant dans le territoire géographique de son exercice ne vise pas expressément à évaluer la bonne qualité des soins).

Une bonne pratique médicale exige de rééquilibrer ce bipôle État-marché. C'est comme si en dehors des règles (la socialisation de l'exercice professionnel) et de la relation thérapeutique (la relation médiatisée par les honoraires), c'est-à-dire tout ce qui tend à réguler l'échange de type économique, marchand ou non marchand, mais en tout cas monétarisé, subsistait quelque chose d'ancien, d'un peu archaïque. Le médecin ressent assez fortement une espèce de dette morale à l'égard de son patient (lui ai-je assez donné ? Ai-je été à la hauteur ?) qui dépasse de loin le « en a-t-il eu pour son argent ? ». L'art médical ne se réduit pas à sa valeur marchande, ni à son « utilité » sociale (l'efficacité). Réciproquement, le patient qui fait des cadeaux le fait car il ressent de son côté une dette vis-à-vis de son médecin (il m'a tant donné, j'ai tant reçu, et en particulier la vie, ou à tout le moins la possibilité grâce à lui de vivre plus longtemps que si je m'étais débrouillé seul), les honoraires versés étant très insuffisants à éteindre cette dette. Et ce n'est pas une question de prix : la dette est d'abord morale, symbolique, et elle n'a pas de prix.

Le lien, fort, qui existe entre patient et médecin, se situe en dehors de cet axe État-marché. Il repose sur la dette morale ressentie réciproquement par chacun. Éteindre la dette n'a pas de sens, puisque cela reviendrait à interrompre le lien.

(2) Caillé A.,  
Anthropologie de  
don, Édition  
Desclée de  
Brouwer, Paris,  
2000.





## La dette et le don

Sur quoi cela repose-t-il ? Sur la triple obligation du don mise en évidence par Marcel Mauss dans son célèbre *Essai sur le don* : donner, recevoir, rendre. La socialité, le fait d'être liés les uns aux autres, donc de vivre en société, existe parce que les hommes échangent des symboles, et que, comme le dit Alain Caillé<sup>2</sup>, il y a équivalence entre symbole et don. On échange du symbole, parce qu'on donne. Ce qu'on donne ne se résume pas au bien matériel et à son éventuelle valeur marchande : pour établir un lien, il faut donner et donner, c'est échanger du symbole. Il « faut » : pour permettre le lien, il y a obligation. Ainsi, si je donne, je deviens « votre obligé ». Mais cette obligation n'est en rien juridique : aucune loi n'oblige à donner, si ce n'est la nécessité d'être et de vivre en société. Paradoxe apparent : je suis obligé et libre en même temps de donner. Mais si je donne, alors un autre reçoit. Il est obligé de recevoir, obligé dans la mesure où il accepte la relation. La liberté est celle de refuser la relation. Dès l'instant où le don est reçu (la relation acceptée), le receveur est en dette et ressent l'obligation de rendre. C'est cette obligation morale de rendre, parfois de manière agonistique, qui assure, par la circulation de la dette, la pérennité du lien. Rajoutons quelques mots sur cette circulation de la dette : contrairement aux dettes monétaires, et dans l'exacte mesure où il s'agit d'abord de symbole (le bouquet de fleurs que l'on offre vaut largement plus que sa valeur marchande chez le fleuriste), il n'y a pas de rendu « donnant-donnant » : on rend plus, et on rend dans le « pot commun » des relations sociales dans lesquelles les échanges sont « enchâssés »<sup>3</sup>, à l'image des tontines des banlieues des grandes villes africaines. Le donneur attend un retour, mais indirectement. Ce n'est pas le patient qui va donner en retour à son médecin de la notoriété.

