

CADRES

CFD



N° 317 - 318. Mai-Juin 1985 - 35 F

Une meilleure santé

CADRES



La revue de l'union confédérale des ingénieurs et cadres.

Directeur-gérant, Daniel Croquette. Rédacteur en chef, Joseph Le Dren. .

26, rue de Montholon, 75439 Paris Cedex 09. Téléphone 280-01-01

Le numéro 25 F. L'abonnement annuel 110 F. Prix dégressifs pour les commandes groupées.

CCP 30 474 52 N La Source.

Composition Rotoffset-Meaux - Imprimerie Artésienne, coopérative ouvrière de production, à Liévin.

Une meilleure santé

Sommaire

N° DOUBLE 317-318

Introduction, par Joseph Le Dren

DES GENS, DES LIEUX, DES SOINS

- 4 La modernisation de l'hôpital
par Gérard Sacco
- 12 Des lieux pour la folie
par William Dab
- 20 L'effet technologie
par Michel Dughéra
- 26 Médecines douces
par Alain Mestre

L'OFFRE ET LA DEMANDE

- 36 Santé et inégalités / France années 80
par Françoise Riou
- 44 *Les dépenses de santé*
- 46 De la prévention à la promotion
par Bernard Pissaro
- 55 Informer sur la santé
par Jacques Chaperon
- 58 *Les annuaires de la santé*
- 60 Sur le terrain, des pratiques nouvelles
Belfort : *un centre de santé associatif*. Toulouse : *un groupe de recherche-action*. Lyon : *les usagers font réseau*. Loire-Atlantique : *la mutualité, beaucoup plus qu'un payeur*. Sécurité sociale : *les centres d'examen de santé en débat*. Usagers de l'hôpital : *l'ASSECO-CFDT négocie la qualité*.

PETITE PLANÈTE

- 74 Santé Nord-Sud
par Alain Mestre
- 85 Travail et santé dans les mines de Bolivie
par Jean-Claude Morvan

POUR UNE NOUVELLE GESTION

- 96 Gérer autrement les rapports santé-Sécurité sociale
par Alain Coulomb
- 102 Gestion hospitalière
par Jean Arnautou
- 109 Devant les choix
par Christian Ramphit
- 113 *Dix objectifs pour les administrateurs CFDT de la Sécurité sociale.*

114 Brèves

Edition professionnelle FGE

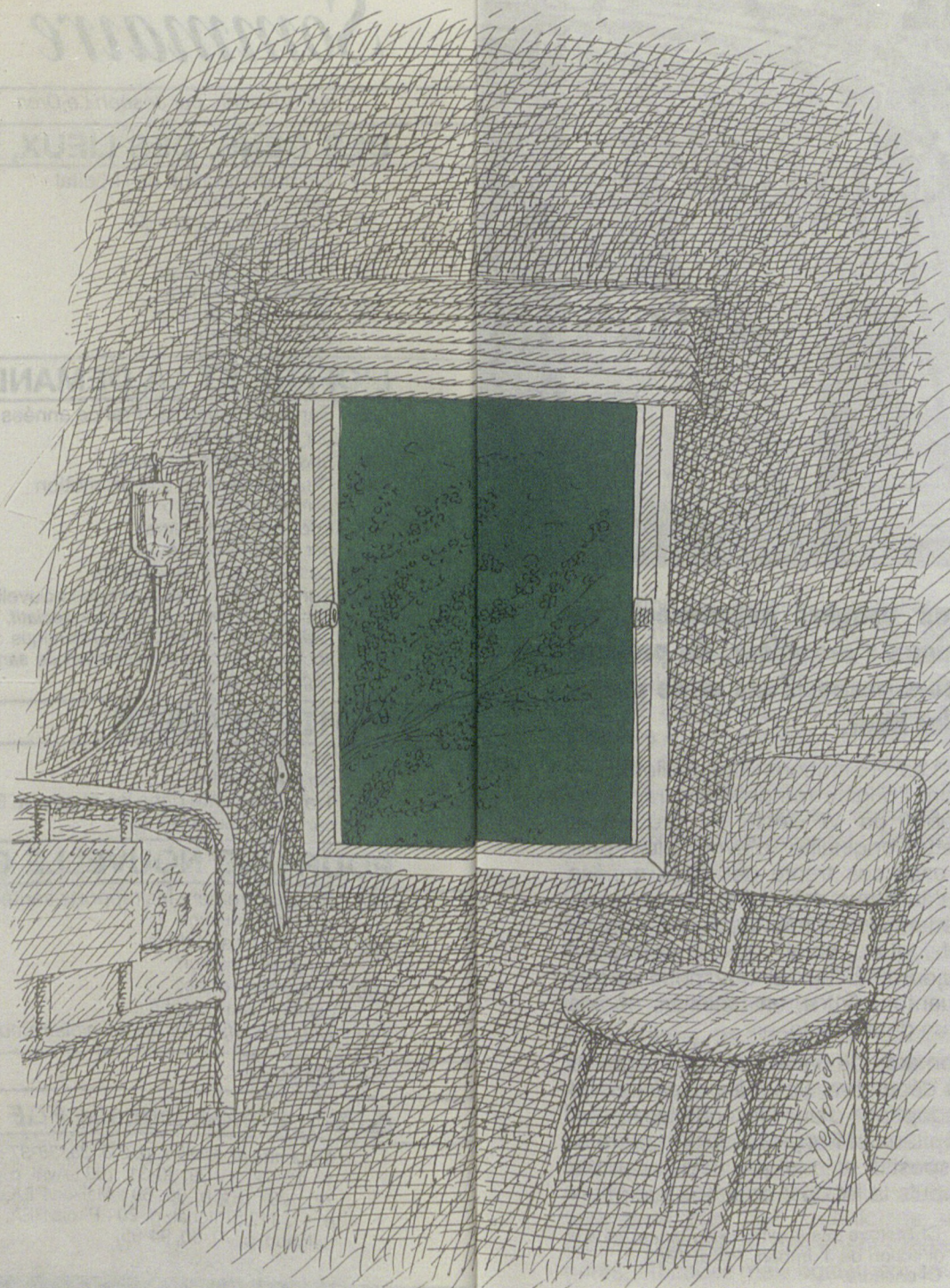
Maquette et dessins, p. 2-3, 35, 36-37 : Joseph Defossez. Photos : Assistance publique, p. 5, 14-15, 22, 23, 29, 30-31, 109 ; Avril, p. 63, 102 ; Bajande, p. 12 ; Bloncourt, p. 46-47, 50, 51, 72, 108 ; DR, p. 66, 69 ; Maillac/REA, p. 9, 21, 30-31 ; Manaud, p. 82-83 ; Moreira/Reflex, p. 17, 112 ; Pitchal, p. 20 ; Pitois/REA, p. 9 ; Pottier, p. 96-97 ; Pugin, p. 75 ; Rey, p. 54-55 ; Salgado, p. 79, 90, 94-95.

Une meilleure santé

■ Nous avons la santé d'une société industrielle avancée, où la longévité moyenne approche de 75 ans. L'équipement médical permet d'assurer des soins sophistiqués aux âges les plus fragiles - petite enfance et vieillesse - et aux traumatismes les plus graves. Nous avons pléthore d'étudiants en médecine, d'innovations technologiques et de médicaments. Notre système de protection sociale est l'un des plus élaborés qui soient. Dans l'ensemble, et si l'on met à part les inévitables limites de la recherche, nos problèmes ne sont pas des problèmes de carence fondamentale, mais d'organisation, de gestion, de diversification des choix et d'humanisation des thérapeutiques.

Pourtant, en ces années 1980, la santé demeure une forte préoccupation, individuelle et collective. Aux avantages que procure l'appartenance à un pays riche, à l'écart de la guerre et relativement épargné par la crise, correspondent divers inconvénients : une concentration des technologies lourdes, une Sécurité sociale bureaucratisée, l'insuffisance des relations de soins, l'essor de maladies de civilisation et d'environnement qui renvoient à des enjeux très éloignés de l'univers strictement médical et sanitaire.

Dans ces pages, nous voulons donc souligner que la santé n'est pas réductible à la médecine, qu'elle n'est pas simplement l'envers de la maladie. Elle est le résultat d'une hérédité, d'une histoire personnelle, qui constituent autant de terrains que d'individus.



Elle dépend de la nutrition, de l'exercice physique, du rythme de vie et de travail, de l'information, de la prévention, et enfin du système de soins.

Le temps est passé des illusions lyriques sur la « réappropriation » par tous d'un corps et d'une santé, dont la maîtrise demande une longue pratique. Mais une nouvelle revendication s'affirme chez les usagers, face à la pesanteur du système hospitalier, du pouvoir médical et pharmaceutique, et de cette Sécurité sociale dont l'accueil, le langage, les critères de remboursement et la gestion posent diverses questions.

Les réflexions proposées ici rejoignent celles d'il y a quelques années sur « Travail et Santé » (n° 298). Elles intègrent des problèmes qui se posent à l'échelle du monde, et notamment des pays du tiers-monde livrés à la sous-nutrition, aux maladies de carence, aux épidémies, aux abus du marché des produits agro-alimentaires et des médicaments.

Dans ces pays comme dans les nôtres, nous avons à promouvoir une approche nouvelle de la santé, appuyée sur des politiques d'information, de formation, d'organisation en réseau, de sélection des médicaments essentiels, de diversification thérapeutique.

Ouvrir ainsi l'horizon, c'est à la fois poser les problèmes de santé à l'échelle où nos pays technologiquement avancés doivent les poser, et c'est rappeler l'importance d'un meilleur fonctionnement de la protection sociale : celle-ci est à gérer d'autant mieux qu'elle devient un privilège.

Joseph Le Dren

LA MODERNISATION DE L'HÔPITAL

PAR GÉRARD SACCO*

Sans doute ne change-t-on pas la santé par décret. Mais des réformes sont attendues. Le corps médical a rappelé par ses grèves de 1983, avec l'appui des étudiants, des pharmaciens, etc., qu'il était un groupe de pression avec lequel tout législateur, surtout socialiste, devra compter. Ce n'est pas une raison suffisante - pas plus d'ailleurs que des raisons électorales - pour éluder des changements indispensables. Ceux-ci ne sont pas du seul ressort de l'Etat. Il appartient aux diverses parties concernées,

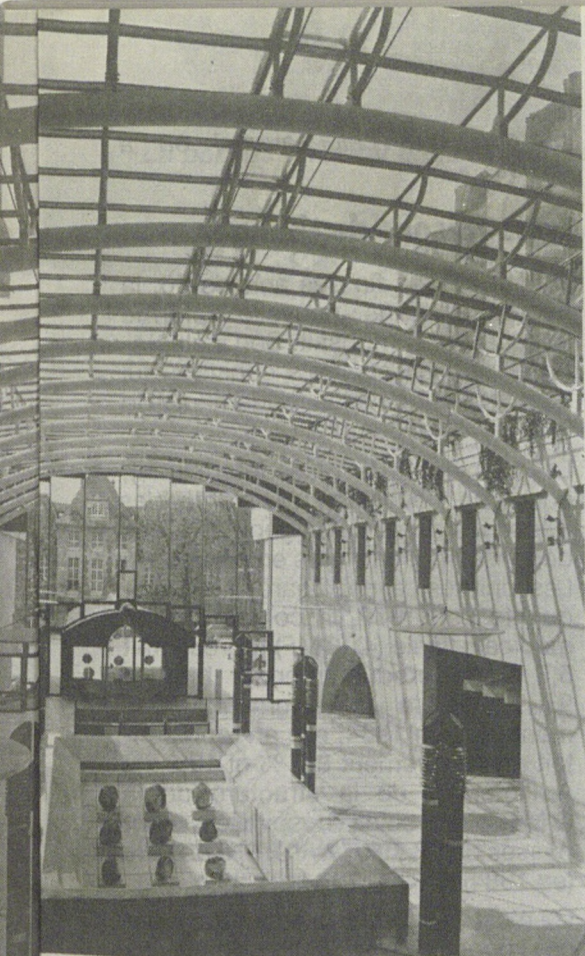
aux usagers notamment, de mieux s'organiser, de préciser leurs propositions et de parler plus haut.

■ Les institutions hospitalières — dont l'origine remonte en France au début du VI^e siècle — présentent cette originalité d'avoir plus progressé ces trente dernières années qu'au cours des quinze siècles précédents (1). L'hôpital, lieu de soins, tel que nous le connaissons aujourd'hui ou tel que nous le fréquentons (2), a, en définitive, moins d'un demi-siècle.

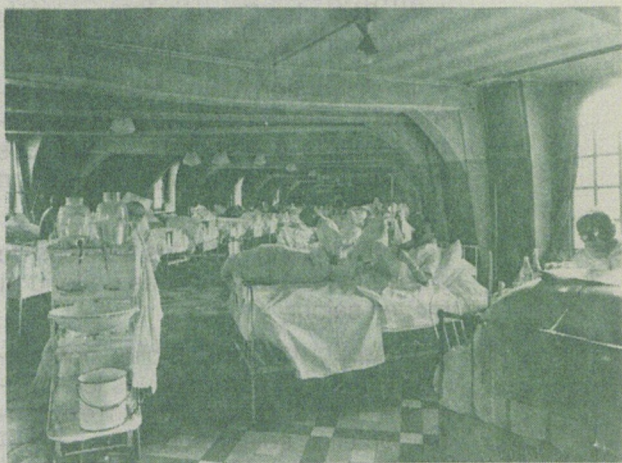
Son acte de naissance a été signé le 21 décembre 1941 à l'occasion de l'adoption d'une loi relative « aux hôpitaux et hospices civils », premier dispositif juridique d'ensemble depuis la loi du 7 août 1851 sur l'or-

* Directeur d'hôpital,
fédération de la santé CFDT

1. Cf *Histoire des hôpitaux en France*, sous la direction de J. Imbert, Privat 1982.
2. Cf encadré.



L'ancien, le nouveau.
Hall d'entrée du nouvel hôpital Saint-
Louis.
Salle commune, 1964.



ganisation des secours hospitaliers. Y était inscrite l'habilitation des établissements hospitaliers à recevoir « les malades, les vieillards, les infirmes et incurables, les femmes en couches », qu'ils soient ou non bénéficiaires des « lois d'assistance » ou des « lois sur les accidents du travail et sur les assurances sociales ». Changement fondamental : l'hôpital s'ouvrait à tous !

De ce fait et sous l'effet cumulé d'un progrès médical vertigineux et de l'extension rapide de la protection sociale, l'institution hospitalière va se transformer radicalement.

Aux notions traditionnelles d'assistance et de charité vont succéder celles d'efficacité diagnostique et thérapeutique et de prise en charge. Le personnel congréganiste, dévoué mais plus dispensateur de réconfort moral que de soins corporels, va être supplanté par des techniciens en blouse blanche et des agents rémunérés, efficaces mais également sou-

cieux de progrès social.

Les mendiants, vagabonds et autres exclus de la société vont laisser place aux malades de toutes catégories sociales.

1941-1985 : une réforme tous les 15 ans

A partir de 1941, des interventions législatives successives — selon une fréquence moyenne de 15 ans — vont rythmer le franchissement des différentes étapes et marquer l'évolution rapide des établissements hospitaliers. Elles traduiront également l'interventionnisme accru des pouvoirs publics.

La réforme de 1958 introduit les médecins à plein temps dans les hôpitaux, crée les centres hospitaliers régionaux et universitaires chargés d'une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche et

marque le début d'une politique de coordination entre le secteur public et le secteur privé par le biais d'une procédure d'autorisation de tout projet de création ou d'extension des établissements sanitaires.

La loi cadre hospitalière du 31 décembre 1970 — qui reste la base de la législation hospitalière à l'heure actuelle — essaie dans une vision prospective de rationaliser et de rendre plus performant le système sanitaire français. Elle repose sur trois orientations fondamentales :

- la distinction entre les établissements à caractère sanitaire et les établissements à caractère social, ces derniers relevant d'une législation différente.
- La distinction entre les services de soins aigus et les services de long et moyen séjour.
- Le souci de rendre plus complémentaires que compétitives les différentes structures sanitaires existantes, qu'elles soient publiques ou privées.

Établissant le bilan de cette loi, le rapport adopté par le Conseil Économique et Social le 26 janvier 1983 (3) portait en définitive un jugement nuancé :

« Depuis douze ans, le système hospitalier a rempli l'essentiel des missions qui lui avaient été confiées en 1970 : à la pointe du progrès de la médecine, il a soigné davantage de malades généralement mieux, dans un temps plus court et dans des conditions progressivement améliorées, d'accueil et d'hébergement, avec un personnel qui s'est accru en nombre et en qualité (...).

« Ces effets incontestablement positifs de l'application de la loi du 31 décembre 1970 ne peuvent masquer les échecs de certaines autres dispositions de la loi qui auraient pu être porteuses d'un changement plus

profond que celui auquel on a assisté. »

Trois raisons de changer

De fait, dès la fin des années 70, la nécessité d'une nouvelle réforme hospitalière s'imposait. Son inéluctabilité reposait sur trois constats qui constituaient déjà les fondements de la loi du 31 décembre 1970.

Le premier, et le plus déterminant, concerne *l'évolution constante des dépenses de santé* en général et des dépenses hospitalières en particulier. Les chiffres, à cet égard, sont éloquentes : en 1970, la consommation médicale finale (4) (CMF) représentait 5,7 % du produit intérieur brut et 9,4 % de la consommation des ménages. En 1984, elle en représentait respectivement 8,2 % et 12,8 %. A l'intérieur de la structure de la C.M.F., les soins hospitaliers sont passés de 38,7 % (en 1970) à 50,5 % (en 1984) (5).

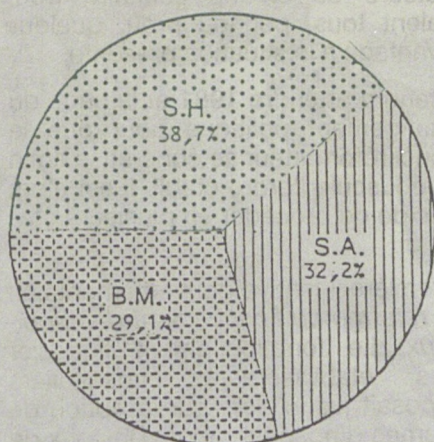
Ce n'est pas tant le niveau atteint par ces dépenses — à cet égard les comparaisons internationales situent d'ailleurs la France en position moyenne parmi les pays occidentaux — que le rythme de progression constaté qui nécessitait une intervention en profondeur. De 1970 à 1980, le taux d'accroissement annuel moyen a été, pour l'hospitalisation, de 19,6 % !

Toutefois si plusieurs dispositions de la loi de 1970 avaient pour objectif, comme l'indiquait l'exposé des motifs du projet initial « d'assurer une meilleure utilisation des moyens financiers et des facteurs de production » (assouplissement de la gestion administrative et financière, harmonisation du remboursement des honoraires médicaux entre le secteur public et le

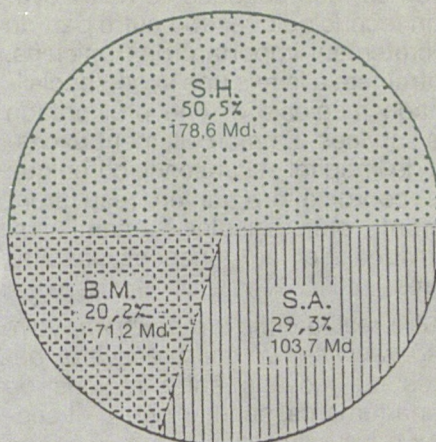
4. La consommation médicale finale représente la valeur des biens et services médicaux acquis sous une forme marchande. Elle a été évaluée à 353,8 milliards de francs pour l'année 1984 soit 6 462 F par personne.
5. Comptes Nationaux de la Santé 1982/1983/1984.

3. La Réforme hospitalière - Bilan et perspectives.

La part de l'hôpital dans la consommation médicale s'accroît...



1970



1984 = 353,8 milliards

Sources : Comptes nationaux de la santé 1982-83-84

Plus d'entrées, moins de journées...

Des séjours plus brefs pour des soins plus spécialisés

Années au 31 décembre	Médecine et spécialités médicales	Chirurgie et spécialités chirurgicales	Gynécologie obstétrique	Moyen long séjour	Lutte contre les maladies mentales	Total Hôpital	Sections annexes	Sections d'hospice et de maison de retraite	Total général
ENTRÉES									
nombre total									
1972	2 160 088	1 540 673	523 555	121 268	27 096	4 372 680	55 871	104 059	4 532 610
1977	2 969 530	1 993 904	588 379	164 016	88 848	5 804 677	39 279	114 613	5 958 569
1982	3 141 551	2 177 944	714 669	280 231	128 798	6 443 193	17 051	104 380	6 564 624
JOURNÉES									
nombre total en milliers									
1972	38 038	17 819	4 050	8 247	4 107	72 261	3 292	55 481	131 034
1977	37 267	18 605	4 227	11 222	4 740	76 061	2 448	52 691	131 200
1982	34 375	18 095	4 652	26 254	4 884	88 260	2 194	39 841	130 295

* Sources INSEE

secteur privé, réforme de la tarification des soins) aucun des textes réglementaires d'application ne verra le jour !

La profondeur de la crise économique ouverte par les « chocs » pétroliers accentuera pourtant l'acuité du problème et l'urgente nécessité

d'une plus grande maîtrise des coûts hospitaliers.

Deuxième constat : l'inadaptation de l'organisation interne des hôpitaux.

La notion de « services médicaux » a été conçue à un moment où les disciplines médicales étaient peu nombreuses et le corps médical peu présent dans les établissements. Peu à

peu le double effet, d'une part du progrès thérapeutique lié à l'innovation technologique, et d'autre part du recrutement important de praticiens, entraînera à la fois une hyperspécialisation médicale et une prolifération de services. Le morcellement excessif de l'hôpital et l'absence chronique de coordination qui en résulteront seront préjudiciables autant aux malades... qu'aux finances hospitalières.

Autre réalité enfin : le maintien, voire l'aggravation, de nombreuses disparités de moyens entre régions ou départements, secteur public et secteur privé, établissements.

Afin de lutter contre les inégalités ainsi produites, le législateur de 1970 voulait engager une politique ambitieuse de rationalisation du système sanitaire et social dans son ensemble. Quinze ans après, les résultats de cette politique s'avèrent médiocres, qu'il s'agisse de la construction d'un service public hospitalier fondé sur une complémentarité des secteurs public et privé, ou de la coordination de certains moyens au sein de groupements et syndicats interhospitaliers. En outre, la volonté de séparer le sanitaire du social s'est heurtée, comme il était prévisible, aux réalités de terrain. On a ainsi assisté, note le rapport du Conseil économique et social déjà cité, à la « socialisation » du secteur sanitaire et à la « sanitarisation » du secteur social.

1981 : optimum gestionnaire et optimisme politique.

Si les raisons d'une nouvelle intervention législative ne manquaient pas, la volonté gouvernementale de l'engager a longtemps été timide. Le dossier, il est vrai, était d'une approche délicate. Aux nombreuses difficultés d'ordre technique qu'il fallait surmonter s'ajoutait la nécessité de vaincre les résistances qui ne manqueraient pas d'apparaître. A bien

des égards en effet les différents acteurs du champ sanitaire trouvaient tous, peu ou prou, quelque avantage à la situation présente.

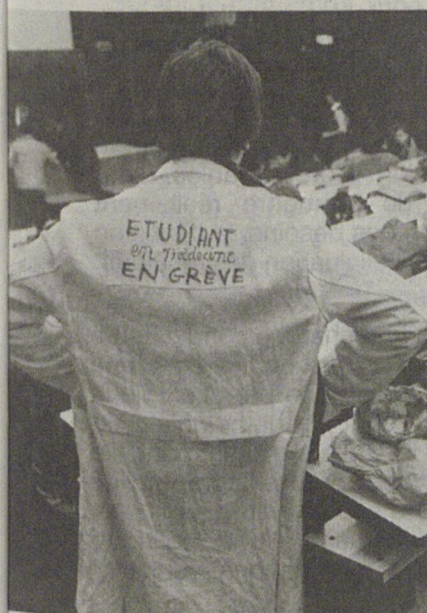
Il faudra attendre 1981 et le choc du changement politique pour que le souci réformateur se concrétise enfin et bouscule l'ordre établi. Il est alors décidé de procéder en plusieurs étapes.

Première initiative gouvernementale : *la réforme du financement des hôpitaux*. Le fonctionnement financier des établissements hospitaliers reposait jusqu'alors sur la notion de journée d'hospitalisation. Des prix de journée, différents selon les hôpitaux et les services, étaient facturés aux malades à l'issue de leur séjour. Les recettes des établissements étaient ainsi assurées, pour l'essentiel (90 % environ), par les différents régimes d'assurance-maladie qui prenaient en charge tout ou partie des journées ainsi facturées.

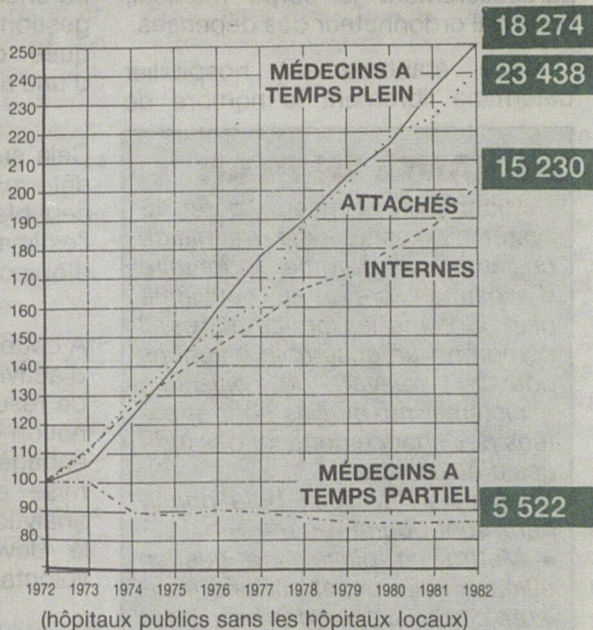
Les limites, voire les effets pervers d'un tel système étaient depuis longtemps dénoncés. En effet les prix de journée ne permettaient ni de faire apparaître le coût précis des prestations hospitalières (c'étaient de mauvais indicateurs économiques) ni de traduire l'activité réelle de l'hôpital (c'étaient de mauvais indicateurs de gestion). De plus ils développaient une logique inflationniste de nature contradictoire, que nul ne maîtrisait ni ne contrôlait réellement, et dont personne ne se sentait responsable.

Plus il y avait de journées d'hospitalisation et d'actes de soins, plus l'argent rentrait dans les caisses de l'hôpital... et plus cela coûtait cher à la sécurité sociale ! Incohérence fondamentale : la logique micro-économique de l'hôpital s'opposait à la logique macro-économique de la protection sociale.

Mettant un terme à cette situation absurde, la loi du 19 janvier 1983 institue le principe de la dotation annuelle globale. Le financement des hôpitaux est désormais assuré par



Intemps 83, grève des étudiants de médecine.



Evolution des effectifs médicaux hospitaliers (1972-1982)

une enveloppe globale à la charge des différentes caisses d'assurance-maladie. Elle leur est versée mensuellement par douzièmes, par l'intermédiaire d'une caisse-pivôt qui joue en quelque sorte le rôle de banquier.

La réforme du financement appelait une réforme complémentaire : celle de la *gestion des établissements*. Par une formule brutale devenue célèbre, le directeur des hôpitaux au Secréta-

riat d'État chargé de la santé, Jean de Kervasdoué, donnera le mot d'ordre : « les hôpitaux étaient administrés ; ils doivent désormais être gérés ! ».

Le regroupement des services médicaux et médico-techniques en départements, mode d'organisation largement développé à l'étranger, procède de cet objectif. La départementalisation, dont le principe a été fixé par la loi du 3 janvier 1984, vise

en effet à bâtir une structure de soins plus conforme à une pratique médicale moderne et à la nécessité d'un travail en équipe pluridisciplinaire.

Elle tend également à engager une certaine déconcentration (à défaut de décentralisation !). interne de la gestion quotidienne des hôpitaux : chaque département doit être associé à la procédure d'élaboration budgétaire ainsi qu'au suivi de son exécution. Double but donc : assurer une meilleure prise en charge médicale, plus « globalisante », du malade ; garantir une gestion plus rigoureuse des établissements en y associant l'ensemble des personnels et tout particulièrement le corps médical, principal ordonnateur des dépenses.

Chaque établissement hospitalier détermine librement le nombre de

départements que requiert son activité médicale, à partir de deux critères liés soit à « la nature des affections prises en charge », soit aux « techniques de diagnostic et de traitement mises en œuvre ». Les départements sont placés sous l'autorité d'un chef de département, médecin élu par ses pairs, lequel est assisté d'un conseil composé de représentants élus du corps médical et de l'ensemble des salariés.

Dans l'esprit de leurs concepteurs, dotation globale et départementalisation doivent se conjuguer pour assurer à la fois une meilleure transparence et un meilleur partage de la gestion hospitalière jusqu'alors marquée d'une excessive opacité et d'une rigueur insuffisante.

Cela suppose aussi parallèlement la détermination d'outils fiables, susceptibles de permettre réellement l'estimation des besoins, la définition d'objectifs, l'évaluation des résultats.

A cette fin la recherche d'indicateurs d'activité et de gestion, voire à terme de résultats tels que par exemple la notion de « coût par pathologie » est engagée à travers notamment, la mise en place d'une comptabilité analytique d'exploitation plus fine et le développement d'une politique volontariste d'informatique médicale.

1985 : rigueur financière et prudence électorale

La réforme hospitalière en est aujourd'hui à ce stade. Mais l'enthousiasme des premiers jours a disparu et l'élan réformateur a singulièrement perdu de sa vigueur.

Si la première étape a été franchie — tous les établissements hospitaliers sont placés sous le « régime » dotation globale depuis le 1^{er} janvier — la deuxième rencontre des difficultés d'application qui ont conduit le gouvernement, au nom de la souplesse

LA SANTÉ EN PLAN

« Moderniser et mieux gérer le système de santé » est l'intitulé du onzième programme prioritaire d'exécution prévu au neuvième plan. Comme les douze autres, il comprend un ensemble d'actions pouvant relever de plusieurs ministères, auxquelles sont affectées des financements et des indices d'évaluation.

Dans ce PPE, deux buts principaux sont poursuivis :

- Mettre en place une gestion efficace s'appuyant sur une meilleure connaissance des besoins et des activités de santé et utilisant des instruments nouveaux de gestion, d'évaluation et de contrôle ;
- Réorganiser le système de santé grâce à un essor vigoureux de la prévention et des alternatives à l'hospitalisation, et au recentrage de l'hôpital sur ses fonctions techniques.

Ce deuxième objectif concentre la quasi totalité de l'effort financier consenti pour la période 1984-1988 : 20,8 milliards de dépenses ordinaires et 8 milliards d'autorisations de programme.

et du pragmatisme, à remettre en cause le calendrier initial, annonce probable d'autres reculs plus importants. Quant à la dernière étape qui devait traiter de la planification sanitaire et sociale ainsi que des alternatives à l'hospitalisation, elle est depuis longtemps abandonnée.

De fait le gouvernement s'est heurté, sur ce dossier hospitalier particulièrement complexe, à de nombreuses résistances émanant pour l'essentiel du corps médical. Ce dernier, dans son ensemble, ne s'est jamais caractérisé par une capacité rapide d'adaptation aux évolutions inéluctables du secteur sanitaire. Le vaste mouvement de grève qu'il a engagé durant le printemps 1983 a, dans un contexte bien particulier, créé un véritable traumatisme pour les pouvoirs publics peu disposés à revivre une telle situation. En outre, l'opposition ou à tout le moins les fortes réserves exprimées par une large partie du corps médical n'ont pas été compensées par une volonté contraire des autres acteurs hospitaliers, ces derniers s'interrogeant également sur le bien fondé des réformes engagées et les répercussions très concrètes qui pourraient en résulter. Le gouvernement n'a d'ailleurs pas su éviter maladresses et erreurs qui se sont traduites notamment par des hésitations ou des lenteurs de nature à aviver les humeurs des uns et des autres.

Incontestablement, la dynamique de transformation marque le pas et la proximité d'échéances électorales n'y est pas totalement étrangère. Un consensus artificiel de prudence et d'attente s'est établi.

En l'état actuel, en l'absence d'organisation interne des hôpitaux différente (départementalisation) et de planification sanitaire et sociale suffisamment cohérente, la réforme se

limite à une politique étatique de compression budgétaire marquée par :

- la dotation globale étroitement canalisée à travers la fixation d'un taux directeur annuel, c'est-à-dire d'un pourcentage autorisé de progression des dépenses hospitalières,
- la limitation drastique des investissements,
- la non-créeation d'emplois et le redéploiement des effectifs.

L'un des meilleurs observateurs de la réalité hospitalière (6) notait récemment que les hôpitaux, établissements publics autonomes, tendent depuis 1941 « à devenir un service déconcentré de l'État ». On est toujours dans cette logique de « nationalisation rampante » du service hospitalier.

L'État peut-il rester aujourd'hui le seul maître du jeu et garder la responsabilité du choix et des décisions ? On peut en douter. La politique actuellement développée ne peut jouer que sur le court terme et appelle des réformes de structures. A défaut de celles-ci la rigueur devient intenable — elle cède alors à des pressions de plus en plus vives — ou conduit à une baisse de la qualité du service rendu.

On ne peut donc que regretter la temporisation actuelle et craindre ses effets. Mais la période récente a eu au moins le grand mérite de faire clairement apparaître les problèmes de fond. Les orientations du IX^e Plan dans le domaine sanitaire (Programme prioritaire d'exécution n° 11) en portent la marque bénéfique (voir encadré).

Quant à la nécessité d'une confrontation, d'une procédure d'élaboration collective des choix associant pouvoirs publics, collectivités territoriales, usagers et professionnels de la santé, le pari peut être pris qu'elle s'imposera tôt ou tard.

Gérard Sacco

6. J. Imbert. *Place et évolution des hôpitaux publics dans le système sanitaire français*. Journal d'Économie Médicale 1984 tome 2 n° 4 - pp. 245/257.

DES LIEUX POUR LA FOLIE

PAR WILLIAM DAB*

La société produit la folie et ensuite s'en protège. Mélancolique ou violente, la folie est tabou, elle angoisse, elle contredit la norme.

L'ère de grands asiles est révolue mais malgré la psychanalyse, la psychiatrie, la chimie, toutes les folies ne sont pas guérissables. Comment les « gérer » ?

Il ne suffit pas d'apaiser la douleur et l'insomnie, il faut

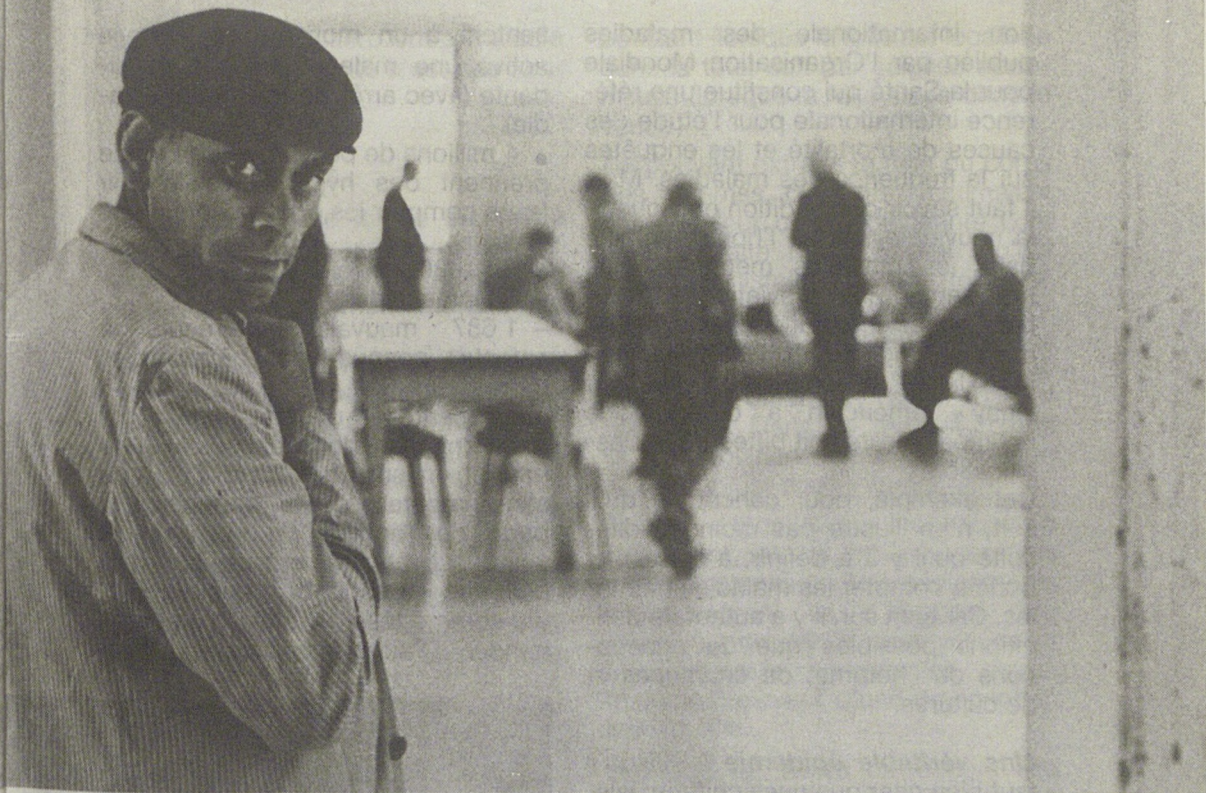
traiter la folie du temps, et dans l'ordre mental et affectif, plus qu'en tout autre, se bâtir une santé.

■ Dès qu'il s'agit de folie, il y a angoisse face à un inconnu trop proche de l'expérience vécue par chacun pour ne pas se sentir concerné et menacé, et en même temps trop loin pour pouvoir aisément identifier et comprendre le mal. Qui n'a craint d'être un jour jugé fou par les autres ?

Un virus, une tumeur, un ulcère...

* De l'Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France. Département de Médecine Sociale

et Préventive. CHU Saint-Antoine - Paris. (Ce texte n'engage que son auteur).



Hôpital de la Voghera, Toscane.

tout cela fait certes souffrir. Mais « l'ennemi » est identifiable, mesurable, isolable donc rationalisable, ce qui rassure toujours peu ou prou. Avec la folie, on change de rationalité, et c'est bien là le défi qui est lancé à la société des hommes.

Tracer à traits grossiers un tableau des problèmes actuels de santé mentale et des solutions proposées par les professionnels du secteur sanitaire et social ; éclairer les enjeux existants dans ce domaine d'un point de vue de Santé publique (1). Tels sont les objectifs que poursuit cet article.

Quelle est l'importance des problèmes de santé mentale ?

Ce n'est pas ici le lieu pour expliquer les carences profondes de l'épidé-

miologie (= l'étude de la répartition des maladies dans une population et des facteurs qui expliquent cette répartition) en France. On trouve autant d'informations contradictoires qu'il y a de sources de données différentes. Cela est général dans le domaine de la santé. Cependant, concernant la maladie mentale il existe un obstacle spécifique lié à la difficulté d'en donner une définition précise. Il est frappant de constater que concernant des problèmes aussi importants l'activité d'un organisme comme l'INSERM est quasiment nulle.

Comment définir les maladies mentales ? Il y a bien une classifica-

1. Point de vue de Santé publique : en première approximation, s'intéresser à l'efficacité des moyens que se donne une société pour comprendre et combattre des problèmes de santé.

tion internationale des maladies publiée par l'Organisation Mondiale pour la Santé qui constitue une référence internationale pour l'étude des causes de mortalité et les enquêtes sur la fréquence des maladies. Mais il faut savoir que l'édition en vigueur, la neuvième, classe l'homosexualité dans les maladies mentales, plus précisément les « déviations et troubles sexuels », qui incluent également la frigidité et l'impuissance ! Pour la 10^e révision, le mouvement « gay » américain a obtenu que l'homosexualité soit biffée de la classification.

