

Pompier pyromanes

Marc Zaffran

Number 309, Fall 2015

Santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/79180ac>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Collectif Liberté

ISSN

0024-2020 (print)

1923-0915 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Zaffran, M. (2015). Pompier pyromanes. *Liberté*, (309), 26–31.

Pompiers pyromanes

Les inégalités du système de santé se perpétuent.

Et les médecins n'y sont pas pour rien.

par Marc Zaffran

NOUS ne naissons pas égaux. Nos inégalités initiales retentissent sur le reste de notre vie, et en particulier sur notre santé. Dans un système de santé « idéal », le rôle des professionnels consisterait, en particulier, à compenser et à prévenir ces inégalités fondamentales, à lutter contre elles. Dans la réalité, il n'en est rien. De fait, le corps médical contribue à les pérenniser. Et à les aggraver.

Parmi les inégalités de naissance, deux ont un effet direct et immédiat sur la santé : le bagage génétique ; le milieu socioéconomique. Le bagage génétique est transmis par les deux parents. L'espèce humaine est sexuée parce que, du point de vue de l'évolution, la reproduction sexuée est plus adaptée que la parthénogenèse. Cette dernière existe dans la nature, mais les organismes qui s'autoclonent sont en général petits. Or, plus un organisme est gros, plus il est agressé par les parasites de l'environnement, tels les bactéries et les virus, et doit, pour survivre, disposer d'un système immunitaire complexe. La reproduction sexuée permet à un individu, en mêlant ses gènes à ceux d'un autre, de produire des descendants dotés d'un système immunitaire « neuf », apte à lutter contre les parasites qu'ont rencontrés ses parents. La prohibition de l'inceste, spontanée chez tous les animaux (et renforcée par la culture chez les êtres humains), et les mouvements de population contribuent à varier le bagage génétique de l'espèce humaine et expliquent que nous soyons aujourd'hui plus de sept milliards.

Pour l'immense majorité des humains vivant dans des pays non industrialisés, la survie ne découle pas des progrès de la médecine, qui sont offerts aux pays riches, mais de facteurs plus simples et néanmoins efficaces : la lutte contre la faim, l'assainissement des lieux de vie communautaire, les vaccinations et le brassage génétique.

Dans toutes les espèces, les métis sont en meilleure santé que les individus de lignée « pure ».

Que la conception soit « naturelle » ou artificielle (procréation médicalement assistée), le bagage génétique reste le résultat d'un tirage au sort. Les membres d'une même fratrie n'ont pas tous la même taille, les mêmes traits... ou la même santé. On peut naître en bonne santé de parents qui ne le sont pas, ou l'inverse. Bien avant la naissance, le hasard règne en maître.

Le milieu socio-économique est le second facteur déterminant. Naître dans un milieu qui manque de tout, c'est être exposé aux anomalies du développement fœtal, à la prématurité, à un accouchement difficile ou traumatisant puis à la malnutrition. Tous ces aléas sont liés à l'âge, au niveau d'éducation et aux ressources de la mère. Plus ces ressources sont importantes, meilleure sera son éducation. Si elle a des enfants plus tard, elle en aura moins et dans un meilleur état de santé que dans le cas d'une femme n'ayant pas eu les mêmes ressources, matérielles ou éducatives. De plus, faibles ressources, âge de la première grossesse et espérance de vie sont étroitement liés : plus les femmes sont pauvres, plus leur risque de mourir jeune est élevé ; plus les grossesses sont précoces, nombreuses et rapprochées, plus la santé des enfants est précaire. Cette réalité est observée partout sur la planète, dans toutes les sociétés.

Par ailleurs, le milieu socio-économique est favorable ou non à la présence des deux parents, et à celle d'un *réseau* de proches et d'amis propices à la santé et à la sécurité des enfants. Pour des parents vivant ensemble, avec un salaire et un environnement adéquats, il est plus facile d'élever des enfants en bonne santé. Si le bagage génétique est le fruit du hasard, les conditions socio-économiques, en revanche, ne le sont pas : les inégalités de ressources sont le fruit des politiques sociales du pays ou de la province, des phénomènes de ségrégation ou d'ostracisme, contemporains ou historiques.