Dans la relation, dans l'échange, je ne suis pas rien. J'ai à apporter, j'ai de la valeur. Face au médecin, je ne suis pas seulement le demandeur ignorant et s'en remettant à la puissance du savoir médical. Je paye le médecin pour son expertise, mais ce qui se passe avec le médecin (mon médecin) n'est pas éteint par la rémunération et ne se résume pas à la capacité d'expertise du médecin (sans la nier pour autant,

l'expertise étant l'un des symboles forts de la modernité). La dimension symbolique de l'échange dépasse, complète, donne tout son sens au soin, c'est-à-dire à l'échange symbolique qui s'opère dans la relation de soin. Un soin purement technique (même psychologique) peut trouver une valeur marchande (on peut déterminer le prix de revient d'un scanner). La relation médecin-patient se passe largement ailleurs. Payer le médecin permet de m'en libérer partiellement, de ne pas être trop en situation de dépendance (et encore !). Mais chaque praticien sait bien que la confiance, la clientèle, sont hors marché. Même si je peux vendre ma clientèle comme une marchandise, elle n'est pas constituée comme un vulgaire stock.

Autrement dit, c'est la relation qui fait sens. La relation dépend de la capacité d'échange entre les personnes. Ces échanges sont régulés par le marché (honoraires), par les règles (la déontologie, la Sécu), mais par bien d'autres choses : la confiance, la croyance dans les bienfaits de la médecine, ou de n'importe quelle autre pratique. Comment se construit cette confiance ? Dans la réciprocité. C'est-à-dire un espace où je reçois (l'aide, les soins, la bienveillance, la chaleur humaine, le savoir, la vie), mais où je peux (dois) rendre. Rien de pire, de plus aliénant qu'un échange inégal : je reçois, mais je ne peux pas donner en échange. Au moins ma confiance... Les honoraires que je paye au médecin sont largement insuffisants, non pas quantitativement mais qualitativement : si le médecin me sauve la vie (c'est son boulot), ma dette est éternelle. Du côté de la loi, de la règle, la réciprocité est organisée en réversibilité : le médecin me soigne, je le paye en retour, c'est donnant-donnant. Mais ai-je assez donné en retour ? Rien ne m'oblige légalement à donner plus, mais je me sens quand même en dette. Comment éteindre ma dette ?

Dans le système actuel, il n'est pas facile de se positionner dans la réciprocité avec les médecins. Moi, patient, donne au médecin du renforcement narcissique (vous êtes le meilleur puisque je vous ai choisi), du symbolique (je lui reconnais sa position sociale, dans le savoir). Je continue à aller le voir, lui. Mais en tant que client-patient, la relation n'est pas égale ; j'ai l'impression de recevoir trop, en tout cas plus

(3) Cf Latouche S., *L'autre Afrique*, Édition Albin Michel, Paris, 1999.

## Le libéralisme en médecine vu sous l'angle « maussien »

que ce que je peux rendre. Je cherche souvent à donner encore plus. D'où les cadeaux. Symboliquement, ils rééquilibrent le cycle du don et de la dette, ils changent le rapport entre médecin et patient. Le médecin qui reçoit un cadeau, et qui l'accepte, a à son tour un sentiment de dette morale. Pour celui-là, il va falloir que moi, médecin, fasse très attention, plus que d'habitude. On voit bien comme le don lie, attache.

---

### Contre la pratique libérale, la participation

Revenons encore un instant sur la circulation de la « dette maussienne » : elle n'est pas dans la réversibilité, de personne à personne, disions-nous. Dans le système médical moderne, le lien attache directement médecin et patient. Mais l'insuffisance de la circulation de la dette, son caractère trop individualisé - même si on peut l'interpréter en tant que rituel, c'est-à-dire une pratique ayant du sens et de l'efficacité pour

tion sur le mode purement légal permettent ainsi une préservation de cet ordre médical. Pas de réciprocité, pas de dette, pas de lien, pas de devoir « social ». Seule obligation, des règles déontologiques. Mais sans cet espace de réciprocité, la négociation sociale sur les problèmes de santé, les maladies, leurs causes, les manières dont la société les affronte (c'est-à-dire les citoyens organisés dans le champ politique) deviennent impossibles.