Cet exemple, pour caricatural qu'il soit, n'en illustre pas moins la difficulté qu'il y a à définir, à classer et donc à compter les maladies mentales. Car bien sûr, il y a autant de définitions possibles que de conceptions de l'homme, de croyances et de cultures.

Une véritable épidémie ? Puisqu'il faut bien citer quelques chiffres, laissons la parole à la ligue française d'hygiène mentale (2) qui a fait un bilan du coût humain de l'ignorance des troubles de la santé mentale :

- En 1980, le nombre des « entrées » en hôpitaux psychiatriques atteint 280 000 malades par an, soit une augmentation de 50 % depuis 1969. En outre, les services publics de psychiatrie accueillent et traitent un nombre de plus en plus important de malades en dehors de toute hospitalisation.

- En 1980, il y a 600 000 consultants dans les dispensaires d'hygiène mentale.

- On évalue que 4 à 5 millions de Français, à un moment ou à un autre de leur vie, sont soignés pour des troubles mentaux.

- Le suicide est la deuxième cause de mort des 18-25 ans (toutes causes confondues).

- 22 % de la population au Canada (chiffre vérifié par les Etats-Unis) pré-

sentent à un moment de leur vie active une maladie mentale invalidante (avec arrêt de travail ou maladie).

- 4 millions de personnes en France prennent des hypnotiques le soir (sans compter les adolescents et les enfants).

- En 1980, on relève :

- 68 infanticides,
- 1 687 mauvais traitements à enfants connus des juridictions répressives.

Intéressantes constatations qui montrent bien deux choses : d'une part on mesure beaucoup l'état de santé mentale de la population à partir de l'activité du système de soins psychiatriques, ce qui veut bien dire - a contrario - que la maladie comme telle est difficile à appréhender. D'autre part, on voit bien

aussi que la frontière entre maladie mentale et criminalité n'est pas simple à tracer.

Sortir de l'asile

Il est souhaitable ici de broser à grands traits la grande évolution qui a abouti au développement actuel de la psychiatrie communautaire.

La stratégie de l'isolement et de l'enfermement. Pour se défendre et se prémunir de la folie, cette provocation aux normes de la vie en société, les hommes ont toujours eu comme stratégie le contrôle par l'isolement. Il existe des gravures allemandes du XVI^e siècle sur lesquelles on voit des médecins tentant « l'extraction » de la folie soit par évaporation provoquée par un bain

bouillant (lorsque la folie est localisée dans la tête) soit par saignée abdominale (lorsque la folie siège dans le ventre).

Ne pouvant extraire la folie du corps des hommes, ceux qui s'estimaient sains et leur classe dirigeante l'ont alors extraite de la société : c'est l'asile. L'histoire de la folie se confond alors avec celle de l'appropriation de ce problème par les médecins. C'est à eux que revient le diagnostic différentiel entre folie et criminalité. Dans un premier temps ils n'auront rien d'autre à proposer, eux non plus, que l'internement.

Et puis d'innovations théoriques (la psychanalyse) en bouleversements pharmacologiques (les médicaments psychotropes) va s'imposer une vision à dominante médicale de la folie, maladie comme les autres maladies relevant d'une prescription individuelle.

En 1936 les asiles deviennent des hôpitaux psychiatriques. On ne peut nier que les médecins se soient bien acquittés de leur tâche. Ils peuvent désormais contrôler les symptômes les plus visibles de la psychose qui sont aussi ceux qui dérangent le plus : délire, hallucinations, agitation... Mais ils restent démunis face aux manifestations « déficitaires » tels que le repli sur soi, l'adynamisme, l'apragmatisme...

Les symptômes dangereux étant contrôlés on a alors pu se poser la question de la réinsertion des malades mentaux dans la cité. C'est la politique dite de secteur.

La politique de secteur. Une circulaire ministérielle de mars 1960 suivie d'un certain nombre de décrets et d'arrêtés - mais jamais aucune loi ne fut votée par le Parlement - définissent la politique de secteur. Les principes de base en sont la prise en charge par une même équipe d'un

« Extraction de la pierre de lune » (fragment).

S. Hermessen - musée du Prado.



malade pendant toutes les phases de sa maladie, hospitalières et extra-hospitalières. *L'unité d'organisation des soins est le secteur géographique peuplé de 60 000 habitants.*

L'hôpital est censé devenir un recours transitoire permettant de surmonter des crises qui ne peuvent pas être soignées en ambulatoire.

De fait, il est incontestable que cette politique a connu des succès. Le nombre de malades hospitalisés a diminué en France et les hospitalisations durent moins longtemps. La pratique psychiatrique a évolué, le fossé entre traitement médical et traitement social de la maladie se rétrécissant.

Mais de nombreux obstacles ont empêché le plein développement des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie : obstacles culturels, la méfiance vis-à-vis des fous restant très vive ; obstacles institutionnels, l'intégration effective des services hospitaliers et extra hospitaliers ne s'étant pas réalisée. Il existe de plus, d'importantes inégalités dans les ressources mises à la disposition de chacun des secteurs ; obstacles conceptuels, les psychiatres eux-mêmes restant divisés quant à l'opportunité de la sectorisation ; obstacles financiers, la politique de secteur étant la *victime des effets pervers des modes de financement*, notamment la pratique du « prix de journée ».

A partir du moment où le secteur est géré par l'hôpital avec une tarification de type prix de journée, il devient évident que tout développement conséquent de l'innovation est considérablement freiné. Car mettre l'accent sur le travail de secteur signifie diminuer les hospitalisations et donc... le budget de l'hôpital qui se retrouve déficitaire. Il y a conflit d'objectifs et d'intérêts puisque *vouloir développer la psychiatrie communautaire équivaut à pousser l'hôpital au suicide...* De plus, le double financement (Sécurité sociale

pour l'hôpital, Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales pour le secteur) a achevé de brouiller les cartes.

C'est pourquoi après une période de grands espoirs liés aux progrès thérapeutiques rendant plus humaines les conditions de vie des malades mentaux (la camisole chimique dispense de la camisole de force) y a-t-il actuellement un sentiment dominant d'essoufflement de blocage.

Les enjeux actuels

C'est dans ce contexte accentué par la limitation de la croissance des dépenses de santé qu'il faut comprendre les enjeux qui existent derrière les courants actuels d'alternatives en santé mentale, de décentralisation et de budget global.

Les alternatives en santé mentale : alternatives en santé mentale, structures intermédiaires, prise en charge par le milieu, psychiatrie communautaire... Derrière ces termes se dessine un courant chez les intervenants dans le domaine de la santé mentale proposant des modes d'interventions qui contestent ou bien simplement prennent des distances ou encore souhaitent compléter les pratiques institutionnelles traditionnelles. Pour les professionnels il s'agit de dépasser les blocages évoqués plus haut. Pour les financeurs, il s'agit de s'intéresser à des pratiques moins coûteuses que l'hôpital et ce mouvement s'inscrit dans le mot d'ordre général *d'alternatives à l'hospitalisation*. Pour les patients et leur famille, ces nouvelles pratiques suscitent des réactions contradictoires. Les uns trouvent plus satisfaisante une prise en charge globale qui tient compte du milieu « naturel » des patients. Les autres voient que derrière la *déprofessionnalisation* et *désinstitutionnalisation* se cache un transfert de responsabilité avec une mise à contribution des amis, des parents, des voisins sur le mode du

bénévolat et au nom de la solidarité. Pour certains soignants enfin, les termes de redéploiement de personnels, de mobilité professionnelle évoquent plus de méfiance et de résistance au changement que d'enthousiasme. Il est vrai aussi que travailler hors de la protection des murs de l'hôpital est plus insécurisant et que le « burn out » (3) est un réel problème.

Rien d'étonnant donc que les alternatives en santé mentale se développent de façon à la fois sporadiques et cahotiques. Cela fait plusieurs années maintenant que ces tendances existent en Angleterre, en Italie, aux Etats-Unis et au Québec.

En France comme d'habitude, l'innovation se produit sur le mode militant ou sur celui d'« expériences pilotes ». L'Association pour l'Etude et la Promotion des Structures Intermédiaires (A.S.E.P.S.I.) regroupe les principaux promoteurs de ce type de pratiques. Pour tous ces intervenants, l'introduction de la globalisation budgétaire en psychiatrie suscite beaucoup d'espoir, mais aussi des craintes.

Le budget global : un enjeu à la fois technique et politique. Il est bien clair que les aspects institutionnels ont

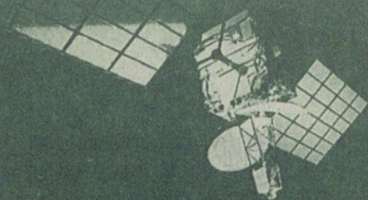
une influence sur les pratiques thérapeutiques. Nous l'avons vu avec les effets pervers de la tarification type *prix de journée*. La prise de conscience que le système du prix de journée n'était plus adapté à l'évolution du système de soins a débuté vers 1980. Le discours de Rouen du ministre J. Ralite suivi du rapport Demay ouvrent bien des espoirs. La globalisation budgétaire est proposée comme formule de financement permettant un réel développement des services extra-hospitaliers et le véritable « dépérissement » de l'asile. Dans ce débat, il ne faut pas oublier que 95 % des budgets de la santé mentale sont drainés par les établissements hospitaliers.

Mais derrière ceci se profile ce qui va apparaître comme l'enjeu global en santé mentale dans les années qui viennent : la recherche de critères globaux d'évaluation de la pratique psychiatrique. Non pas des critères comptables d'activités, simples dénombrements d'actes ne signifiant rien sur l'état de santé sauf à postuler – ce que beaucoup font – que plus il y a d'actes et plus la santé s'améliore. Mais des *critères de résultats*, au niveau curatif et préventif, au niveau individuel et collectif. Les structures intermédiaires comme hospitalières ont leurs indications et contre-indications. Quelles sont

3. « Burn out » : littéralement se griller.



THOMSON. LA CHAÎNE DE L'IMAGE.



Thomson est présent à chaque maillon de la chaîne de l'image. Les caméras et les régies Thomson créent l'image. Les émetteurs et les relais Thomson transmettent l'image. Ces images, recevez-les sur un téléviseur et un magnétoscope Thomson.

THOMSON 

elles ? Cette question est tout aussi cruciale que les conditions de travail et de statut des personnels soignants. En fait les deux sont liées car des positions corporatistes qui feraient l'économie d'une réflexion sur l'efficacité des pratiques hospitalières ne seraient pas crédibles.

D'autant que la recherche en santé publique accuse en France une pauvreté affligeante. Bien entendu, une préoccupation importante est de savoir qui va évaluer quoi ? A cet égard il est intéressant de considérer les changements liés à la loi de décentralisation.

La décentralisation en santé mentale : interventionnisme de l'Etat ou libéralisme ? Encore une situation paradoxale. Alors que souffle un vent de décentralisation – plus exactement de départementalisation – pour tout ce qui est grosso modo du ressort de l'aide sociale, la santé mentale, elle, se centralise et reste du domaine des compétences de l'Etat.

Comme quoi la maladie mentale reste bien menaçante. D'un côté la présence de l'Etat pourrait apporter la garantie que les inégalités entre les différents secteurs vont s'atténuer. Aux Etats-Unis, c'est la présence du pouvoir fédéral qui a permis le développement des « Community Mental Health Centers » au sein d'un système de soins marqué par l'ultralibéralisme, des préoccupations très commerciales et une protection sociale fort inégalement répartie.

Dans un tel contexte, le couple centralisation/budget global peut-il réaliser un équilibre intéressant permettant une libre expression des initiatives locales ? Une telle possibilité dépendra surtout du dynamisme du milieu des intervenants et de la vigilance des usagers.

Vers la déprofessionnalisation de la maladie mentale ? Le domaine de la

santé mentale concentre toutes les contradictions entre une société qui confie de plus en plus sa gestion à des « experts » et un désir fluctuant du public d'une autogestion de la santé qui s'incarne à travers l'automédication et la poussée des médecines dites douces.

Peu ou prou la désinstitutionnalisation va poser la question du pouvoir médical, car tous ses postulats de base vont dans ce sens. Ainsi dit-on, si les hospitalisations – facteur important de chronicisation – se prolongent, c'est faute de structures extrahospitalières ayant un volume d'accueil suffisant.

S'il faut « socialiser » les malades mentaux y compris les psychotiques, c'est que cela est indispensable au bon fonctionnement mental et à la correction des symptômes « déficitaires » qui échappent à l'action des psychotropes. Enfin l'intervention du réseau familial et affectif est indispensable au plan thérapeutique. Or la question de la perte du pouvoir des professionnels est exacerbée en période de restrictions budgétaires car les intervenants peuvent être méfiants vis-à-vis des « aidants naturels » qui menacent leur gagne pain et font le jeu de l'Etat qui cherche à maîtriser les budgets sociaux.

Encore une fois, seule une véritable réflexion sur l'effet des pratiques peut permettre de sortir de cette contradiction.

On a pu dire que l'histoire de la folie révélait la nature des répressions qu'une société se donne. De ce point de vue, l'effondrement des murs de l'asile qui s'accompagnera inévitablement d'une perte du monopole médical sur la folie est une nécessité. Car la réponse que fournit une société face à la folie est aussi un reflet de la bonne santé de la démocratie.

William Dab

L'EFFET TECHNOLOGIE

PAR MICHEL DUGHÉRA

Les technologies de la santé apparaissent aujourd'hui associées aux machines à guérir que sont les hôpitaux. Techniques de diagnostic, libérateur ou fatal, techniques de chirurgie et de réparation, techniques de prolongation, propices à tous les miracles et à tous les acharnements thérapeutiques.

Nous mettons l'accent sur ces points sans oublier les technologies de relation, de communication et d'organisation qui donnent priorité à la vie sociale sur l'ordre machinal.

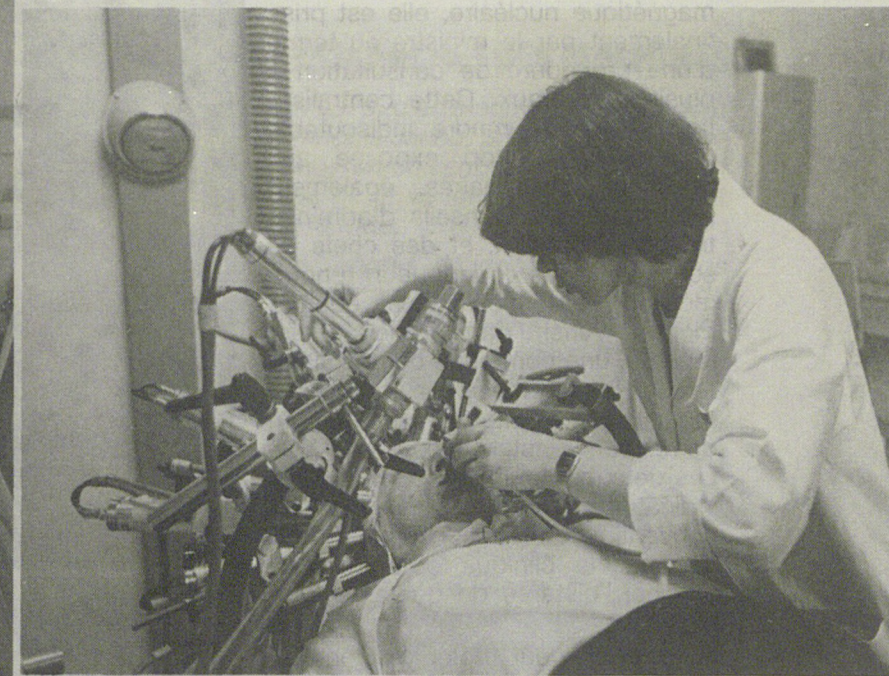
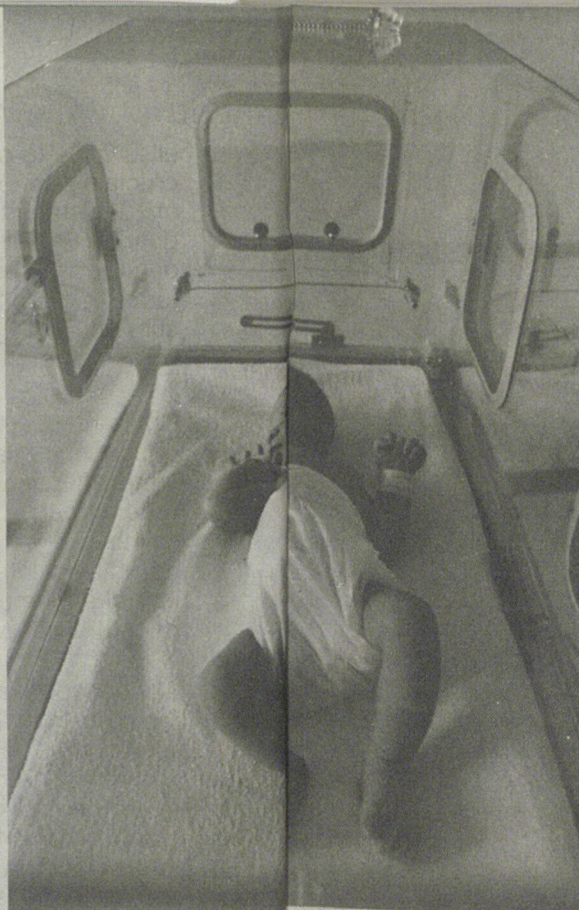
Par exemple, il faut développer la recherche fondamentale sur la douleur et pour ceux

dont on « prolonge » la vie, faire que le temps qui reste soit bon à vivre.

■ Dans l'extrême diversité des technologies médicales, l'attention du public se porte vers les « mégamachines » d'aide au diagnostic, présentées comme des instruments de « vérité » sur des pathologies graves.

Mais si scanographe (1) ou résonance magnétique nucléaire (RMN) sont des outils de première importance, ils ne doivent pas masquer tout le champ de l'innovation technologique médicale. Il existe aussi des équipements légers, utilisables par les généralistes, comme l'ultrason qui permet l'échographie, voire par les patients eux-mêmes, l'*auto-surveillance* de la tension à l'aide d'un tensiomètre ou l'usage individuel d'un appareil de dialyse. L'*auto-*

1. Scanner.



**Des machines, des corps-
Cuveuse et mesures du débit sanguin cérébral.**

médication est déjà la règle d'usage de la plus triviale des technologies de santé, le médicament, produit de l'industrie chimique.

Les nouvelles techniques peuvent même ne pas être du tout des machines, mais la découverte et l'aménagement de pratiques manuelles, l'emploi de plantes ou d'autres éléments naturels (2).

Les nouvelles techniques s'insèrent dans un paysage médical spécifique à la France, où se mélangent médecine libérale, financement socialisé et décision étatique. Comment dans ce contexte se diffusent les technologies, quels sont leurs effets sur les médecins, les gestionnaires, les personnels et enfin les malades ?

Concurrence et contingentement

L'innovation technologique est vécue du côté des praticiens comme une perturbation des anciens équilibres. S'appuyant sur une demande 2. Voir l'ostéopathie et plus généralement les « médecines douces ».

que l'on peut qualifier d'*infinie*, à la suite de Michel Foucault (3), les médecins, généralistes comme hospitaliers sont très favorables aux innovations.

Elles sont un argument essentiel de la concurrence entre médecins, voire entre types de pratique (généraliste isolé, groupe de libéraux, centre de santé). A l'hôpital, la possession de machines sophistiquées constitue un indicateur de la renommée du service. Là aussi, la concurrence règne entre corps de spécialistes ; ainsi l'évolution des systèmes d'investigation glissant de la radiologie à la tomographie (scanographe) et à la résonance nucléaire, a permis le développement d'une rivalité entre radiologues « ancienne école » et biophysiciens.

Dans le secteur public où se réalise la majeure partie des équipements lourds, la décision d'implantation est essentielle. En matière de scanographe et de RMN, Résonance

3. « Sécurité sociale, l'enjeu », Ten-Syros

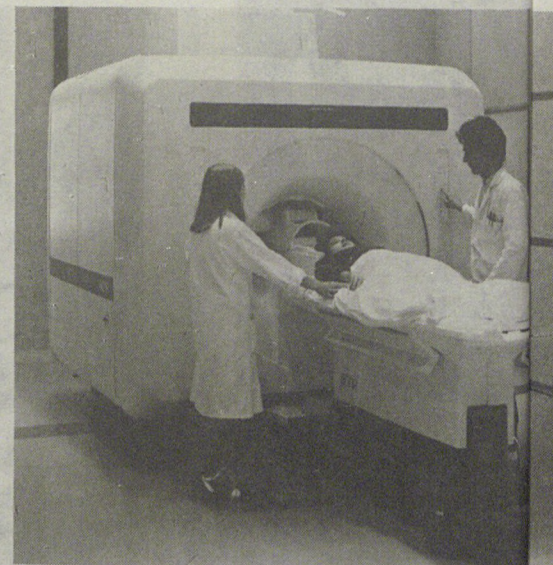
magnétique nucléaire, elle est prise finalement par le ministre au terme d'une procédure de consultation à plusieurs niveaux. Cette centralisation essaie de rendre indiscutable une décision, trop exposée aux pressions des maires, également présidents des Conseils d'administration d'hôpitaux, et des chefs de services : tous jouent leur renommée sur l'obtention de ces équipements. Ainsi dans une affaire récente, une commune qui s'était vu refuser un scanner pour son hôpital municipal, a contre-attaqué en demandant l'installation d'une RMN. Les deux appareils ont pourtant des indications comparables et une convention d'utilisation était proposée par la clinique détentrice du scanner, distante de quarante kilomètres...

Le ministre peut tenter de concilier les termes de l'équation actuelle : répondre à la demande de technologies nouvelles tout en développant une industrie nationale d'équipements biomédicaux, mais en maintenant le niveau des dépenses de santé.

Vu le retard initial de la France, développer une industrie nationale passait, dans un premier temps, par un contingentement des matériels, d'autant mieux accepté qu'il allait également dans le sens de la réduction des coûts.

Ainsi en 1976, la Compagnie Générale de Radiologie, filiale de Thomson, entreprenait de combler son retard (dès 1973, les premiers scanners paraissent chez l'anglais EMI). Après 1981, la C.G.R. devenait l'axe d'une filière bio-médicale. Des rapprochements étaient favorisés avec d'autres entreprises (constitution de Sopha en lien avec le C.E.A.) et avec la recherche publique.

L'usage bien dosé des autorisations d'implantation des matériels fut l'un des instruments de cette politique qui aboutit à réserver deux tiers du marché national aux produits français. De 1982 à 85, l'effort d'investissement a représenté un milliard et

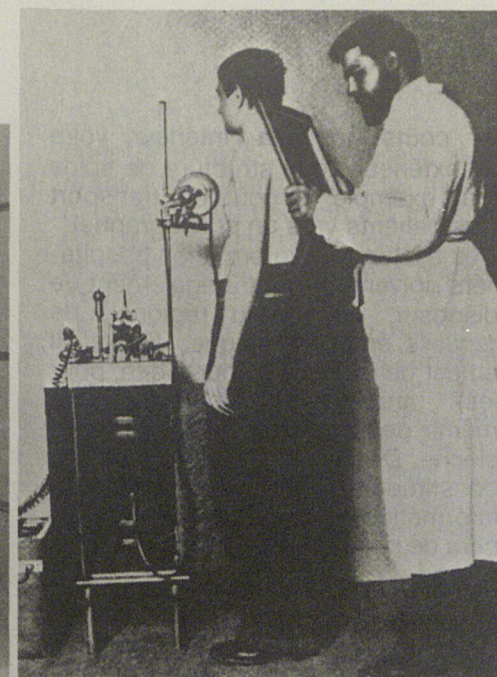


Des balbutiements de la radiologie à la résonance magnétique nucléaire ou de l'examen d'une partie du corps à la transparence du corps entier.

de francs dont le tiers à la charge de l'État. Néanmoins, la France n'a pu combler son sous équipement relatif en matériels lourds par rapport au Japon ou aux États-Unis alors que les équipements légers proliféraient.

Le paradoxe de la technologie médicale

Ce constat ouvre sur la notion de *substituabilité* d'un matériel à un autre, d'une pratique à une autre. Celle-ci n'est pas du tout assurée car les services fournis changent tout à la fois de nature, de qualité et de volume sans qu'on puisse préci-



sément mesurer le produit final.

Ainsi en France, le petit nombre de scanographes, mais aussi d'utilisateurs formés, voire de médecins hospitaliers en général, a entraîné une utilisation beaucoup moins intensive qu'au Japon. Autre constatation, après l'introduction de nouvelles technologies, des techniques comparables mais non semblables, restent pratiquées par des équipes qui les maîtrisent bien, ce fut le cas, par exemple, de la radiologie vasculaire.

Les nouvelles techniques posent le problème de la formation des personnels et celui des statuts des techniciens (ingénieurs) dans un uni-

LES MARCHÉS DES MACHINES

En 1979, d'éminents rédacteurs dont François Jacob, prix nobel de médecine, remettaient un rapport « Sciences de la vie et société » qui devait faire date.

Le rapport définissait trois grands domaines pour les technologies de pointe en biologie et médecine (les T.B.M.) : les instruments, les biomatériaux et les bio-réactifs.

Bioréactif et biomatériaux appartiennent encore à des domaines neufs difficilement quantifiables.

En matière d'équipements, des bilans ont été établis (1).

Les principaux efforts ont porté sur l'imagerie diagnostique et moins sur l'appareillage thérapeutique.

Ce qui a permis d'augmenter le nombre de scanographes, passant de 1 appareil pour 900 000 habitants en 1981 à 1 pour 270 000 aujourd'hui, soit 132 appareils au total, (soixante autorisés cette année) dont la plupart en corps entier. D'autres techniques d'imagerie sont développées en parallèle, des gamma-caméras à l'imagerie par résonance magnétique (10 appareils à l'heure actuelle, un par région, prévu en 1988). Deux cent-vingt systèmes d'angiographie numérisée (exploitation vidéo d'images radiologiques très proches dans le temps) complètent le parc (1).

En termes d'appareils thérapeutiques, le lithotripteur (appareil à dissoudre les calculs) a fait son apparition dans les hôpitaux français en 1983.

Le marché français en plein développement reste néanmoins infime au regard du marché américain qui représente déjà trente milliards de francs et devrait atteindre 73 milliards en 1987 (2).

1. Secrétariat d'Etat chargé de la Santé, Février 85.

2. Medical device manufacturing conference, New-York, Mai 84.

vers régi par la compétence médicale. En France, les besoins seraient de cinq cents ingénieurs.

L'idée d'une substituabilité toute relative, introduit le paradoxe de toute innovation technologique en matière de santé : *« Elle ne semble pas aboutir à une transformation structurelle des facteurs de production permettant des gains de productivité (4) et une meilleure efficacité sociale du système de santé » (5).*

Ce progrès, qui ne fait pas de doute pour le spectateur lointain semble impénétrable pour le gestionnaire.

Son évaluation constitue un enjeu de toute première importance dans une période de réduction des coûts.

La procédure de médicalisation des systèmes d'information, ou P.M.S.I. (6) directement inspirée de concepts américains propose d'abandonner les critères de moyens (7) pour s'attacher au contenu médical de l'activité des hôpitaux.

Il s'agit d'établir le coût du traitement de chaque pathologie :

- de mesurer l'efficacité des nouvelles procédures diagnostiques (à des niveaux différents ; efficacité technique, efficacité diagnostique, efficacité thérapeutique) ;

- de déterminer les « circuits diagnostiques » appropriés pour des groupes de patients définis à partir de critères épidémiologiques et en fonction de l'efficacité des techniques diagnostiques (d'imagerie ou autres) ;

- d'identifier l'ensemble des relations dynamiques entre la « stratégie diagnostique » et l'utilisation des moyens logistiques et techniques au niveau du plateau technique et dans les services cliniques ;

- d'évaluer et de mesurer les coûts réels de chaque stratégie en incluant

les coûts induits à l'intérieur, voire à l'extérieur de la structure de soins (par exemple le coût du transport des patients vers un scanographe). Ces systèmes d'information hospitaliers doivent permettre également de disposer, au niveau régional, de recueils épidémiologiques fiables. Il en est déjà ainsi en Bourgogne, pour les anatomo-pathologistes, de même des pédiatres en région parisienne. Des banques de données se constituent, que la numérisation des informations radiographiques renforcera de possibilités d'accès aux vues d'examen.

L'humanisation un nouvel enjeu ?

De toutes les technologies, celles de la santé sont les mieux acceptées ; on est prêt à payer pour elles, en cotisations, par des quêtes (« Association Recherche Cancer ») et qui n'a entendu ou même dit : *« Si on donnait à la recherche médicale, l'argent de la bombe, on ne tarderait pas à résoudre les problèmes du cancer ».*

La recherche et l'innovation médicales s'appuient donc sur un consensus imprenable, les médecins en ont souvent joué vis-à-vis de leurs bailleurs de fonds (Sécurité sociale, Etat), ainsi la campagne menée l'an dernier par les radiologistes contre le moindre remboursement de certains actes.

Médecins et patients communiquent dans le même respect de l'hôpital, haut-lieu de la technique médicale. Terrain d'exploit pour certains praticiens, il est le lieu de « miracles » pour le téléspectateur.

Cette perception idéalisée peut changer quand un individu miné par la maladie se trouve au sein de la « machine hospitalière ». La médecine technicienne s'exprime alors dans sa pure logique, celle du fonctionnement biologique. La séquence devient recueil de l'information et traitement du problème. Le patient est alors plutôt *« considéré comme une contrainte par rapport aux don-*

4. Emploi optimum du personnel, réduction des consommations intermédiaires.

5. Francis Fagnani : *Le contexte institutionnel et social du développement de la médecine technique.*

6. Circulaire du 18/11/82.

7. Nombre de journées, durée de séjours et nombre d'actes.

nées générales du processus réparateur » (8). L'angoisse du malade mais aussi du médecin est transférée sur des « examens de vérité », dont le scanographe constitue le meilleur exemple.

Le poids d'un tel examen, est difficilement supporté, et parfois l'environnement de l'expérience y contribue : « *Durant l'examen, le malade est seul, enfermé dans une pièce et voit les médecins de l'autre côté de la vitre, les yeux rivés sur l'écran ou pour eux se déroulent l'expérience. Le patient n'a généralement pas été informé de la durée de l'observation* » (de trente minutes à une heure) (9).

Ce type d'examen interroge crûment le personnel dans sa relation au malade. En effet, on peut poser que la technologie n'est jamais déshumanisante par elle-même, mais au travers des usages sociaux où elle

s'insère et parfois se pervertit. « L'humanisation », grand thème de la dernière décennie, doit quitter le niveau de l'hébergement pour s'appliquer à la qualité des relations autour de la personne malade. Seule cette qualité relationnelle, peut éviter à la technologie de se dévoyer en fétiche ou en instrument de délégation de la responsabilité.

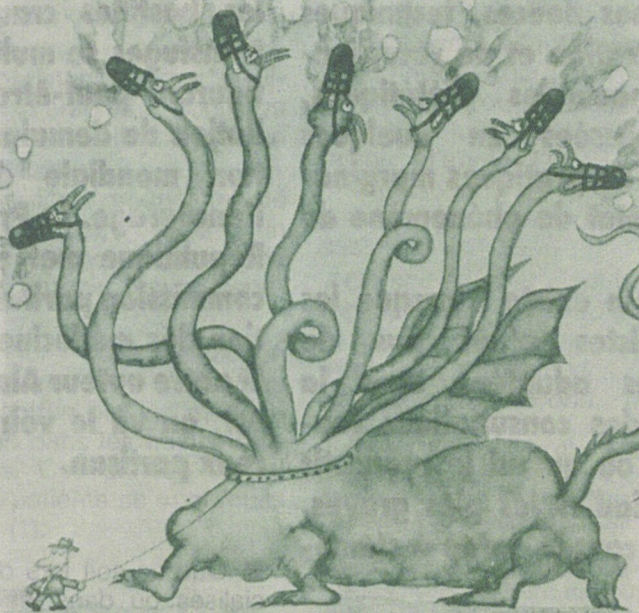
La formation des personnels, y compris technique, à la relation est essentielle, mais se heurte à la surcharge de travail d'équipes réduites. Le changement bien que désiré devra bousculer une certaine routine.

Le personnel soignant doit reconnaître le malade comme un usager et entamer avec lui un dialogue sur les soins effectués. Gardons à l'esprit, la situation américaine où les usagers sont devenus des plaideurs et intentent des procès aux médecins et institutions de soins.

Michel Dughéra

8. Jacques Chaperon. *Alternatives à la médecine technicienne*.

9. Professeur Jacques Grellet, chef du service de radiologie de la Pitié Salpêtrière. *Le quotidien du médecin* 6/1/84.



Soyez maître de vos consommations d'énergie
Agence Française pour la Maîtrise de l'Energie

MÉDECINES DOUCES

PAR ALAIN MESTRE

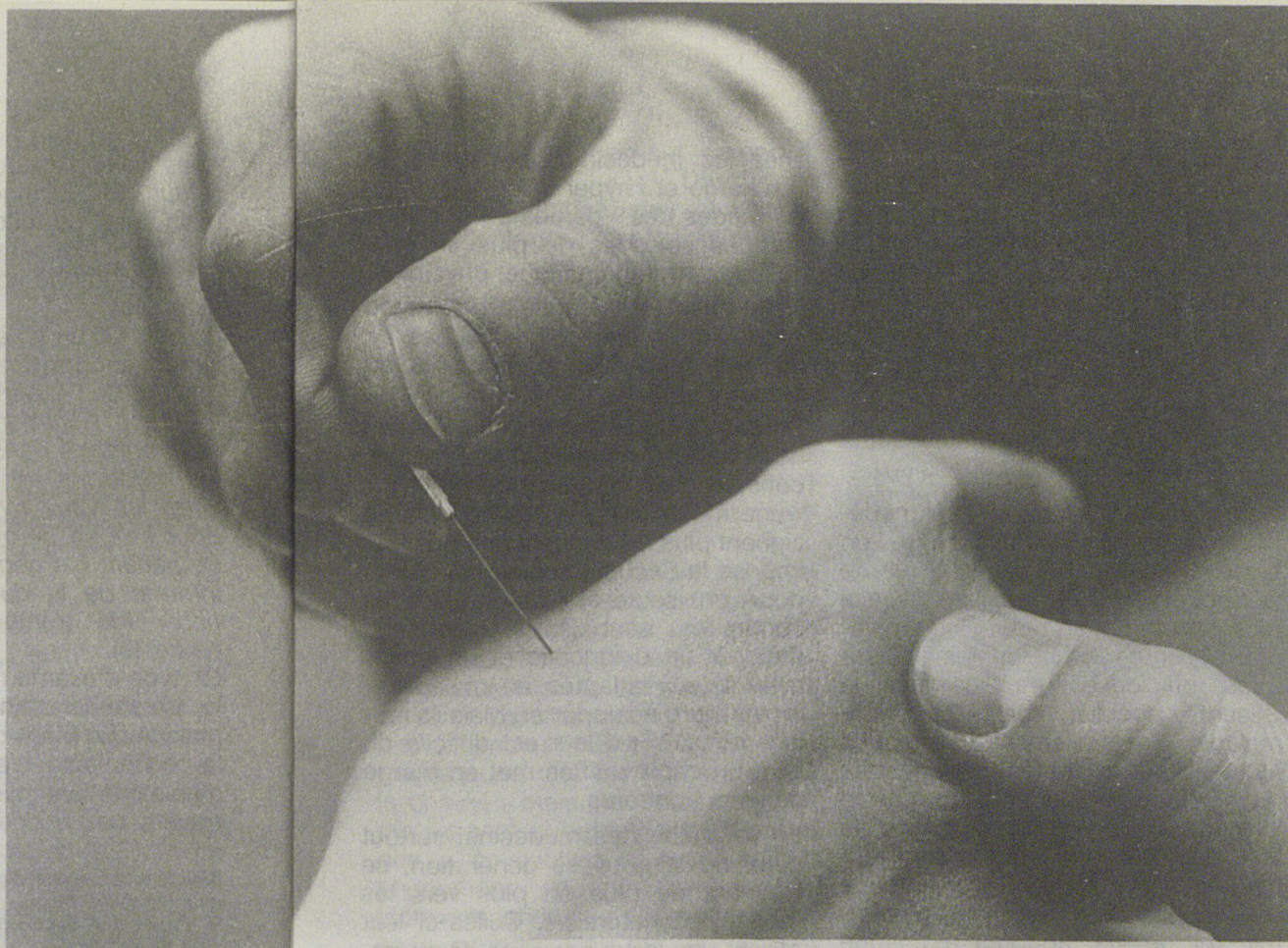
Les thérapies « naturelles », médecines douces, techniques de relaxation et de récupération, nouvelles diététiques, sont passées en quelques années de pratiques marginales à l'état de phénomène de société.

Le besoin existe : lorsque les généralistes n'ont pas de réponses adaptées dans la moitié des consultations courantes, ou quand le pronostic des maladies les plus graves, dont le cancer, tarde à s'améliorer.

Quand en plus les médecines naturelles tendent à s'organiser en un secteur efficace et

rentable, ouvert sur le monde, les bastilles craquent et les transfuges se multiplient, préfigurant peut-être la réconciliation de demain. L'organisation mondiale de la santé l'encourage. Le Président de la République met en place une commission paritaire d'évaluation des médecines naturelles. Et notre auteur Alain Mestre en est, on va le voir, un chaleureux partisan.

■ Que ce soit lors des salons spécialisés ou dans les sondages, les médecines parallèles ont rencontré leur public. Elles y ont même perdu leur épithète antérieure pour devenir médecines douces ou naturelles.



Cette révolution tranquille s'impose maintenant à tous les praticiens, du conseil de l'ordre aux généralistes. En effet « l'ordre » qui dénonce encore les charlatans, admet l'utilisation de ces thérapies à condition que la prescription soit faite par un médecin homologué.

Les usagers ont su reconnaître de nouvelles pratiques dans un domaine où, il y a peu, régnaient le médecin et l'industrie pharmaceutique.

S'interroger sur cette évolution revient à repérer les problèmes majeurs rencontrés par les médecines classiques dans les quinze dernières années. Ces années durant lesquelles les patients se sont mués en *impatients* (1).

Des mots durs sur les médecines « dures »

Les médicaments contestés. C'est grâce au docteur Henri Pradal (2)

que le public français a pu entendre ce que bien des malades pensaient tout bas depuis longtemps : les médicaments peuvent être des produits nocifs qui provoquent des maladies iatrogènes (causées par le traitement lui-même), elles constitueraient, d'après l'OMS, 40 % des maladies dans les pays évolués et seraient mortelles dans 3 % des cas).

« On sait en effet, écrit le professeur Perrault, que la maladie infantile de la médecine moderne est assez souvent de réaliser des ennuis en chaîne, un second médicament

1. « *L'impatient* », titre d'un mensuel de contre-information sur la santé créé par Henri Pradal - tirage : 80 000 exemplaires. 9, rue Saulnier, 75009 Paris. Tél. : 246.43.01.

2. Docteur en médecine et toxicopharmacologie. Editeur du « *dictionnaire critique des médicaments* » éditions du couloir de Gaube, BP 77, 65110 Cauterets. Auteur des « *Guide et nouveau guide des médicaments* » éditions du Seuil, collection de poche qui ont dû affronter, avec succès les pressions passionnées des groupes pharmaceutiques.

devant prévenir ou traiter les accidents dus au premier et ainsi de suite, rallongeant les listes de médicaments des ordonnances et multipliant ainsi les risques d'interaction des médicaments entre eux (3).

Ainsi les médicaments « anti-inflammatoires non hormonaux salicylés », plus connus sous leur nom générique « d'aspirine » ont-ils des effets négatifs parfois insoupçonnés (4).

Des soins à la chaîne ? Les médecins classiques sont prisonniers d'un système de gestion à courte vue de la Sécurité sociale qui les oblige à recevoir un certain nombre de malades à l'heure (6, selon les statistiques officielles établies par la Sécurité sociale, soit 10 mn par malade). Non seulement les malades risquent d'être traités comme des objets, mais le médecin n'a pas le loisir de s'intéresser aux causes de la maladie. Il s'en tient essentiellement aux symptômes et ne donne plus les conseils d'hygiène alimentaire et de vie, adaptés à chaque cas. D'ailleurs depuis plusieurs années, ce « productivisme » médical a provoqué une crise au sein du corps des médecins : élévation du chômage (3 500), et du nombre des faillites de cabinet, conjuguées à une baisse de niveau de vie. L'acte médical ne suit plus l'indice d'inflation et encore moins l'acte des autres professions libérales et des services. Il faut en outre mentionner l'élévation du surmenage et des arrêts-maladie

chez les médecins eux-mêmes, la surcharge et l'hyper-sélectivité dans les études des « carabins », fondées sur des sciences de plus en plus abstraites (mathématique, physique).