Solidaires et égalitaires?

LES SYSTÈMES DE SANTÉ des pays développés affichent plusieurs objectifs nobles : assurer la prévention des affections les plus fréquentes; dépister tôt les maladies graves; fournir soins et traitements à tous les citoyens, etc.

Au Québec (c'est également vrai en France), le système de santé est dit « solidaire » : son financement est assuré par la collectivité et les soins sont réputés être accessibles à tous, de manière équitable. Manifestement, il s'agit d'un vœu pieux. D'abord, encore une fois, à cause de l'existence des inégalités ces objectifs ne sont pas atteints. Si on est riche et éduqué,

Dans un système égalitaire,
les soins devraient être
délivrés à tous,
sur tout le territoire, par
des institutions et des
professionnels
ayant un statut
et des moyens d'action
identiques.
Il n'en est rien.

il est plus facile d'accéder aux soins et aux ressources parce qu'on sait qu'ils existent et à quelles portes frapper. Le paradoxe est flagrant : plus on est issu d'un milieu favorisé, plus on est en bonne santé *dès la naissance*. Les citoyens depuis toujours en bonne santé ont donc un meilleur accès aux soins que les autres.

Ensuite, le caractère « solidaire » du dispositif est démenti par les modalités de délivrance des soins. Dans un système égalitaire, les soins devraient être délivrés à tous, sur tout le territoire, par des institutions et des professionnels ayant un statut et des moyens d'action identiques. Il n'en est rien. Chaque région dispose de moyens différents et le monde de la santé est profondément inégalitaire, comme l'atteste le fossé hiérarchique entre corps médical et autres soignants. Je ne parle pas ici seulement d'une hiérarchie de responsabilité : si un médecin n'a pas le même statut qu'une infirmière ou une sage-femme, c'est grâce à ses *privileges*.

Pris dans son ensemble, le corps médical contrôle l'accès et la mise en œuvre des ressources technologiques : hospitalisation; indication, pratique et interprétation des tests; prescription et mise en œuvre de traitements; accès aux spécialistes; etc. Or, ni la formation initiale ni l'expérience professionnelle ne justifient, du point de vue scientifique, ces privilèges exorbitants dont dispose la profession médicale.

Prenons un geste simple comme la prescription d'une contraception. Selon le lieu, elle peut être faite seulement par des médecins (au Québec), par des médecins et des infirmiers spécialisés (en Angleterre) ou encore par des médecins et des sages-femmes (en France). Trois pays, trois réglementations. Dans tous les pays en développement, où il y a peu de médecins, la contraception est délivrée par des infirmiers. Beaucoup d'autres soins primaires ou plus spécifiques (dépistage des cancers du col de l'utérus par pap-test, vaccinations, accouchement, par exemple) ne nécessitent pas la présence d'un médecin, et les exemples ne manquent pas de pays où on s'en passe très bien. Pourquoi ces disparités?

Une caste professionnelle

POUR les expliquer, on invoque souvent le niveau de compétence. Mais, stricto sensu, il n'y a pas de différence de nature entre les soins délivrés par les médecins, les infirmiers et les sages-femmes. Tous sont formés et habilités à pratiquer diagnostic, examens et gestes invasifs. La complexité des gestes ne tient pas à la formation initiale ou à des aptitudes particulières qui seraient le fait des seuls médecins, mais à l'apprentissage en situation. Ainsi, un étudiant qui commence sa résidence en chirurgie n'a pas une formation différente de celui qui s'engage dans la médecine de famille. Alors on ne voit pas pourquoi, par exemple, des sages-femmes rompues aux accouchements difficiles ne seraient pas habilitées à effectuer les gestes chirurgicaux appropriés à leur exercice; ou pourquoi une infirmière de réanimation, formée à diagnostiquer un trouble cardio-respiratoire aigu, ne pourrait pas prendre l'initiative de traiter le patient qui en a besoin. Dans les faits, la sage-femme devra céder la place au résident en obstétrique, l'infirmière au résident en réanimation, même si elles ont vingt ans d'expérience de plus qu'eux.