L'idée de la participation ressort de ce constat : une organisation « libre et spontanée » des échanges individuels et collectifs permettant à chacun de donner plus qu'il ne reçoit, d'avoir une place, d'être reconnu, d'avoir sa voix au chapitre. Il me semble que l'idée de santé communautaire repose sur ce constat : qu'est-ce que chacun donne et reçoit pour la santé ? Promouvoir la santé, dit l'Organisation mondiale de la santé, c'est d'abord développer la participation. Qu'est-ce que la participation ? C'est la possibilité pour chacun d'être dans la construction collective. C'est-à-dire de pouvoir donner. D'être reconnu comme personne à part entière, citoyenne de sa santé.

L'axe État-marché s'enrichit d'un troisième pôle, celui de la réciprocité, du don, de la circulation de la dette, de la participation sociale. Ce pôle que certains appellent la société civile. Ainsi triangulée, l'analyse du système de santé peut revenir sur la question de l'argent.

*Mais sans cet espace de réciprocité, la négociation sociale sur les problèmes de santé, les maladies, leurs causes, les manières dont la société les affronte (c'est-à-dire les citoyens organisés dans le champ politique) deviennent impossibles.*

*C'est-à-dire de pouvoir donner. D'être reconnu comme personne à part entière, citoyenne de sa santé.*

l'ensemble de la société - ne permet pour le moment pas au lien d'être plus productif socialement, politiquement, normativement. Le médecin donne toujours plus qu'il ne reçoit, dans sa pratique individuelle. Il garde la maîtrise et le pouvoir. Il n'y a pas d'espace de vraie réciprocité (sauf exceptions). Le médecin peut ainsi rester libéral, c'est-à-dire délié. La médecine peut garder son statut « d'extra territorialité ». Le médecin est à part, sa pratique secrète, régulée par ses pairs. La maladie « garde son statut de vérité non négociable<sup>4</sup> ». La pratique du médecin, et plus généralement la médecine, peut ainsi développer un pouvoir très singulier. Le caractère libéral de la pratique et sa régula-

---

### Inventer de nouveaux modes d'échange

L'argent, dans la relation avec le patient, joue en même temps un rôle exagéré (on lui prête un pouvoir qu'il n'a pas) et un rôle insuffisant du point de vue du libéralisme économique (il n'éteint pas assez la dette, il ne libère pas vraiment le médecin de la dette symbolique). Augmenter même substantiellement la rémunération ne résoudra pas ce problème, car il se situe ailleurs. Réciproquement, supprimer le paiement à l'acte n'est pas suffisant en soi pour résoudre les problèmes posés par la pratique médicale. Le changement du mode de paiement des médecins, pour important qu'il soit concrètement pour l'organisation de la profession, ne suffit pas à rééquilibrer le système vers une

(4) Berche A., opus cit.



pratique plus solidaire, diminuant cette tension artificielle entre médecine et santé publique, entre État et marché.

Une pratique qui avancerait : découvrir des modes d'échange et de relation qui fassent une vraie part à la personne, *dans un réseau* de réciprocité. Où la santé que les gens veulent soit construite tous ensemble, et où les médecins seraient insérés dans un réseau de solidarité locale, permettant la construction d'une parole collective, d'une politique. Où les problèmes, comme le dit Jacques Donzelot<sup>5</sup>, ne sont des problèmes qu'en tant qu'ils sont une succession d'évènements individuels ayant des causes communes que les gens peuvent analyser eux-mêmes avec notre aide.

Le lien social par le don symbolique n'est pas qu'un archaïsme : il est bien vivant, obligatoire, en particulier dans la relation médecin-malade. Il peut nous permettre de se sortir de la dichotomie État-marché et de reconstruire des échanges non marchands, pour la santé, ce qui imposerait sans doute d'autres formes de régulation (rémunération des médecins, formes d'exercice, industrie de la santé) que la simple administration, au profit des médecins, du marché de la santé.