Cette crise est la cause profonde de la grogne et des manifestations de rue des médecins et étudiants au printemps 83.

Depuis quelques années, un certain nombre de médecins classiques, consciencieux, refusent de pratiquer « une médecine à la chaîne ». Ils ne signent plus les conventions que leur impose la Sécurité sociale, et optent pour un secteur différent où les honoraires sont libres, ceci afin d'établir un diagnostic et un traitement mieux adaptés au malade et moins lourd à supporter. Mais ils restent rares, car il leur est difficile de faire un choix qui les met en marge de leurs confrères.

En revanche des médecins, surtout ceux de la nouvelle génération, se tournent de plus en plus vers les médecines naturelles. Celles-ci leur offrent une issue à la crise démographique et économique que traverse leur profession, voire à sa crise organisationnelle et épistémologique.

La médecine classique est très efficace en cas d'urgence (coma, crise cardiaque, etc.) et de maladies infectieuses. Mais, malheureusement beaucoup moins face aux maladies de dégénérescence liées au terrain du malade : rhumatismes (10 millions d'arthrosés en France), cancer (qui n'est plus considéré comme d'origine virale) et surtout un type de maladies dites « de civilisation », qui représentent 80 % des consultations : fatigue générale, surmenage, dépression, maladies psychosomatiques et toutes les maladies fonctionnelles indécélables par les instruments classiques d'analyse (parmi lesquelles les migraines qui touchent un français sur cinq).

Les maladies de dégénérescence sont largement dues, outre au capital génétique initial, aux conditions de vie, de travail et d'alimentation

3. « Conduite à tenir devant 70 questions de pratique médicale courante », cours de deuxième année (et livre de chevet de nombreux étudiants en médecine).

4. La consommation est de 2 milliards de comprimés par an (soit 40 comprimés par personne et par an). Parmi les effets négatifs, on note des douleurs à l'estomac, saignements digestifs occultes, des troubles neuropsychiques, des intoxications, des incidences gynécologiques (peut annuler l'effet contraceptif d'un stérilet, exagérer les saignements menstruels, à forte dose, prolonger, une grossesse), etc.

« Risques et maladies liés aux médicaments », par les docteurs Heusghem, Lagier et Lechat, éd. Masson).

modernes (trop souvent carencée, dégénérée, dénaturée). Dans cette situation dégradée, des comportements contrastés apparaissent chez les praticiens et parmi les usagers.

Certains médecins acceptent de lier leur statut financier et social aux laboratoires pharmaceutiques et d'analyses biomédicales, d'autres connaissent des ennuis financiers.

Beaucoup constatent la difficulté de répondre aux demandes des patients et s'inquiètent des impasses de leur formation.

Mais l'engouement actuel pour les médecines naturelles est aussi le fruit d'un changement profond des mentalités, tendant à vouloir reprendre possession de son corps et de sa santé par une technologie appropriée, moins agressive, moins lourde ; une médecine non plus « à la chaîne » mais « sur mesure ». Ce mouvement a cependant provoqué des excès inverses en engendrant le phénomène de l'automédication (consommation pharmaceutique sans ordonnance) qui en France représente près de 45 % du marché des médicaments et touche 70 % de la population (étude CREDOC).

De Galien à Pasteur, et d'Hippocrate à Claude Bernard

Cette opposition entre deux conceptions de la médecine remonte aux origines mêmes de la médecine occidentale, à l'époque où l'école de Galien (II^e siècle après JC) s'attaquait avec virulence à l'école d'Hippocrate (IV^e siècle avant JC).

La querelle portait sur la conception des origines de la maladie :

Pour Galien, la maladie est une entité étrangère à l'homme, une sorte de parasite qui le ronge. Il faut donc combattre ce mal par les armes, l'expulser, ou l'anéantir pour sauver le malade. Le nom de Galien est passé à la postérité à travers la pré-



Hippocrate.



Pasteur en 1871.

paration des produits pharmaceutiques (« la galénique »).

Pour Hippocrate, la maladie est plus subtile, et sa nature est intimement liée à l'homme. Elle traduit un affaiblissement de l'organisme qui n'a plus la force de se défendre, et qui lui ouvre ses portes.

Cette querelle s'est poursuivie au XIX^e siècle, entre Pasteur et Claude Bernard.

Pasteur, en réussissant à prouver scientifiquement l'existence des microbes, a défendu la thèse de l'origine microbienne des maladies, confirmant les partisans de l'école de Galien. Il en a découlé une conception de la médecine où la maladie n'est plus que le lieu biologique d'un combat acharné entre des agresseurs et des produits chimiques destinés à les combattre ; une recherche de plus en plus élaborée sur des produits actifs susceptibles de détruire ces germes, ces microbes et ces virus ; finalement une conception technocratique et taylorienne de la médecine qui a primé sur toutes les autres jusqu'ici, sans doute à cause du formalisme scientifique dont elle a su s'entourer.

Mais après les grandes victoires sont venus les déboires. Les virus et les microbes qu'on pensait avoir éliminés définitivement, se sont adaptés progressivement aux produits qui étaient utilisés pour les combattre, et sont devenus de plus en plus résistants. Il fallait donc augmenter la puissance destructrice des médicaments, armes de plus en plus redoutables. Et, à partir des années soixante-dix, le progrès médical a commencé à marquer le pas.

C'est seulement alors qu'on s'est souvenu qu'à l'époque du triomphe de Pasteur, la thèse de l'origine microbienne des maladies avait été violemment combattue par un homme pourtant respecté de la médecine classique : *Claude Bernard*. Celui-ci était persuadé que le microbe n'apportait qu'une infime partie de la vérité sur l'origine des maladies, et se posait la question : pourquoi les microbes frappent-ils certains sujets et épargnent les autres ; faut-il y voir les lois du hasard ou de la raison ? Pour lui, « l'esprit scientifique se doit de prendre en compte toutes les données



1889. Claude Bernard et ses élèves.

d'un problème, sans en laisser aucune dans l'ombre, faute de quoi, l'esprit scientifique devient fanatisme ou mysticisme, voire même religion avérée. Et il découvre qu'un microbe ne peut évoluer et faire ses ravages que sur un terrain qui lui est propice. D'où sa phrase « *le microbe est rien, le terrain est tout* ».

Ce terrain c'est l'organisme du malade lui-même. Pendant plus d'un siècle, on a refusé d'entendre les paroles de Claude Bernard. Mais depuis quelques années, maints chercheurs semblent prêts à revenir en arrière pour véritablement avancer. C'est ce que le professeur René Dubos explique au professeur Escande : « *Je suis convaincu que le fait de voir les maladies respiratoires infectieuses se manifester surtout à certaines périodes de l'année, n'est pas dû simplement à ce que les microbes se promènent à ce moment-là, mais bien plus sûrement à ce que nos organismes sont alors différents, plus réceptifs, plus sensibles*. Hélas, ce n'est pas là une

vision « officielle », ce n'est pas une pensée à la mode. » (5).

Le jour où cette conception du terrain sera devenue un point de vue « officiel », alors un grand pas sera fait pour réhabiliter les médecines naturelles qui sont, avant tout, des médecines de terrain.

Déjà la réhabilitation des thèses de Claude Bernard a joué un grand rôle dans la reconnaissance de l'origine non virale du cancer il y a quelques années.

Médecines d'écoute, médecines globales

Les médecines naturelles ont en commun d'être des médecines d'écoute, de terrain, globales, autodéfensives et autocuratives.

Des médecines d'écoute : car il faut beaucoup plus de temps pour connaître la nature d'un terrain en profondeur, que pour faire le recensement des symptômes de la mala-

5. René Dubos, Jean-Paul Escande : « Chercher » Médecine ouverte. Ed. Stock.

die. Elles ne soignent pas la maladie mais le malade, donc ne donnent pas le même traitement pour une maladie donnée, ce qui suppose des rapports médecin-patients fondés sur le dialogue et non la soumission.

Des médecines globales : donc *non-spécialistes*, non symptomatiques, elles ne compartimentent pas le malade et le considèrent comme un tout.

Elles sont *autodéfensives*. A la différence de la médecine classique, leur but est de renforcer les systèmes d'autodéfense de l'organisme.

Enfin elles sont *autocuratives*, ce sont des techniques que le malade peut pratiquer lui-même sans guère de danger, voire même avec une efficacité surprenante, car leurs actions très fines exigent une connaissance parfaite du terrain. Les praticiens encouragent et forment à l'autoguérison des patients de plus en plus nombreux qui étonnent ensuite médecins et pharmaciens par l'étendue de leurs connaissances (sur eux-mêmes).

Ces thérapeutiques s'insinuent dans les creux laissés par une médecine technicienne dont trop souvent les officiants ont perdu le goût, voire le sens du contact. Dans nombre de domaines, leur succès ne fait aucun doute, hormis pour l'académie de Médecine qui persiste à n'y voir qu'un effet placebo.

Ainsi l'homéopathie est-elle particulièrement efficace dans les affections virales et microbiennes (rhume, angine et grippe) ; l'acupuncture combat la douleur (rhumatismes) et rétablit l'équilibre du système neurovégétatif.

Ces résultats empiriques, vérifiés sur des milliers de cas, commencent à trouver une confirmation scientifique. Ainsi la dilution des médicaments homéopathiques considéré jusque-là trop faible, trouve une explication dans la physique atomique, et ses effets sont confirmés par les travaux d'une équipe de l'Inserm (professeur

Benveniste), après une investigation menée par une équipe officielle, selon une méthodologie éprouvée. Quand à l'acupuncture, les intuitions de la plus vieille des médecines se trouvent confirmées par la découverte des endorphines. Ces inhibiteurs naturels de la douleur ont été mis en évidence en 1973 ; leur sécrétion serait stimulée par les aiguilles fichées sur les méridiens de conduction de « l'énergie » (correspondant au système végétatif).

Dans les pathologies lourdes, et tout particulièrement le cancer, les médecines naturelles apparaissent comme un dernier recours, et parfois les rémissions sont surprenantes.

Mais il n'est aucunement question pour l'institution médicale de reconnaître ces tentatives, la répression est encore la réponse la plus employée, de nombreuses affaires en témoignent, comme tout récemment le cas Solomidès dont les « physiatrons synthétiques » utilisés dans la thérapie du cancer ne pourront plus être fabriqués sur le territoire français.

L'action des oligo-éléments sur des sujets relevant de la chirurgie orthopédique, constatée par le professeur Jean Benassy, n'est pour l'heure pas reconnue par ses pairs.

Néanmoins, les médecines douces ont conquis la France comme l'Europe puisque près de vingt mil-

lions de français ont consulté l'un ou l'autre des 30 000 praticiens (soit près de la moitié des médecins classiques).

Plus attachés aux résultats qu'aux querelles scientifiques, les Français désireraient, selon un sondage de la Sofres, que les médecines douces aient le même statut que la médecine classique. Pour parler clair : qu'elles soient enseignées en facultés, pratiquées en hôpital et remboursées par la Sécurité sociale.

Cette dernière a d'ailleurs fait ses comptes, et les études comparatives sont plutôt en faveur des médecines douces. Quand à les enseigner en faculté, Bobigny, le Vincennes de la médecine, instituait fin 82, le DUMENAT (diplôme universitaire des médecines naturelles, voir ci-contre).

Ce cursus est exceptionnellement ouvert aux médecins et aux praticiens non-médecins, mais le titre n'est pas reconnu par l'Etat.

Quant au « conseil de l'ordre », s'il admet de plus en plus les médecines douces, il veut les intégrer dans l'enseignement classique de la médecine et réserver leur exercice à des diplômés... Au-delà de ces querelles d'intérêts, de classifications et de chapelles, se pose pour tous, médecins et usagers, la question d'accéder, peut-être à une ère nouvelle de la médecine.

Alain Mestre

LES MARCHÉS PROSPÈRES DES MÉDECINES DOUCES

■ Sur le terrain économique, les produits « naturels » font prospérer un secteur en expansion.

● l'industrie homéopathique française (Boiron, Dolisos, LHF), en doublant son chiffre d'affaires tous les 3 à 4 ans, est devenu un leader mondial incontesté. Elle a des concessions et des filiales dans le monde entier, surtout en Inde qui possède la plus forte concentration mondiale d'homéopathes (650 000)

et où elle apporte un complément scientifique et technologique adapté à l'acquis local.

Cette industrie a pour particularité d'associer des technologies de pointes et beaucoup de main-d'œuvre ; Boiron, par exemple c'est 1 000 personnes et un chiffre d'affaires de 313 millions de FF. Cette entreprise s'est même permise de relancer le marché de l'homéopathie aux USA.

● d'oligo-éléments : Labcatal, Oligocure, Catalyons étant les principales firmes.

● la branche diététique qui a vu tri-

BOBIGNY : PROGRAMME DE FORMATION EN MÉDECINE NATURELLE

1^{re} ANNÉE (120 HEURES)

A - TRONC COMMUN DES MÉDECINES NATURELLES

- Historique succinct des Hommes et des Écoles en naturothérapie.
- L'organisme et ses processus vitaux : 1) Équilibre Homme-biotope, 2) Réactions homéostatiques de l'organisme.
- Fondements et domaines d'intervention de la naturothérapie. Étiologie multifactorielle de la pathologie.
- Test d'auto-évaluation de l'objectivité (Sémantique générale).
- Maladies aiguës et chroniques. Les actions vitales salvatrices. Naturo-prophylaxie et naturo-thérapeutique.
- Nosologie : cancer et cancerose. Exemple d'approche en naturothérapie.
- Questions et réponses.
- Synthèse des enseignements de la journée.
- Méthodologie de la consultation du médecin naturothérapeute.

B - PROGRAMME SPÉCIFIQUE A LA NATUROTHÉRAPIE

- Bases fondamentales (étude approfondie). Humorisme, causalisme, vitalisme. Synthèse de ces conceptions.
- Processus de défense de l'organisme.
- Immunité naturelle et immunité artificielle.
- Le revers des immunités artificielles passives.
- Conceptions relatives à l'épidémiologie. Étude des thèses de Pasteur, Béchamp, etc.
- La science naturothérapique : axiomes et « lois » : lois d'homéostasie, de force vitale, de vitalité, d'action, d'élimination sélective, d'effet contraire, d'économie spécialisée, de distribution vitale, de limitation, d'accommodation vitale, de compensation physiologique, etc.
- Toxémie. Maladie aiguë. Maladie chronique.
- Conditions générales de la guérison.
- Aliment : qualité, quantité, équilibres... Agrobiologie et médecine vétérinaire dans la ligne des médecines naturelles.
- Diététique. Modulation dans les conditions normales (température, travail, âge...).
- Régimes de désintoxication et de revitalisation.
- Jeune et traitement par les régimes. Pratiques autolytiques : monodiète, Schrott, Hay, etc. Sollicitation des émonctoires.
- Hydrothérapie, thalassothérapie, thermalisme (crénothérapie), fangothérapie, Kneipp, Kuhn, Trall, etc. Drainage lymphatique.
- Psychothérapies. Transfert et contre-transfert. Pathologie de l'inhibition de l'action (H. Laborit). Techniques de diagnostic (1^{re} partie), anamnèse, tests, questionnaires,

- profils psychologiques, épreuves de caractère et de personnalité, techniques projectives, typologies, morpho et grapho-psychologie, onychomorphologie.
- Psychosomatique et troubles psycho-fonctionnels.
- Placebothérapie et expérimentation en double aveugle (ou insu).

2^e ANNÉE (120 HEURES)

(Début des cliniques)

- Thérapie orthomoléculaire.
- Capillarothérapie (Salmanoff, Lautie).
- Aéro-climatothérapie, écosystème et habitat, géobiologie.
- Vitalisation générale et cardiorespiratoire.
- Techniques de diagnostic (2^e partie) : études expérimentales sur iridologie, biophosphorographie, bio-électronique, effet Kirlian.
- Épreuves complémentaires de laboratoire.
- Établissement du bilan vital. Détermination :
 - 1) des facteurs positifs (fond vital), corrections et apports par les méthodes d'éducation et de traitement;
 - 2) des facteurs de détérioration (effets des pollutions, stress et autres facteurs pathogéniques).
- Psychothérapies (2^e partie). Techniques de traitement, individuelles et de groupe : analytiques, de conditionnement etc.

3^e ANNÉE (120 HEURES)

(Cliniques approfondies et thèses)

- Les grandes fonctions organiques et leur pathologie. Étude des processus pathologiques dans les domaines suivants :
 - Digestion et nutrition (y compris diabète).
 - Système nerveux et hormonal.
 - Appareils respiratoire, circulatoire, ostéo-musculaire, uro-génital (homme-femme), O.R.L., visuel, auditif et olfactif, tactile, dentaire, etc.
 - Troubles de la fonction veille-sommeil-rêve.
 - Dégénérescence et cancer.
- Les urgences naturothérapiques. Les infections.
- Gynécologie-obstétrique en naturothérapie.
- Perturbations de l'être humain dans son évolution chronologique, de l'enfance au grand âge.
- Psychothérapies (3^e partie). Compléments pratiques sur la psycho-relaxologie, les yogas, l'hypnothérapie, la sophrologie. Interventions psychothérapeutiques : couple, famille, groupes humains.

Examens : Contrôle des connaissances en cours d'année et en fin de chaque année.

pler son chiffre d'affaires depuis 1979, s'élevant à 687 millions de FF en 1983. Ce marché composé d'un réseau très dense de PME attire de plus en plus de grandes sociétés alimentaires.

Ce marché est réglementé par l'arrêté du 20.07.77, déterminant huit catégories de produits et quinze types d'aliments se situant entre les médicaments et les aliments courants. Les grandes surfaces, entrées les dernières sur le marché, en détiennent déjà près de 40 %. Les

pharmacies, 15 % seulement. Ces dernières se défendaient mieux sur le marché des produits thérapeutiques grâce au monopole de vente des huiles essentielles de plantes accordé par la loi du 17 mai 1984. Ces évolutions laissent prospérer un secteur de petite distribution spécialisée (« La Vie claire »), qui détient encore 40 % du marché des produits « naturels ».

Les produits diététiques sont contrôlés par des associations, dont les plus importantes sont françaises comme « Nature et progrès ».

INVENTAIRE

DES MÉDECINES NON-CONFORMES

... en voie de le devenir

Acupuncture : Considère que c'est dans les troubles quantitatifs, qualitatifs ou dynamiques de l'énergie du corps, qu'il faut chercher la cause des maladies. Le rééquilibrage de cette énergie s'effectue en « poncturant » les points méridiens (vecteurs de l'énergie).

Biothérapie : Ensemble de thérapeutiques complémentaires groupant : la phytothérapie rénovée (utilisation de teintures alcooliques de plantes), la lithothérapie (utilisation de dilutions de pierres), la micro-minéralothérapie (utilisation de basses dilutions de sels biochimiques), l'homéopathie, la mycothérapie (utilisation de divers champignons en basses dilutions), l'organothérapie diluée dynamisée (utilisation d'organes animaux dilués), la gemmothérapie (utilisation de bourgeons, jeunes pousses, jeunes racines).

Diététique : « Les plus grands médicaments sont nos aliments » (Hippocrate).

L'homéopathie : A pour base « la loi de similitude » qui s'énonce ainsi : *« toute substance capable de provoquer, chez une personne saine, des symptômes donnés, peut également guérir ces mêmes symptômes si elle est administrée à dose infinitésimale »*. Ainsi le café, qui est un puissant stimulant est indiqué en homéopathie pour calmer le système nerveux et aider à dormir...

Magnétisme : Passe et impositions de mains pour recharger un malade ayant des troubles psychiques et physiques liés à un déséquilibre énergétique.

Mésothérapie : Injections de petites quantités de médicaments classiques et naturels dans les profondeurs de la peau (mésoderme : entre l'épiderme et le derme) à l'aide d'aiguilles de faible dimension.

Neuralthérapie : La recherche, la localisation et la neutralisation dans un but thérapeutique de processus locaux lésionnels, (troubles infectieux, inflammations, foyers cicatriciels) ou fonctionnels (métaboliques, nutritionnels, neuro-intégratifs), susceptibles de sous-tendre une affection à distance d'un autre organe.

Oligothérapie : Administration de métaux ou de métalloïdes à des doses infimes (de l'ordre du millième de gramme).

Ostéopathie : Manipulations permettant de redonner le maximum d'amplitude aux différents tissus bloqués (articulations, muscles, fascias, nerfs, vaisseaux, organes, liquide céphalo-rachidien).

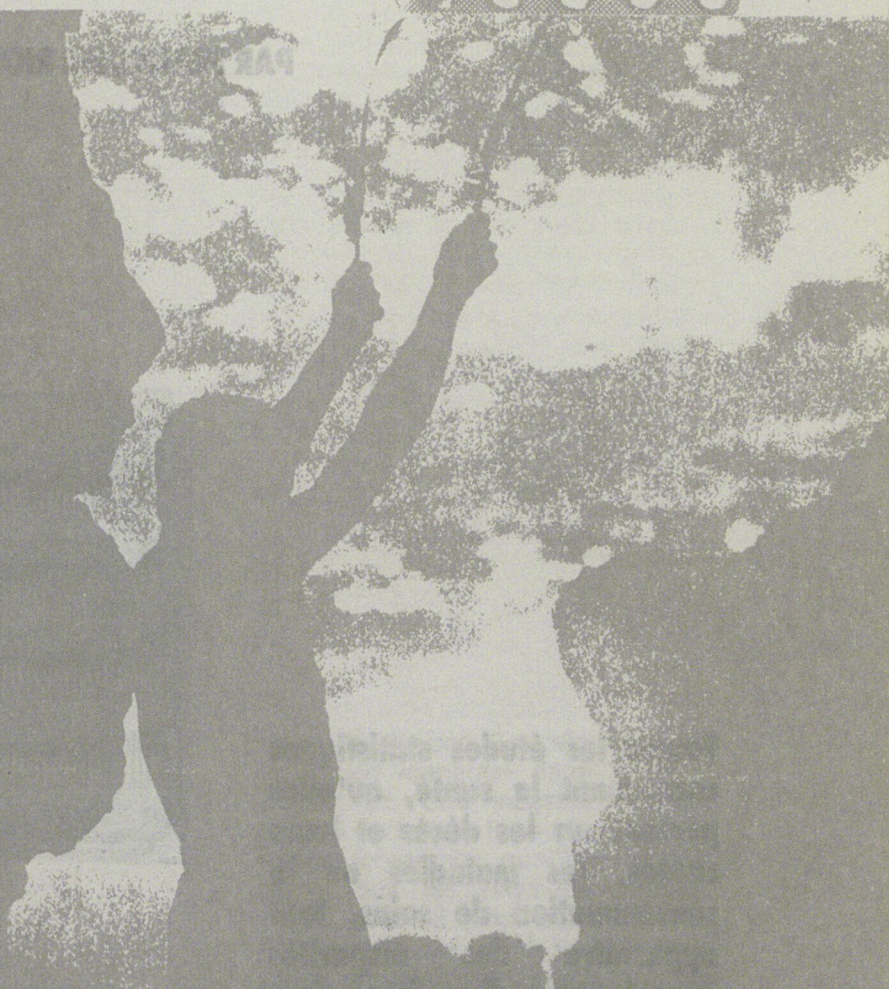
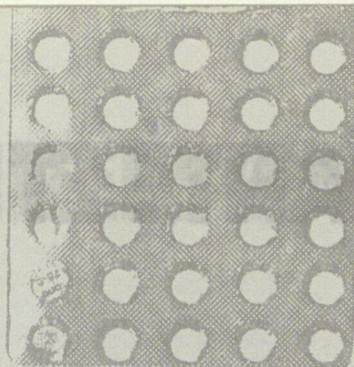
Phytothérapie : Médecine par les plantes. Elle les utilise sous forme de teintures mères (macérations de plantes dans l'alcool), de poudres totales (plantes broyées finement), de nébulisats (véritables tisanes lyophilisées) d'huiles essentielles (substance odorante des plantes aromatiques) et simplement par infusions.

Réflexothérapie : Massages réflexes du tissu conjonctif, Do-in et Shiatsu (massages sur les points d'acupuncture), auriculothérapie (stimulations de l'oreille), sympathicothérapie (stimulations du nez).

Thalassothérapie : Thérapies d'eau de mer par jet direct ou brisé, en lame, en cercle, en pluie, absorption d'eau de mer par voie buccale, les bains d'algues, de boue ou de sable.

Thermalisme ou crénothérapie : Thérapies par les eaux de source, absorption de ces eaux et bains d'eau de source, de boue, de gaz.

OS INÉGALITÉS



Les études effectuées
sur la santé de
nos élèves de
maternelle à
l'Université de
Montréal ont
révélé que les
enfants de familles
à faible revenu
présentent des
taux de malnutrition
plus élevés que
ceux des enfants
de familles à
revenu élevé.

Les enfants de familles
à faible revenu ont
également des
taux de retard de
développement
plus élevés que
ceux des enfants
de familles à
revenu élevé.

Les enfants de familles
à faible revenu ont
également des
taux de retard de
développement
plus élevés que
ceux des enfants
de familles à
revenu élevé.

Les enfants de familles
à faible revenu ont
également des
taux de retard de
développement
plus élevés que
ceux des enfants
de familles à
revenu élevé.

Les enfants de familles
à faible revenu ont
également des
taux de retard de
développement
plus élevés que
ceux des enfants
de familles à
revenu élevé.

SANTÉ ET INÉGALITÉS

PAR FRANÇOISE RIOUX*

Toutes les études statistiques concernant la santé, qu'elles portent sur les décès et leurs causes, les maladies ou la consommation de soins, font apparaître des disparités importantes : disparités « évidentes » liées à l'âge, mais aussi disparités entre les sexes et les catégories sociales, les régions.

■ L'âge où intervient la mort est la première mesure de l'inégalité.

Si l'allongement de l'espérance de vie depuis le début du XIX^e siècle est un phénomène général dans tous les

* Médecin épidémiologiste, INSERM. Dijon.

CADRES CFDT N° 317-318, MAI-JUIN 1985

FRANCE, ANNÉES 1980

pays développés, il ne s'est pas fait de façon identique dans toute la population. Une inégalité majeure sépare les sexes : les hommes vivent moins longtemps que les femmes dans tous les pays développés, mais, avec 8 ans de différence (l'espérance de vie à la naissance étant, en 1982, de 71 ans pour les hommes, de 79 ans pour les femmes), la France vient au 3^e rang mondial de surmortalité masculine (après l'URSS et la Finlande). Cette surmortalité s'aggrave avec le temps : elle était de 5 ans en 1930, et de 1,5 an en 1980. Cette surmortalité masculine est essentiellement liée aux accidents chez les jeunes. A cette cause s'ajoutent l'alcoolisme et la cirrhose du foie, les maladies et tumeurs de l'appareil respiratoire, les tumeurs de l'œsophage chez les moins jeunes (cf tab. II). Certaines



habitudes comme le tabagisme et l'alcoolisme y jouent donc un rôle prépondérant.

Le milieu social est influent. Il joue surtout pour les hommes. En témoigne la comparaison des probabilités de décès entre 35 et 60 ans chez les actifs (cf tab. I) suivant la catégorie socio-professionnelle : la probabilité de décès d'un manœuvre est presque le triple de celle d'un cadre supérieur.

Pour les femmes, l'écart entre les catégories extrêmes (cadres et personnel de service) est beaucoup plus faible — la probabilité de décès est cependant multipliée par 1,4.

Si l'on compare les deux sexes, à activité et catégorie socio-professionnelle égales, on constate que les hommes sont toujours les plus touchés. L'écart entre les deux sexes tend à se creuser pour les catégories les plus défavorisées.

Le rôle de l'alcool est mis encore en évidence par l'analyse des causes de mortalité par catégorie socio-professionnelle chez les hommes : « *La mortalité par alcoolisme et cirrhose du foie frappe plus directement les travailleurs manuels, et spécialement les manœuvres, elle diminue assez régulièrement avec l'élévation du statut socio-économique. La mortalité par accidents et suicides suit, sans écarts notables, le même « schéma de variation »* » (cf tab. II).

On retrouve des différences de même sens lorsque l'on considère la mortalité infantile(*) : les enfants des classes défavorisées (1) (manœuvres, ouvriers spécialisés, ouvriers agricoles), et plus particulièrement des travailleurs migrants meurent plus que ceux des classes les plus riches (2).

Les inégalités devant la maladie et le handicap

L'étude de la répartition des *maladies mentales* (identifiées à partir des

diagnostics d'admission dans les hôpitaux psychiatriques) montre une nouvelle fois le poids de l'alcoolisme dans les disparités constatées : en 1974, les malades hospitalisés en milieu spécialisé étaient plus de deux fois sur trois des hommes (pour la tranche d'âge de 15 à 54 ans), et la part de la pathologie liée à l'alcool ou à la toxicomanie dans les diagnostics d'admission passait de 8 % pour les femmes à 34 % pour les hommes (3).

L'enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée à domicile en 1980-81^(*), nous donne un éclairage différent. Elle nous renseigne notamment sur la *morbidité déclarée* par les personnes interrogées et sur leur *incapacité physique* (mesurée à partir des éléments suivants : autonomie au domicile, mobilité au dehors, et/ou maladie grave incapacitante). On constate ici que ce sont les femmes qui déclarent plus de maladies que les hommes, pour la quasi-totalité des maladies, sauf pour l'appareil respiratoire et ORL, et les traumatismes, et ce dès l'âge de 16 ans, jusqu'aux âges les plus avancés (4). L'incapacité physique apparaît elle aussi légèrement supérieure chez les femmes.

Inégalités entre catégories sociales. L'influence des facteurs sociaux se retrouve au niveau de la *plupart des maladies* ayant fait l'objet d'études précises d'incidence ou de prévalence (*). Ces études ont mis en évidence un gradient suivant la catégorie socio-professionnelle assez comparable à celui constaté au

(*) Enquête réalisée par l'INSEE et le CREDOC, avec la participation du SESI et de l'INSERM, auprès de 21 000 personnes.

1. Grémy (F.), Pissarro (B.) : « Propositions pour une politique de prévention ». Rapport au Ministre de la Santé. Mars 1982.

2. Kaminski (M.), Blondel (B.) : « Déroulement et issue de la grossesse chez les femmes immigrées », *Prévenir* n° 7, 1983, p. 33-43.

3. « Statistiques médicales des établissements psychiatriques, année 1974 », Santé Sécurité sociale, Statistiques et commentaires, n° 43, 1977, p. 77-99.

4. Lecomte (T.) : « La morbidité déclarée, description et évolution, France 1970-1980 », *Solidarité-santé, études statistiques*, n° 1-2, 1984, p. 41-56.

niveau des statistiques de mortalité. C'est le cas pour l'hypertension artérielle, la tuberculose, la bronchite chronique, l'ulcère gastrique, certains cancers, ainsi que pour la prématurité. Les exceptions sont rares : tel le cancer du sein, plus fréquent dans les classes plus favorisées.

L'étude sur l'incapacité physique déjà citée montre que, à âge égal, ce sont les ouvriers et les manœuvres qui sont les plus handicapés – pour les hommes « actifs », et les cadres les plus favorisés (alors même que les premiers ont une espérance de

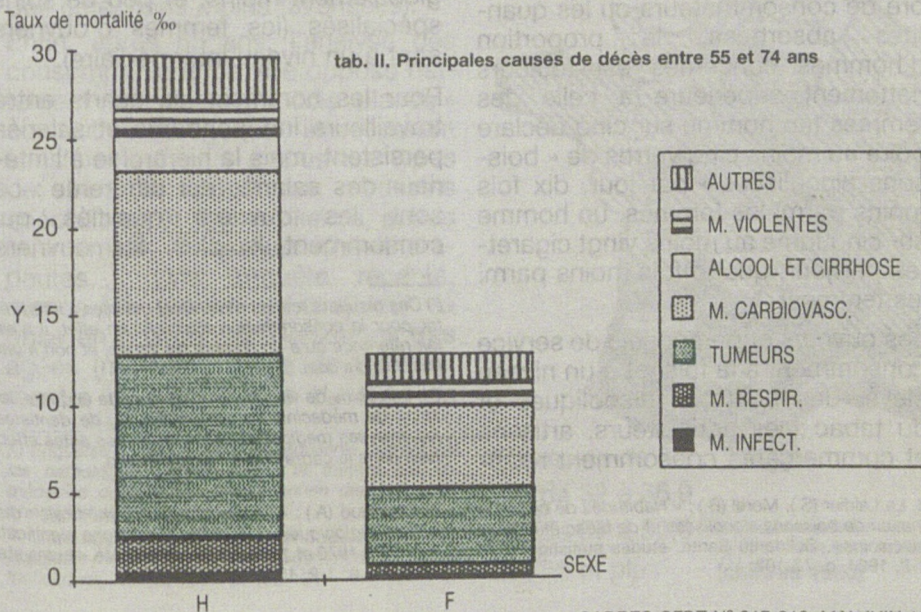
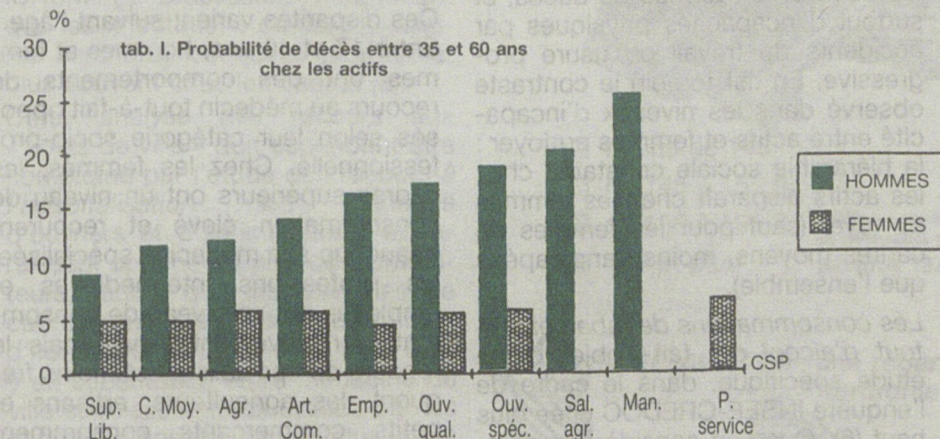
vie moindre), les agriculteurs, artisans et commerçants ne sont guère différents des employés et ouvriers qualifiés, c'est-à-dire dans une position moyenne. Cette hiérarchie est conservée quand on observe la situation des retraités. Chez les femmes, les disparités sont, là encore, moins fortes. Elles distinguent les ouvrières d'une part, et les cadres d'autre part (5).

Quels sont les facteurs en cause ?

La notion de catégorie socio-professionnelle (C.S.P.) est complexe, car elle recouvre non seulement des conditions de travail, mais aussi des niveaux de revenus, de couverture

5. Charraud (A.), Choquet (O.) : « L'inégalité devant les incapacités physiques », *Economie et Statistiques* n° 170, octobre 1984, p. 25-36.

(*) L'incidence et la prévalence expriment la fréquence d'une maladie dans une population donnée sur un an ; l'incidence se rapportant à une maladie aiguë (nombre de nouveaux cas), la prévalence aux maladies chroniques (nombre de cas existant).



sociale (avec leur influence directe sur l'habitat et sur l'accès aux soins), et d'instruction différents. Les CSP sont liées à des contextes socio-culturels différents, qui conditionnent des comportements tels que les habitudes alimentaires, la consommation de tabac ou d'alcool, le nombre et l'espacement des maternités, le recours aux soins et aux structures de prévention, ou les modes de soutien familial, ou encore l'adoption d'une innovation. Le rôle de chaque facteur dans les disparités observées est donc bien malaisé à définir.

Il semble cependant que *les conditions de travail*, pénibles ou dangereuses, soient à l'origine des disparités sociales en termes de décès, et surtout d'incapacités physiques par accidents du travail ou usure progressive. En est témoin le contraste observé dans les niveaux d'incapacité entre actifs et femmes au foyer : la hiérarchie sociale constatée chez les actifs disparaît chez les femmes au foyer (sauf pour les femmes de cadres moyens, moins handicapées que l'ensemble).

Les consommations de tabac et surtout d'alcool ont fait l'objet d'une étude spécifique, dans le cadre de l'enquête INSEE-CREDOC citée plus haut (6). Que l'on considère le nombre de consommateurs ou les quantités absorbées, la proportion d'hommes concernés est toujours nettement supérieure à celle des femmes (un homme sur cinq déclare boire au moins cinq verres de « boissons alcoolisées » par jour, dix fois moins parmi les femmes, un homme sur cinq fume au moins vingt cigarettes par jour, quatre fois moins parmi les femmes).

Les ouvriers et personnels de service consomment à la fois, et à un niveau élevé, des boissons alcooliques et du tabac ; les agriculteurs, artisans et commerçants consomment relati-

vement plus d'alcool que de tabac, tandis que pour les cadres et employés, le phénomène s'inverse (*).

Les disparités dans la consommation de soins : cause ou conséquence ?

La consommation médicale varie selon le milieu social, mais d'une façon qui ne reproduit ni la hiérarchie des revenus, ni celle des niveaux socio-culturels (7), ni la fréquence des pathologies.

L'enquête INSEE-CREDOC fait ressortir les disparités existant pour la consommation des *soins de ville* (**).

Ces disparités varient suivant l'âge. Entre 17 et 40 ans, hommes et femmes ont des comportements de recours au médecin tout-à-fait opposés selon leur catégorie socio-professionnelle. Chez les femmes, les cadres supérieurs ont un niveau de consommation élevé et recourent beaucoup à la médecine spécialisée, les professions intermédiaires et employés ont un niveau de consommation relativement élevé, mais le recours au spécialiste est moins fréquent, les agriculteurs, artisans et petits commerçants consomment globalement moins, et peu de soins spécialisés (les femmes d'ouvriers sont à un niveau intermédiaire).

Pour les hommes, les écarts entre travailleurs indépendants et salariés persistent, mais la hiérarchie à l'intérieur des salariés est différente : ce sont les ouvriers qualifiés qui consomment le plus, les ouvriers

(*) Ces résultats restent cependant difficiles à interpréter pour la consommation d'alcool : en effet, il n'est fait référence qu'à un nombre de verres, et non à une quantité d'alcool.

(**) Les soins de ville incluent, dans cette enquête, les soins de médecins, de paramédicaux, de dentistes, les analyses médicales, à l'exclusion des actes effectués dans le cadre d'une hospitalisation.

6. Le Laidier (S.), Morel (B.) : « Habitudes de consommation de boissons alcoolisées et de tabac et recours aux soins », Solidarité Santé, études statistiques, n° 1-2, 1984, p. 77-102.

7. Charraud (A.) : « La consommation médicale : disparités biologiques et sociales, évolutions significatives entre 1970 et 1980 », Solidarité Santé, études statistiques, n° 1-2, 1984, p. 13-26.

non qualifiés ayant le même niveau de recours que les employés et les professions intermédiaires.

Ce que mesure en fait la consommation médicale est très différent pour chaque sexe : pour les hommes, elle est surtout conséquence d'une pathologie liée aux conditions de travail, pour les femmes, elle est satisfaction d'un besoin biologique (prise en charge de la contraception et de la grossesse) inégalement socialisé.

Entre 45 et 60 ans, les écarts de consommation entre femmes s'estompent, alors qu'ils se maintiennent pour les hommes (mis à part les cadres supérieurs, qui deviennent forts consommateurs d'actes de type préventif : les enquêtes IDREM (*) établissent notamment que les affectations cardio-vasculaires sont diagnostiquées plus tôt et plus souvent chez les cadres (8).