Tout se passe donc comme si les médecins formaient une *classe* de professionnels, définie non par leur formation initiale ou acquise, mais par des privilèges arbitraires. Plus la société alentour est inégalitaire, plus ce clivage est fort.

La profession médicale a presque tous les attributs d'une caste « rigoureusement fermée dans son organisation, ses usages, ses droits propres et dont la distinction hiérarchique est généralement déterminée par le genre d'activité » (*Trésor de la langue française*). Les médecins disposent d'institutions propres (l'Ordre en France, le Collège au Québec), véritables juridictions d'exception qui contrôlent l'admission des postulants, surveillent le comportement des professionnels, sanctionnent les praticiens en infraction, poursuivent les

individus qui pratiquent la médecine sans agrément, etc. Seuls l'armée et l'appareil judiciaire disposent de la même autonomie. Et cela n'est pas sans conséquence : en 2009, dans « The Cost Conundrum », article publié dans *The New Yorker*, le médecin-journaliste Atul Gawande montrait comment, dans deux villes similaires du Texas, le comportement des praticiens fait toute la différence entre des soins efficaces au meilleur coût et une surconsommation délétère.

Un paradoxe antidémocratique

A PREMIÈRE VUE, on choisit de devenir un professionnel de la santé par goût pour les relations humaines et pour le soin. Soigner est une activité altruiste, par nature exigeante. Est « altruiste » un acte bénéfique pour autrui et coûteux pour celui qui l'effectue. Soigner exige un investissement physique, intellectuel et émotionnel important. Dans une société égalitaire, tous les soignants devraient être rémunérés en proportion de leur investissement, et agir en synergie, avec un objectif commun : le maintien et l'amélioration de la santé de tous. La coopération permet d'atteindre cet objectif en répartissant l'investissement humain sur l'ensemble des soignants. Le hic, c'est que dans la majorité des pays développés, les professionnels de la santé sont en compétition. Le statut particulier des médecins permet à ceux-ci de délivrer les soins comme ils l'entendent, fût-ce aux dépens des objectifs communs et, qui plus est, en se taillant des revenus sur mesure en usant à leur guise des outils technologiques. En matière de santé, tout médecin est à la fois juge et partie. Ses intérêts propres le poussent à reprendre la devise du *Knock* de Jules Romains : « Tout bien portant est un malade qui s'ignore. » Lorsque l'idéologie l'emporte, il peut se comporter de manière maltraitante sans risque d'être inquiété. Et comme la compétition entre praticiens fait rage, beaucoup agissent en pompiers pyromanes, contribuant à l'invention de maladies imaginaires, pour leur profit et celui de leurs commanditaires commerciaux.

Au Québec comme en France, un médecin peut choisir librement d'exercer dans le service public ou dans le secteur privé. Dans les établissements publics, la prise en charge des malades est collective, et donc sujette à un débat d'équipe. Chaque praticien est salarié et doit se plier aux contraintes inhérentes aux objectifs communs. Dans les établissements privés, les praticiens sont rémunérés en fonction des gestes diagnostiques (tests) ou thérapeutiques (interventions) qu'ils décident, seuls, de pratiquer.

Ce paradoxe est d'autant plus insupportable que la formation des médecins est assurée dans des institutions publiques, que leur certification leur est délivrée par un organisme public, que leur exercice est – par la loi – soumis à la tutelle publique et que cette formation est censée profiter à l'ensemble du public ! On pourrait s'attendre à ce que ces privilèges s'accompagnent d'obligations envers la collectivité.

C'est le contraire qui se passe. La spécialisation et la privatisation sont les principales responsables de ce paradoxe.