Ce quelque chose, on le trouve dans des expériences alternative :

- les maisons médicales autogérées belges des années soixante-dix (ça continue) : certains disaient « cogestion ». J'en discutais récemment avec le fondateur de la maison médicale de Tournai : il est violemment contre la cogestion, car il ne s'agissait pas de gérer ensemble l'insatisfaisant, mais bien d'inventer de nouvelles pratiques (utopiques...);
- les réseaux de soin, au moins certains, ceux qui laissent vraiment une place aux gens, et ne définissent pas de manière trop professionnelles ou technocratique la qualité des soins à la place des patients ;
- les SEL (systèmes d'échanges locaux), où la réciprocité est organisée avec création de pseudo monnaie. Intéressant à explorer pour les médecins ;
- les réseaux d'échange réciproque de savoirs.

Mais tout cela est de l'utopie ! ●

(5) Donzelot J.,  
Community  
Policing à  
Chicago, 2000.

# L'argent et les maisons médicales

*Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen.*

.....

*Les traditions politiques sur lesquelles les maisons médicales se sont fondées se résument à peu de choses : la tradition anarchiste, la tradition sociale-démocrate, la tradition marxiste léniniste et leurs multiples avatars.*

.....



*(1) Les anarchistes n'aiment pas l'Etat, supposé se séparer de la société et générer une nomenklatura parasite et autoritaire.*

**Pour la tradition anarchiste,** l'argent est rien moins qu'évident, le concept de troc semble plus adapté : la base de l'organisation sociale, c'est la commune, c'est-à-dire un ensemble de citoyens qui délibèrent directement de toute la gestion intérieure. Le principe intégratif est la fédération, c'est-à-dire que les communes

peuvent s'unir pour remplir certaines tâches. Elles échangent ce qu'elles ne peuvent produire, mais bien sûr sans appât du gain, ni traunderie. La meilleure garantie contre les échanges inégaux, c'est l'autosuffisance alimentaire (et élémentaire) de chaque commune. Si une commune (où un groupe de communes) souhaite établir des échanges inégaux, les autres communes se retireront du circuit d'échange. Nous observerons que si la démocratie directe fonctionne à l'intérieur de la commune (à la Suisse), les différentes fédérations nécessitent des délégations de pouvoir, mais les délégations sont labiles alors que les communes sont le seul élément stable de l'organisation, l'*A-tomos* (l'insécable) social. Le droit de sécession est garanti et permanent. La question de la répartition au sein de la commune se fait selon le principe d'équité, ce qui fait qu'il n'existe aucun lien individuel entre travail et rémunération. Il existe cependant des liens collectifs, une commune dynamique et bien située risque de bénéficier d'un bien être supérieur à celui d'une commune vieillissante à la géographie défavorable. La solidarité est prévue, mais il n'est pas prévu d'état<sup>1</sup> régulateur pour garantir cette solidarité, il s'agit uniquement de bonne volonté et des fruits supposés d'une éducation révolutionnaire.

**Le marxisme-léninisme** s'est constitué comme technique de prise de pouvoir anticapitaliste. En effet, l'anarchisme ne connaissait guère que la grève générale pour renverser le pouvoir établi. Cette méthode est lourde et d'un manie-ment aléatoire. Elle suppose une vaste prise de conscience de la population et des réserves alimentaires permettant de tenir la distance. Lénine, ne souhaitait pas attendre le jour favorable à une telle grève. Il fallait une prise de pouvoir rapide par un petit groupe d'hommes décidés, des révolutionnaires professionnels. Au rebours des anarchistes, les marxistes léninistes souhaitent un Etat fort, du moins dans une phase transitoire, il s'agit d'éradiquer la source du mal, avant de laisser la société fonctionner sans tutelle. Le processus se rapproche de l'autorité parentale vouée à disparaître au fil de l'autonomisation progressive de l'enfant. Marx parlait du dépérissement de l'Etat. Dès lors, le système marxiste léniniste n'a de cesse de réduire les anarchistes qui veulent brûler les étapes. Le système est pyramidal et les salaires sont fixés