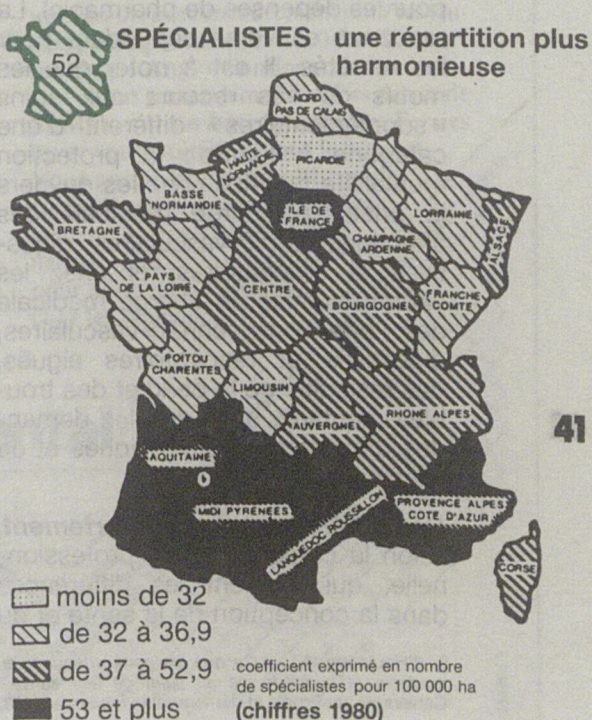
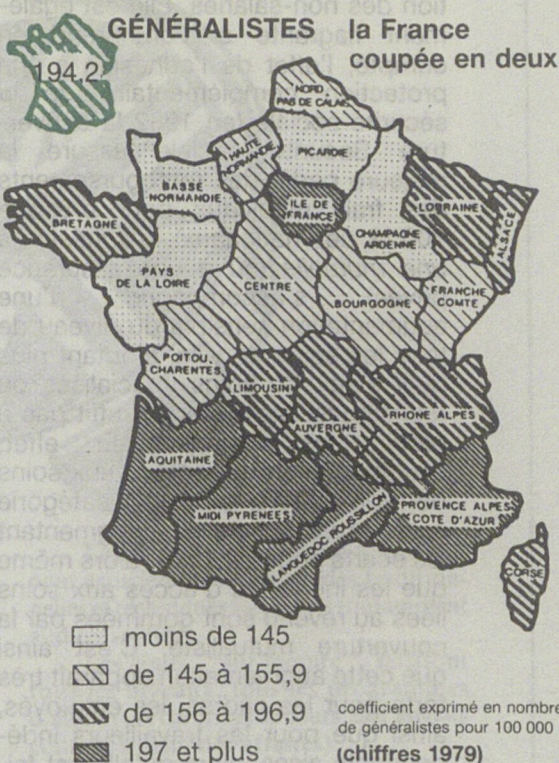
Cette analyse des recours aux « soins de ville » doit cependant être complétée par l'étude des *recours à l'hospitalisation* : les ménages d'ouvriers et d'agriculteurs y apparaissent comme les plus consommateurs, tandis que les ménages de cadres ont les plus faibles taux d'hospitalisation. Il semble ainsi qu'il y ait substitution entre médecine de ville spécialisée (plus utilisée par les cadres) et hospitalisation (plus le fait des catégories moins favorisées).

Enfin, après 65 ans, l'analyse des consommations de ville oppose nettement les anciens « cols blancs » aux autres catégories : ils recourent sensiblement plus à tous les types de soins, et surtout aux médecins spécialistes et aux auxiliaires, autres qu'infirmiers (masseurs-kinésithérapeutes...). Une enquête récente, menée en Saône-et-Loire, sur la prise en charge des personnes très âgées (moyenne d'âge de 80 ans), montre que l'influence du type de

(*) Enquêtes IDREM : enquêtes régulières portant sur les pathologies diagnostiquées et traitées par les médecins de ville (faites à l'intention des industries pharmaceutiques).

8. Devouassoux (J.) : « Protection Sociale et recours aux soins médicaux de ville », Solidarité Santé, études statistiques, n° 1-2, 1984, p. 103-124.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : LE SUD PLÉBISCITÉ



protection sociale sur la consommation médicale est notable. Elle explique en partie la moindre consommation des non-salariés. Elle est également flagrante si l'on prend en compte, l'effet de l'adhésion à une protection complémentaire de la sécurité sociale (en 1982 la couverture Sécurité sociale assure la majeure partie des remboursements des frais médicaux pour presque 100 % des nationaux). *L'adhésion à une mutuelle* (où à une assurance privée) s'accompagne d'une augmentation sensible du niveau de tous les soins de ville, d'autant plus qu'il s'agit de soins spécialisés ou techniques. Mais elle ne suffit pas à réduire les disparités. En effet, l'augmentation du recours aux soins de ville diffère selon la catégorie socio-professionnelle, augmentant les écarts pour les actifs, alors même que les inégalités d'accès aux soins liées au revenu sont gommées par la couverture mutualiste. C'est ainsi que cette augmentation apparaît très forte pour les cadres, les employés, ainsi que pour les travailleurs indépendants aisés, alors qu'elle est faible pour les ouvriers qualifiés (sauf pour les dépenses de pharmacie). La tendance s'inverse cependant pour les retraités. Il est à noter que les motifs de ces recours aux soins « supplémentaires » diffèrent d'une catégorie à l'autre : la protection mutualiste favorise chez les ouvriers la prise en charge médicale des affections cardio-vasculaires, digestives et respiratoires, et chez les cadres la prise en charge médicale des affections cardio-vasculaires, digestives et respiratoires aiguës, des maladies de la peau et des troubles mentaux, ainsi que les demandes d'examens systématiques et de vaccinations.

Des différences de comportement, selon la catégorie socio-professionnelle, qui reflètent les différences dans la conception de la santé et du

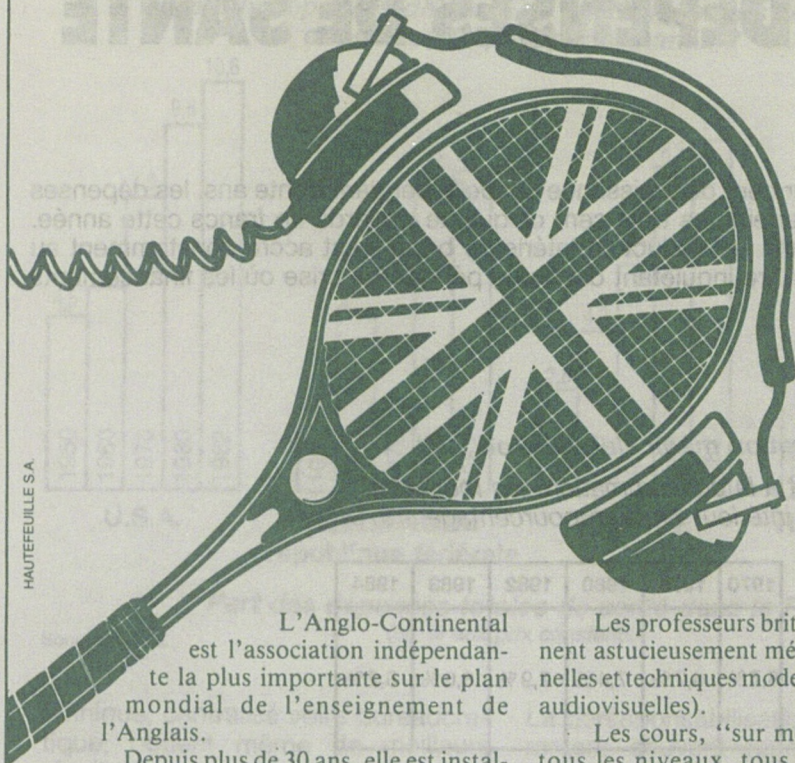
corps. Ces différences ont été mises en évidence dans une enquête par interview réalisée par d'Houtaud (9) : « à la représentation plutôt utilitaire et passive de la santé, notée en milieu ouvrier, s'opposerait la vision hédoniste et personnalisée des cadres (et à un moindre degré des employés). Le corps paraît vécu, là comme un capital, un outil de travail, ici comme objet de séduction et de promotion individuelle ». Les conduites de type préventif pourraient devenir alors plus autonomes et plus précoces (à moins qu'elles ne soient simplement plus sensibles aux effets de mode ?).

Le recours aux soins est également influencé par l'offre locale de soins : l'infrastructure hospitalière n'est pas la même partout, non plus que la densité médicale, surtout les spécialistes. Les cartes de la page 41 en sont une illustration, bien qu'elles ne traduisent pas tout à fait la réalité des disparités. Car les indices utilisés ne tiennent compte, ni de la proportion de personnes âgées, ni de la répartition par CSP dans chaque région. Enfin les moyennes régionales masquent des disparités locales importantes, notamment entre villes et campagne, que pourrait expliquer, en partie, la moindre consommation (de soins spécialisés en particulier) des agriculteurs.

Au total, il semble que les différences constatées au niveau de la consommation de soins médicaux portent plus sur la « qualité » et la précocité des soins médicaux que sur la quantité globale, et qu'elles ne correspondent guère aux différences de « risques » constatées entre catégories sociales ou entre sexes. Il resterait à démontrer que le recours plus important aux soins spécialisés ou aux examens systématiques apporte, au-delà d'une apparence de confort, un bénéfice réel en termes d'état de santé et de durée de survie, et pour quelles maladies...

9. d'Houtaud (A.) : « Ce que les gens attendent du médecin et la médecine au sujet de leur santé ». Cahiers de sociologie et démographie médicale, 1977.

Musclez-vous en Anglais.



HAUTEFEUILLE S.A.

L'Anglo-Continental est l'association indépendante la plus importante sur le plan mondial de l'enseignement de l'Anglais.

Depuis plus de 30 ans, elle est installée à Bournemouth sur la côte sud de l'Angleterre. On y enseigne là le meilleur anglais dans un climat agréable, au bord de superbes plages, avec toutes les possibilités pour pratiquer dans le même temps tous ses sports favoris. Mais à l'Anglo-Continental, si vous continuez à vous muscler, vous musclez surtout... votre anglais.

Elève débutant ou confirmé, adolescents ou adultes, en individuel ou en groupe, toute l'année ou en période de vacances, vous faites à l'Anglo-Continental, en stages de 8, 15 jours, ou plus, "d'étonnants bonds" en anglais. La clé de ce succès: l'anglais intensif dans une ambiance décontractée "à l'anglaise".

Les professeurs britanniques, combinent astucieusement méthodes traditionnelles et techniques modernes (notamment audiovisuelles).

Les cours, "sur mesure", satisfont tous les niveaux, tous les programmes d'études (34 formules de cours, de l'anglais courant à celui des affaires).

Les activités culturelles et sportives ainsi que l'hébergement (à l'hôtel ou dans une famille avec encadrement pour les jeunes) participent au climat 100 % "British" des stages Anglo-Continental.

Vous partez demain ? Alors partez de St-Malo sur un bateau Brittany Ferries (avec votre voiture si vous le voulez).

Vous aurez droit à une "formule-forfait" (traversées + hébergement + stage Anglo-Continental) très avantageuse pour apprendre l'anglais... chez les Anglais.

Anglo Continental*

Brittany Ferries

* Pour scolaires et universitaires, dès l'âge de 15 ans, en groupe ou en individuel. Et pour adultes (stage pouvant être agréé par la Formation Professionnelle Continue, sous réserve d'acceptation du dossier). Ecole reconnue par le Ministère de l'Education Britannique.

Pour recevoir très rapidement une documentation gratuite sur l'Anglo-Continental et la "formule-forfait" Anglo-Continental/Brittany Ferries, retournez ce bon à Anglo-Continental/

M., Mme, Mlle _____
 Prénom _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Code postal _____

LES DÉPENSES DE SANTÉ

- Quinze pour cent de croissance annuelle pendant trente ans, les dépenses de soins ont atteint les trois cent cinquante milliards de francs cette année. Leur poids dans la Production intérieure brute s'est accru constamment au point d'apparaître inquiétant dans une période de crise où les financements se tarissent.

La consommation médicale s'accroît... (1)

... par rapport à la consommation des ménages,
et au produit intérieur brut, en pourcentage (1970-84)

	1970	1975	1980	1982	1983	1984
Consommation médicale						
Produit intérieur brut	5,7 %	6,7 %	7,4 %	7,9 %	8,0 %	8,2 %
Consommation médicale						
Consommation finale des ménages	9,4 %	10,9 %	11,8 %	12,2 %	12,5 %	12,8 %

(1) Consommation médicale finale : valeur des biens et services médicaux acquis sous une forme marchande.

Sources : Comptes nationaux de la santé 1982-83-84.

En réaction des politiques de réduction des dépenses ont été entreprises ces dernières années : encadrement des budgets hospitaliers, limitation des recrutements et maintien des tarifs de la médecine de ville.

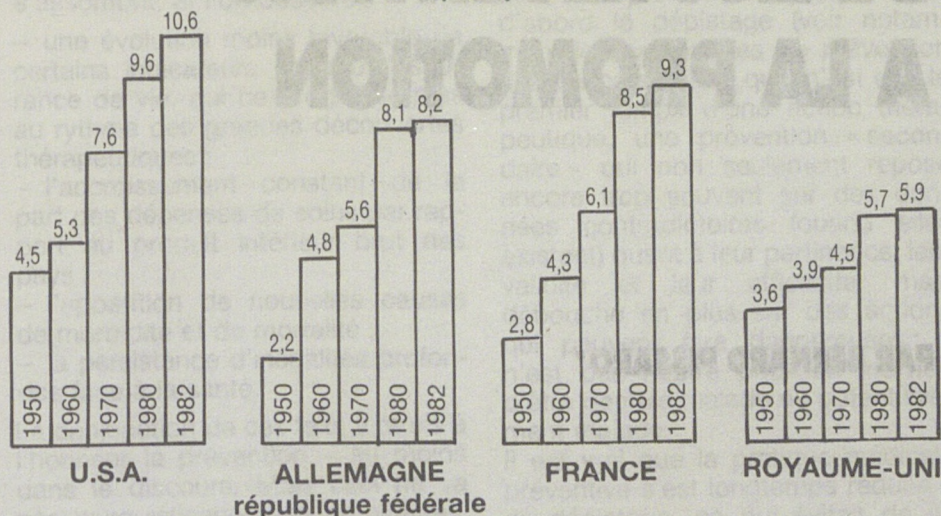
- La croissance des dépenses de santé n'est pas une particularité française ; tous les pays développés la connaissent, quel que soit le système de distribution et de remboursement des soins. Le système bri-

Le taux de croissance des dépenses médicales plafonne depuis 1983.

	1970-1980	1980-1982	1983	1984
Hospitalisation	+ 19,6 %	+ 18,1 %	12,4 %	11,2 %
Soins ambulatoires	+ 7,0 %	+ 15,4 %	15,6 %	10,0 %
Biens médicaux	+ 12,4 %	+ 17,7 %	10,8 %	11,9 %

Sources : Comptes nationaux de la santé 1982-83-84.

Face aux dépenses de santé, le système le plus centralisé est-il aussi le plus performant... ?



Part des dépenses totales de santé dans le PIB
(en % aux prix constants)

Sources OCDE

tannique, centralisé voire bureaucratique, obtient même de meilleurs résultats, en matière de maîtrise des dépenses que le système concurrentiel des Etats-Unis, mais parfois au prix de douloureuses lacunes.

La déresponsabilisation du consommateur souvent reproché au système français, ne semble pas automatiquement résolu dans un système plus concurrentiel qui est de plus fortement inégalitaire.

Une grande variété de systèmes de santé.

Système de santé	Population couverte	Caractère	Critère	Financement
Service national de santé ROYAUME-UNI	100 %	Automatique	Résidence	Impôt
Privé ÉTATS-UNIS (secteur lucratif ou non)	76 %	Volontaire	Professions et autres	Primes
+ Medicare	12 %	Automatique	Age : 65 ans	Impôt
+ Medicaid	8 %	Automatique	Pauvreté	Impôt
Statutaires, semi-publics, réglementaires				
RFA	90 %	Obligatoire	Revenus	Cotisations
+ assur. privées	7,5 %	Volontaire	Professions	Cotisations
FRANCE	99 %	Obligatoire	Professions	Cotisations
+ Mutuelle	69,3 %	Volontaire		

Sources : Credes - Commissariat général du Plan.

DE LA PRÉVENTION A LA PROMOTION

PAR BERNARD PISSARO*

On parle de prévention, mais il s'agit de mieux vivre, de parler santé sans que surgisse dans notre esprit l'ombre de la maladie.

■ Depuis deux siècles, on est parvenu, au moins dans les pays industrialisés, à la maîtrise des grandes causes de mortalité, à l'élévation spectaculaire de l'espérance de vie, et à une amélioration globale de la prise en charge des maladies. Ces changements sont liés à l'élévation du niveau de vie et aux actions collectives sur l'environnement, relayées par les bouleversements de la connaissance sur les mécanismes de la vie, et par le formidable essor des moyens thérapeutiques. Depuis cinquante ans, ces derniers avaient relégué au second plan les

* Professeur en Santé publique au CHU Saint-Antoine, Paris.

actions de prévention. Mais depuis quelques années, le tableau s'assombrit, et l'on observe :

- une évolution moins favorable de certains indicateurs comme l'espérance de vie, qui ne progresse plus au rythme des grandes découvertes thérapeutiques ;
- l'accroissement constant de la part des dépenses de soins par rapport au produit intérieur brut des pays ;
- l'apparition de nouvelles causes de morbidité et de mortalité ;
- la persistance d'inégalités profondes face à la santé.

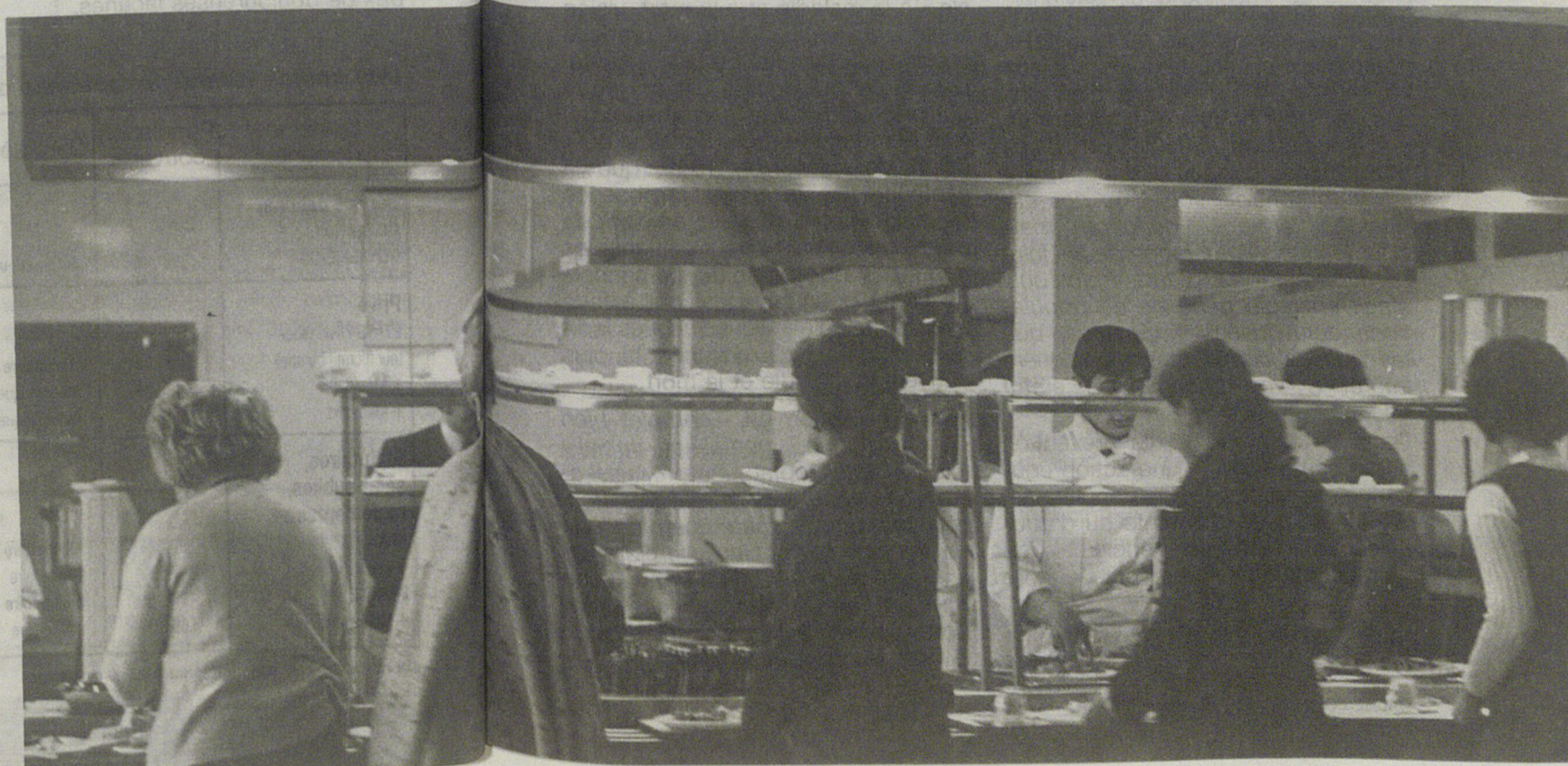
La conjonction de ces faits a remis à l'honneur la prévention - au moins dans le discours. Mais ceci ne va pas sans réticences, ni ambiguïtés. Il faut en analyser les limites et les effets pervers possibles.

La prévention : ni dépistage, ni contrôle social

Certaines ambiguïtés sont liées à l'idée même que l'on peut se faire de

la prévention : pour la plus grande partie des gens, professionnels ou non, la prévention évoque tout d'abord le dépistage (voir notamment les campagnes de prévention des cancers), alors qu'il n'est que le premier temps d'une action thérapeutique, une prévention « secondaire » qui non seulement repose encore trop souvent sur des données contradictoires (quand elles existent) quant à leur pertinence, leur validité et leur efficacité, mais débouche en plus sur des actions qui peuvent être dangereuses : il n'est pas neutre pour un individu d'être déclaré malade ou potentiellement malade.

Il est vrai que la pratique médicale préventive s'est longtemps réduite à ce dépistage, ce qui évitait de se poser des questions sur les facteurs de risque situés en amont, même s'ils sont maintenant mieux connus. « Prévention = dépistage » reste une assimilation très répandue, comme si le fait d'avoir subi un examen systématique avait valeur de protection mythique, d'exorcisme... Ce n'est qu'un des aspects de l'idéologie



médicale qui imprègne encore la prévention.

Une autre représentation de la prévention est centrée sur la notion de comportements individuels adaptés..., et contraignants tels que ne pas fumer, ne pas boire, conduire doucement, etc.

Pour les professionnels de la santé – qui sont en fait des professionnels du soin – la prévention peut apparaître comme une concurrente menaçante avant de devenir un territoire à conquérir, quand le nombre des médecins augmente.

Par ailleurs, la notion de prévention s'est développée dans le contexte de la crise. Pour beaucoup, elle est donc évocatrice de restrictions sur la politique de soins et les investissements lourds. De fait, les économies attendues de la prévention ne surviennent souvent qu'à moyen ou à long terme, alors que son développement nécessite surtout des investissements à court terme.

Les analyses épidémiologiques de la morbidité et de la mortalité ont conduit à identifier des groupes, des populations dites « à risques ». La logique aurait voulu qu'on essaie d'agir sur les facteurs de risques et notamment sur les facteurs sociaux les plus en amont. Dans bien des cas, on s'est contenté de mettre en place une surveillance accrue de ces populations, ce qui débouche vite sur « *un contrôle social ou des étiquetages largement dénoncés, mais pour lesquels la tentation de les faire perdurer est forte, d'autant plus qu'il s'agit en règle générale de populations défavorisées, exploitées, que les classes dominantes n'ont guère intérêt à voir changer de statut social* » (1).

Dans le travail social, la prévention se présente comme une action éducative menée auprès de populations, le plus souvent d'enfants ou d'adolescents « inadaptés sociaux » ou « prédélinquants ». Là, plus encore

que dans le domaine de la maladie, on entre vite dans un processus de normalisation, de condamnation de toute marginalité.

Au total, la prévention s'est construite autour de l'idée de lutter contre les maladies et la mort, et on retrouve ce concept dans la plupart des définitions modernes de la prévention : c'est l'ensemble des mesures prises « *contre certains risques* » (2), ou « *en vue d'éviter les accidents... le développement des épidémies ou l'aggravation des états sanitaires individuels* » (3). Et Littré disait que c'est l'action « *d'aller au-devant* ».

Il est peut-être abusif de chercher les autres sens de prévention qui restent dans le langage commun, et renforcent son aspect « négatif » : « *opinion défavorable formée sans examen* » et « *disposition d'esprit hostile* », qui renvoient à avoir de la prévention contre quelqu'un ; la prévention, c'est aussi « *l'état d'un individu contre lequel il existe une accusation de délit ou de crime* » (3).

Ainsi prévaut l'idée de « faire obstacle » à la maladie et à la mort, vision limitée qui est celle de la pratique médicale habituelle. En fait, la santé, comme la prévention, est un terme qui prête largement à confusion : si tout le monde admet, depuis la définition de l'OMS en 1946, que la santé n'est plus la simple absence de maladie ou d'infirmité, on parle de dépenses de santé pour désigner les dépenses de soins, de personnels de santé pour ceux qui ont à faire avec la maladie et les soins. Les indicateurs de santé mesurent le plus souvent la maladie et la mort.

Même la notion de « *complet bien être physique, mental et social* » (OMS), reste trop statique. « *Aussi a-t-on tendance à élargir la définition, et à voir dans la santé une plénitude de vie, une harmonie dynamique de l'homme avec lui-même et avec son milieu – l'un et l'autre changeants – dont l'objectif est « d'enrichir chacun de ses dons »* (Paul Valéry), c'est-à-

dire de permettre à chacun de tirer un parti maximal de ses capacités, compte-tenu de son héritage génétique.

Mais cette conception totale de la santé reste encore trop individuelle : on peut aussi parler de la santé des groupes humains, santé d'une famille, santé des travailleurs d'une entreprise, santé d'une collectivité urbaine ou rurale d'une nation » (1).

Inégalités

Toutes les analyses concordent pour montrer que les inégalités sont le fait dominant en matière de santé.*

Inégalités sociales, qu'elles s'expriment en :

- espérance de vie (à 35 ans, elle est inférieure de huit ans chez les manœuvres par rapport aux cadres supérieurs, professions libérales et instituteurs) ;
- mortalité multipliée par deux dès la première année de la vie, par deux à six pour les accidents, par deux à douze suivant l'âge, le sexe, et la catégorie socio-professionnelle pour la plupart des causes ;
- morbidité : pour la plupart des maladies, les classes pauvres sont plus frappées que les autres.

Inégalités en termes de liberté : celle-ci conditionne la santé, qu'il s'agisse de liberté dans le travail (dont l'organisation peut être contraignante) ou dans le temps libre, « celui qui reste » une fois déduit le temps de travail et le temps de récupération (repos et sommeil).

Pour beaucoup de travailleurs, la somme des deux durées excède vingt-quatre heures, d'où une accumulation de fatigue. Ici encore, cette situation est particulièrement vraie – mais sans doute non exclusivement – pour les groupes les plus défavorisés de la classe ouvrière, manœuvres, OS et ceux qui sont sujets à des horaires particuliers (travail posté par exemple).

En effet, si la durée du travail a beaucoup diminué depuis la fin du siècle dernier, cette diminution de la durée a le plus souvent été compensée – et peut-être au-delà – par une augmentation de l'intensité du travail (des cadences notamment).

Il résulte de cette accumulation de fatigue, que le temps libre, temps de créativité, de désir et de plaisir, est pratiquement absent de beaucoup d'existences. Cette amputation de liberté est particulièrement frustrante pour ceux dont le travail n'est pas ou n'est que peu valorisant.

Inégalités en termes d'éducation.

L'instruction, la connaissance, l'accès à la culture, les possibilités de création sont des aspects majeurs de l'épanouissement de l'homme. Toutes les études montrent qu'ils sont très inégalement distribués dans la société. En particulier elles mettent en évidence la corrélation entre la réussite et l'échec scolaires avec la catégorie socio-professionnelle des parents » (1).

Pour approcher les mécanismes qui relient les inégalités et la santé, il faut analyser le processus de santé de chaque personne, et le resituer dans son environnement.

Doté d'un certain patrimoine génétique, l'individu subit de la part de son environnement toute une série de traumatismes plus ou moins précoces, plus ou moins importants, plus ou moins fréquents, qui minent plus ou moins vite ses capacités d'adaptation, en accélérant son processus de vieillissement naturel.

Il faut donc insister sur l'importance de ces états intermédiaires, préalables à la pathologie déclarée, phase de « souffrance » et d'usure prématurée, qui modifient la capacité de chacun de s'adapter à ces agressions de l'environnement, qu'il soit technique, social, politique ou économique, sans réduire sa capacité vitale. Au-delà de la fatigue et de la

* Voir dans ce même numéro, l'article de Françoise Riou : « Santé et inégalités, France, années 80 ».

souffrance apparaissent la maladie et la mort, si l'individu ne peut s'adapter. Ces diverses attaques, auxquelles il faut ajouter les phénomènes biologiques, sont tous étroitement corrélés entre eux d'une part, et avec le statut de travailleur d'autre part. Qui plus est, ce statut est le facteur le plus corrélé avec la santé, aussi bien pour l'individu que pour son conjoint et ses enfants, et cela pendant toute sa période d'activité, mais aussi pendant les périodes de chômage, ou lors de la retraite.

La promotion : une idée positive de la santé

Tous ces éléments ont amené progressivement à élaborer un nouveau concept, celui de *promotion de la santé*, qui, sans nier l'ensemble des acquis et l'importance de ce qui reste à développer dans le champ de la prévention, met en avant une vision positive de la santé.

Comme tout nouveau concept, la promotion de la santé donne lieu à différentes interprétations. Pour certains, elle reste très proche de la prévention, portant l'accent sur les principales causes de mortalité et leurs facteurs de risques, en y adjoignant plus ou moins d'action sur les comportements, en termes de responsabilité individuelle. Pour d'autres, elle met en cause l'environnement, le milieu de travail, le logement et les responsabilités collectives, dans une approche socio-écologique. Certains excluent toute relation avec la maladie et ont une approche exclusive de la santé positive.

Pour notre part, nous avons préféré la définition suivante : « *Promouvoir la santé, c'est :*

- « *assurer l'intégrité physique, mentale, et développer les capacités vitales de chaque personne (créativité, désir, plaisir, rapport actif avec l'environnement) ;*

- *réduire les menaces que font peser sur la personne ses environnements physique, psychologique et social, et maintenir les contradictions*



à un niveau tel qu'elle puisse les gérer sans diminuer ces capacités vitales, ce qui implique une dynamique sociale qui renforce les possibilités de chaque personne » (1).

Une telle définition implique une action sur l'environnement, et un développement des capacités de chacun à gérer à la fois cet environnement et son propre développement. Autrement dit, la promotion de la santé est le processus qui permet aux gens d'« *augmenter leur contrôle sur leur santé, et de l'améliorer* » (4), que ce soit par des actions spontanées ou organisées.

La première conséquence est que chacun doit pouvoir avoir accès au savoir sur la santé :

« Devenir autonome devant l'information est un des éléments fondamentaux qui permettent à tout citoyen de devenir responsable et de participer activement à la vie communautaire et à la promotion de la santé.

Pour atteindre cet objectif, le système éducatif doit constituer un moyen pour chacun des individus d'acquérir les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être qui lui sont nécessaires.

Cette formation implique que soit intégrée, à tous les niveaux du processus éducatif, initial ou continu, une éducation à l'information, de telle sorte que chacun soit capable d'accéder aux informations sociales, tant comme consommateur que comme producteur d'information.

Ceci implique la création d'un système d'information chargé d'organiser l'élaboration, l'enregistrement et la consommation de toute information nécessaire et la circulation de celle-ci dans tous les sens possibles. Ce système doit être accessible à tous les partenaires sociaux, travailleurs, élèves et étudiants, parents, enseignants, syndicats, responsa-

bles des collectivités professionnelles de la santé et autres, etc. Il devrait aller de soi que l'école a un rôle fondamental à jouer dans ce domaine, ce qui veut dire aussi que les enseignants sont préparés à assumer ce rôle de formateurs, d'initiateurs à l'information » (1).

Le savoir des non-professionnels sur leur santé doit pouvoir s'exprimer, et être entendu. Dans le monde du travail, diverses études ont pu montrer que les travailleurs avaient leurs perceptions des faits nuisibles, différentes de celles des professionnels. Ainsi, la non-écoute des usagers a conduit pendant longtemps à négliger les risques liés à l'amiante*, risques perçus par les travailleurs depuis plusieurs décennies, mais qu'ils ne pouvaient prouver (5).

Des constatations similaires ont pu être faites concernant la santé des enfants (6) (7), des étudiants. Ce point a été particulièrement déve-

* L'histoire de l'asbestose montre qu'en fait une première étude avait été commencée dès le début du XX^e siècle, et rapidement enterrée. Elles ont été reprises 50 ans plus tard, sous la pression syndicale et les controverses durent encore (5).



loppé dans le contexte des mouvements de femmes.

Mais ce partage du savoir n'est pas simple : le discours des non-professionnels sur leur santé a d'autant plus de chance d'être entendu qu'il est culturellement proche des professionnels. Inversement, l'information sera d'autant mieux perçue par les usagers que leur culture est proche de la culture dominante, et ceux qui en sont le plus loin sont aussi ceux qui souffrent le plus. Il y a là un risque non négligeable d'aggraver les inégalités. Mais l'information n'est rien sans un pouvoir de contrôle sur l'environnement ; toute prise de conscience, sans moyens d'agir, peut même être génératrice d'angoisse.

Modes de vie et conduites de risque

L'action sur les modes de vie et les comportements face à la santé doit donc prendre un aspect tout différent de l'approche habituelle de « responsabilité individuelle ». Sans nier la part de cette dernière, il faut bien constater que les comportements sont des phénomènes de société.

Par exemple, la consommation excessive d'alcool est en rapport avec des traditions séculaires, s'inscrit dans un marché économique considérable (l'alcool fait vivre des milliers d'individus, s'il en tue d'autres, et permet à l'Etat de percevoir des taxes importantes). Mais elle est aussi liée aux conditions de travail – et de chômage –. D'autre part, l'alcool est un euphorisant, permet de lutter contre l'angoisse (on y « cherche l'oubli »). La publicité l'associe volontier à la santé. En dehors de la récente campagne du Comité Français d'Education pour la Santé (« Un verre, ça va... trois verres, bonjour les dégâts »), la contre-publicité est souvent triste et moralisante. Quant à la suppression de l'alcool, elle n'est pas sans risque :

voir les ravages de la prohibition aux Etats-Unis.

Enfin, à partir de quand la consommation excessive d'alcool devient-elle une maladie, ou reste-t-elle un facteur de risque ? Le statut même donné au phénomène n'est pas sans conséquences importantes : facteur de risque, il légitime une politique de prévention ; maladie, il fait entrer l'individu dans un rôle de malade, avec tout ce que cela implique dans le rapport social au système de soins. Les mêmes constatations s'appliquent au tabac, aux toxicomanes, aux comportements alimentaires.

On insiste beaucoup sur la responsabilité des conducteurs. Mais on pourrait relever que la plupart des gens qui circulent le font dans des véhicules dont la vitesse est un des arguments de vente, pour leur travail, avec des contraintes de temps et d'horaires qui les jettent dans des encombrements – dont la « sortie » s'accompagne volontiers de conduite dangereuse, ou de bouffées d'agressivité. Et leur consommation d'alcool pourrait bien s'inscrire dans un tel contexte...

L'accident du travail, à l'opposé, est souvent jugé inévitable, les responsabilités rarement recherchées, en particulier celles de l'employeur ; celles du travailleur ne donnent pas lieu à pénalisation face à une réparation automatique. Et ceci est normal : les travailleurs n'ont guère de responsabilités dans l'organisation du travail, et on a pu montrer que leurs comportements de risque leur permettaient souvent d'affronter les situations dangereuses.

De fait, les conduites de risque ne sont pas forcément entièrement négatives : chez l'adolescent, par exemple, elles lui permettent entre autres, de découvrir, de forger sa personnalité, de s'affirmer face à ses parents et au monde des adultes, de se situer face à ses pairs.

Plus généralement, on peut s'interroger sur cette vie « sans risque »,

axée sur la santé, où toute transgression est culpabilisante. Cela mène à ce que Foucault a nommé « l'impératif de santé » : *« Vous devez être en bonne santé. Et ceci pourrait bien refléter le mode de pensée des classes moyennes... qui peuvent y affirmer leur identité par l'apparence extérieure et les comportements symboliques qui permettent de se reconnaître (jogging, littérature sur la santé, utilisation des boutiques de santé, etc.). La santé devient alors le moyen de se créer une identité collective »* (8).

En d'autres termes, une société donnée et une culture donnée sont les bases de la santé *« Si elles n'apportent pas la santé, il faut « faire quelque chose » pour être en bonne santé. Et qui peut se permettre cet effort ? La santé devient un luxe, pour lequel il faut avoir du temps, et des moyens ; il faut ajouter quelques chose à sa vie pour être en bonne santé »* (8). Et cela peut être très difficile et contraignant pour certains d'organiser ainsi sa vie.

Et on doit se poser un certain nombre de question sur ces modes de vie :

1. Quelle est la signification idéologique des modèles proposés ? Quelles en sont les bases et les retombées en termes d'imitation culturelle d'une classe dominante, donc de perte d'identité des classes dominées ? Ceci se retrouve aussi bien entre pays qu'à l'intérieur d'un même pays.

2. Quelles estimations ont été faites des retombées et des effets pervers possibles, et pas seulement au plan psychologique ou social ? Voir par exemple la multiplication des incidents et accidents du jogging, la culpabilisation des fumeurs et le déplacement des symptômes, l'apparition de nouvelles toxicomanies, alors que l'analyse des phénomènes psychologiques, économiques, sociaux et politiques qui conduisent au tabac est loin d'être prise en compte. A propos des femmes enceintes qui se contraignent

d'arrêter de fumer, on a pu dire qu'on risquait de remplacer le risque « prématuré » par le risque « enfant négligé, rejeté ou battu ». Vaut-il mieux un obèse heureux, ou un « amaigri » triste, déprimé et agressif ?

En résumé, faut-il privilégier de « prolonger la vie », ce qui se mesure facilement (et peut donc « s'afficher »), ou « assurer une vie épanouie » ? Heureusement les deux ne sont pas toujours contradictoires. Mais comment cela se gère-t-il au plan des inégalités ?

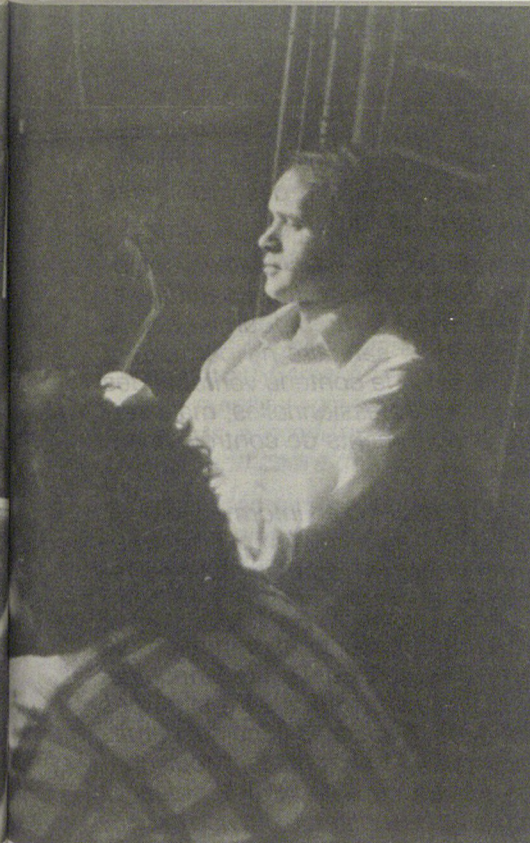
3. Les bases scientifiques sur lesquelles se fondent les recommandations sont loin d'être assurées : les effets de mode s'appuient sur des affirmations péremptoires – mais non étayées – de personnalités scientifiques. *

4. Enfin, le renforcement des moyens d'aide et d'assistance tout azimuts risque de durcir le contrôle social. L'histoire de la tuberculose est là pour nous le rappeler.