La spécialisation permet aux médecins de maîtriser des appareillages coûteux. L'exercice privé leur permet de tirer de cette utilisation un profit personnel et de choisir à qui ils vont les proposer. Les entreprises de santé privées ne sont pas des institutions caritatives. Les médecins qui y travaillent contribuent à leur activité et en bénéficient. Ils ne voudront et, dans une certaine mesure, ne pourront dispenser leurs soins qu'aux patients qui ont les moyens de se les offrir et non à ceux qui en ont le plus besoin. Cette tendance spontanée à la « sélection » des patients est d'autant plus prévisible – et logique – que, le plus souvent, comme le soulignent Ana Balsa et Thomas G. McGuire, on soigne mieux ceux qui nous ressemblent que ceux qui nous sont étrangers. Un neurochirurgien privé qui voudrait se consacrer aux plus démunis ne pourrait pas le faire : aucune institution à but lucratif ne voudrait l'employer, aucune institution caritative ne pourrait financer son exercice et le rémunérer à la mesure de sa « valeur ». Sans parler de ce qu'en dirait sa famille... Dans une certaine mesure, il n'est pas excessif d'affirmer que plus un médecin spécialisé exerce en privé, plus ses intérêts personnels sont contraires à ceux de la collectivité.

Un système de santé ne peut être équitable et égalitaire alors que la délivrance des soins ne l'est pas. Et comment peut-elle l'être lorsque certains professionnels ont un statut et une pratique différents des autres, peuvent choisir d'exercer dans des institutions privées et proposer leurs services à des patients sélectionnés aux fins de servir des intérêts économiques ou idéologiques contraires à ceux du plus grand nombre ?

Service public et rentabilité

LE PROBLÈME fondamental ne réside pas *uniquement* dans les privilèges du corps médical, mais dans le fait, tout aussi incontournable, que, bien avant d'être un service public, la santé est d'abord un marché. Un service public n'a pas pour objectif de faire du profit. Il a pour but de proposer à tous les citoyens des services *collectifs et particuliers*, conformément aux missions dont est chargé l'État. Dès qu'un service public se donne pour objectif d'être rentable, la quête de rentabilité prévaudra toujours sur les intérêts particuliers des citoyens – qu'on pense aux services postaux.

Une politique, un système de santé égalitaire ne peut pas être *rentable* à court terme. Ses bénéfices ne sont pas immédiatement observables. Ainsi, un système de distribution d'eau et tout-à-l'égout ne sont pas « rentables », mais s'ils sont compromis par une catastrophe naturelle, les conséquences sanitaires et économiques sont désastreuses. De même, un système de santé public devrait s'attacher à soigner *en priorité* ceux dont la santé est la plus précaire et la plus menacée. La prévention des maladies chez les plus démunis est bénéfique pour l'ensemble de la population. C'est ce principe

qui a permis de réduire l'incidence du choléra, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose dans les pays développés et d'éradiquer la variole de la planète.

À l'heure actuelle, les systèmes de santé « solidaires » de sociétés comme la France ou le Québec ne sont pas d'authentiques services publics. Ils bénéficient avant tout (liste non exhaustive) aux citoyens les plus aisés; aux médecins hyperspécialisés; aux établissements de santé à but lucratif; aux entreprises qui commercialisent médicaments et matériel coûteux d'utilité discutable, et ce, avec l'aide volontaire ou inconsciente du corps médical. Pour que ces systèmes de santé soient égaux, il faudrait que leurs objectifs soient fondés sur *les besoins du public* – et non sur les aspirations des professionnels et les objectifs de croissance des entreprises.

Une modeste proposition

TOUT professionnel de santé est, par son activité, un privilégié : il a accès à un savoir, à des réseaux, à des pratiques qui lui permettent de se soigner et de faire soigner son entourage plus facilement que les autres citoyens. Lorsque les professionnels sont issus de milieux favorisés, leurs privilèges peuvent se révéler démesurés. Ces professionnels-là n'ont pas *intérêt* à ce que les choses changent.