d'autorité sur une base idéologique (les professions manuelles sont favorisées par rapport aux professions intellectuelles, mais la *nomenklatura* se réserve les meilleurs morceaux). Le principe de paiement de cette phase provisoire est à chacun selon son travail, basé sur nombre d'heures et utilité sociale supposée. Le principe d'équité ne sera appliqué que plus tard lors de la phase finale « communiste » contemporaine du dépérissement de l'Etat. Une sécurité sociale très complète organise le principe de solidarité pour ceux qui ne peuvent travailler.

**La tradition sociale-démocrate** a cherché un compromis tant sur la question de l'Etat (entre anarchistes et marxistes) que sur le rapport à l'économie de marché (entre marxistes et libéraux). Les formes historiques qu'ont pris ces compromis sont extrêmement variées en fonction des traditions nationales (sur un axe nord-sud) et des circonstances historiques. Il est clair qu'au départ, en tous cas, la réforme (par le bulletin de vote) devait être radicale et la conquête du pouvoir d'Etat était essentielle, même si elle était pacifique.

A l'analyse, les maisons médicales présentent des caractéristiques proches des communes anarchistes, ou des kibboutz primitifs, mais limitées au seul outil de travail, l'évolution des maisons médicales a conduit à une différenciation importante des sphères professionnelles et privées. Les maisons médicales du Parti du travail de Belgique sont plus proches du modèle marxiste léniniste (elles s'en revendiquent d'ailleurs). Certaines de nos maisons médicales sont parfois attirées vers le modèle social démocrate, teinté parfois de libéralisme. ●



L'ÉCOLIER EDITÉ POUR ILLUSTRÉ

“COMPAGNIE ANGLAISE”

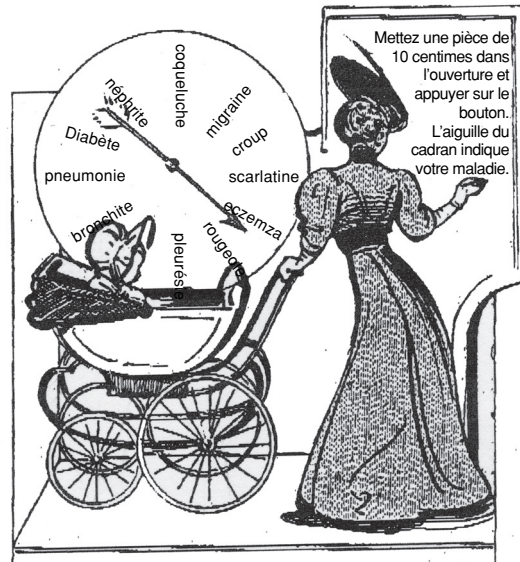
7 & 9, PLACE DE BROUCKÈRE (BRUXELLES)