Toutes ces contradictions liées à la vie sociale ne peuvent être passées sous silence. Elles sont mal connues et doivent être objets de recherche. Les réponses à ces questions, formulées et partagées avec les usagers, permettront de mieux comprendre l'inefficacité de certaines actions, la trop grande efficacité d'autres.

La participation des usagers, pour fondamentale qu'elle soit dans le processus de promotion de la santé,

* Par exemple, l'évolution des règles de puériculture dans les cinquante dernières années aboutissaient, au nom d'une rationalité scientifique sur les conditions d'élevage des nourrissons, à imposer des pratiques en totale contradiction avec la culture populaire, à culpabiliser les mères et à renforcer leur aliénation. Nous ne voulons pas dire par là que toutes les recommandations de puériculture étaient sans fondement et sans intérêt pour les enfants, mais qu'une étude plus fine des conditions dans lesquelles elles sont proposées – ou imposées – et des conséquences sociales et psychologiques qui pouvaient en découler, aurait sans doute amené à moduler largement la rigidité de ces « normes ».



INFORMER SUR LA SANTÉ

PAR JACQUES CHAPERON*

se fait souvent au travers de représentants, élus sur d'autres arguments que la santé (élus locaux, syndicalistes) ; plus significatifs sont les représentants de la vie associative, bien qu'ils aient souvent tendance à présenter une image « en miroir » des propositions ou du savoir-faire des professionnels.

(1) Grémy (F.), Pissaro (B.). « Proposition pour une politique de prévention ». La Documentation française, 1982.

(2) Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris, 1976.

(3) Petit Larousse illustré, Paris, 1984.

(4) « Health Promotion : concepts and principles ». Discussion document. OMS EURO, Copenhague, 1984.

(5) Mergler (D.), Desnoyers (L.). « La recherche scientifique et la lutte pour la santé au travail ». Cahiers du Socialisme : n° 3 : 1979. - pp. 41-71.

(6) Beco (Isabelle de) « La visite médicale scolaire. Le vécu des écoliers ». Paris, Faculté de médecine Saint-Antoine, 1982 (thèse pour le doctorat en médecine).

(7) Chaumie (Catherine). « Le travail d'écoute dans la démarche d'éducation sanitaire en milieu scolaire ». Paris, Faculté de médecine Saint-Antoine, 1982 (thèse pour le doctorat en médecine).

(8) Kickbusch (I.). « Health promotion. A topology in health promotion : concepts and principles. A selection of papers presented at the working group on concepts and principles ». Copenhague, 9-13 avril 1984. OMS EURO, dactylographié, 27 pages.

(9) Crawford (R.). « A cultural account of health : self control, release and the Social Body ». Inédit, University of Illinois, Chicago, 1983.

(10) « La prévention entre le contrôle et l'autogestion ». Revue Internationale d'Action communautaire 11/51. N° spécial, printemps 82. 222 pages.

Mais la santé peut aussi être le symbole de résistance : dans les mouvements de femmes, la réflexion sur la santé et le corps ont été un point central de la discussion politique reflétant la résistance au contrôle médical et social sur le corps des femmes. Et ceci est vrai dans d'autres groupes sociaux (9).

Cette analyse conceptuelle et politique de notre santé est fondamentale si l'on ne veut pas méconnaître une grande partie des enjeux qui favorisent ou bloquent l'évolution vers la santé pour tous.

La promotion de la santé est un concept nettement plus large que celui de prévention. Faisant référence à la santé positive, incluant les non-professionnels dans un processus qui tend à se démedicaliser, elle comporte cependant des risques. Elle devrait donc faire l'objet de recherches dans les années à venir pour mieux préciser les idéologies qui la sous-tendent, et les limites qui doivent être les siennes.

Bernard Pissaro

Informé sur la santé pose des problèmes spécifiques ; un savoir médical souvent professé d'en haut rencontre une opinion désarmée, inquiète, découragée de se prendre en charge. Or il faudrait parler de santé et moins de maladie, aider à la prévention, rendre plus simple l'approche de questions angoissantes.

« Tant qu'on a la santé », sûrement le souhait le plus répété à longueur d'année ; « ne pas en entendre parler », jusqu'au jour où la maladie envahit toutes les conversations. Les spécialistes glosent sur les écrans. La maladie comprise comme un problème de technique biologique appelle ses réparateurs hors-pair. Le

* Médecin épidémiologiste mission recherche et expérimentation ministère des affaires sociales.

vécu de la maladie, sa signification personnelle et sociale, comme celle de la bonne santé d'ailleurs, sont évacués.

Seuls des groupes marginaux contestent cet ordre médical établi ; ils proposent de mieux connaître et exercer le corps, et surtout de prévenir la maladie. Mais la réalité de prévention appartient seulement aux couches les plus favorisées.

Prendre en charge sa santé

Si pour la majorité des individus, la santé, c'est le « silence des organes », les discours des professionnels prolifèrent. Ce morcellement est l'un des obstacles majeurs à une bonne diffusion de l'information. En effet le savoir médical est :

- compartimenté,
- non analysé par les praticiens (médecins, para-médicaux et travailleurs sociaux) de « première ligne » ; le

savoir médical est créé par les médecins hospitaliers loin des problèmes quotidiens de santé.

- non situé dans les réalités socio-économiques du système sanitaire et social. (Les chiffres fournis par la technocratie sanitaire ne permettent pas de saisir le contenu véritable des pratiques professionnelles, mais servent d'instruments de contrôle financier.)

Ainsi, les besoins en information de la population sont divers : ils ne trouvent donc guère réponse dans le système actuel.

- En termes de consommation de soins, il devrait exister des annuaires spécialisés présentant les ressources sanitaires et sociales (locales, départementales et régionales). Pour chaque ressource, il faudrait préciser la nature et la qualité du service proposé, son accessibilité et sa disponibilité.

Ce type de démarche est déjà ré-

LIVRES

► A la conquête de l'inaccessible Recherches et technologies en milieux extrêmes Préface de Hubert Curien, Ministre de la Recherche et de la Technologie ...	200 F TTC
► Annuaire 1984 des logiciels d'enseignement Didacthèque du CESTA	120 F TTC
► Images. Visualisation et informatique	60 F TTC
► Mises en œuvre et réalités de la GPAO	200 F TTC
► Pour le développement des sciences de l'organisation Actes des Assises des 23/24/25 novembre 1982 AFCET/CESTA	110 F TTC
► Stratégies nationales d'automatisation Les politiques de Recherche/ Développement en robotique	190 F TTC
► Technologie, Croissance, Emploi Rapport aux sept chefs d'Etat et de Gouverne- ment et aux représentants des Communautés Européennes	35 F TTC
► Vivre et travailler au pays en l'an 2000 Technologies nouvelles et développement local ...	180 F TTC

CESTA

Centre d'Études
des Systèmes
et des Technologies Avancées

1, rue Descartes 75005 Paris
Téléphone 634 33 33
Télex : CESTA 250 795 F

**Publications
disponibles chez
votre libraire habituel
ou au service publications
du CESTA**
1, rue Descartes,
75005 Paris

Pour tout renseignement :
Michel GAULT
(1) 634.37.17
Chantal René-Gabriel
(1) 634.31.44

pandu dans d'autres pays (Grande-Bretagne, États-Unis, Suède).

En matière de prévention et de prise en charge autonome de la maladie, la situation est encore moins favorable, puisqu'il n'existe quasiment pas de lieux, ni de publications où toute personne confrontée à un problème de santé puisse avoir connaissance des mesures à prendre concernant son travail, son cadre de vie.

Cette démarche d'autonomie à encourager s'accompagnerait d'une meilleure connaissance de ses droits, d'une meilleure appréciation des conséquences et des causes de la maladie.

Cet isolement de l'utilisateur accompagne la sous-information sur l'ensemble de la politique de santé.

Ce vaste secteur de l'économie (environ 1,3 million de travailleurs) assis sur les cotisations des usagers, n'est pas soumis au contrôle parlementaire ; par ailleurs, la population de payeurs (salariés et entrepreneurs) consomme peu par rapport aux bénéficiaires réels (essentiellement enfants en bas âge et personnes âgées) ; enfin les mécanismes de solidarité sont peu connus du public. Les choix effectifs en matière d'investissement sont, eux aussi, inconnus des bénéficiaires potentiels du système de soins : combien de personnes âgées savent-elles que l'on privilégie, de fait, la création d'unités de réanimation lourde, d'efficacité limitée sur le plan de l'amélioration de la durée et de la qualité de la vie, au détriment des petits moyens d'assistance (aides pour se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir...).

Il faudrait donc que la population ait accès non aux « comptes de la santé », statistiques globales sans grande signification pratique, mais à une connaissance réelle des problèmes de santé, et des moyens mis en œuvre par le secteur sanitaire et social pour les résoudre. Ceci à tous les plans : national, régional, départemental et local*.

* Voir page suivante, les " *Annuaire de la Santé* ". ▶

Cette information disponible serait évaluée par la population non spécialisée ; celle-ci ayant alors la possibilité de s'exprimer sur les choix passés et d'émettre des vœux quant aux choix futurs.

Dès aujourd'hui dans les conseils d'administration des hôpitaux, les usagers sont représentés par les élus ; dans ceux des centres de santé, figurent des « usagers ». Ceci appelle quelques remarques.

Pour l'instant, la plupart de ces conseils d'administration n'ont pas les moyens de connaître l'institution qu'ils prétendent conseiller. Là encore les choix réels sont masqués par un luxe de détails sur les comptes financiers.

Il faudrait donc qu'un rapport annuel d'activité, élaboré par les professionnels de l'institution, étaye les débats entre les différents partenaires ayant une responsabilité dans l'évolution de la structure.

Ce rapport devrait inclure l'analyse interne de l'institution, sa place dans l'environnement sanitaire et social local, les techniques mises en œuvre, enfin la nature des problèmes pris en charge.

Faire apparaître les choix de santé ne peut se limiter aux orientations prises par le système de soins. Les acteurs économiques prennent constamment des décisions qui ont des conséquences pour la santé publique ; qu'il s'agisse du choix d'une énergie, d'un mode de transport, de productions alimentaires, etc. Cette démarche rejoint un effort de prévention qui doit se dérouler sur tous les terrains, à la fois dans les media de masse, mais aussi au plus près des individus dans les quartiers, sur les lieux de travail et de formation.

Jacques Chaperon

LES ANNUAIRES DE LA SANTÉ

GUIDES, ANNUAIRES ET RÉPERTOIRES DU SECTEUR SANITAIRE*

ANNUAIRES DES RESSOURCES SANITAIRES

- *Guide officiel Sanitaire et Social* (publication annuelle). Mis en vente par l'Office national de Documentation.

ONPC : 70, rue Philippe de Girard 75018 Paris. Tél. : (1) 209.13.00.

Ce guide est présenté sous forme d'un volume par région administrative. Chaque volume présente, département par département, la liste des services et des organismes du secteur santé à l'exclusion du secteur libéral non hospitalier.

- *Répertoire National des Établissements Sanitaires et Sociaux* édité par Berger-Levrault (Nancy), en vente dans les librairies.

Ce guide est disponible suivant deux formes : répertoire national en sept volumes et répertoires régionaux, un volume par région. Dans les deux formes on trouvera, pour chaque région puis chaque département dans la région, la liste des établissements sanitaires et sociaux.

- *Annuaire des professions de Santé exerçant à titre libéral en France*, diffusé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (département statistique) 66, avenue du Maine 75682 Paris Cedex 14. Tél. : (1) 321.01.10 poste 90412 ou 90388.

Cet annuaire donne, pour chaque département et chaque localité, la liste nominative des professionnels de Santé libéraux (médecins, sage-femmes, dentistes, paramédicaux).

- *Annuaire Polité. Établissements hospitaliers publics de France*. Mis en vente, aux éditions Henri Polité. 17, rue Childebert 69002 Lyon. Tél. : (7) 842.67.70.

On y trouvera la composition nominative de la direction administrative et des services médicaux de l'ensemble des hôpitaux publics du pays.

- *Guide Rosenwald. Annuaire du corps médical français* (3 tomes), en vente 17, rue Tronchet 75008 Paris. Tél. : (1) 742.34.62.

On y trouvera l'identité (nom, adresse, téléphone) de l'ensemble du corps médical par département et localité, qu'il soit en libéral ou attaché à un hôpital. De plus le premier tome présente l'ensemble des syndicats médicaux et sociétés savantes par spécialités.

LES ANNUAIRES DE LA RECHERCHE EN SANTÉ

- *Annuaire des Sciences de l'homme*, en vente au Centre de documentation Sciences Humaines, 54, boulevard Raspail 75006 Paris. Tél. : (1) 544.38.49.

Sont référencées, l'ensemble des équipes de recherche du CNRS et les thèmes sur lesquels ces équipes travaillent.

- *La Recherche Universitaire : Répertoire national des Laboratoires* (en particulier, tome 3 : Sciences Humaines et Sociales. Mis en vente par la Direction de la Politique générale du ministère de la Recherche. 1, rue Descartes 75231 Paris Cedex 05. Tél. : (1) 634.33.33.

Sont référencées, l'ensemble des équipes de recherche universitaire ainsi que leurs thèmes de travail.

(*) Liste établie par A. Trehony, ingénieur, chargé de mission à la MIRE, ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale.

- **Annuaire de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)** en vente à l'INSERM, 101, rue de Tolbiac 75654 Paris Cedex 13. Tél. : (1) 584.14.41.

On y trouvera la liste des unités de recherche ainsi que les thèmes de travail pour chacune des unités.

- **Répertoire des équipes de recherche sur le système hospitalier disponible auprès de la Mission Recherche – Expérimentation**, 9, rue Georges-Pitard 75015 Paris. Tél. : (1) 842.65.91.

L'ensemble des équipes de recherche et les travaux qu'ils mènent sur le système hospitalier, sont référencés dans ce document.

- **Répertoire des équipes de recherche sur la prévention du handicap, disponible auprès de la mission Recherche – Expérimentation**, 9, rue Georges-Pitard 75015 Paris. Tél. : (1) 842.65.91.

Sont répertoriées les équipes et leurs travaux sur ce thème.

LES ANNUAIRES STATISTIQUES

- **Guide pratique d'utilisation des statistiques sanitaires**, 230 pages. La Documentation Française (100 F), 29-31, Quai Voltaire 75340 Paris Cedex 07. Tél. : (1) 261.50.10.

On y trouvera une description critique de l'ensemble des sources d'information statistique du secteur sanitaire, puis une liste de *personnes – ressources* susceptibles d'apporter un soutien technique ou financier à tous ceux qui veulent mettre sur pied un projet d'analyse sanitaire local.

- **L'annuaire des statistiques sanitaires et social (annuel)**, La Documentation Française, 29-31 quai Voltaire 75340 Paris Cedex 07. Tél. : (1) 261.50.10.

Cet annuaire comporte les statistiques disponibles concernant :

- la situation démographique, sanitaire, sociale de la population française,
- la description du système de soins,
- la description du système d'aide sociale,
- les données financières concernant ce secteur.

- **Solidarité-Santé. Cahiers statistiques et Études Statistiques (parution : 2 mois)**, La Documentation Française.

Ces documents, spécialisés par thème ou d'ordre général, présentent des données statistiques détaillées sur le secteur, ainsi que des études de synthèse.

- **Carnet statistiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés**, mis en vente par le département statistiques de la CNAMTS, 66, avenue du Maine 75682 Paris Cedex 14. Tél. : (1) 321.01.10 (publication annuelle) :

- le régime général (4 volumes : Statistiques d'ensemble, Séries rétrospectives, Statistiques régionales, Statistiques diverses),
- la CNAM en quelques chiffres (tableaux de synthèse),
- statistiques des régimes d'assurance maladie,
- le secteur libéral des professions de santé. Ce dernier carnet comporte 2 volumes, l'un consacré à la démographie professionnelle pour chaque des professions et avec des effectifs par département, l'autre consacré à l'activité et au chiffre d'affaire de ces professionnels sur la base du dénombrement des actes qu'ils réalisent.

- **Indicateur statistique, mis en vente par le département statistiques de la CNAMTS (annuel)**.

Cet annuaire comporte les statistiques disponibles concernant :

- le secteur économique et social,
- la situation démographique et sanitaire de la population française,
- la Sécurité sociale.

POUR MÉMOIRE

- **Le Bottin Administratif : Didot-Bottin**, 28, rue du Docteur-Finlay 75738 Paris Cedex 15. Tél. : (1) 578.61.66 (annuel).

Le Bottin donne une description détaillée de l'ensemble des services administratifs du pays, en particulier de ceux concernés par la santé (ministères, DDASS, DRASS, Caisse d'Assurance Maladie,...).

Dans les pages qui suivent des partenaires différents cherchent ensemble comment répondre au plus près des besoins de santé de la population : Comment atteindre un meilleur usage de services insuffisamment adaptés à l'heure actuelle ? Comment permettre aux habitants de se les approprier ?

Sur le terrain, des pratiques nouvelles

BELFORT

Un centre de santé associatif

Beaucoup ont entendu parler du centre de santé intégré de Saint-Nazaire, qui bénéficie du statut d'expérience reconnu par la loi du 19 janvier 1983. A Belfort, depuis 5 ans, un groupe de soignants, soutenu par la municipalité développe une entreprise du même type. Ils sont regroupés au sein de l'association « agir ensemble pour notre santé ».

■ Le projet présenté ici s'est négocié dès fin 1977, à partir de propositions

émanant d'une petite équipe de jeunes médecins non encore installés, très impliqués dans les recherches concernant la transformation du système de santé : évaluation de la qualité des soins, études épidémiologiques, analyse de l'activité hospitalière, etc. (1).

La municipalité accepta de mettre concrètement au point le projet avec cette équipe car il s'agissait d'élaborer la structure sanitaire la plus adéquate pour permettre une approche plus globale des problèmes de santé locaux, et d'expérimenter une unité sanitaire de base pluridisciplinaire, adaptée aux besoins d'un quartier défavorisé.

Les objectifs opérationnels étaient de deux ordres : mise en place d'une structure légère d'intervention sur un quartier, insérée dans un centre social et développement d'actions programmées de santé publique :

- les problèmes de santé au travail : médecine du travail des 1 100 employés municipaux, actions conjointes avec les Comités d'établissement de l'ALSTHOM ;
- participation à des actions de sensibilisation et de formation : collo-

que de prévention en décembre 83, cours à l'école d'infirmières ;

- observation locale du système de santé : évolution du système d'informations, analyse des données sur la santé comme de l'activité des professionnels, études épidémiologiques ;

- contribution à la coordination entre les différents intervenants du système de soins.

Pour la réorganisation du système local de soins ambulatoires, quelques choix se sont imposés.

D'abord l'autonomie du projet professionnel subsiste engageant la pleine responsabilité d'une équipe : d'où la création en 1980 d'une association 1901 « Agir ensemble pour notre santé » (1).

Ensuite la municipalité actuelle est un partenaire essentiel de l'association du fait de sa contribution au fonctionnement de l'expérience (2) ; elle est aussi l'un des partenaires institutionnels représentés au conseil d'administration de l'association (1/3 des membres actuellement, 1/4 à court terme).

Mais cette structure est confrontée à certaines difficultés. Ainsi, l'activité de soins infirmiers s'exerce dans le même bâtiment, sous la responsabi-

1. La présidence de l'association est assurée par le député, conseiller municipal adjoint aux affaires sociales, médecin généraliste en ville avant 81, depuis peu médecin directeur d'une maison de retraite.

2. Location de locaux municipaux à l'association et subvention d'investissement pour leur aménagement ; participation financière du budget de la ville sous forme, pour l'instant, de subventions d'équilibre face aux charges d'exploitation. Rappelons que de son côté, l'association assure la médecine du travail, depuis juin 1982, pour les 1 100 employés de la ville. Les modalités de cette relation contractuelle pourront naturellement être adaptées dans les années à venir, par l'une ou l'autre des parties, sans interrompre pour autant l'expérience.

lité directe du Centre communal d'action sociale ; les assistantes sociales DDASS interviennent sur le quartier ; la coopération est parfois problématique entre ces équipes dont les modes d'organisations diffèrent.

Une certaine confusion a prévalu la première année, du fait que certains membres de l'équipe, appartenant au personnel municipal, ne comprenaient pas toujours la pratique autogestionnaire de l'équipe associative.

Pour l'élaboration d'une politique planifiée d'actions de santé publique, il s'agirait de mieux réguler l'offre professionnelle du système de soins ambulatoires en fonction des besoins prévisibles de la population ; d'améliorer et de coordonner les différentes structures d'intervention des filières de prise en charge (en particulier les recours aux urgences et à l'hospitalisation : maintien et soutien à domicile).

- Quelques principes directeurs : La constitution d'un réseau sanitaire de première ligne efficace au niveau local exige d'abord que prévale, à terme, la coopération la plus large entre tous les intervenants médecins, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, qu'ils soient installés en exercice libéral ou salarial (insertion dans un cadre institutionnel) ; en évitant toute forme de concurrence et en restant solidaire, autant que possible, du milieu professionnel.

- La plupart des problèmes de santé sont en relation avec le cadre de vie et les conditions de travail (environnement, habitat, développement économique et social). Une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources de la sécurité sociale nécessiterait un report progressif des dépenses du secteur curatif (charges actuelles de l'assurance maladie) au secteur préventif (charges surtout assumées pour l'instant par le budget de l'État). Ce report doit pouvoir s'opérer sans extension de l'activité

médicale ; il correspondrait à un relais assuré par les intervenants du secteur économique (maintien de l'insertion professionnelle et sociale, sauvegarde et progression du niveau de vie), du secteur technique (changements technologiques et amélioration du cadre de vie), et du secteur social (une solidarité plus efficace).

Une tradition de concertation entre professionnels

Les traditions de l'Est de la France, et particulièrement dans le Territoire de Belfort, ont toujours été favorables à une politique contractuelle et au conventionnement avec la Sécurité Sociale.

Ainsi les médecins de l'association "Agir ensemble pour notre santé" ont pu présenter leur projet aux praticiens déjà installés à Belfort, au cours de réunions organisées à leurs demandes par l'Ordre départemental des médecins, et le syndicat de la Médecine générale (juin 81, février 83). Aujourd'hui, un certain nombre de médecins participent au projet. Mais dans le quartier même des Résidences, les quelques médecins installés restent très réservés.

Parmi les faits encourageants au plan local, on peut noter le développement de la concertation sur la prévention et la promotion de la santé. Ainsi s'est tenu, fin 1983, un colloque sur la prévention réunissant de nombreux représentants du secteur sanitaire et social, des élus et mouvements associatifs proches de la population locale. Une structure permanente se met en place afin de poursuivre cet effort de sensibilisation et de coordination concernant des programmes d'actions de prévention.

Les médecins de "Agir ensemble pour notre santé" participent activement à cette dynamique tout en conservant volontairement une certaine distance afin de ne pas dissuader l'implication des professionnels de statut libéral.

Encourageants aussi sont les projets élaborés en commun avec des médecins du centre hospitalier. La commission médicale consultative de l'hôpital a engagé, avec l'aide de l'un des médecins du centre, alors interne de cet hôpital, un travail de réflexion sur l'activité hospitalière : opportunité d'un dossier médical unique et d'archives informatisées (en relation avec le CRIH) de Besançon.

Une coopération active entre institutions

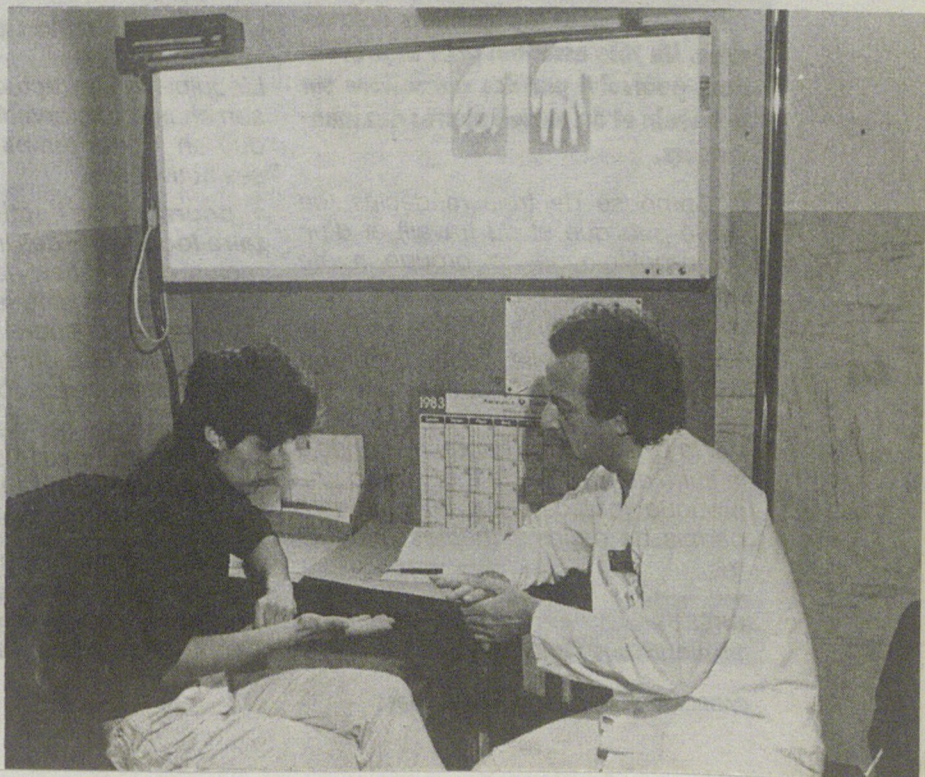
L'équilibre des pouvoirs dans la structure décisionnelle de "Agir ensemble pour notre santé", est assuré par la composition suivante : la ville de Belfort et le Centre communal d'action sociale : (4 sièges), le Conseil général (1 siège), l'ensemble des Mutuelles du Territoire de Belfort (3 sièges), les professionnels intervenant dans l'association et rémunérés par elle (4 sièges).

Il était prévu, dès le départ, de modifier la composition du conseil d'administration lorsqu'il serait possible d'y faire participer les usagers (soit un an après le début de l'activité médicale). Une association d'usagers de la

santé a été constituée en août 1983 en relation avec le centre de santé. Après réflexion, celle-ci s'est élargi à l'ensemble des usagers de la santé du territoire de Belfort, puis a adhéré à la Fédération nationale des groupes usagers de la Santé (FENGUS).

Autre objectif : le financement de l'activité par les partenaires locaux. L'association, bien que de droit privé, à but non lucratif, participe à un service public ; à ce titre, différents organismes ont accepté de passer contrat avec elle et de financer ainsi telle partie de l'activité relevant de leurs attributions (3).

3. Par exemple, sont établies des conventions de tiers payants avec les Caisses d'assurance-maladie ; Caisses primaires des travailleurs salariés (Belfort, Montbéliard) et Mutuelles assimilées à des caisses (MGEN, MSA, MNEF, MGPTT, SLI, SNCF) ; des principes différents de prise en charge du ticket modérateur ont été adoptés par certaines mutuelles (bon de prise en charge établi préalablement) : Mutuelle Familiale Interentreprise Belfortaine, Union des Sociétés Mutualistes du Territoire de Belfort, ou à vue, par simple contrôle de la carte d'adhérent : (Mutuelle des employés de la ville de Belfort, Peugeot Automobile) ; de son côté, la DDASS finance une part de l'activité de l'association concernant l'éducation sanitaire et la prévention. Elle prend en charge d'autre part les frais occasionnés par l'aide médicale gratuite (AMG).



D'autre part, l'équilibre du budget de l'association a été assuré jusqu'à présent par l'octroi de subventions de la ville de Belfort et, en 1981, du Conseil Général. Enfin, une procédure de la Direction départementale du Travail et l'emploi a permis à l'association de créer deux emplois d'initiative locale.

Enfin, certaines actions ont été programmées en coopération entre les partenaires.

A la suite du colloque sur la prévention tenu en novembre 83, une association départementale pour la promotion de la santé s'est constituée, avec divers objectifs d'intervention : enfance en difficulté, drogue, troubles de la parole et du langage, nutrition, état de santé de la population. Des programmes d'action devraient s'élaborer dans ce cadre dès 1985.

TOULOUSE

Un groupe de recherche-action

Le GRES 31 est une équipe qui associe médecins et sociologues pour enquêter sur la santé dans la ville, et plus particulièrement dans les quartiers défavorisés. Un rôle essentiel pour la prévention, poursuivi par des animations sur le terrain et du conseil auprès des innovateurs.

■ Composé de trois médecins (de santé publique et du travail) et d'un socio-politologue, le groupe a été constitué en octobre 1982.

De 1982 à 1984 dans le quartier de Toulouse-Bagatelle, quatre programmes de recherche-action ont été réalisés par le GRES 31 et financés par la DRASS. Une enquête, menée à la suite de travaux de thèses et d'une pratique médicale sur le quartier a permis de définir 4 thèmes prioritaires :

GRES 31

14, rue du Lot, 31100 Toulouse

- Les placements en pouponnière à caractère sanitaire des enfants de 0 à 3 ans (1980) voir encadré ;
- Les hospitalisations des enfants de moins de 6 ans (1980-1981) ;
- Les suites médico-sociales d'accidents du travail en milieu migrant (1977-1982) ;
- Les interventions d'éducation sanitaire auprès de groupes d'habitants du quartier.

Au cours de chacun de ces programmes, le groupe s'est efforcé de mettre au point une méthodologie :

- identifier dans un cadre local, les problèmes de santé et les comportements vis-à-vis de ces problèmes, les analyser en les resituant dans leur contexte socio-historique et environnemental ;
- analyser l'offre sanitaire locale et son articulation avec les problèmes de santé et les comportements identifiés ;
- susciter à l'occasion des études, une réflexion dynamique : par la participation des intervenants locaux et des usagers et par l'interpellation des administrateurs du système de santé.

Une diversification nécessaire

L'équipe désire actuellement élargir son champ d'intervention géographique en même temps que diversifier ses activités :

- **poursuite de l'action socio-sanitaire locale**, par des interventions directes d'animation sanitaire, auprès de groupes constitués dans un quartier ou dans le cadre de stages d'insertion professionnelle, restitution des résultats des études menées.

Cette pratique permet à l'équipe de développer une réflexion sur l'appropriation par les individus d'une information sanitaire adaptée.

- **élaboration et réalisation de programmes de recherche-action**, proposés ensuite dans le cadre d'appels d'offres locaux (contrats DRASS

Conseil Régional, Conseil Général), ou nationaux (INSERM, CNRS).

L'équipe a ainsi proposé récemment :

- un programme d'étude de la circulation de l'information sanitaire et d'expérimentation de méthodes d'éducation sanitaire collective dans un quartier (projet retenu par l'INSERM et proposé par ailleurs à la DRASS et au Conseil Régional) ;
- un programme d'étude des relations entre environnement et santé, à travers les perceptions et les pratiques des habitants de deux quartiers de Toulouse (actions thématiques programmées "santé-environnement" du CNRS).
- **assistance technique** à des groupes porteurs de projets, praticiens de terrain, usagers, collectivités locales, institutions par l'aide à l'élaboration

et à la réalisation de protocoles d'identification des problèmes dans un cadre local et d'analyse de pratiques professionnelles.

- formation des travailleurs sociaux et sanitaires. Différents membres de l'équipe mènent déjà des actions de formation dans différentes structures (écoles d'infirmières, travailleuses familiales, personnel de la direction départementale des affaires sociales).

Le groupe réfléchit maintenant à l'opportunité de développer cette activité sur certains sujets spécifiques : établissement de protocoles de recherche de terrain, analyse institutionnelle, approche des problèmes de santé dans un cadre local...

Des groupes du type de GRES 31 devraient se développer, en veillant à soigner leur compétence tout en

POURQUOI DES BÉBÉS EN POUPONNIÈRE

Un exemple de la pratique du GRES 31. Au départ, une cinquantaine d'enfants du quartier Bagatelle, placés en pouponnière sanitaire au cours des années 1980 et 81, sont suivis par les services de la Protection maternelle et infantile, les médecins traitants, le personnel. Une *enquête* est lancée auprès des différents intervenants sur les motifs de placement des bébés et les solutions alternatives éventuelles. Les avis recueillis témoignent d'une grande diversité de perception du problème de la part des professionnels : leur point de vue est très lié à leur position dans le système socio-sanitaire local. Le *traitement statistique* des données médicales et socio-démographiques ainsi que les éléments d'analyse produits par le GRES 31 sont distribués aux professionnels du quartier concerné. Puis *des réunions de concertation* leur sont proposées. Elles ont permis tout d'abord une meilleure information de chaque professionnel sur le rôle et les statuts des autres partenaires intervenant auprès d'une même population ; les médecins généralistes connaissent mal la PMI, le service social et les structures de garde. L'information a également porté sur la population du quartier, ses réseaux "naturels" d'entraide (en revanche, bien

connus de la PMI).

Autre avantage important de cette concertation : une meilleure analyse des statistiques recueillies, chaque professionnel décrivant sa perception du placement en pouponnière.

Enfin, grâce au débat collectif, les propositions d'amélioration proviennent non plus de la vision parcellaire de chaque intervenant, mais d'un point de vue collectif intégrant les différentes dimensions du problème. C'est à plusieurs qu'on examine les ressources locales pouvant contribuer à une alternative au placement des enfants (élargissement des capacités d'accueil de la halte-garderie et de l'antenne locale du foyer de l'enfance par exemple).

Cette pratique a permis à l'équipe de montrer qu'une action de santé publique à un niveau local peut ne pas se limiter à une intervention professionnelle appuyée sur une identification des besoins et sur un recensement des équipements et des services. Elle peut aussi favoriser la réflexion, la modification des pratiques des professionnels ainsi que l'enrichissement de la *démarche associative et participative des habitants du quartier*.

assurant leur indépendance par rapport aux groupes d'intérêt du secteur.

L'ambition profonde du groupe est de parvenir à articuler, champ social, et champ sanitaire dans le cadre d'un territoire où se rencontrent les stratégies des professionnels et de leurs institutions et les logiques d'action des groupes sociaux. Dans cette perspective, la dimension sanitaire constitue l'un des modes d'accès d'un groupe à la vie sociale et aux processus collectifs de changement.

LYON

Les usagers font réseau

Parce que la santé n'est pas le contraire de la maladie, mais une affaire personnelle dont il vaut mieux pouvoir discuter en groupe, le « réseau-santé » s'est constitué. Ils est un des multiples groupes nés à travers la France ; il propose des rencontres, des informations, dans sa maison pour la santé, au cœur de la ville, ou en se balladant dans la campagne. Marie-Claire Chomel nous emmène sur le réseau-santé.

■ Usager ? le terme fait un peu ringard, un peu clientèle du PLM d'autrefois, dites-vous ?

De fait, il y a du vent dans les rails de la santé... Aux quatre coins des salles des « pas perdus », de petites poignées de passagers se sont retrouvés, porteurs du même désir : remettre en vigueur et restaurer tout un réseau de voies (x) d'échanges et d'expression entre gens du pays concernés par la santé.

Une centaine de wagonnets roulent déjà sur quelques portions du territoire, l'un parti d'une coopérative d'aliments bio, tel autre constitué autour d'un cabinet médical ou d'un centre de soins, beaucoup d'autres partis de rien, sinon de la volonté de se réapproprier un savoir et des savoir-faires autonomes en matière de santé.

* Réseau Santé, 15, rue Jean-Baptiste-Say, 69001 Lyon. Tél. : 827.17.16. Métro CX Rousse.



En 1981, ces groupes d'usagers de la santé – aux appellations locales variées : Eco-santé, Antidotes, Amoureux de la santé, Tisanerie, ... – se sont regroupés pour devenir la Fédération Nationale des Groupes d'Usagers de la Santé (FENGUS) ⁽¹⁾. Ce vocable d'« Usagers de la santé », choisi au départ de façon intuitive, recouvre bien dans son étymologie les aspirations des intéressés :

« **USAGER** = **US** **AGERE**. Celui qui sait agir, mettre en action les us et coutumes, celui qui est porteur de savoirs acquis par les façons de faire, les habitudes de vie et qui sait les agir. Un usager est celui qui a un savoir et qui sait s'en servir » ⁽²⁾.

Réseau santé Lyon, un groupe moteur

Le 1^{er} avril 81, après six mois de réflexion et de conception, une ving-

(1) Fengus. 18, rue Victor-Massé, 75009 Paris. Tél. : 526.51.96.

(2) Marie-Françoise Collière, lors du Forum organisé par Réseau-Santé en novembre 1983.

taine de personnes (5 travailleurs sociaux, 4 malades, 3 infirmières, 2 généralistes, un dentiste écolo, 2 syndicalistes, 2 mères de famille et un « raton laveur » miraculé par les médecines douces) s'organisent en vue de créer « un réseau de solidarité, d'échanges et d'information sur toutes questions concernant la santé, le bien-être physique et psychique, la maladie et toute thérapeutique » (art. 2 des statuts).

C'était voir large et grand, et ça continue...

Voulant éviter de tomber trop vite dans le piège consumériste, Réseau Santé s'est proposé de diffuser des représentations spécifiques, des convictions ou des croyances mobilisatrices pour un autre comportement par rapport à la santé ou à la maladie.

Ces représentations s'organisent autour de deux axes fondamentaux :

- « LA SANTÉ C'EST D'ABORD NOTRE AFFAIRE ».

En d'autres termes, nous sommes notre premier médecin, notre rôle est antérieur à celui du médecin et la santé se joue d'abord dans la vie quotidienne, professionnelle et familiale.

Ce mot-programme réveille chez les personnes, sinon un savoir, du moins une capacité à découvrir, une meilleure confiance en eux-mêmes, en leurs propres sensations et jugements, une ouverture vers une relation d'un type nouveau avec les soignants.

- « LA SANTÉ, CE N'EST PAS SEULEMENT L'ABSENCE DE MALADIE, C'EST UN MODE D'ÊTRE QU'IL IMPORTE DE CONNAÎTRE ».

Il y a comme une recharge, une revalorisation du concept de santé. L'aspiration à « aller bien » dépasse les catégories de « bien-portants » ou de « malades », et cette représentation décloisonne les individus, oriente leur intérêt sur le fonctionnement du vivant plus que sur les maladies.

- Plus largement, l'ensemble des objectifs de Réseau Santé a été

consigné dans la Charte des Groupes d'usagers de la Santé.

Prendre en mains sa santé

Comment s'est réalisée concrètement la diffusion de ces idées ?

D'abord par l'ouverture d'un local sur rue bien placé dans le vieux quartier de la Croix-Rousse, avec des permanences d'accueil et de téléphone, des documents d'information, des fichiers d'adresses, une bibliothèque.

Ce local a pu bénéficier assez rapidement d'une permanente grâce à une subvention du ministère de la Solidarité, et a très vite constitué un point de repère important, très sollicité. Il reçoit des demandes d'informations (thérapeutes, lieux et modes de soins) et des demandes d'interventions plus théoriques auprès de divers publics (centres sociaux, écoles d'infirmières, associations familiales, travailleuses familiales ou autres).

Ensuite par l'organisation de temps forts. Réseau Santé s'est surtout mobilisé sur quelques temps forts.

A l'intérieur : organisation de journées « portes ouverte » invitant les usagers non pas à venir entendre de bonnes paroles mais à venir prendre la parole. Trois cents personnes sont venues. A l'extérieur : des conférences grand public : en novembre 1983, un large forum d'étude (300 personnes environ) sur le thème : « Quels usagers ? Pour quelle santé ? » ; enfin l'inauguration d'un grand rituel pédestre annuel, la Baladensanté destinée à revaloriser la plus accessible des méthodes d'entretien de la santé : la marche à pied pour tous. Chaque année, la balade se fait en collaboration avec un lieu d'accueil rural permettant dans la foulée un échange fructueux entre ruraux et citadins.

Une Maison pour la santé

Implanté à la Croix Rousse par le hasard de l'opportunité d'un local, Réseau Santé a cherché à développer dans le quartier une action de santé communautaire, c'est-à-dire

un travail concerté entre les divers partenaires locaux concernés, travailleurs sociaux, médecine de PMI et médecine préventive, médecins libéraux, personnel infirmier, associations, etc.