Si j'ai pu, pour ma part, prendre conscience de ces inégalités insupportables et m'interroger à leur sujet, ce n'est pas par « haine de soi » ou par révolte contre mon milieu d'origine, mais parce que j'ai toujours été un *outsider* : je ne suis pas issu d'une lignée de praticiens, mais l'héritier d'une série de circonstances, pour certaines très malheureuses. Mon grand-père était ouvrier du bâtiment. Il est mort en 1915, au champ d'honneur comme on dit, alors que mon père, son unique enfant, n'avait pas deux ans. Devenu pupille de la Nation par la grâce de cette mort considérée comme « glorieuse », mon père a reçu de l'État français des aides financières qui lui ont permis de suivre des études longues et coûteuses, de devenir médecin et à son tour de payer des études à ses enfants. C'est au hasard de l'histoire que je dois d'être devenu médecin. C'est une chance – et une injustice. Toute mon enfance, j'ai vu mon père faire bénéficier de cette chance des hommes et des femmes qui n'en avaient pas eu, de chance. Son éthique personnelle lui dictait de se mettre au service des plus démunis. Quand j'ai commencé mes études, j'ai été révolté par les privilèges, l'arrogance et le népotisme endémique du milieu médical français : ils ne correspondaient en rien à mon modèle et à ma vision de ce qu'était la médecine. Trente ans après la mort de mon père, je poursuis sa lutte intuitive contre les mandarins boursoufflés. Et je propose ici une méthode de recrutement et de formation des soignants radicalement différente.

Les besoins de la population en matière de soignants sont mieux remplis lorsqu'elle a accès à des soignants de première ligne (infirmiers, sages-femmes, médecins de famille chargés de soins de santé dits « primaires » et de la prévention)

nombreux et bien répartis pour assurer une délivrance égalitaire des soins. À l'heure actuelle, les jeunes médecins préfèrent – comment s'en étonner ? – devenir spécialistes. Or, la pléthore actuelle de praticiens hyperspécialisés est source de surconsommation médicale et d'iatrogénie (pathologies produites par la médecine). Pour inverser la tendance, il serait non seulement possible, mais aussi éthique et plus économique de mettre fin graduellement aux privilèges de statut des médecins.

Imaginons une formation commune aux trois professions délivrant des soins primaires (infirmier·ère, sage-femme, médecin). Tout étudiant se destinant à l'une d'elles serait tenu de devenir *d'abord* infirmier. Cette vision des choses n'a rien d'utopique : au Québec comme en France, pendant leur cursus, les étudiants en médecine effectuent de courts stages infirmiers. Il ne serait pas inconcevable de transformer ces stages « d'observation » en formation véritable.

Chaque infirmier pourrait, une fois habilité, exercer sa profession à temps plein ou choisir de le faire à mi-temps pour se former, en parallèle, à la pratique de la médecine en santé communautaire, en santé des femmes, en pédiatrie, en gériatrie. Par la suite, il ou elle pourrait, toujours en continuant d'exercer, se spécialiser plus avant – en chirurgie, en endocrinologie, en cancérologie, etc. De ce fait, l'accès à une spécialité « pointue » ne serait plus un privilège réservé à un petit nombre, mais un *choix*, accessible à ceux qui montreraient les aptitudes et la volonté de s'engager dans un itinéraire commun. Puisque la formation se déroule dans le service public, tout praticien formé à une spécialité serait en échange tenu d'y exercer un certain nombre d'années avant d'être autorisé à passer dans le privé. Il ne serait en effet pas démocratique d'interdire l'exercice privé, mais au moins pourrait-on éviter que celui-ci ne capte des professionnels formés pour et par la collectivité dès l'obtention de leur certification.

Pareil changement de paradigme s'accompagnerait d'une inflexion du recrutement. Supprimer le privilège lié au statut, favoriser une formation continue rémunérée et éloigner la perspective d'une pratique privée auraient pour conséquence de valoriser les individus les plus altruistes, de diversifier l'origine sociale des professionnels, d'accroître le nombre des soignants de premier recours et de réduire celui des spécialistes.

Cette transformation ne serait évidemment pas la seule mesure nécessaire pour faire des systèmes de santé actuels de véritables services publics. Mais elle serait indispensable. Car, dans une société qui se veut démocratique, un système fondé sur l'inégalité des professionnels ne peut être bénéfique pour la santé des citoyens. **L**

Marc Zaffran a été médecin de famille et en centre de santé des femmes en France de 1983 à 2008. Sous le pseudonyme de Martin Winckler, il est l'auteur de romans : *La maladie de Sachs*, *Le chœur des femmes*, *En souvenir d'André* (P.O.L.). Il a récemment publié *Le patient et le médecin* (PUM). Il vit à Montréal.