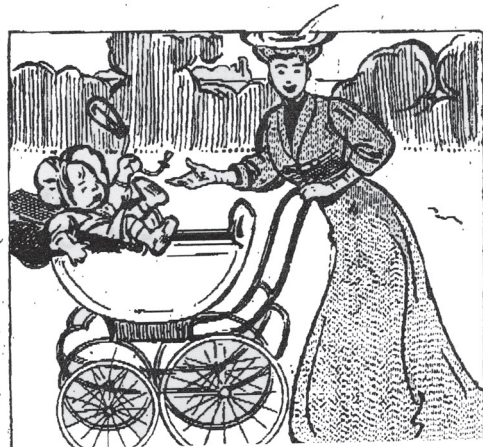
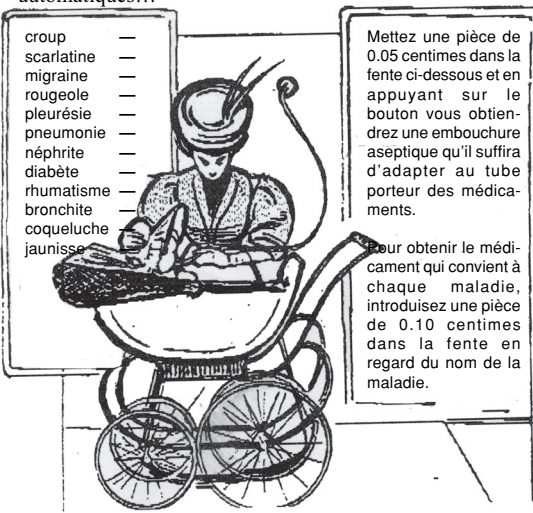
LA MÉDECINE AUTOMATIQUE, par THÉLEM



- Bébé est tout triste, pourvu qu'il ne soit pas malade ! Si je pouvais trouver un de ces appareils automatiques...



- Justement, en voici un. Montons sur la plate-forme aux diagnostics, afin de connaître la maladie de Bébé.





## Quelques impressions à la lecture de ce cahier

La bande dessinée que vous venez de découvrir date de 1908. A l'époque, contrairement aux sciences dites exactes, la médecine « scientifique » a encore peu de réalisations à son actif et le dessinateur se prend à imaginer un futur où la maladie sera « mécanisée », où quelques pièces glissées dans la fente adéquate résoudront tous les problèmes de santé dûment classifiés. Un futur où le soignant est invisible, remplacé par une machine, et où le patient vient déposer son corps à l'institution médicale comme on dépose sa voiture au garage, pour le reprendre guéri peu après. Dans cette funeste prédiction dont la menace plane encore, il n'y a plus de place pour des acteurs de la relation de soins, il n'y a plus d'interaction humaine ni de sens... mais il y a toujours de l'argent.

Ne nous laissons pas emporter par le frisson qui nous parcourt l'échine à cette perspective glacée, « sire il y a encore des hommes » et encore ils se regardent, se touchent, se parlent. Ils échangent des informations, mais aussi des sentiments et du sens. Et de l'argent.

Quelle est alors la place de l'argent dans la relation thérapeutique ? Les différentes interventions que vous venez de lire indiquent une réponse majoritaire, bien que ni unanime ni univoque : l'échange d'argent revêt un sens fort pour les partenaires de la relation thérapeutique, chacun de leur côté, mais l'absence de transaction financière ne met pas en péril l'existence de cette relation thérapeutique. Le forfait l'illustre à merveille : le soignant débarrassé du souci de son revenu et le soigné assuré d'un accès aisé aux soins se passent de la transaction financière sans inconvénient, et même avec profit puisque la relation peut être investie sans arrière-pensée. Le rôle symbolique de l'argent tel qu'il est parfois décrit dans les processus psychothérapeutiques ne se joue pas en dehors de ce cadre spécifique.

Portée de longue date par la corporation médicale, la vieille revendication de liberté des honoraires ne trouve donc pas d'argument « thérapeutique » et n'a de sens que dans la stratégie de la tension qui oppose les soignants, inquiets des interventions publiques dans leur pratique, aux organismes chargés de la gestion de la solidarité qui tentent de contrôler les flux

financiers. Notons au passage que l'interdiction du tiers-payant en pratique ambulatoire (toujours en vigueur à quelques exceptions près, dont la détresse financière attestée... par le soignant) associée à l'obligation du tiers payant en seconde et troisième ligne montre ici toute son absurdité. Elle ne trouve aucune justification dans la valeur symbolique de l'échange et, au plan économique, il s'agit clairement d'un mauvais calcul : elle déforce l'accès à une première ligne efficace et peu coûteuse, rend plus attractif le recours aux autres niveaux sans pertinence médicale évidente à ce recours spécialisé, ou pire, elle retarde l'accès aux soins au risque de laisser dégénérer des problèmes de santé.