Le quartier ne disposait pas de structures de soins collective, mais la chance a voulu que, face au local sur rue, une école désaffectée, entièrement rénovée fut mise par ses propriétaires – une congrégation de sœurs soignantes – à la disposition de l'association.

Une autre aventure commençait ; l'ouverture d'une (Maison pour la santé), lieu de diffusion d'informations et de pratiques de soins d'entretien de la vie. Un lieu d'un type nouveau, tout à inventer. Depuis septembre 1984, Réseau Santé pilote le projet, soutenu en amont par les structures et associations du quartier qui devront bien un jour co-gérer l'entreprise.

Car il s'agit bien de création d'entreprise, avec tout ce que cela comporte de recherche de financement, de personnel, de programmation d'activités en direction de divers publics. De la naissance au vieillissement, chaque étape de la vie devrait pouvoir trouver là son expression et un soutien pour les personnes concernées. Naître, grandir, vieillir, mourir : ce n'est pas une maladie, c'est la vie. Encore faut-il pouvoir trouver dans ces périodes le soutien et la stimulation nécessaires.

La Maison pour la Santé n'est pas une structure sanitaire de plus, c'est un lieu culturel où l'on s'intéresse aux choses de la vie.

Face aux instances officielles

Quel soutien ce projet trouve-t-il auprès des institutions administratives et sanitaires ? En octobre 1984, le rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales faisait état de Réseau-Santé et de son initiative de création de Maison pour la santé :

« Ce type d'action rencontre en fait peu d'échos auprès des partenaires administratifs, même s'il s'inscrit dans la logique d'un renforcement de la politique de prévention : il intéresse peu les élus (ni la ville de Lyon ni le Conseil général n'ont été intéressés). S'agissant d'une véritable initiative des usagers, il semblerait intéressant qu'elle soit aidée de manière à ne pas disparaître par essoufflement des bénévoles : mais pour pouvoir tirer le maximum d'une telle initiative, il convient de ne pas la figer, fût-ce pour la subventionner, dans un moule préétabli, c'est pour cela que la démarche de l'association qui soumissionne à différents appels d'offres de recherches sur la politique de la santé paraît devoir lui apporter l'aide adéquate à la période initiale (p. 431) ».

Depuis lors, une ouverture très importante s'est faite du côté de la Caisse primaire d'Assurance Maladie qui a débloqué un premier soutien financier au démarrage dans la mesure où cette activité pouvait être suivie par un comité médical.

De fait, l'originalité de Réseau-Santé est d'être une initiative d'usagers (il n'y a pas de médecin au C.A.) et cela pose quelques problèmes aux instances officielles qui s'inquiètent un peu, en particulier, du désir des usagers de s'informer sur les médecines « douces ».

Mais Réseau Santé souhaite rester à distance des écoles et des chapelles et désire établir des liens avec tous les professionnels en accord avec la conception globale de la santé que l'association cherche, aux côtés d'autres, à promouvoir.

La constitution d'un comité médical de suivi n'a pas posé de réels problèmes – plus de 50 médecins (généralistes et spécialistes, allopathes et homéopathes) se sont portés volontaires. Ils ont même trouvé que le terrain des usagers pouvait devenir une plateforme d'intercommunication entre médecins, par exemple entre généralistes et hospitaliers.

C'est dire que l'entrée des usager dans le système de santé est porteuse d'un dynamisme et d'une régénérescence même de ce sys-

tème, une façon de « remettre les billes au centre ». Les billes étant les usagers eux-mêmes... Donc, à nous de jouer !



LOIRE-ATLANTIQUE

La mutualité, beaucoup plus qu'un payeur...

L'union mutualiste diffuse vers des populations nouvelles (femmes au foyer, retraités) des informations sur une autre façon de se nourrir, de se soigner.

■ La prévention, tout le monde la souhaite mais encore faut-il la mettre en œuvre. Pour sa part l'union mutualiste de Loire-atlantique organise des journées de prévention en direction des oubliés du « bilan de santé ». De nombreuses femmes, des retraités, isolés loin des villes ne bénéficient pas des actions de prévention existantes. A la demande d'associations locales, une journée est programmée concernant deux ou trois communes proches.

L'information relayée par la presse locale permet à tout coup de réunir

quarante personnes qui rempliront le car affrété spécialement. La journée débute par un bilan de santé effectué au centre d'examen de santé de la Sécurité sociale, en alternance avec des promenades en ville. A midi, tout le monde se retrouve autour d'un repas, qui permet de discuter de l'alimentation. L'après-midi, enfin est consacré à une réunion d'information-débat animée par le médecin de l'union mutualiste.

Des questions naissent lors du débat, un groupe se constitue peu à peu durant la journée, les éléments d'un travail en profondeur se mettent en place.

Trois journées par mois cela peut sembler un peu court ; il est alors possible répondant aux demandes des groupes locaux d'organiser des réunions d'information au plus près des habitants. Ainsi, au travers d'une opération de prévention menée comme une excursion le souci de prévention fait tâche d'huile dans des populations jusqu'alors oubliées voire rétives.

ET L'INSTITUTION, ALORS...

Les centres d'examen de santé en débat

Dans le domaine de la santé, on l'appelle l'Institution. Autrement dit la Sécurité sociale. Alain Coulomb, directeur de caisse, nous dit comment elle pourrait changer, au travers d'un exemple, « la visite médicale » obligatoire qui interroge les centres de santé qu'il s'agit de détacher de leur « logique de caisse » pour en faire l'un des instruments d'une prévention renouvelée.

■ L'Institution « Sécurité sociale » a peut-être trop longtemps considéré que le centre d'examens de santé possédait une logique propre d'existence, que sa création était *sui generis* et son développement indifférent à un extérieur. En obéissant à une « logique de Caisse », spécifiquement bureaucratique et distante, on répondait aux obligations légales, tout en évitant soigneusement de poser la question de l'efficacité d'un tel système pour la collectivité.

Pouvait-il en être autrement ? Parce qu'elle touchait à des domaines, celui de la prévention et de la santé d'ores et déjà « réservés », on peut penser que la croissance d'un tel système a été difficile. Même en matière de prévention, rien ou presque rien n'était fait par rapport aux besoins.

Les limites d'une expérience

Mais sur ce terrain, les oppositions idéologiques sont prédominantes. Entre un corps médical qui privilégie la prévention individuelle, — dont il assurerait par ailleurs le monopole —, et une prévention de masse, mal présentée, mal comprise et critiquée comme inefficace, — telle qu'elle a été élaborée par l'Institution —, on trouve l'espace de la prévention, véritable *no man's land*.

Dès lors, le centre d'examens de santé a eu une croissance autarcique, accusant année après année des décalages importants avec l'environnement et sa mouvance (progrès des techniques de diagnostic et de soins, émergence de nouvelles pathologies et de leur connaissance). Ne soyons pas injustes. Coïncé entre ses obligations légales et l'hostilité du corps médical, le centre d'examens de santé a rendu des services, mais les moyens débloqués pour de telles « performances » sont maintenant disproportionnés. Les efforts réalisés depuis une dizaine d'années pour répondre aux critiques, et surtout adapter le fonctionnement de tels centres aux besoins et à la réalité demeurent, quoique prometteurs, insuffisants.

La volonté du législateur était d'atteindre le collectif par l'individuel, en soumettant chaque assuré social à un examen de santé. En obéissant très scrupuleusement aux textes, la Sécurité sociale a démontré, en clair mais à son corps défendant, que l'objectif fixé était impossible à atteindre.

Dès lors que l'examen de santé restait facultatif, donc limité, la médiation individuel-collectif (comme somme des expériences individuelles) devenait irréalisable. L'erreur de l'institution Sécurité sociale a été de ne pas s'en rendre compte rapidement, et de ne pas avoir ajusté sa stratégie à des objectifs précis (pathologies spécifiques, populations très exposées, etc.).

Pour la prévention et l'épidémiologie

Notons que l'épidémiologie n'a jamais été, en France, au centre des préoccupations de gouvernants ou responsables. De fait, l'idée d'utiliser les résultats collectés lors des examens aux fins de connaître l'état de santé des populations n'est venue qu'a posteriori en réponse aux attaques, comme un alibi à la survivance de ces centres.

Un vif débat s'est engagé. Certains médecins et administratifs restent attachés à une compréhension restrictive de la loi qui ne visait ni à une véritable stratégie de prévention, ni à une ligne d'étude épidémiologique fermement définie, et une fraction de responsables et de médecins, plus disposés à infléchir radicalement l'idéologie du système par *abandon de l'individuel pour le collectif différencié*. Ceci implique des modifications dans la population observée (choix des groupes), dans la pathologie étudiée (ciblage des risques), dans l'examen réalisée (adaptation des mesures médicales et statistiques aux spécificités des populations ou des risques observés).

Les centres étant intégrés dans l'environnement nouveau du système de soins et de connaissance de l'état de santé des populations (hôpitaux, O.R.S., médecins et paramédicaux, etc.).

Les oppositions théoriques au sein de la Sécurité sociale sur la nature et la destination de l'examen de santé sont autant de signes que l'on tente de dépasser les contradictions, et notamment celles liées à l'environnement.

Dans le système de fonctionnement qui prédomina jusqu'à peu, le principe de refuser l'émergence de possibles conflits avec le corps médical avait conduit à limiter le rôle de l'examen (panel réduit et peu évolutif, recrutement d'examinés fondé sur le volontariat...).

Les exigences de maîtrise des dépenses de santé ont mis au goût du jour une attitude volontariste de prévention. Celle-ci passerait dorénavant par une meilleure connaissance de l'état de santé de la population, (détermination des personnes plus exposées à certains risques) et le suivi de cette prévention (c'est-à-dire la constatation médicale et financière de son efficacité).

Nécessité d'une ouverture

Devant une telle exigence, la séparation/opposition des partenaires

semble impensable. On doit donc considérer comme vaines toutes les démarches tentant de reconstituer, par ses propres moyens et pour son propre compte, le savoir et les possibilités de l'autre, pour pouvoir mieux s'en passer. Bien sûr cette stratégie, comme celle de la conservation du *modus vivendi* actuel, conduit encore une fois à éviter de poser le problème des relations sécurité sociale-administration centrales ou locales-professionnels de la santé, dans le domaine préventif.

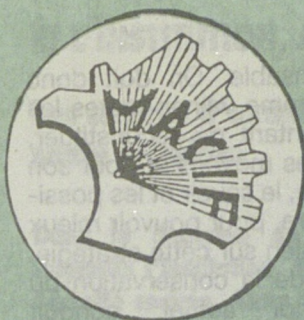
En proposant de ne plus pratiquer l'examen pour l'examen, mais d'impliquer dans une large action de santé publique, leurs connaissances et leurs moyens humains et techniques, les partisans d'une « ouverture » des centres d'examen de santé adoptent la seule attitude réaliste et constructive.

Pour être efficace, cette ouverture doit satisfaire plusieurs conditions :

- parce que le secteur sanitaire et social, et surtout les besoins de la population, intéressent un nombre croissant d'intervenants, l'ouverture doit concerner l'ensemble des partenaires, des médecins aux collectivités locales, des associations aux organisations professionnelles.

- parce qu'une démarche en santé publique n'est plus seulement un engagement médical, mais aussi sociologique, économique, statistique, etc., elle nécessite de la part de chacun l'abandon partiel de ses positions et des prérogatives attachées à son statut ou à son savoir pour leur mise en commun.

- parce que le système conventionnel est le seul moyen pour chaque partenaire d'être à la fois respecté dans ses choix, et responsable dans ses actions, il doit être préféré à toute autre forme « d'union ». Ainsi la voie contractuelle pourra régler tout à la fois les rapports entre intervenants et des programmes d'action annuels ou pluri-annuels (démarches protocolées).



LA MACIF

Société d'assurance à forme mutuelle et à cotisations variables.
Entreprise régie par le cadre des assurances

2 et 4, rue de Pied-de-Fond - 79037 NIORT CEDEX

Une mutuelle d'assurance, au service des salariés du commerce et de l'industrie, qui s'inscrit dans le vaste mouvement de « l'économie sociale », et répond à tous vos besoins de protection par :

■ SES CONTRATS D'ASSURANCES

INDIVIDUELS OU FAMILIAUX.

- Votre véhicule : assurance auto.
- Votre habitation : **Multigaranties Vie Privée (MVP)**.
- Votre bateau de plaisance, votre planche à voile : **navigation de plaisance (NP)**.
- Votre caravane et les loisirs qui s'y attachent : **caravaning**.

■ SES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE

- Votre protection et celle de votre famille en cas d'accident et de maladie : **régime de prévoyance familiale accident (RPFA) et maladie (RPFM)**.
- Votre retraite : **plan d'épargne et de retraite (PER)**.
- Votre épargne : **Macif épargne 10**

■ ET DE SERVICES

- Votre assistance en France et à l'étranger : **inter mutuelle assistance (IMA)**.
- La réparation rapide de votre véhicule : **nos garages agréés**.
- Le **crédit avantageux** pour votre auto, caravane, bateau de plaisance : **SOCRAM**.
- Notre **fonds de solidarité** : Fonsomacif, ayant pour but « d'accorder des secours exceptionnels dans les cas dignes d'intérêt et notamment en cas de dommages subis par les sociétaires ou leurs ayants droits et résultant d'un événement non assurable » et parce que ses sociétaires sont aussi des militants, des élus, une réflexion commune a permis la création du contrat de votre comité d'entreprise « multigaranties activités sociales » (MAS).

**MILITANTS SYNDICALISTES,
VOUS AUREZ A CŒUR,
EN NOUS REJOIGNANT,
DE FAVORISER UN ORGANISME
A BUT NON LUCRATIF**

En réalisant cette mutation, — qui n'est pas une remise en cause radicale de ce qui a été fait jusqu'à présent mais plutôt une nouvelle étape, celle de la maturité —, le centre d'examens de santé trouvera une véritable légitimité qu'il ne pouvait avoir aux yeux du corps médical. Nouvel aspect des rapports entre la Sécurité sociale et les praticiens, cette « souveraine association » offre la possibilité, en rassemblant les efforts et les compétences, d'approcher la diversité et la richesse de la demande sanitaire et sociale locale. Donc d'assurer une mission de prévention et une réelle avancée.

Il n'est, bien sûr, pas question « d'inféoder » le fonctionnement des centres d'examens de santé à la volonté du corps médical libéral. Ce dernier devrait d'ailleurs rapidement comprendre que cette ouverture est une des seules possibilités qu'il lui reste de jouer un rôle constructif dans la vie sanitaire collective. Son opposition à toute action concertée risquerait d'ailleurs fort de l'isoler. La Sécurité sociale n'est plus disposée à l'inaction et une collaboration étroite avec les associations et les collectivités locales devient d'ores et déjà indispensable et porteuse d'avenir. Les exigences de maîtrise des dépenses de santé emporteront peut-être, à court terme, des solutions plus radicales et définitives.

hôpitaux. Ainsi l'information des malades est devenue nécessaire au regard des traitements entrepris, mais la communication des dossiers administratifs et médicaux prévue par une circulaire du 24 août 1983, ne se fait encore que trop rarement.

Constatant cette situation préjudiciable, le conseil national de la consommation a mis sur pied une concertation entre organisations de consommateurs et directions hospitalières. Sept centres hospitaliers ont accepté d'en faire l'expérience (Lille, Rouen, Marseille, Orléans, Rennes, Saint-Nazaire et Paris).

Pour préparer les discussions locales, les associations de consommateurs doivent élaborer un dossier type. Trois grands chapitres seront traités :

- l'accueil des malades, les urgences, les décès mais aussi l'accueil des visiteurs,
- les relations avec le personnel soignant,
- les conditions de séjour des personnes hospitalisées.

Les résultats des travaux de ces sept groupes seront repris au plan national en début 86, pour une éventuelle extension.

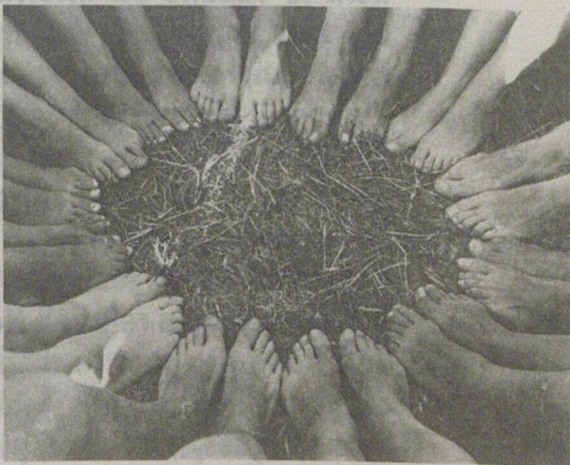
ASSECO-CFDT - 35, rue Compans 75019 Paris. Tél. : 245.92.29.

USAGERS DE L'HÔPITAL

L'Asseco-Cfdt négocie la qualité

Dans les hôpitaux, la modernisation des locaux et des techniques n'a pas toujours suffi à améliorer la vie des malades, elle a même parfois renforcé leur dépendance.

Les droits des malades hospitalisés sont devenus une véritable revendication pour améliorer la vie dans les



SANTÉ NORD-SUD

PAR ALAIN MESTRE

Voici une introduction aux problèmes de santé dans les pays en développement. Il ne s'agit pas, en quelques pages, de résumer, de généraliser, de soumettre à un diagnostic réducteur la multiplicité des problèmes, des besoins, des erreurs, des prévisions et des solutions. Délibérément, nous passons sous silence des expérimentations technologiques dont la validité est incertaine, et nous rappelons des traditions qui, peut-être, ont de l'avenir. L'important est de désigner l'enjeu dans son ampleur. C'est de montrer à quel point, par-delà les dévouements ou les aventures individuelles, la relation Nord-Sud traverse, pour le meilleur et pour le pire, nos intérêts économiques, nos conceptions

culturelles et nos pratiques sociales.

■ Les maladies les plus menaçantes dans le tiers-monde ne sont pas, contrairement à une notion répandue, les endémies tropicales. Ce sont les affections les plus banales et les plus bénignes, qui, faute de structures de soins, de prévention et de conditions écologiques favorables s'avèrent, dans le dénuement, meurtrières et invalidantes.

Certaines maladies sont liées aux déficiences alimentaires, d'autres à l'écosystème, aux traditions et à la misère. Les carences en fer, conjuguées avec les maladies parasitaires grandes voraces de fer, provoquent les anémies et frappent (d'après l'OMS) 700 millions de personnes dans le monde ; le goître endémique responsable de graves déficiences mentales et de troubles profonds du développement physique atteint 200 millions de personnes ; le béri-béri est dû aux carences en vitamine B1, ou thiamine ; le scorbut est provoqué par une déficience en vitamine C ; nombre de lésions oculaires

et de cécités sont provoquées par des carences en vitamine A ; enfin le rachitisme, trouble de la minéralisation des os et de la croissance, est dû à une déficience en vitamine D.

Malnutrition et infection

Les espoirs soulevés dans les années 50 et 60 par l'importation massive de puissants insecticides, de médicaments chimiques efficaces et de vaccins marquent aujourd'hui le pas.

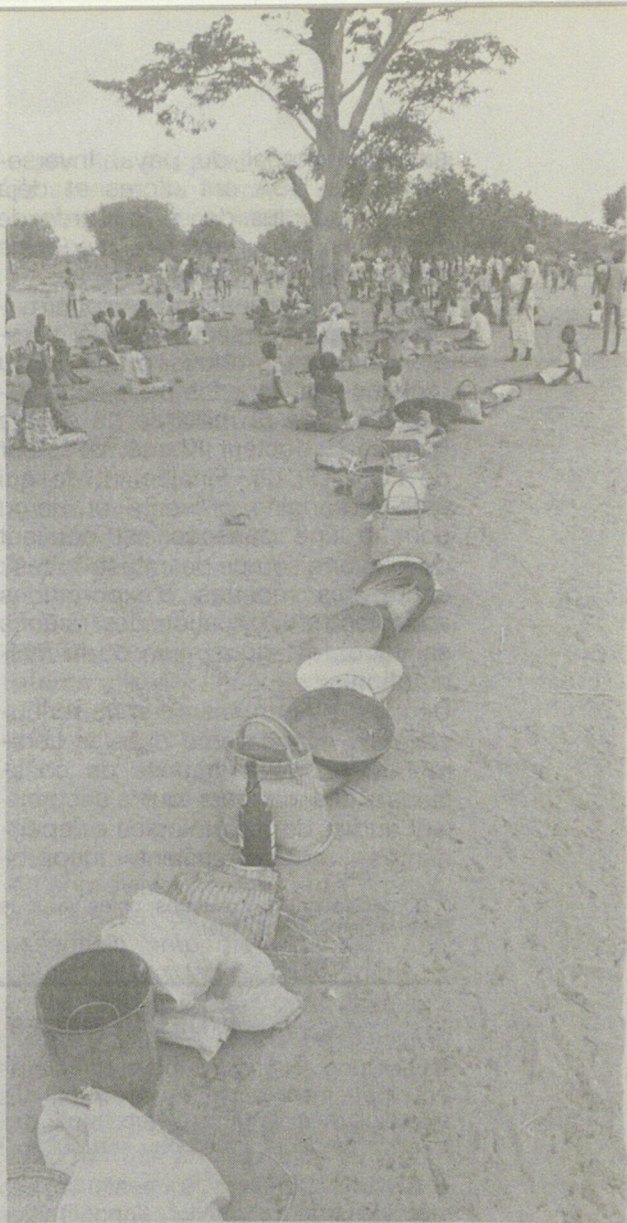
En effet, la chimiothérapie devient de plus en plus impuissante contre les endémies tropicales (1).

La dégradation de la situation nutritionnelle dans le tiers-monde depuis dix ans obscurcit toutes les perspectives. La mortalité infantile s'entretient dans la « *sinistre alliance* » entre malnutrition et infection. La malnutrition favorise les maladies diarrhéiques et la rougeole chez l'enfant ; les infections, en retour, précipitent la malnutrition, en diminuant à la fois le système de défense immunitaire de l'enfant, son appétit et ses capacités à utiliser ce qu'il absorbe.

La désertification progressive, la pollution du milieu, l'urbanisation précipitée, l'analphabétisme et l'alcoolisme, le manque d'accès à l'eau propre et enfin la pression démographique mal maîtrisée contribuent à dégrader les conditions sanitaires.

Dans ce contexte difficile, les transferts de technologies Nord-Sud et des politiques sanitaires inadaptées et inappropriées aggravent le déséquilibre. L'hospitalocentrisme, déjà critiqué dans les sociétés industrielles, risque d'être fatal pour les systèmes de soins des pays défavorisés, par son poids financier considérable qui ampute la majeure partie du mai-

1. Ainsi, les médicaments à base de quinine et de cocaïne comme la nivaquine et autres flavoquine n'ont plus l'efficacité d'il y a 10 à 20 ans contre le paludisme, car les parasites s'adaptent d'année en année ; tout comme les insectes qui résistent à l'emploi massif et dangereux des pesticides et insecticides.



Camp de Pambarra, au Mozambique.

gre budget sanitaire d'un pays, par son rôle pervers de catalyseur de « l'exode » des personnels de santé vers l'étranger, de la population rurale vers les villes, dans l'espoir de meilleurs soins.

Une « formation dans le vide », selon les termes de l'OMS, coûteuse et le plus souvent inadaptée à la pathologie et à chaque écosystème et culture en présence, contribue à l'exode des cerveaux. On estime ainsi que la perte subie par les Philippines du fait de l'émigration médicale équivaut à deux fois le budget

sanitaire annuel du pays. Inversement, les USA ont d'ores et déjà économisé plus de six milliards de dollars en important des médecins formés dans le tiers-monde.

Certaines multinationales pharmaceutiques déversent dans le tiers-monde leurs produits prohibés ou réglementés dans les pays développés d'origine (9 milliards de dollars d'après le docteur Khane, directeur de l'ONUDI) (2). Finalement ce qui était à l'origine présenté et perçu comme une panacée est souvent devenu une source de catastrophes : chute des recettes d'exportations agricoles, multiplication des risques sanitaires et aggravation de la malnutrition.

Ce n'est pas un hasard si un renouveau du nationalisme dans le tiers-monde est lié à la prise de conscience des dangers qui s'accumulent autour de technologies « dépendantes », qui se révèlent « inappro-

priées », et de produits dont la vente est interdite et réglementée dans les pays de production. Certains Etats, parmi lesquels le Brésil, le Bangladesh et la Thaïlande, ont ainsi mis en œuvre leur propre législation contre l'introduction de tels produits.

Orientations nouvelles des politiques et stratégies sanitaires

Un développement sanitaire tourné vers l'avenir ne pourra pas se satisfaire de la dépendance quasi-totale dans laquelle sont enfoncés et anesthésiés l'ensemble des pays les moins avancés et en voie de développement, pour leurs infrastructures éducatives et universitaires, technologiques et industrielles.

Certains d'entre eux ont recours à une planification autoritaire, à une restriction systématique des libertés individuelles, comme la Chine ou Cuba, pour obtenir des résultats parfois spectaculaires. D'autres se refu-

2. Organisation des Nations unies pour le développement industriel.

DES REMÈDES PIRES QUE LE MAL

■ Les populations des pays en voie de développement ont aussi à souffrir des effets de médicaments déversés par des trusts pharmaceutiques peu scrupuleux :

- Certains « remontants » contenant des stéroïdes pour stimuler l'appétit des enfants peuvent nuire à leur croissance et créer des altérations sexuelles irréversibles ;

- le clioquinol, médicament vendu sans ordonnance et utilisé dans le traitement de la diarrhée, a entraîné des paralysies, cécités et même plusieurs milliers de morts. Ce médicament a été banni par les tribunaux japonais, mais continue d'être exporté vers de nombreux PVD. Divers autres médicaments de toutes sortes (antibiotiques, sédatifs, neuroleptiques) s'ajoutent à cette liste, à côté de la « thalidomide » de sinistre mémoire. Néanmoins l'action des associations de consommateurs nord-américains a entraîné le retrait de certains produits. Ainsi l'anti-inflammatoire le plus vendu dans le monde, le « Tandéril », a-t-il été

retiré de la vente après vingt-quatre ans d'exploitation. Le docteur Sydney Wolfe, qui a mené la campagne pour son retrait, lui impute un million de morts. La décision de Ciba-Geigy, ne s'applique qu'au Tandéril alors que le principe actif (phénylbutazone) se trouve dans de nombreux médicaments équivalents.

Les associations internationales, de diverses natures, consommateurs, professionnels de santé sont les principales sources d'information : ainsi l'Action internationale de santé, créée pour étudier les liens entre santé et médicaments dans les pays en voie de développement. L'organisation internationale des syndicats de consommateurs qui a dressé une liste de quarante-quatre médicaments dangereux dont elle assure la diffusion. Parallèlement le réseau d'action international (*pesticides action network*) a été mis en place à Penang (Malaisie) afin de diffuser massivement l'information et de s'attaquer aux problèmes que pose l'emploi des pesticides dans le tiers-monde.

sent à utiliser des procédés aussi rigides et radicaux et tentent de trouver des voies originales et adaptées à leur propre contexte.

Cette remise en question des stratégies sanitaires classiques a été à l'origine de la conférence d'Alma-Ata en 1978, patronnée par l'OMS et l'UNICEF. Une nouvelle approche du développement sanitaire des pays en voie de développement y a été affirmée à travers la stratégie dite « des soins de santé primaire » pour atteindre l'objectif de « *Santé pour tous en l'an 2000* ». Cette stratégie a été ratifiée par la Banque Mondiale et consacrée par l'Assemblée générale de l'ONU en novembre 1981 par la création du PNUD (Programme des Nations-Unies pour le développement).

« *La santé pour tous en l'AN 2000* » est définie comme une condition nécessaire et un élément moteur du développement. Cette stratégie rejette implicitement les politiques sanitaires antérieures, axées sur la technologie de pointe hospitalière importée et localisée dans les villes, et propose des structures sanitaires radicalement différentes :

- elle s'appuie sur des agents de santé communautaire œuvrant dans les communautés de base ; des médecins « aux pieds nus », plus proches de la population, dont le cursus de formation est moins long, moins onéreux, plus adapté aux maladies spécifiques du milieu et qui sont finalement moins tentés de s'expatrier.

- elle vise à maîtriser la reproduction et à protéger les nouveaux-nés :

- par des campagnes de sensibilisation, elle encourage l'allaitement maternel (préférable aux effets désastreux du biberon par manque d'eau propre, de systèmes de réfrigération et de stérilisation, de lait en quantité et qualité suffisantes) ; le lait maternel, évidemment gratuit, stérile est porteur d'éléments protecteurs inexistant dans le lait animal ;

- par aide à la production d'aliments de sevrage au moment où l'allaitement maternel ne suffit plus (vers 26 mois) ;

- par des campagnes de réhydratation : administration d'un mélange eau pure, sucre, sel, produit et conditionné le plus souvent possible dans de petites usines locales (cette année 80 millions de sachets fabriqués localement ; il en faudrait un milliard).

- des programmes de prévention portent notamment sur :

- des vaccins et des produits biologiques plus élaborés, moins sensibles à la chaleur, exigeant moins de rappels, conservés dans des réfrigérateurs utilisant l'énergie solaire ;

- l'assainissement du milieu, l'adduction d'eau potable dans les villes et villages, la construction d'égouts et de systèmes d'évacuation des déchets, la destruction des insectes vecteurs de parasites ;

- l'approvisionnement et la production locale de 200 médicaments essentiels, répartis en vingt-sept catégories, adaptés aux soins de santé primaire : leur coût s'élève à moins d'un dollar par habitant et par an.

En outre les instances des Nations-Unies avec l'aide de la Banque Mondiale ont mis en œuvre de nouveaux programmes de recherche notamment sur les maladies tropicales et en matière de reproduction.

Enfin, une campagne vise à intégrer les médecines traditionnelles aux nouvelles structures sanitaires.

Les médecines traditionnelles ne sont pas des survivances que le progrès médical devrait chasser, mais des savoirs irréductibles.

Ainsi la Tanzanie est connue pour la place importante accordée à l'herboristerie, aussi bien au sein du département de recherche en médecine traditionnelle de l'hôpital central de

3. « Le Monde », Dossiers et documents, « *La santé dans le Tiers-Monde* », développé dans l'ouvrage de Claire Brisset (même titre), La Découverte, 1984.

Dar-es-salaam que dans la pratique quotidienne des « médecins aux pieds nus ».

En Asie également, la médecine moderne s'appuie sur une antique pratique hindoue l'ayurvédisme ou « science de la vie ». Exercée par quatre cent mille praticiens, c'est une médecine de « terrain » où l'astrobiologie joue un rôle fondamental.

Elle comprend des mesures d'hygiène personnelle et sociale (règles de vie diurnes, nocturnes, saisonnières, morales, physiques et sexuelles), l'usage d'herbes médicinales et surtout une diététique appropriée. Dans les zones rurales, les médicaments sont préparés par les praticiens, voire par les malades eux-mêmes.

La mise en œuvre de « Santé pour tous en l'an 2000 », soutenue par l'ensemble du système des Nations Unies, n'est pas chose aisée. Les minorités occidentalisées des grandes villes voient dans ce modèle un système sanitaire au rabais destiné aux plus pauvres, au détriment de leur santé.

Pourtant la nouvelle stratégie de l'OMS admet l'existence, dans les capitales et grandes villes, d'hôpitaux servant à la fois de structures d'accueil pour les cas complexes et de centres de formation des personnels à la théorie des soins de santé primaire, à la prévention et à l'assainissement du milieu. Elle refuse qu'une part importante des maigres budgets sanitaires des pays pauvres soit absorbée par ces structures centralisées.

Mais les pays en voie de développement ont besoin de l'industrie et de la recherche des pays développés pour tracer la voie de leur propre indépendance sanitaire.

A cet égard, l'ONUDI a joué un rôle non négligeable pour l'établissement de nouvelles relations de coopération entre les pays de l'hémisphère Sud et l'industrie des pays développés. Son colloque de Budapest en décembre 1983 a permis d'entamer

un examen et une concertation entre les parties prenantes sur trois problèmes prioritaires :

- Il a été proposé que les industries pharmaceutiques implantent sur place des unités de production, de conditionnement et de contrôle des vaccins et autres produits biologiques (dérivés du sang, réactifs de laboratoire permettant d'établir des diagnostics).

- Les pays intéressés doivent être dotés d'unités de transformation de leurs propres plantes médicinales en médicaments essentiels ou en condensés.

- Les pays en voie de développement et les industries pharmaceutiques doivent accepter et favoriser l'identification des besoins essentiels en matière pharmaceutique, et l'achat l'achat de quelques médicaments de base (l'ONUDI en a recensé 26). Il a été retenu que ces pays s'engagent dans un processus d'indépendance passant par la constitution de centrales d'achat nationales ou plurinationales.

Les instances de la coopération bilatérale tendent à leur tour à s'orienter dans cette voie, la France par exemple qui s'est réconciliée avec l'OMS, stimule le recueil des données épidémiologiques sur le terrain tropical et encourage d'importantes actions de formations adaptées à la pathologie tropicale par le biais du CIDESCO (Centre International de Développement social et de Santé Communautaire établi à Bordeaux depuis 1982) et de la mission Bioforce-Développement (4), par le maintien de sa contribution au fonctionnement de l'OCCGE (Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies, créée en 1960) qui était menacée financièrement dans son existence.

A noter d'autre part que certaines

4. La mission *Bioforce-Développement* à Lyon forme des cadres sanitaires de niveau intermédiaire qui manquent cruellement dans le tiers-monde, en 1 500 heures, en les initiant non seulement aux problèmes de santé en

associations comme Médecins sans Frontières, Médecins du Monde et l'Aide Internationale Médicale doivent souvent pratiquer une médecine d'urgence adaptée, c'est-à-dire faire face à des situations sanitaires difficiles avec les moyens rudimentaires, par exemple endormir les malades avec de l'éther, de l'alcool ou par hypnose ou d'employer le coton des champs comme pansements, certaines plantes comme désinfectants ou cicatrisants et divers autres ersatzs.

Ce type de médecine n'est malheureusement pas officiellement enseigné en faculté.

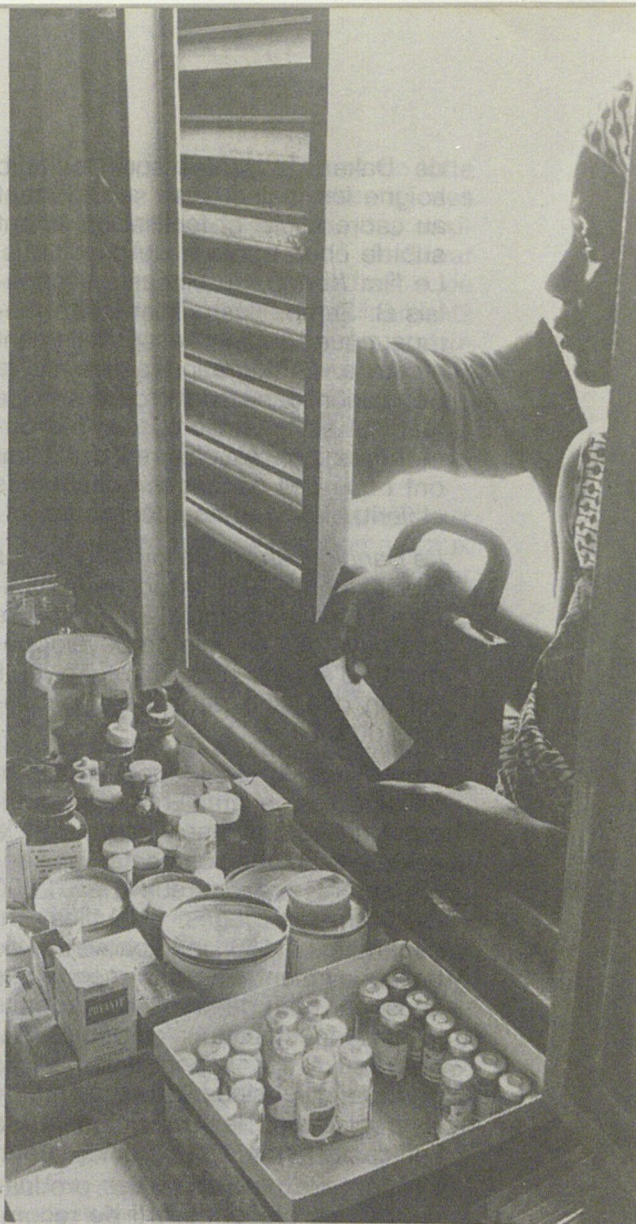
Deux exemples : à Dakar, et au Bangladesh

Dans le domaine psychothérapique, le fonctionnement du centre de Dakar est l'exemple d'un transfert de technologie médicale réussie, car ayant pris toute la mesure de l'aspect culturel contenu dans tout transfert de technologie, ce que les économistes tendent à oublier.

Les psychologies occidentales partent d'une conception individualiste de la personne, l'aidant à s'armer pour faire face à la vie, en construisant sa personnalité, l'aidant à descendre en lui-même, à prendre conscience de son passé et de son vécu présent de façon à les assumer et à les intégrer dans sa vie, ce, à partir de postulats que sont la découverte personnelle de l'inconscient, du transfert, des effets de l'attitude de compréhension.

Les thérapies traditionnelles procèdent à l'analyse systématique des troubles de l'identité des patients dans leurs rapports particuliers avec les structures symboliques des *culturythmes* spécifiques (canevas culturels et systèmes intellectuels traditionnels). Elles ont pour but de

milieu tropical, à l'approche sociologique des populations, mais aussi à la chaîne du froid, aux questions de nutrition et d'hygiène du milieu, à la mécanique.



Salgado Junior

restructurer l'individu en le réintégrant dans le tissu social détruit par le manque de respect aux ancêtres, ou l'intervention d'un sorcier. Presque toujours la lutte contre les sorts, les exorcismes, les transes, les rituels ou les thérapies religieuses par prière et imposition des mains ont lieu en public et réclament la participation des assistants.

Ces deux thérapeutiques étant en fait complémentaires, leur conjonction en un dosage approprié doit être recherché avec comme principal critère de réussite, l'amélioration de l'état des patients.

Ainsi, au centre neuro-psychiatrique

de Dakar, le professeur Coulomb soigne les malades en se reportant au cadre social et familial où ils ont subi le choc nerveux ou psychique. Le film *Kodou*, du cinéaste sénégalais B. Samb, illustre bien cette thérapeutique qui est essentiellement africaine. L'intégration active de la population dans son propre service médical est considérée comme primordiale. Les psychiatres de Dakar ont noué des échanges constructifs et véritables avec les guérisseurs.

Le *Bangladesh* est de loin le pays qui mène depuis 1982 la politique sanitaire la plus originale et énergique des pays dits en voie de développement, d'autant plus méritoire qu'il est un des cinq pays les plus pauvres du monde.

Le 16 juin 1982, le gouvernement militaire du général Ershad promulgait une ordonnance interdisant la vente de 247 médicaments considérés comme « dangereux », de 1 500 médicaments jugés « inutiles ou superflus » ; 150 médicaments de base devraient être commercialisés sous leur nom générique et produits par les industries locales dans le but de réduire les importations et de mettre à disposition de la majorité de la population des médicaments à l'efficacité garantie et à moindre coût. Un contrôle plus strict des produits est mis en place, assorti de recommandations aux firmes multinationales pour qu'elles se consacrent à la fabrication de médicaments à haute technologie et qu'elles laissent les plus courants aux entreprises locales ; un « Gentlemen's Agreement », en somme.

Mais de fortes pressions des firmes, des USA, de la Suisse, et de gouvernements européens (usant notamment de l'arme alimentaire contre un pays qui importe 75 % de ses céréales) contraindront le gouvernement Bengali, pourtant soutenu par une campagne internationale de l'OMS et de nombreuses ONG, à certaines concessions, et à réautoriser la production de 41 produits. Depuis, le

statu-quo s'est établi. Les firmes étrangères contrôlent aujourd'hui moins de 50 % du marché du médicament, contre 80 % en 1982. La majorité des sociétés pharmaceutiques ont réorienté leurs activités en fonction de la nouvelle législation. De même que la petite élite de médecins formés selon des critères britanniques a dû s'adapter. Cette politique lancée par le Bangladesh est aujourd'hui reprise par de nombreux pays (Philippines, Mexique, Thaïlande, Malaisie, Brésil).

Les mesures prises n'auraient pu l'être sans la détermination d'ONG comme « *Frères des Hommes* », et de personnalités motivées, comme le dynamique animateur du centre de santé populaire de Savar (Gonasthaya Kendra, « G.K. ») qui encouragèrent le gouvernement Bengali à aller de l'avant.

« *Frères des Hommes* » a mené une campagne sur la nocivité de certains médicaments, sur les techniques de vente de certaines multinationales et contre l'utilisation du tiers-monde comme dépotoir de médicaments occidentaux dangereux et prohibés. Cette association a soutenu activement l'action du gouvernement Bengali pour sélectionner la vente de médicaments utiles et favoriser la recherche de médicaments ou produits locaux pouvant être fabriqués sur place comme la farine pour bébés *Misola*, à partir de mil, de soja, de lait et d'arachide. Elle soutient des projets de santé comme le centre Savar.

Le centre Savar, centre de développement intégré communautaire créé en 1972, animé depuis 1980 par le docteur Zafrullah Chowdhury, s'est lancé, autour d'une entreprise (financée par des ONG européennes) de fabrication de médicaments essentiels.

Son but était d'approvisionner 20 % du marché générique national au plus bas prix possible (60 % moins cher) et par conséquent de détruire le monopole des grandes firmes pharmaceutiques.

Le centre de Savar s'adresse à un district de 300 000 habitants. Il vise la promotion de la santé communautaire, notamment par des actions de

DU SUD AU NORD, L'AUTRE TRANSFERT

■ Si, en Occident, la machine pour le diagnostic, le médicament pour les soins ont envahi la pratique et l'imaginaire médical, il n'en est pas de même dans les PVD. Dans toutes les techniques médicales, il y a place pour l'auscultation, la palpation, le massage, la parole. Les médecines traditionnelles sont porteuses à cet égard d'un patrimoine de savoirs, de pratiques inconnues, voire disparues, en Occident. Les unes sont issues directement des traditions populaires, porteuses à la fois de traditions empiriques liées aux plantes. D'autres sont des médecines savantes, codifiées par de nombreux écrits théoriques et pratiques.

Aujourd'hui les tentatives de réconciliation, de synthèse entre les deux médecines, se développent en Occident, comme depuis longtemps en Chine, où depuis sa fondation, la République populaire a favorisé la rencontre entre médecines chinoises et pratiques occidentales, et l'on s'achemine vers une intégration.

En Occident, les thérapies d'origine orientale progressent dans le domaine de la relaxation : yoga, zen, do-in, taï-chi-chuan. Introduite depuis les années trente, l'acupuncture compte aujourd'hui en France dix mille praticiens. Les occidentaux redécouvrent des médecines ancestrales, notamment en provenance d'Égypte, ou du Yémen auxquelles Hippocrate avait recouru, deux millénaires auparavant. La présence de nombreux immigrés dans les capitales européennes a amené des praticiens de toutes les régions du monde : « *hakims* » de la communauté indo-pakistanaise de Londres, « *marabouts* », des communautés africaines, etc.

prévention, de formation et de lutte contre la pauvreté. L'essentiel des services est prodigué par des auxiliaires médicaux. L'équipe de Savar aspire à aller au-delà des limites de la prescription de médicaments essentiels aux paysans. « *La malnutrition n'est pas un problème de médecin, mais celui de l'agronome, du maître d'école, du responsable de la communauté* » affirme le docteur Chowdhury.

C'est ainsi que les paramédicaux sont aussi des « agronomes aux pieds nus ». Ils doivent participer chaque jour, durant une ou deux heures, aux travaux des champs. Ils ne remplacent pas les médecins, ces derniers interviennent dans les cas graves. Le G.K. pratique également un système « d'assurance-maladie », c'est une coopérative de prêts qui permet aux petits paysans de conserver leur terre ou d'en louer pour nourrir leur famille sans passer par les usuriers. Peu à peu, G.K. se ramifie et forme un véritable complexe : alphabétisation des adultes, promotion de la femme, formation sanitaire et professionnelle, école fonctionnelle pour les enfants de paysans les plus pauvres, agriculture avec développement de nouvelles cultures et méthodes de pisciculture et un mensuel de vulgarisation médicale.

A noter qu'un nouveau type de multinationales pharmaceutiques fait son apparition au Bangladesh : celles à vocation homéopathique ayant une démarche sanitaire si différente, qu'elles coopèrent à travers les laboratoires homéopathiques de France (LHF) avec le centre de Savar pour le développement et la recherche de thérapeutiques adaptées aux maladies spécifiquement Bengalis : maladies parasitaires, infections respiratoires et malnutrition.

Pour une politique de santé globaliste et intégrée

Les actions sanitaires dans ces pays ne seront efficaces qu'à condition d'entrer dans une « stratégie globa-

liste et intégrée » de la santé (OMS), c'est-à-dire comportant une pléiade de réalisations complémentaires. C'est ainsi que de nombreuses ONG travaillent en direction de la « santé communautaire », des soins de santé primaires, mais aussi de l'intégration à la santé de paramètres non médicaux (agriculture, hydrologie, aménagement, transport, etc...). Beaucoup sont soucieuses de lier la réflexion sur la santé « ici et là-bas » sur le thème : « *comment être crédible auprès de nos partenaires du tiers-monde, si nous ne remettons pas en cause un certain type de santé chez nous et un certain mode de vie induisant un rapport de dépendance et d'oppression Nord-Sud ?* » (3).

Actuellement, toutes les instances internationales du monde occidental proclament que le salut du tiers-monde viendra de l'agriculture vivrière, que la priorité des priorités est l'accroissement des rendements et des surfaces cultivées (le progrès extensif et intensif agricole), grâce à l'emploi des techniques appropriées. Mais ces techniques n'existent qu'en partie ; la France, par exemple, a des entreprises spécialisées dans la production de matériel agricole léger pour pays tropicaux, mais « *les recherches chimiques et biologiques adaptées sont insuffisantes pour la mise au point d'engrais chimiques qui ne provoquent ni acidification ni érosion des sols tropicaux plus fragiles, de semences miracles invulnérables aux insectes et parasites, de pesticides n'altérant pas les denrées* » (3).

La dynamique pourrait venir du niveau européen, où le rapport FAST (Prospective et évaluation de la science et de la technologie) prévoit le développement de biotechnologies adaptées, y compris pour stocker les produits alimentaires ou la fabrication d'énergie.

« *L'introduction d'une technique adaptée dans le domaine de l'agriculture alimentaire ne demande que peu d'investissements financiers, mais*

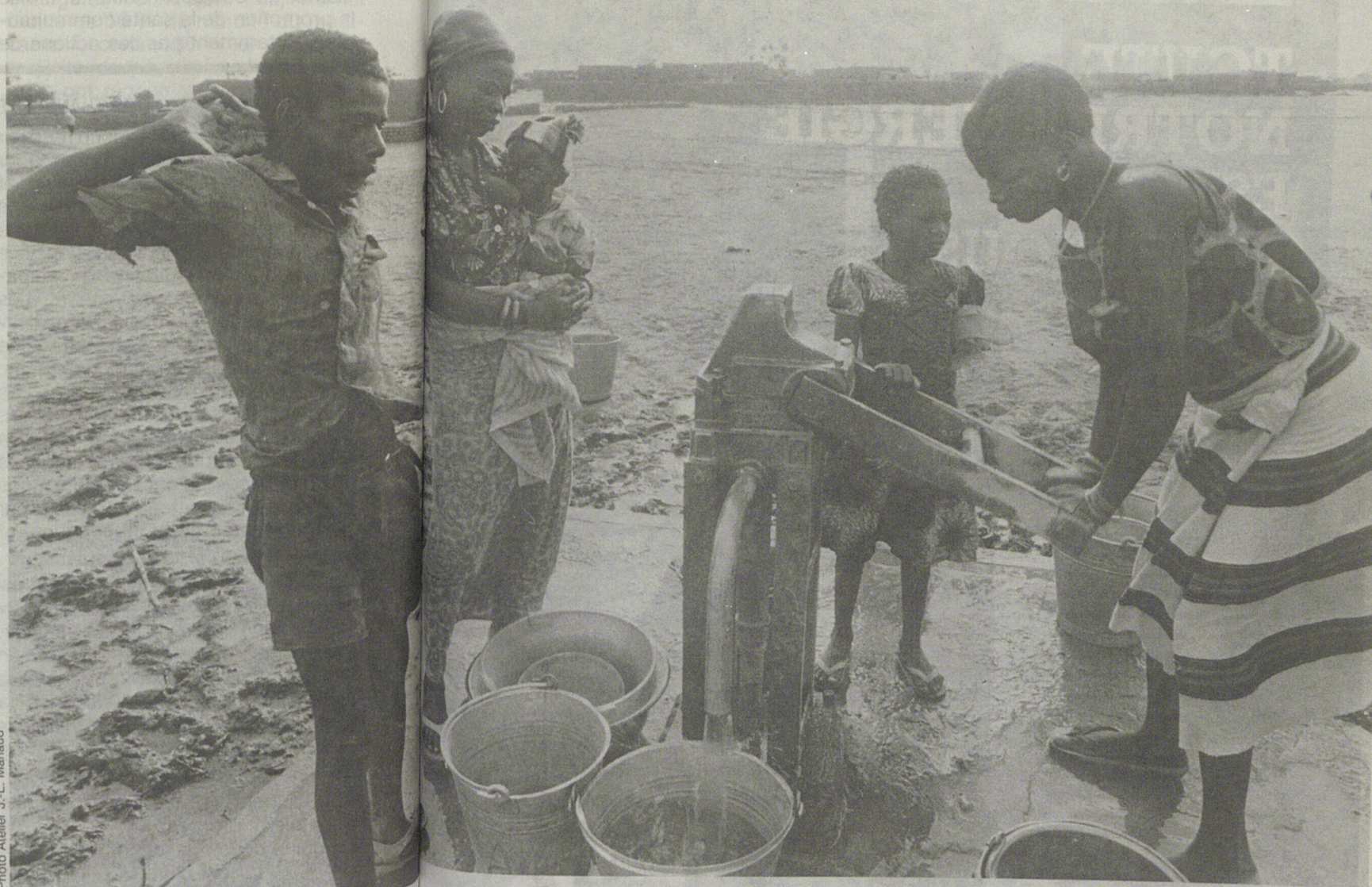


Photo Atelier J.-L. Manaud

Gorom-Gorom, Burkina Faso.

pourtant elle est l'enfant pauvre de l'aide au développement » affirme Bernard Joinet (5).

Cette approche s'est enrichie des expériences et recherches d'agronomes de la faim comme René Dumont, qui souligne la nécessité de repenser le développement : « *Repenser la recherche, puisque la nôtre a échoué, trop simpliste finalement pour des situations si compliquées ; repenser l'assistance technique, la coopération en fonction des*

5. Cadres CFDT, n° 310.

besoins réels des pays et de l'intérêt des plus démunis. On a voulu faire de l'agriculture sans les paysans et du développement sans les hommes. La facture est lourde ». (6). Cependant, des espoirs sont permis devant des initiatives d'origine diverse : ainsi une multinationale de

6. « L'Afrique étranglée », p. 261 (Seuil).

7. Il s'agit d'un haricot, dit « haricot ailé », originaire de Papouasie, très riche en protéines. Il peut être donné aux enfants dès le sevrage, mais aussi servir de base à la nourriture des adultes, par exemple à celle des mères qui allaitent.

mauvaise réputation développe la culture d'une légumineuse très nutritive, le « haricot ailé » (7) tandis que, dans des quartiers déshérités, des groupes locaux prennent en charge leur existence, de la nourriture aux services sociaux, en passant par la petite industrie et l'énergie.

Alors multinationales ou écodéveloppement ? (5) Sans doute les deux, sans ignorer les contradictions, mais là-bas, l'urgence est quotidienne.

Alain Mestre

GAZ DE FRANCE.

**TOUTE
NOTRE ENERGIE
EST
POUR VOUS.**



TRAVAIL ET SANTÉ DANS LES MINES DE BOLIVIE

PAR JEAN-CLAUDE MORVAN*

A travers les étapes d'une coopération franco-bolivienne s'instaure une solidarité professionnelle et militante.

La pratique du même métier crée le contact, mais les différences n'en ressortent que plus entre conditions de travail, niveaux de vie, traditions culturelles. Et tous ceux - syndicalistes, médecins, ingénieurs, etc. - qui participent à un tel échange ont ensuite un

autre regard sur leur propre monde.

En janvier 1983, à l'initiative du ministère de la Coopération, une mission de solidarité séjournait en Bolivie (1) et définissait des orientations pour un développement rural axé sur les besoins essentiels des communautés paysannes, et une politique de santé intégrée dans une action globale de développement. Elle entendait aussi coopérer à des projets culturels basés sur l'identité socio-professionnelle, favoriser l'amélioration des conditions de travail dans les mines et soutenir le développement des forces sociales.

1. Elle était composée de G. Barthelemy (Président du Comité Franco-Bolivien), D. Gaboriau (Paysans Travailleurs), H. Poizat (C.I.M.A.D.E.) et de D. Jacquot (C.F.D.T.).

* Médecin de la Sécurité sociale minière à l'Hôpital de Creutzwald.

Dans ce cadre, la C.F.D.T., par l'intermédiaire de l'Institut Belleville et en accord avec la Centrale Ouvrière Bolivienne (C.O.B.), la Fédération Syndicale des Travailleurs Miniers Boliviens (F.S.T.M.B.), avait envisagé deux projets : le premier d'ordre culturel (formation au cinéma direct, formation à la maintenance de radio-émetteurs), le second touchant à la sécurité et à la santé dans les mines. Des entretiens qui eurent lieu alors avec la F.S.T.M.B., il ressortait que l'objectif de celle-ci était de constituer au plan national une instance de décision regroupant toutes les parties intéressées à la création d'une Médecine du travail dans les mines, au renforcement du département d'Hygiène et de Sécurité, et à plus long terme à la révision de la législation du travail. Des pistes de coopération s'étaient dégagées :

- programme de *formation en Bolivie*, par une équipe française, de médecins s'engageant à travailler ensuite dans le secteur minier, de techniciens qui deviendraient le noyau du Département d'Hygiène et Sécurité,
- programme de "*couverture santé*" assuré, par des équipes mobiles formées de médecins ayant reçu une formation complémentaire, la coopération fournissant des camions équipés pour le radiodiagnostic et les examens de laboratoire,
- programme de *recherche médicale appliquée* en liaison avec l'ORSTOM et l'Institut Bolivien de Biologie d'Altitude (I.B.B.A.).

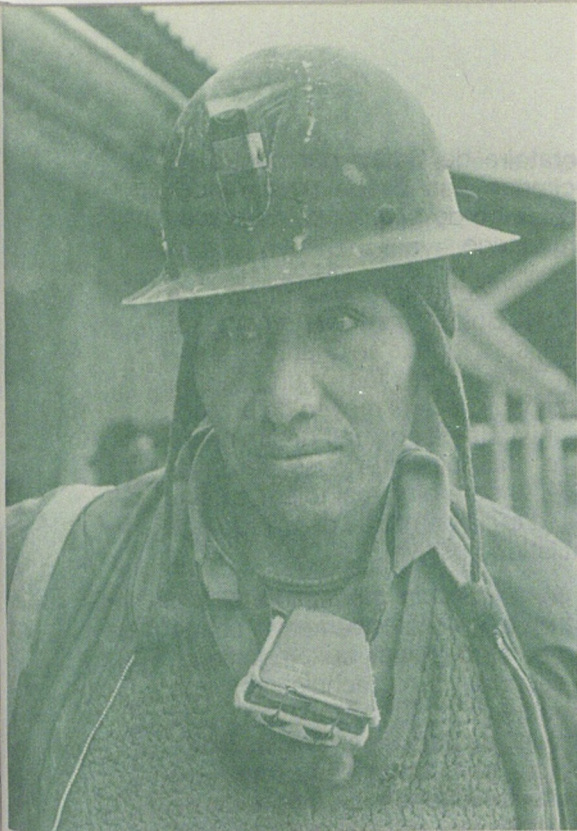
Les conditions d'une coopération

A l'initiative de la C.F.D.T., une nouvelle mission exploratoire, liée à la profession minière, s'est rendue en Bolivie pour définir avec les partenaires boliviens les besoins, élaborer avec eux des projets, en chiffrer le coût, lancer leur démarrage. Compo-

sée du Secrétaire général de la Fédération des Mineurs, d'un ingénieur civil des Mines, d'un médecin de la Sécurité Sociale minière, cette mission a écouté, vu, et essayé de comprendre les réalités des mines boliviennes. Elle a enquêté sur le terrain : visites de mines et d'usines appartenant pour la plupart à l'entreprise nationalisée, la COMIBOL, entretiens avec les ingénieurs, les techniciens de sécurité, les ingénieurs d'exploitation, les médecins du travail, les soignants, les mineurs, les syndicalistes. Elle a tenu des réunions d'analyse et de synthèse avec l'ensemble des organismes intéressés à un programme de coopération dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité : ministères (Santé, Travail, Mines et Métallurgie), Caisse nationale de Sécurité sociale, Institut de Médecine du Travail, Institut bolivien de Biologie d'altitude, COMIBOL, F.S.T.M.B. et C.O.B., Ambassade de France.

Une telle coopération est étroitement conditionnée par le contexte local ; elle s'inscrit dans les rapports de force entre le gouvernement d'Union Démocratique et Populaire, le Congrès (où la droite est majoritaire), l'Armée, la C.O.B. qui définissent les limites étroites de la démocratie bolivienne.

D'où une situation de crise quasi permanente peu susceptible de favoriser dans l'immédiat la nécessaire coordination entre les différents ministères (Santé, Mines et Métallurgie, Travail) et organismes (Caisse nationale de Sécurité sociale, COMIBOL, F.S.T.M.B.) à même de définir et de contrôler une politique d'hygiène et de sécurité dans les mines. Aussi s'est imposée l'idée d'une politique, élaborée et contrôlée par la profession elle-même, d'autant plus qu'existent - au moins dans les mines nationalisées - des structures, départements Hygiène et Sécurité, organisations sanitaires qui peuvent être développées, des hommes, ingénieurs, médecins techniciens, syndicalistes, compétents, attentifs



LA BOLIVIE

■ Grande comme deux fois la France, la Bolivie est un État continental d'Amérique latine, constituée de hauts plateaux andins et d'une petite partie de la forêt amazonienne.

POPULATION : 5 900 000 habitants en 1982 : 52 % sur l'Altiplano, 33 % dans les villes.

Densité au km² : 5,4

Composition : Indiens : 60 % (Aymaras, Quechuas Chipayas...), Métis : 35 %, Blancs : 5 %.

Espérance de vie : Femmes : 51 ans.

Hommes : 47 ans.

Population active : 2 900 000 hab., dont 4,04 % de mineurs.

POLITIQUE. Depuis l'indépendance de la Bolivie en 1825, il y a eu 203 changements de gouvernement : 113 années de régime militaire et 45 années de régime civil. Elu démocratiquement en 1982, le Président Herman Siles Zuazo est le dirigeant de l'Union Démocratique Populaire (gauche et du centre gauche).

LES ENTREPRISES MINIÈRES. Les travailleurs du secteur minier représentent 4,04 % de la population active. Mais ils produisent près des 2/3 des exportations boliviennes (1).

Leur poids économique est certain. Ils

(1) Les mines boliviennes produisent de l'étain (3^e producteur mondial), du plomb, du zinc, du cuivre, de l'antimoine (1^{er} producteur mondial), du wolfram.

étaient 54 457 en 1980, répartis entre la COMIBOL (48,6 %), la Minería Mediana (13,6 %), la Minería Chica (18,8 %), les Coopératives minières (13 %), les indépendants (6 %). Les ressources en personnel et en matériel varient selon les entreprises, la COMIBOL et la Minería Mediana sont les plus productives.

SYNDICALISME. Issu de traditions anarcho-syndicalistes et marxistes, le mouvement syndical bolivien s'est unifié au sein de la Central Obrera Boliviana (Centrale ouvrière bolivienne, COB) pendant la révolution de 1952. Les deux tâches qu'elle se fixe sont d'organiser syndicalement les paysans pour qu'ils puissent récupérer leurs terres, et de nationaliser les mines d'étain.

A partir de 1964, la COB et ses militants seront les victimes toutes désignées des régions militaires. Elle jouera un rôle majeur pour imposer le retour à un régime civil d'abord en 1980, puis en 1982, et devient un partenaire exigeant du nouveau gouvernement démocratique.

Les deux piliers de la COB sont la fédération des mineurs (FSTMB, fondée en 1944) et celle des paysans (CSUTCB, unifiée en 1978).

La COB regroupe environ 1 500 000 adhérents.

LA FÉDÉRATION DES MINEURS : FSTMB, « Federación Sindical de Trabajadores Mineros de Bolivia ».

1942. Massacre de Catavi. 400 morts - 2 000 blessés.

1944. Création de la FSTMB.

1947. Massacre Potosi.

1949. Massacre Siglo XX.

1952. Guerre civile. Révolution. Nationalisation des mines : la COMIBOL.

1961. Plan triangulaire : restriction des libertés.

1965. Etat de siège, baisse des salaires de 40 %. Licenciements. Massacre à Siglo XX : 32 morts, 200 blessés.

1967. Massacre de la Saint-Jean à Huamuni. 20 morts, 80 blessés.

1975. Arrestation des dirigeants de la COB.

1976. Interdiction de la FSTMB « illégale ».

1977/78. Grève de la faim des femmes de mineurs.

1980. Résistance des mineurs au coup d'Etat du général García Meza, répression 300 morts - 2 000 prisonniers dirigeants en prison ou en exil, le siège de la COB est rasé.

1982. Grève générale illimitée pour le rétablissement de la démocratie. Gouvernement UDP.

1983. Occupation de la COMIBOL pour obtenir la Cogestion majoritaire.

1984. Juan Lechin Oquendo, dirigeant de la fédération des mineurs, a été réélu secrétaire exécutif de la COB au congrès de septembre.

aux risques professionnels, soucieux de les mieux connaître et de les mieux combattre.

La prise en charge des problèmes d'hygiène et de sécurité est assurée aujourd'hui par le département d'hygiène et sécurité de la COMIBOL. Celui-ci est composé d'ingénieurs, de techniciens, de médecins dont toute la carrière s'effectue dans ce service. Leur rôle se limite à conseiller et contrôler, mais sans pouvoir de décision ou d'autorité sur les mesures à appliquer.

Il est placé sous l'autorité d'un département central comprenant 7 ingénieurs aidés de 2 techniciens, de 2 médecins du travail, 1 infirmier et 1 manipulateur radio. Il y a 23 départements locaux dans les mines et usines annexes, comprenant 1 à 3 ingénieurs, des techniciens, des "inspecteurs" de sécurité. La COMIBOL dispose d'un laboratoire d'essai des équipements individuels de protection, des laboratoires de mesure diversément équipés, ainsi le laboratoire de l'usine de La Palca est doté d'un matériel neuf et suffisant ; le

laboratoire de Catavi par contre ne fonctionne pas à son plein rendement, faute de personnel, de pièces de rechange.

Les équipements individuels de sécurité. Bottes, gants, vêtements de travail, sont fournis en quantités suffisante. Mais du fait d'un aérage défectueux, le seul moyen de protection mis à la disposition des mineurs est le masque anti-poussières, mal toléré, encore plus mal toléré en altitude (d'où la demande de masques à ventilation positive).

La formation, le perfectionnement sont presque exclusivement à usage interne, s'adressant aux ingénieurs de sécurité, aux techniciens, aux "inspecteurs". La formation des cadres et du personnel n'existe pratiquement pas, sinon sous forme de tracts, d'affichettes. La demande de formation est grande tant du côté cadre que du côté syndical.

La médecine du travail n'existe pas, les mineurs bénéficient d'une visite d'embauche, il n'y a pas de suivi médical, pas de dépistage de la silicose (2).

VIE ET TRAVAIL EN SECTEUR MINIER

LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Aérage : l'aérage est "naturel" son sens n'est pas toujours évident, il peut varier notamment en altitude, il n'y a pas ou peu de ventilateurs susceptibles de réaliser un aérage primaire, a fortiori il n'y a pas d'aérage secondaire, il n'y a pas de mesures d'aérage d'où une stagnation des poussières et des fumées de tir.

Poussières : les poussières sont riches en silice libre (35 %), les mesures d'empoussiérage sont rares ou inexistantes, les chiffres communiqués sont largement au-dessus des normes internationales admises.

Fumées de tir : les tirs sont nombreux jusqu'à 30 par poste, les fumées toxiques sont abondantes en aval du fait de l'absence de ventilation.

Sécurité : précaire, en règle générale.

Température : variant entre - 2° et 34°.

Altitude : les mines boliviennes sont situées entre 3 000 et 5 000 m d'altitude, à la mine de Chorolque dont les niveaux d'exploitation se situent entre 4 666 m et 5 040 m. La pénibilité du travail est attestée par la jeunesse de l'effectif (âge moyen 29 ans), la rotation rapide du personnel (3 mineurs sur 10 ont moins de deux ans d'ancienneté, 7 mineurs sur 10 ont moins de 10 ans d'ancienneté).

Durée du travail : les mineurs travaillent 6 jours en trois postes de 8 heures, en fait travail "au contrat" expliquant que deux mineurs sur trois travaillent 10 heures et plus ; les mineurs établissent un lien entre ce type de travail et la fréquence des accidents du travail.

Absentéisme : important sans que l'on dispose de données chiffrées.

La prise en charge des problèmes de santé. Le secteur Santé de la COMIBOL est beaucoup mieux structuré. Il effectue, avec des moyens limités, un travail remarquable. Il emploie 1 386 personnes (3), l'organisation sanitaire regroupe 48 postes sanitaires, 157 dispensaires de généralistes, 4 dispensaires spécialisés, 33 hôpitaux (4), 16 cabinets radiologiques, 12 laboratoires, 42 cabinets dentaires, 35 pharmacies. Il y a certes de la part des professions de santé le souhait de disposer d'un personnel plus nombreux, d'un plateau technique plus important et plus moderne, mais surtout la conscience lucide que la priorité est l'action préventive : lutte

2. Deux médecins au Département central pour un effectif de 9 340 mineurs et de près de 10 000 travailleurs dans les usines annexes.

3. Personnel médical 111 généralistes, 93 spécialistes, 39 dentistes, 27 pharmaciens et biochimistes, personnel para-médical : 160 infirmières, 37 aides soignantes, 54 auxiliaires, 21 techniciens, personnel de service 504, administration 79.

4. 33 hôpitaux avec 1 998 lits répartis en 25 hôpitaux locaux dans les mines et les usines, 5 hôpitaux généraux, 2 hôpitaux spécialisés et 1 clinique à La Paz.

contre les poussières dans les mines, éducation sanitaire dans les *campamentos*.

La couverture sociale est assurée par la Caisse nationale de Sécurité sociale qui délègue à d'autres organismes, dont la COMIBOL, la gestion de certains risques, ce qui rappelle notre régime minier. Les personnes protégées, les différentes prestations, l'assiette des cotisations ne diffèrent guère de ce que nous connaissons.

En ce qui concerne la couverture des différents risques, il faut souligner que pour assurer aux différentes pensions une valeur minimale, il s'est avéré nécessaire de créer un Fonds complémentaire minier qui s'ajoute à la rente de base, de façon à ce qu'à une incapacité de 100 % corresponde 100 % du salaire moyen soumis à cotisation ; cette valeur minimale reste insuffisante de sorte que de nombreux travailleurs notamment silicosés continuent de travailler malgré une I.P.P. importante, que d'autres retardent les démarches de déclaration de maladie profession-

● **Les conditions de travail dans les usines.** Dans les usines de *pré-concentration* et de *concentration* du minerai, le problème essentiel est celui des poussières liées au concassage, au broyage, au transport du minerai.

Dans l'usine de *volatilisation* de La Palca, les problèmes de toxicologie dominent : pollution atmosphérique par le SO₂, pollution de l'eau par le fluor et l'arsenic, risque toxique pour les travailleurs avec des problèmes cutanés et digestifs.

● **Les accidents du travail.** Les données chiffrées sont sujettes à caution mais on notera :

— de 1979 à 1982, moyenne annuelle de 38 accidents mortels pour un effectif total de 24 000. Durant la même période, ils ont été en moyenne de 11 pour un effectif au fond de 26 000 dans les Charbonnages de France.

— la fréquence des accidents du travail non mortels est sensiblement inférieure à

celle des Charbonnages : Bolivie 165, France 283 pour 1 million d'heures travaillées, durant les années 1979 à 1981.

● **La silicose.** Comme pour les accidents du travail, les chiffres varient selon les sources, selon l'ancienneté des études, mais tout le monde s'accorde à parler d'une "catastrophe pulmonaire", nous retiendrons simplement :

● 98 % des travailleurs indemnisés pour maladie professionnelle en Bolivie sont des mineurs.

● la fréquence de la silicose est estimée entre 12 et 24 % (46 % dans certaines mines).

● chaque jour un mineur décède de silicose.

● une silicose sur trois survient après un temps d'exposition au risque inférieur à 10 ans.

● près d'un silicosé sur deux a une incapacité physique permanente égale ou supérieure à 80 % et un silicosé sur trois a une I.P.P. de 100 %.

(Suite ►)

nelle jusqu'à l'ultime limite (cf. *infra* : les taux de rente pour silicose)

Le programme et sa mise en œuvre

Dans ce contexte, trois propositions pour des actions prioritaires étaient retenues, la coopération comprenant deux volets : formation et/ou perfectionnement de techniciens et de syndicalistes, mise à disposition de moyens permettant d'évaluer les situations.

- *Développer la prévention.*
 - Formation de techniciens et de syndicalistes (eux-mêmes devenant formateurs par la suite) aux problèmes d'aérage, de poussière, de bruit, de toxicologie, d'accidents du travail ;
 - Fourniture de moyens d'évaluation des risques professionnels : documentation, appareils de mesures divers ;
 - Fourniture de moyens de protection : individuels, masques anti-poussières, masques à pression positive, coquilles anti-bruit ; collec-

tifs : études de l'aérage d'une mine, fourniture de ventilateurs.

- *A court terme évaluer les risques de silicose et de tuberculose ; à plus long terme, organiser le service de médecine du travail.* Avec : fourniture d'équipements radiographiques, et formation d'un médecin du travail (orientation particulière en toxicologie).

- *Promouvoir l'action sanitaire et sociale.*

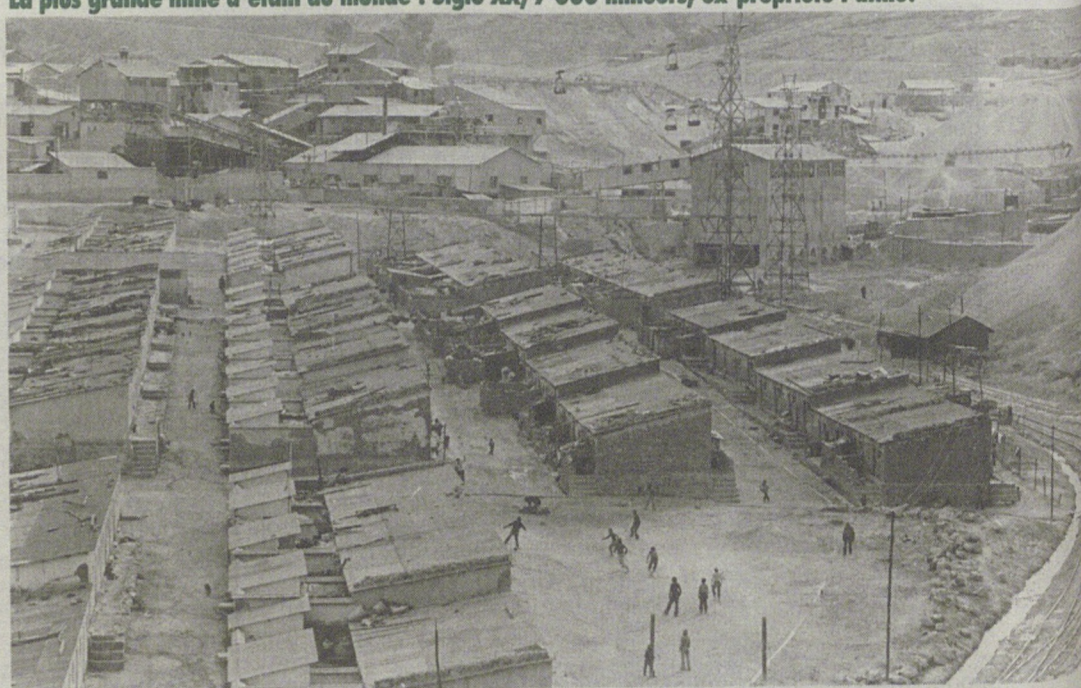
Formation dans un premier temps d'auxiliaires d'assistance sociale auprès de chaque médecin minier, compétents en diététique et en puériculture ; dans un deuxième temps, formation à l'éducation sanitaire des mères de familles qui sont regroupées en association "AMAS DE CASA" (6).

Programme de réhabilitation du parc immobilier en privilégiant l'installation d'eau courante et les installations sanitaires.

En deuxième urgence, était suggérée

6. Sur le rôle des femmes de mineurs boliviens, lire "Si on me donne la parole". Domitila. Petit Collection Maspero. Paris. 1981.

La plus grande mine d'étain au monde : Siglo XX, 7 000 mineurs, ex-propriété Patino.



une étude ergonomique sur les problèmes posés par le travail en altitude que l'I.B.B.A. aurait pu prendre en charge (7).

Pour la mise en œuvre de ce programme, il s'agit surtout de formation et de fourniture de matériels.

La formation est de plusieurs types :

- Formation perfectionnement de *techniciens* et de *syndicalistes*. Cette formation est organisée par une commission tripartite associant : le Département Hygiène et Sécurité de la COMIBOL, la F.S.T.M.B., l'Institut Belleville. Les formateurs sont boliviens et français, ces derniers apportant expérience et aide pédagogique. Un premier stage aérage et poussières a eu lieu en septembre 1984, trois sessions de trois jours ont réuni 96 stagiaires : 18 ingénieurs, 47 inspecteurs et contrôleurs, 31 syndicalistes ; les formateurs français ont surtout retenu l'intérêt porté à l'en-

7. L'I.B.B.A. avait déjà publié en 1979 une étude sur *"les répercussions cardio-respiratoires d'un masque anti-poussières durant l'effort musculaire"*, mais l'étude avait été réalisée en laboratoire à La Paz et non en milieu de travail.

seignement, notamment, les risques de poussières ont été pour beaucoup une découverte à peu près totale d'où une demande d'informations complémentaires ; il faut enfin noter que dans chaque mine ou usine la diffusion des acquis de ce stage va être assurée par une équipe de 2 personnes associant un inspecteur et un syndicaliste. Un stage « Accidents du travail » va débiter en mai 1985. Un stage d'évaluation de l'enseignement est prévu avant la fin 1985.

- *Formation d'un médecin de travail*. Le ministère des Relations extérieures et de la coopération a accordé une bourse à un médecin bolivien. Le stage a comporté une formation théorique à l'Institut de médecine du travail de Lille (Pr. J. Furon) et des stages en entreprise. La venue d'autres stagiaires est à l'étude.

- *Formation d'auxiliaires d'assistance sociale*. La recherche d'un financement est en cours pour cette formation qui se fera en Bolivie.

La fourniture de matériel et d'équipements concerne du matériel minier (des masques de divers types ont été fournis ainsi que des coquilles anti-

- la silicose se complique de tuberculose dans 10 à 40 % des cas.

LES CONDITIONS DE VIE

- **Logement.** La COMIBOL met à la disposition des actifs des logements dans les *"campamentos"*, il s'agit d'une pièce unique de 16 m² ou d'une petite cuisine et d'une chambre. Pas d'eau courante. Les sanitaires sont collectifs, l'électricité et parfois l'eau sont rationnées. Ces logements sont vétustes (seulement un quart d'entre eux ont été construits après 1952) et surpeuplés : familles nombreuses (6, 8 enfants par ménage), hébergement d'amis, de parents sans logement. Un tiers des familles de 8 personnes au moins vivent dans 12 m². De telles conditions de logement expliquent la gravité et la fréquence de la tuberculose et de la silico-tuberculose (40 % de la population minière serait touchée selon le médecin chef de l'hôpital de Telamayú (1), la mortalité infantile élevée (130 pour mille (2).

- **Alimentation.** Les bas salaires (sans parler de l'inflation) ne suffisent pas à assurer une alimentation quantitative et qualitative (3) correcte. D'où une diminution de la résistance au travail, aux agressions et aux infections, et des nombreux cas de dénutrition (4).

(1). Sur les 5 décès enregistrés en mars 1983 dans cet hôpital, 3 étaient dus à la tuberculose.

(2). Sur les 25 décès enregistrés en mars 1983 à l'hôpital de Telamayú, 20 concernaient des enfants de moins de deux ans.

(3). Selon le ministère de la Santé bolivien, le déficit calorique des mineurs est de 30 %. Selon une enquête de l'Assemblée permanente des droits de l'Homme de Bolivie, le déficit entre la consommation minimum recommandée et la consommation réelle d'une famille de 7 personnes s'établit comme suit :

- déficit de 100 % pour le lait frais, les fruits, les légumineuses ; de 77 % pour les graisses ; de 53 % pour les céréales ; de 30 % pour la viande.

(4). Toujours à Telamayú, en mars 1983, sur les 20 décès d'enfants de moins de deux ans, 3 étaient en rapport avec une sévère dénutrition.

bruit, surtout des instruments de mesure : capteurs de poussières) et du matériel de radiologie : des pourparlers sont bien engagés pour la cession de 5 installations radiographiques et radiophotographiques, au total 13 seraient nécessaires (8).

Problèmes spécifiques d'une approche santé/travail dans un pays en développement

Les problèmes propres des pays en voie de développement sont d'ordre politique, économique et culturel.

Ils sont *politiques* parce qu'une action de coopération dans le domaine santé/travail n'est concevable que dans un État démocratique (et avec le soutien d'États démocratiques). Le respect des droits de l'homme, le libre exercice du droit syndical sont les garants d'une véritable prise en compte des conditions de vie au travail et hors du travail.

Ainsi le développement d'une politique d'hygiène et de sécurité est une constante des résolutions des congrès successifs de la F.S.T.M.B., mais les dictatures militaires des généraux Barrientos, Banzer, Garcia Meza ; leur acharnement à casser du mineur, casser du syndicaliste, à casser l'entreprise minière nationalisée (9) rendaient impossible toute application des résolutions syndicales. C'est la démocratie retrouvée qui en a permis le démarrage – non sans difficultés dans le contexte actuel – mais la volonté de la F.S.T.M.B. n'est pas entamée : *"Un des problèmes – parmi les nombreux qui préoccupent la cogestion ouvrière majoritaire de la*

COMIBOL – a trait à la défense du capital humain, à sa protection contre les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, ce programme s'accomplit malgré les difficultés liées à la crise nationale et son lot de frustrations politiques, économiques et sociales, qui accablent le pays, et dont l'impact est plus sévère pour les travailleurs et singulièrement pour les mineurs". (Documentos. Journal de la F.S.T.M.B., février 1985) (10).

Les problèmes sont également *économiques* car l'équilibre de la balance des paiements, l'importance de la dette extérieure, les contraintes internationales diverses, l'équilibre financier des entreprises elles-mêmes conditionnent les effectifs et l'état de l'outil de travail et donc les conditions de travail et les risques liés au travail. Ils conditionnent également la prise en compte des problèmes de sécurité : la logique productiviste parfois recommandée par les instances internationales ne mesure pas à sa juste valeur le coût des postes de production perdus à la suite des accidents, de l'absentéisme ; le coût pour la collectivité des sommes distribuées pour compenser souvent d'une manière insuffisante les dégâts de travail.

Les problèmes enfin sont d'ordre *culturel*.