Et pourtant, même si l'évacuation de la transaction financière n'altère en rien la relation thérapeutique, nombre de réflexions parcourent ce cahier qui montrent que l'argent peut y jouer un rôle important.

Les patients manifestent certes leur appui aux systèmes où ils ne doivent pas avancer d'honoraires, mais ils ne s'y sentent à l'aise que lorsqu'ils acquièrent la conviction que le soignant est payé par ailleurs, un ailleurs alimenté en fait par leurs cotisations. On ne peut donc considérer qu'il n'y a pas de transaction financière : elle existe toujours, bien réelle, ce qui change, c'est qu'elle ne se matérialise pas de manière directe dans le cours de la relation. Sans la conscience de ce paiement, il sera difficile de fonder un pacte thérapeutique sur des bases saines.

Le fait de payer son soignant peut aussi être un moyen « d'injecter du relationnel », principalement dans la relation duelle, qui a conservé des traits de l' ancestrale médecine empirique tout en bénéficiant des progrès scientifiques. Par contre, lorsque la médecine scientifique occupe seule le champ thérapeutique, la relation médecin-malade s'estompe et cède la place à une confrontation médecine-maladie d'où soignant et soigné sont comme évacués : dans ce contexte, bien souvent le patient ne sait pas qui il paye quand par exemple il reçoit la facture hospitalière (la bien nommée...), ce qui n'est pas sans le troubler.

En ce qui concerne les soignants, la situation

*Axel Hoffman,*  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
Norman Bethune.

## Quelques impressions à la lecture de ce cahier

diffère selon qu'ils sont payés directement par le patient ou par un tiers. Les premiers semblent se faire plus de soucis que les seconds, sans que l'on puisse en incriminer un besoin ou un goût différent pour l'argent. La possibilité de planification financière qu'offre le paiement au forfait possède probablement des vertus apaisantes, de même que la disparition de négociations parfois ambiguës avec le patient.

Dans le cadre même de la relation, et s'il ne constitue pas un obstacle à l'accès aux soins, l'argent (qu'il soit échangé directement ou payé par un tiers) conserve ses pouvoirs symboliques. Il réduit (ou efface) symboliquement la dette du patient pour le service rendu, même si le montant de l'honoraire n'a que peu de rapports avec ce service (ce qui amène certains patients à laisser un pourboire ou à offrir un cadeau, situations toujours embarrassantes pour le soignant). Il constitue non seulement le revenu du soignant mais aussi la reconnaissance de son statut et de l'investissement qu'il met dans la relation.

Au revers du relationnel qu'il introduit, l'argent peut aussi être une manière d'instrumentaliser la relation, par exemple par les soignants qui multiplient les contacts dans un but lucratif, ou par les usagers qui s'offusquent du refus de leurs exigences (produit, avantage social, examen) en s'exclamant « Mais docteur, je vous paie ! ». Difficile de croire que ces dérives sont inédites dans l'histoire, mais elles s'ancrent à une profondeur inconnue jusqu'ici, dans une société que le progrès scientifique a habituée à penser que tout est possible, et donc exigible, dans un monde où les discours de légitimation des valeurs sont vigoureusement ébranlés (Dieu est mort, tout se vaut) et sont enfoncés de toutes parts sous les coups de boutoir de la loi du marché. L'argent devient ici le moyen de sceller un échange qui se veut marchand et non relationnel.

Ainsi donc l'argent nous donne beaucoup et son contraire à lire dans la relation de soins. A ceux qui nous disaient, citant Euripide : « Ne parle pas d'argent; je n'adore pas un dieu qui se donne si vite au dernier des drôles », nous avons répondu avec Péguy pour qui « Il faut savoir parler d'argent quand il faut. Il y a une espèce de tartufferie à s'en taire ». Voilà un reproche qu'on ne pourra nous faire. ●