Toute culture a une théorie de la santé qui s'intègre dans un système plus vaste de croyances. Ainsi les mineurs, indiens de l'Altiplano, patients, stoïques, comme indifférents ou sur la défensive, après des

10. A contrario, au pays de l'apartheid, pays minier, la "Job reservation" destine les emplois qualifiés à tous les "non-noirs" qui représentent seulement 10 % des salariés ; à la mine, l'utilisation des explosifs leur est réservée ; les accidents mortels pour les 55 mines en exploitation sont au nombre de deux par jour. Mais apartheid oblige : sur les 44 000 mineurs qui ont péri depuis 1911 dans les mines, il y a 3 000 blancs et 41 000 "non-blancs" ; la répression antisyndicale après la grève de l'automne 1984 lancée par la National Union of Mineworkers a donné lieu à de violents incidents et a provoqué la mort de 10 personnes.

8. *Petite annonce* : nous recherchons d'autres installations radiographiques et radiophotographiques fixes, ou des camions radiophoto. Contacter : Institut Belleville, 1, rue de Belleville, 75955 Paris cedex 19. Tél. 203.80.60 ou 77.

9. L'ouvrage de référence sur la Mine bolivienne, malheureusement non traduit en français est celui de G. Iriarte "Los Lineros", Ed. Puerta del Sol. La Paz 1983.

siècles d'hostilité et de traitements discriminatoires vénèrent-ils chaque vendredi à la mine le "Tio", le bon diable, qui les protège contre les accidents, contre le mal de la mine (silicose), qui les guide vers les veines les plus riches. A l'inverse, ils redoutent le *Huari* qui erre dans les galeries obscures, propriétaire jaloux des brillants filons de l'étain, ou le *Chancho verde* qui, lui aussi, vit dans les riches veines métallifères ; quand les mineurs approchent de ces veines, ils l'entendent grogner ; viennent-ils à ouvrir la veine, le *Chancho verde* en sort, fuit dans les galeries laissant sur son passage une odeur de soufre, le mineur qui l'a vu mourra, le souffle du *Chancho verde* rend nocif l'air des galeries et est à l'origine de la silicose.

A côté de ce fait naturel, religieux et mythique bien plus qu'anecdotique, il en est un autre qui a valeur plus planétaire. Un ouvrage brésilien récent (11) établit bien que la perception de la maladie retraduit, dans l'ordre culturel, les relations des classes sociales avec les pratiques concrètes de survie et de reproduction sociales liées à un processus de travail. *"Les besoins de santé ne doivent pas être compris comme des exigences naturelles, mais comme des besoins entretenus, résultat d'un processus historique de relation des classes sociales avec la connaissance et la pratique médicales suivant la logique inculquant les normes et les pratiques sanctionnées par les classes dominantes"*.

11. Hesio Garderao. "A industria de Sude do Brasil". Rio de Janeiro. Graal 1980.

L'étude récente de G. Desplanques sur la mortalité selon la catégorie socio-professionnelle, et surtout sa comparaison avec les études antérieures du même auteur, outre qu'elle montre le rôle déterminant des conditions de travail et hors du travail dans les inégalités devant la mort – illustre les propos précédents. Il apparaît en effet que ce sont les catégories sociales qui avaient déjà auparavant la plus grande espérance de vie qui ont le plus rapidement et le mieux assimilé les règles de prévention en matière de maladies cardio-vasculaires.

G. Desplanques. *L'inégalité sociale devant la mort*. "Économie et statistiques" 1984, n° 162.

Pour les couches sociales les plus basses, l'utilisation intense du corps comme moyen de subsistance implique une relation instrumentale des individus avec leur propre corps. Le corps est un mécanisme qui requiert de la force pour fonctionner, être malade signifie : manque de force, impossibilité de travailler, nécessité de réparer la machine, l'acte curatif le plus rapidement efficace pour rétablir la force de travail est le seul remède.

De tout ce qui précède, il ressort qu'un programme de coopération dans le domaine de la santé rencontre obligatoirement des résistances culturelles et sociales et qu'il faut mettre les *acteurs locaux* en capacité de résoudre leurs problèmes. Cela suppose qu'ils soient conscients :

- de la contradiction entre les comportements individuels ou collectifs soi-disant naturels, en fait entretenus (cf. *supra*), qui privilégient l'acte curatif et un programme d'éducation sanitaire visant à modifier les conditions de travail et les conditions de vie ;
- des risques de dérapage vers une médecine de consommation qui ne ferait que renforcer les inégalités ;
- des risques de fuite des cerveaux, risques connus chez les médecins et les infirmières des pays en voie de développement (12). Nos partenaires boliviens proposent de contrats emploi-formation aux bénéficiaires de bourses.

Du côté des *intervenants*, le premier piège, il est presque trivial de le rappeler, est celui de l'action publicitaire et éphémère. La coopération doit s'inscrire dans le temps. Le second piège peut résider dans notre désir de transmettre un savoir, une expérience normative, privilégiant nos valeurs culturelles promues au rang de vérités universelles, alors qu'elles ne reflètent que notre appartenance socio-professionnelle et continentale.

12. "La santé dans le Tiers Monde". La découverte-Le Monde, Paris 1984.



**Descente dans
la mine Siglo XX.**

le. Le but doit être non pas la transmission d'un savoir, mais la rencontre de ce que nous savons et de ce que vivent nos partenaires dans la coopération.

"L'autre approche". Avant de tirer, bien modestement, des enseignements de cette expérience bolivienne, il convient de renvoyer le lecteur à d'autres expériences soit purement syndicales, soit conjointes entre chercheurs, médecins du travail et syndicats (13) dont la démarche est voisine de celle que nous avons utilisée, c'est-à-dire définition des besoins par les travailleurs, formulation de la demande par accord entre les besoins et le savoir des techniciens, mise en œuvre des solutions, acquisition par les travailleurs de compétences pour résoudre les problèmes.

13. C.F.D.T. *Aujourd'hui*, n° 70, nov.-déc. 1984. "Conditions de travail". *Cadres CFDT* n° 298. "Travail et santé".

Il est tentant de penser que les possibilités d'intervention dans le domaine santé/travail sont plus grandes dans nos pays. Les gouvernements en effet accordent des crédits aux programmes d'hygiène et de sécurité, au développement de la médecine du travail, à la recherche sur l'amélioration des conditions de travail ; mettent en place une législation du travail, une protection sociale.

Mais l'histoire du mouvement syndical montre que ce sont là des acquis de luttes et que la poursuite des luttes est nécessaire. Sans doute serons-nous mieux à même de les mener grâce aux modifications récentes du cadre législatif : loi du 15 juillet 1982 d'orientation et de programme pour la recherche et le développement technologique ; loi du 4 août 1982 sur le droit d'expression des travailleurs, évoquées dans un autre article de ce numéro.

Il est par ailleurs évident que nous ne pourrions envisager cette autre approche de la santé que si nous savons ne pas pérenniser les mécanismes de reproduction sociale dans la pratique médicale, dans la transmission du savoir, dans l'entreprise.

« L'autre approche » ne peut être que collective, fondée sur la rencontre du savoir théorique et appliqué des professionnels de la santé, de la production, de l'économie et du savoir pratique, du vécu des travailleurs (14).

L'information sur le savoir des uns et des autres doit "circuler" :

— pour le développement du *savoir* lui-même ; les confrontations inter-

(14). Cf. l'excellent ouvrage récemment paru : « *Les risques du travail* », Ed. La Découverte, Paris 1985.

(15). Selye H. « *Stress sans détresse* ». In. Symposium Medical International. Stress. Maladies de la civilisation. Vieillesse. Paris 1975.

disciplinaires, les approches différentes, décloisonnement des connaissances autrement éparses, permettent une étude globale de l'homme au travail, ouvrent la voie à des recherches nouvelles,

— pour le développement de l'action, par la formation de travailleurs experts, par l'éducation sanitaire rendant les travailleurs responsables et solidaires de leur santé et de celle des autres.

Le savoir des uns et des autres doit être remis en cause, parce qu'il est salutaire d'exercer son esprit critique, parce que le savoir doit être mis à jour, parce qu'il faut prévoir l'avenir ; mais aussi parce qu'un *rétro* contrôle continu - analogue à celui qui règle le bon fonctionnement des processus biologiques - doit assurer que le vécu et les besoins de l'homme au travail sont bien au centre des préoccupations des chercheurs, des médecins, des ingénieurs.

Selye (15) nous a enseigné que le stress était le sel de la vie, mais il distingue *le stress avec détresse* qui est désagréable et produit des maladies, de l'"*eustress*" agréable de l'accomplissement. L'"*eustress*", pour Selye ne peut s'obtenir que dans la réalisation de la formule "Do your own thing" que nous préférons traduire par cette phrase de Barrès : "Pour chaque être il existe une sorte d'activité où il sera utile à la société en même temps qu'il y trouvera son bonheur".

Force est de constater que les conditions de l'"*eustress*" sont rarement rencontrées au travail, mais espérons que l'instauration de nouvelles relations entre les professionnels de la santé et les autres travailleurs nous fera goûter le plus rapidement possible le sel de la vie.

Jean-Claude Morvan

GÉRER AUTREMENT LES RAPPORTS SANTÉ/ SÉCURITÉ SOCIALE

PAR ALAIN COULOMB*

Les Français sont attachés à leur système de protection sociale, mais ils éludent le débat sur la Sécu et l'ont confondu en 1983 avec le énième tour des élections générales.

Mais aujourd'hui s'impose une redéfinition de l'offre, de la demande, et une autre relation entre elles, dans le cadre d'un nouvel équilibre des pouvoirs qui valorise l'échelon local.

* Directeur de la Caisse primaire d'assurance-maladie du Val-d'Oise.

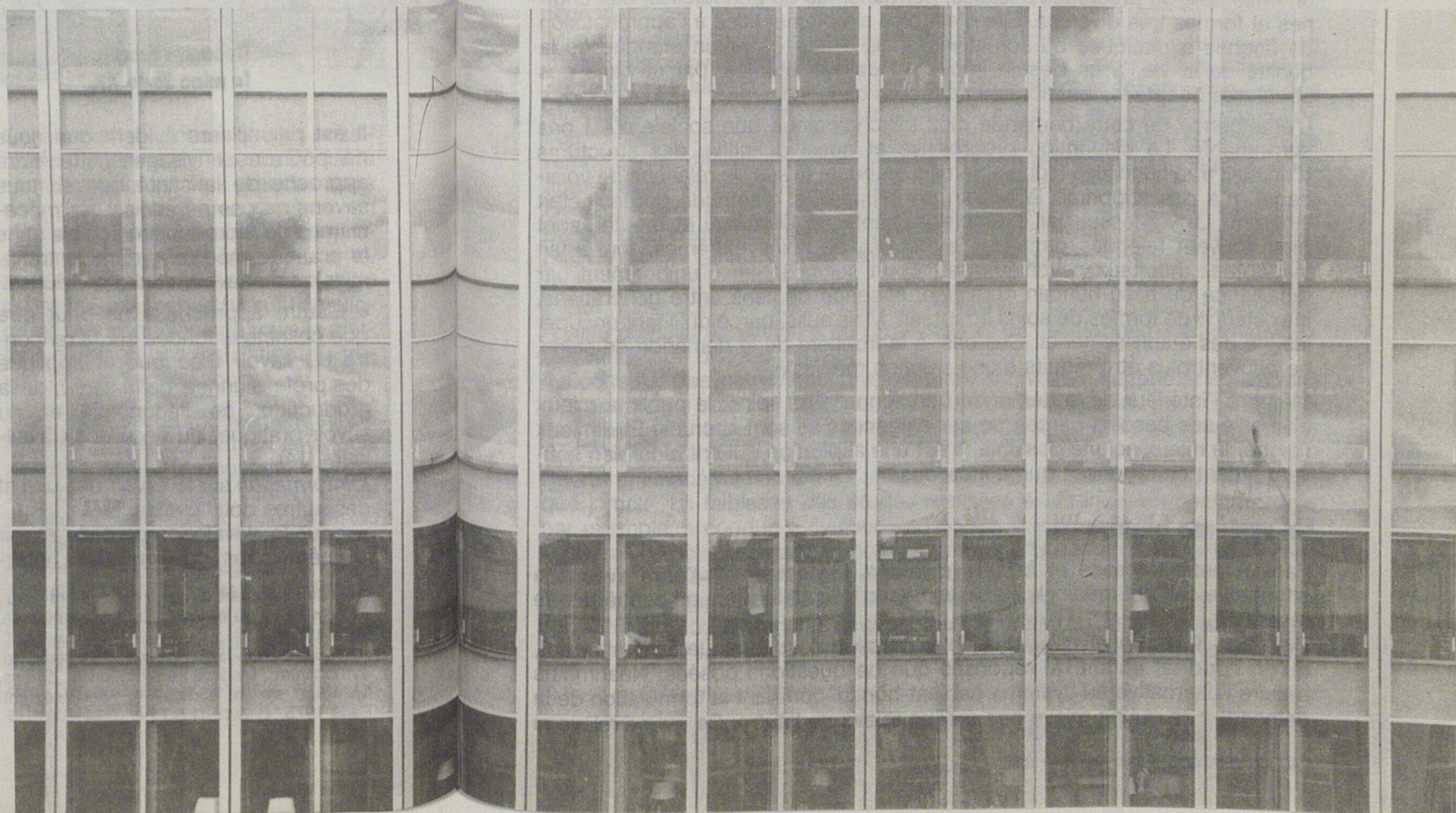
■ Régulièrement, les hommes politiques et les médias annoncent la faillite de notre système de protection sociale. Tout aussi régulièrement, gouvernements et partenaires sociaux prennent des mesures financières ponctuelles, in extremis... jusqu'à la prochaine échéance.

Ces milliards qui apparaissent opportunément aux yeux éberlués du spectateur ne contribuent pas, c'est le moins que l'on puisse dire, à l'information économique du citoyen.

Bien plus, ils participent à l'auréole magique qui entoure les choix politiques, financiers, économiques et sociaux. Se produisent ainsi des propos « idéologiques » déconnectés de la réalité et des discours incantatoires qui bloquent toute possibilité de transformation ou pour le moins de dialogue, sur un problème majeur de notre société.

Les Français sont attachés à leur système de protection sociale, situé entre le dirigisme étatique et le libre marché de la santé. Il a joué un rôle décisif dans la qualité des soins et dans la poursuite du progrès médical. La couverture des frais s'est améliorée.

Les progrès que le système a permis de réaliser n'en rendent que plus voyantes ses insuffisances, parce que de nombreuses inégalités socio-économiques persistent, son imperfection dans la prévention et la concurrence, ses structures financières insoutenables, qui font sentir aujourd'hui plus que jamais leurs effets pervers. Les ressources, assises pour l'essentiel sur le nombre de cotisants et la masse salariale, sont sous l'influence directe de la situation économique ; les dépenses sont, elles, liées à la croissance démo-



graphique, au taux de couverture et au progrès des techniques de diagnostic et de traitement.

Mais ces constatations ne rendent pas compte de la nature du débat qui s'annonce. L'acuité du problème ne dépend plus seulement des difficultés habituelles de financement. Il ne s'agit plus cette fois, sauf si on veut s'arrêter à la prochaine consultation électorale, de se procurer quelque trésorerie en « soufflant dans les tuyaux » parfois trop longs, ou de faire accepter plus ou moins habilement un prélèvement supplémentaire, ou bien encore d'imposer (ou de négocier) une évolution différente de telle ou telle lettre-clé de la nomenclature générale.

Il ne s'agit pas non plus de repousser aux calendes, parce que nous y sommes, toute réforme dérangeante. C'est désormais d'une autre gestion de l'appareil de protection sanitaire et sociale qu'il faut parler.

C'est en fonction de tous ces éléments qu'il faut maintenant aborder l'étude du système de santé et la régulation nécessaire à son fonctionnement. C'est après qu'on pourra poser les principes et les axes d'une gestion différente. La santé ne devrait pas se réduire à un marché, mais il ne paraît plus iconoclaste de l'envisager sous cette forme.

Besoin (s) au pluriel

La question se noue autour d'un paradoxe apparent. La demande sanitaire s'accroît avec le recul de la maladie. Elle dépasse maintenant la simple demande de soins. Elle devient de plus en plus la nécessité de répondre à un ensemble de précarités sociales, permanentes ou ponctuelles, aux origines et formes très diverses. Elle n'est plus simplement liée à l'appréhension de risques somatiques ou somatisés, mais à une définition étendue de la qualité de la vie, à un besoin important de voir résolu, par et dans des structures adaptées, les moments difficiles de la vie.

L'émergence de cette demande plus psychologique que sociale n'est pas surprenante. La disparition progressive et quasi définitive des structures d'accueil traditionnelles (couple, famille étendue, tissus de relations de voisinage), n'a pas supprimé le besoin de sécurité et d'entraide qui leur était inhérent. La vieillesse, par exemple, le handicap physique et mental, sont bien souvent relégués dans des structures de soins extrêmes, tout-à-fait inadaptées (hôpitaux psychiatriques, court séjour intensif) uniquement par défaillance du tissu humain quotidien, absence de liens entre générations, inexistence de formes de soins adaptées. Mais aussi parce qu'il faut occuper les lits des établissements. Ces cas, à la frontière de la demande de soins, ne peuvent plus être réduits à une solution médicale.

Même à l'intérieur de la demande traditionnelle de soins, le public a mieux diversifié ses besoins parce que ses exigences se sont accrues. Être mieux soigné, le mieux soigné possible, c'est une aspiration qui entraîne bien souvent autant de réponses que d'individus.

Un système binaire

Face à cette richesse et à cette diversité, le secteur de l'offre avec son alternative cabinet médical- établissement d'hospitalisation, ne peut être que réducteur.

Bien sûr, il paraissait peu probable, parce qu'économiquement aberrant, qu'on apportât autant de réponses que de questions posées. Néanmoins réduire l'alternative au système cabinet-hôpital contraint la formulation de la demande : ce qui ne relève pas de l'un relève de l'autre. Ce qui ne relève ni

de l'un ni de l'autre relève de toute façon de l'hôpital dans sa tradition asilaire ou à défaut d'une autre forme de charité institutionnelle.

On peut même s'étonner quand on voit la multiplicité et la diversité de la demande, d'avoir vu apparaître seulement ces dernières années (notamment au Canada et aux Etats-Unis) d'autres formes semi-publiques de soins (parahospitalière entre autres) qui sont comme un espace de liberté.

Des structures de soins aussi limitées traduisent sans doute le confort que donne l'acquis aux tenants du système, mais peut-être aussi le caractère longtemps marginal de l'exigence de santé.

Lorsqu' on en arrive à parler, même à tort, de *droit à la santé*, avec un accès qui se développe et des moyens qui se limitent, le système est menacé. Il doit s'adapter à la demande.

D'abord, et ce fut le choix de la période de croissance, avec la volonté de conserver les monopoles existants. C'est à l'intérieur de ceux-ci que l'on diversifie et spécialise en reproduisant le même modèle et les mêmes filières. C'est ainsi que se sont multipliés les spécialistes en tous genres, mais aussi les cabinets de groupe, les établissements spécialisés dans un « créneau porteur », etc.

Mais le poids financier induit par toute spécialisation pose depuis quelques années des problèmes. Celui par exemple de la diversification des modes de soins, en termes de développement des alternatives aux formes classiques.

Sans doute le secteur privé associatif a-t-il, depuis longtemps, tenté de pallier et souvent avec succès, les lacunes du système. Mais sa propre ambiguïté, le contexte insuffisamment contractuel des rapports qu'il noue avec le secteur public, le mimétisme de comportement par rapport aux structures publiques, ont gêné le développement des idées novatrices dont il était porteur.

Mieux, l'existence d'un système coercitif, centralisé, jonché d'autorisations préalables, d'avis obligatoires, de cloisonnements jusqu'à l'absurde entre secteur privé lucratif, et public non lucratif, a altéré le fonctionnement des structures ; de régulation entre elles, point. Il y a eu, au contraire, cumul de ces formes « alternatives » avec les structures qu'elles avaient vocation de remplacer, partiellement ou totalement (soins à domicile pour les personnes âgées, hospitalisation ou soins gradués à domicile, etc...).

Quoi que prêche tel ou tel mystique du libéralisme absolu, tout marché a besoin d'un contrôle. C'est encore plus vrai de la protection sociale qui n'est pas seulement un marché au sens économique du terme, malgré la présence d'une offre et d'une demande.

L'Etat, dans son rôle traditionnel de régulateur social, a voulu garantir une égalité d'accès au système de protection et un développement harmonieux des modes de distribution.

Il a construit des instruments propres à réduire, voire à supprimer les décalages entre offre duale et demande diversifiée, par la mise au point de la carte sanitaire, le contrôle des filières de formation, et le contrôle de l'implantation des « distributeurs de soins ».

Pourtant, l'inadéquation entre l'offre et la demande sanitaire est plus grande que jamais. La faiblesse des études réalisées en France, en épidémiologie par exemple, a conduit à évaluer les besoins à travers l'offre que constitue l'appareil de soins existant, et non pas à travers la demande, celle des malades. Les vrais besoins ne sont pas mesurés !

De plus, l'inadaptation du système offre/demande a été renforcée par la sophistication du matériel (d'imagerie ou de soins). La nature et la structure du marché de la santé sont telles que tout progrès technique condamne

(1) Revue Médicale de l'Assurance Maladie.

financièrement le système actuel de distribution, comme l'écrit G. Broun : « La tendance excessive à la diversification et à la sophistication progressive de matériels, qui en élève progressivement le coût unitaire va aussi à contre-courant de la règle commune de banalisation progressive du progrès technique, qui entraîne d'habitude une réduction progressive du coût unitaire du produit des innovations »⁽¹⁾.

Blocages, déréglementation et fausses solutions

Les réponses individuelles aux besoins de santé sont condamnées à évoluer. Elles sont d'abord devenues un anachronisme financier dans une économie en crise. Elles persistent, de plus, à ne répondre qu'approximativement aux demandes complexes et diversifiées.

Le fait que le système de protection sociale ait constamment solvabilisé le régime en le subventionnant et en comblant les déficits, a largement perverti les données traditionnelles du marché.

Les acteurs du système de santé publique et privée continuent de s'accrocher à ce protectionnisme tout en critiquant le rôle « totalitaire » que l'Etat est obligé d'y jouer. Ils refusent le changement de problématique, – et vont jusqu'au chantage à la qualité : vous serez moins et moins bien soigné si les subventions ne continuent pas. Pourtant ce changement devient d'une nécessité impérative.

Leurs positions actuelles, jointes à l'inertie des administrations centrales freinent toute émergence de formes nouvelles.

Par exemple, l'hospitalisation à domicile crée une concurrence pour le monde hospitalier qui fera tout pour que cette possibilité ne dépasse pas le stade expérimental. L'hôpital refusera ainsi que des lits sédentaires soient supprimés (fermés) pour cause d'hospitalisation à domicile.

De même la médecine et para-médecine libérale condamnera et s'opposera à toute forme d'attente à son activité. Pourtant, la prévention et la protection des populations fragiles, personnes âgées, handicapés, enfance dite « inadaptée », la rééducation des alcooliques, toxicomanes,... peuvent être confiés à des services sociaux aidés d'animateurs, organisateurs, avocats qui peuvent apporter une contribution majeure à la qualité de la vie des individus et des familles, tout en évitant la médicalisation de ces situations précaires.

De même, il me semble que doit être enfin créée, par un décroisement poussé, la charnière entre médecins et médecine hospitalière. Pas seulement pour faciliter les échanges d'informations entre secteurs, mais surtout pour assurer aux malades autre chose que le suivi de leur maladie.

Deux types de solutions sont possibles :

- la libéralisation de l'offre : elle semble répondre aux désirs et intérêts des personnes privées distributrices de soins. Mais elle n'est certainement pas la réponse aux problèmes posés. Outre le risque important de voir se développer les seuls secteurs rentables au détriment des demandes plus pointues, mais à faible profit, l'introduction d'une libre concurrence condamnerait la politique conventionnelle. Elle nécessiterait rapidement la refonte entière du système de remboursement (sur la base de tarifs d'autorité par exemple)

et induirait une santé à « plusieurs vitesses », euphémisme commode qui cache mal l'éclatement de la solidarité et l'accroissement des inégalités, en fonction de la fortune, face à la vie et la mort ;

- on peut organiser le marché en tenant compte des carences actuelles du système de régulation, et en utilisant au mieux les nouvelles compétences issues du récent mouvement de décentralisation.

Celui-ci est cependant contradictoire. Si l'on assiste à un réel désaisissement des pouvoirs vers le local dans certains secteurs de l'activité sanitaire et sociale, on constate simultanément une intense recentralisation (en ce qui concerne, notamment, les établissements d'hospitalisation). Ils ne permettent pas à l'ensemble des partenaires locaux de jouer un rôle autre que consultatif. Ce transfert des tâches de régulation vers l'échelon central revient à accepter l'immobilisme du système et la sauvegarde de monopoles.

Des solutions locales

Cette réserve faite, l'utilisation des potentialités locales peut être la base essentielle d'une meilleure gestion. En matière d'information, une masse considérable de données est indisponible dans le pays (l'expérience réussie mais limitée des Observatoires régionaux de la Santé le prouve). L'information au niveau local devrait être recueillie et analysée par une association départementale de concertation à partir des éléments émanant : des professionnels de la santé ; des caisses de Sécurité sociale, plus particulièrement du travail effectué par le Service médical et les Centres d'Examens de Santé ; des bénévoles et associations ; des usagers et collectivités locales ; ceci au sein d'une association départementale de concertation. Les analyses et propositions de cette association pourraient s'adresser :

- aux usagers : ils sont actuellement sous-informés, « la Sécurité sociale n'ayant jamais créé de service d'information et d'éducation du public à la mesure de ses activités et du message qu'elle devait transmettre » (cf. « La Sécurité sociale à l'horizon 2 000 », BIT 1984).
- aux décideurs : Conseil Général, DDAS, Communes, Conseil Régional, DRASS, ORS.

D'autres pratiques du pouvoir

Si le département peut effectivement devenir le nouveau lieu d'élaboration et de réalisation des politiques sanitaires et sociales, c'est à trois conditions :

- que le pouvoir de décision soit effectivement donné à l'ensemble des partenaires locaux, dans des proportions permettant véritablement des changements ;
- que l'ensemble des partenaires locaux disposent de pouvoirs propres de négociation (dégagés de toute tutelle ou dépendance d'avec une instance régionale ou nationale), afin de pouvoir adapter leurs actions à la réalité locale et non plus à des considérations trop souvent étrangères aux besoins de la population ;
- que la politique sanitaire et sociale nouvelle ne soit plus une politique de réglementation à outrance, mais bien une politique conventionnelle locale. Débureaucratization, décentralisation, changement des mentalités, c'est à ce prix, très lourd pour les détenteurs actuels des pouvoirs et des avantages supérieurs du système, qu'il faut payer à présent pour le maintien d'un système de protection sociale parmi les plus performants du monde occidental.

Alain Coulomb

GESTION HOSPITALIÈRE

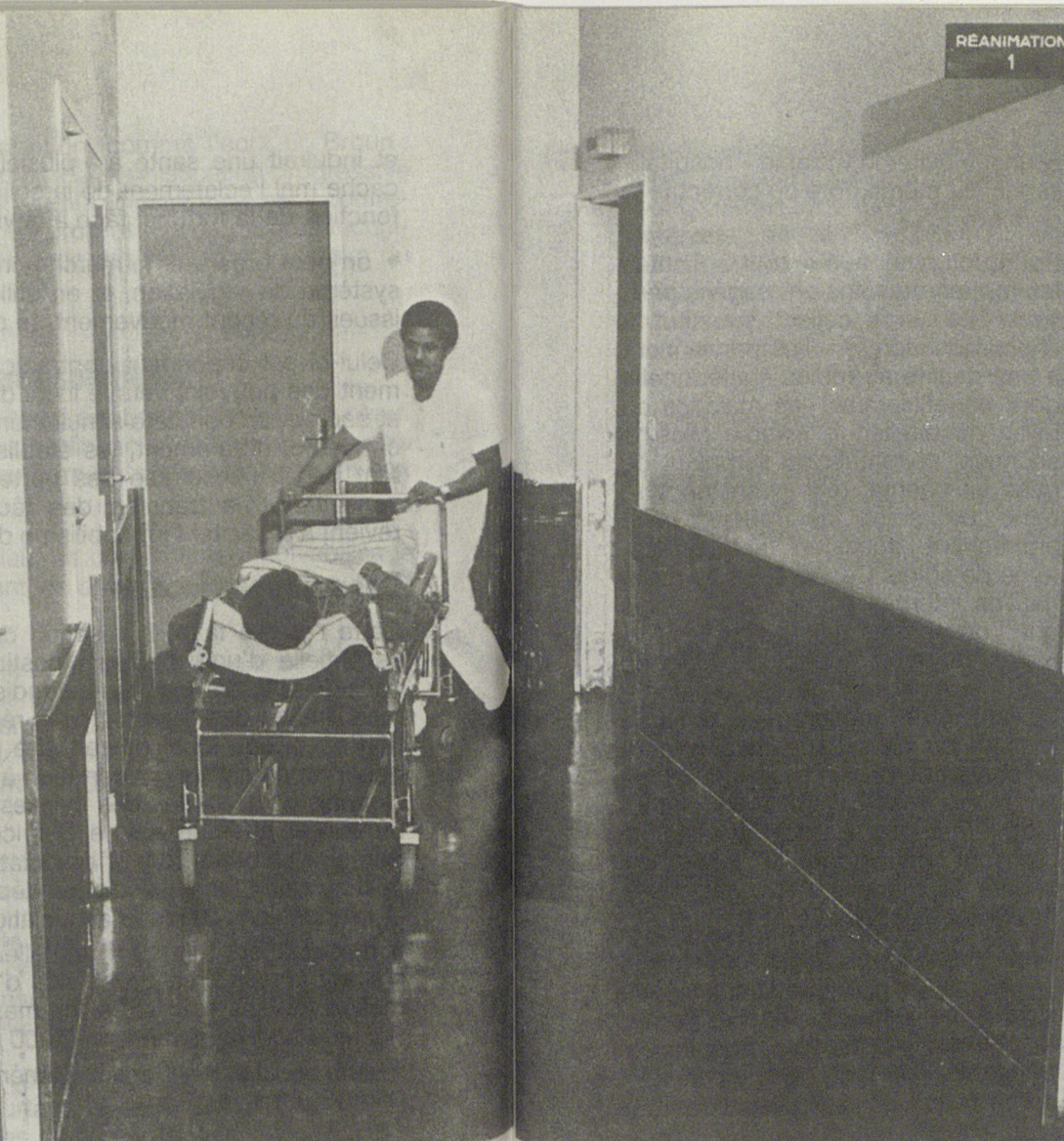
PAR JEAN ARNAUTOU*

L'hôpital est « dans le virage ». En effet, l'avenir de l'hôpital public, sa place et son rôle dans le réseau de soins, dépendent de choix de gestion et d'organisation. C'est l'enjeu des réformes en cours, dont on se demande de plus en plus si elles ne seront pas vidées de tout contenu. Voici, par un médecin hospitalier, une analyse des hypothèses en présence, qui n'exclut

(*) Médecin, au service d'hémodialyse du centre hospitalier d'Agen.

pas le pire, mais qui veut encore dans notre intérêt à tous, envisager le meilleur.

■ Le bilan que l'on peut dresser aujourd'hui du fonctionnement de l'hôpital au sein du système de soins est manifestement positif, qu'on l'analyse en nombre de lits, en qualité d'équipement ou en accroissement de la confiance du public vis-à-vis de l'institution. Pourtant, depuis une dizaine d'années, les critiques n'ont pas manqué, conduisant à un ensemble de réformes dont la mise en place soulève à son tour une vague de mécontentements... Plusieurs maladresses graves expliquent le « ras-le-bol » de certains.



RÉANIMATION
1

Mais au-delà des erreurs de forme, nombre d'hospitaliers redoutent que l'on ne passe à côté du but, quand bien même ils ont appelé le changement de tous leurs vœux, voire ont participé naguère à sa conception. Au mieux, il pourrait ne s'agir que de malentendus. Au pire, d'un abus de confiance, avec, à terme, une régression dramatique pour l'hôpital public.

Des « plateaux techniques » prestigieux, des soins variables en qualité

Comme tout système, le nôtre a ses faiblesses, et il est bon de nous y trouver confrontés, d'autant plus qu'il n'est pas toujours facile de les

distinguer de ce qui constitue, précisément, les points forts de l'institution.

Ainsi l'accueil, mission n° 1 du service public hospitalier, souvent jugé satisfaisant par les usagers, peut-il être considéré comme très mauvais dans bien des cas. Sur le plan technique, il est laissé par principe au personnel médical le moins qualifié : l'interne de garde. Sur le plan relationnel, il est aussi impersonnel que celui que réservent à leurs usagers la plupart des administrations.

L'hébergement manifestement transformé au cours des dernières années, comment ne pas le vouloir plus humain, et moins « hôtelier » ? Oublié dans sa belle chambre individuelle, le malade vit un isolement sans doute pire que la promiscuité des anciennes salles communes.

La consultation médicale ? L'intimité du « colloque singulier » entre le médecin et le malade s'accorde mal avec la nécessité d'enseigner les étudiants.

La qualité des soins ? Souvent assimilée à la richesse du « plateau technique », elle dépend, certes, de la disponibilité d'un matériel et de celle d'une compétence, mais au moins autant de l'aptitude à soigner... qui ne s'apprend pas aux soignants de façon plus « formelle » que la pédagogie aux enseignants, mais s'acquiert lentement au cours de l'apprentissage du métier.

Ainsi, à « plateau technique » égal, telle ou telle équipe dispensera des

soins très différents en qualité. Pour ne parler que du médecin, moins il sera responsable du fonctionnement de son service (ou du département dont il fera partie), plus il sera considéré – et finira par se considérer lui-même – comme un « technicien médical », et plus cette qualité s'abaissera. La « prise en charge globale de la personne malade » – réputée si médiocre à l'hôpital – relève sans doute au moins autant de l'aptitude des soignants à la réaliser, que d'une redéfinition de l'organisation interne.

Certes, le gigantisme ou le morcellement des services risquent de rendre les soignants d'autant moins aptes à cette prise en charge qu'ils ont pour leur part l'impression de n'être eux-mêmes que les rouages d'une machine, dont ils n'ont aucun moyen d'apprécier la globalité ou d'infléchir le fonctionnement ; la départementalisation, qui peut être la meilleure des solutions à ce problème, peut être également la pire si elle conduit à aggraver l'irresponsabilité des acteurs en présence.

On peut appliquer la même réflexion au problème, si mal posé, de « l'hospitalocentrisme », et, partant, aux solutions parfois bien ambiguës qu'on a pris l'habitude de rassembler sous l'appellation d'« alternatives à l'hospitalisation ». « *L'hôpital* » – a-t-on dit – « *est trop coupé de la médecine de ville* ». N'est-ce pas bien souvent l'inverse ? Les médecins de ville (ou de campagne, a fortiori), ne manquent-ils pas du temps et de la disponibilité nécessaires à la fréquentation de l'hôpital ? « *Il faut lutter pour le maintien à domicile* », a-t-on affirmé, englobant pêle-mêle les grands malades, arrivés au « stade terminal », les grands chroniques (insuffisants rénaux dialysés ou insuffisants respiratoires ventilés)... et les grands vieillards, qui appartiennent parfois, mais non toujours, à l'une des deux autres catégories. Et l'on ne parle aujourd'hui que de « soins gradués à domicile », tant on

souhaite éviter le vocable « hospitalisation »... même doté du correctif « à domicile ».

Pourquoi pas, après tout ? Toutes les formes de soins envisagées peuvent être un excellent substitut à l'hospitalisation, si elles parviennent à une qualité au moins égale à celle dont bénéficieraient les malades en milieu hospitalier. A l'inverse, elles ne sauraient constituer un semblant de prise en charge, recouvrant un système de soins au rabais, voire empêchant l'accès au véritable système de soins. De même, les « alternatives internes à l'hôpital » – ainsi que l'on nomme aujourd'hui les formules du type hôpital de jour, de nuit, de week-end ou de semaine – doivent être encouragées dans la mesure où elles peuvent permettre au patient de passer moins de temps en milieu médicalisé. Mais encore faut-il prendre garde qu'elles ne creusent davantage le fossé qui sépare la médecine de ville de la médecine hospitalière.

Il n'est donc pas facile, ou en tout cas pas anodin, de modifier les équilibres sur lesquels repose depuis longtemps l'institution hospitalière française. Pourtant, ce que l'on vient d'entrevoir des difficultés liées aux changements en cours dans l'organisation interne et dans la vocation même de l'hôpital, n'est que peu de choses en face du bouleversement qui s'annonce dans un domaine en apparence moins « sensible » ; celui de la gestion.

Le scénario du pire : gestion duale et régression de l'hôpital public

La mise en place simultanée, ou presque, du budget global, de la comptabilité analytique, et du projet de médicalisation du système d'information peut être la chance pour l'hôpital, de ne pas se briser sous l'effet des contraintes économiques. A l'inverse, ce peut être le plus sûr moyen de l'y voir sacrifié. Tout

va dépendre, là aussi, de la façon dont on jouera d'instruments qui ne sont, intrinsèquement, ni bons ni mauvais, de la redistribution des rôles qui s'ensuivra. Il peut être utile d'imaginer deux scénarios extrêmes, pour mieux se préparer à une réalité qui sera, bien sûr, beaucoup plus nuancée.

Dans l'hypothèse du pire, on assiste à l'étatisation du système hospitalier, transformé en un gigantesque réseau où toutes les décisions se prennent « d'en haut » ou « du centre » : dans une Direction des Hôpitaux inspirée de George Orwell, l'anonyme *Big Brother* s'est assuré le contrôle absolu des acteurs hospitaliers, et notamment des médecins que leur nouveau statut expose désormais aux aléas d'une carrière « à deux vitesses », le long d'un véritable « tableau d'avancement » inspiré de celui que connaissent les militaires. Simultanément, il maîtrise les outils de gestion, par le blocage systématique du budget global, justifié, dans un premier temps par les déductions purement financières, tirées (par ordinateur) de la comparaison des services et des établissements que permet l'analyse de gestion. Plus tard viendra la « médicalisation » du système, et la standardisation des crédits alloués sur une base pseudo-scientifique, résultant de la mise en équations simplistes de l'activité hospitalière. Accessoirement, se fera le « profilage » praticiens – médecins aussi bien que gestionnaires – en vue de leur notation ultérieure... et le tour sera joué.

Peut-être jugera-t-on trop lourd de manœuvrer au niveau national, et mettra-t-on en place une pseudo-décentralisation, qui ne sera en fait qu'une régionalisation centralisatrice, où le même scénario se jouera dans quelque « Direction régionale » de la Santé et de la Sécurité sociale.

A la perte de l'autonomie des établissements s'ajoutera la désresponsabilisation des décideurs intermédiaires (chefs d'établissements,

chefs de départements), privés en fait de tout pouvoir de décision et transformés en fournisseurs d'informations médico-financières, et exécutant d'une politique hospitalière entièrement conçues par d'autres que par eux. Chacun s'efforcera alors de se « couvrir » d'une « lettre à la Direction », « déclinant par avance toute responsabilité, etc. » et refusera bien entendu d'endosser les conséquences de telle ou telle carence. Au pire, on acceptera délibérément de vivre en état de carence permanente, pour se mettre définitivement à l'abri des contrôles.

Car c'est bel et bien à la paupérisation de l'hôpital public, et à l'abandon de ses missions traditionnelles, que risque de conduire une utilisation technocratique des instruments de gestion nouvellement apparus : la qualité se paie, et l'on ne saurait privilégier le souci économique qu'au détriment de l'effort médical et social poursuivi depuis une vingtaine d'années. Or, le rationnement ne serait acceptable qu'à la condition d'avoir fait la preuve que toutes les économies possibles ont été faites dans les autres secteurs de la dépense publique (armée, enseignement etc.) et qu'à partir du moment « où chacun pense qu'il bénéficiera d'un traitement identique à celui dont bénéficierait n'importe quel autre individu dans les mêmes circonstances... Si certains groupes sociaux ont « des échappatoires, le rationnement de certains devient intolérable » (1)...

Mais n'est-ce pas précisément à cette situation qui nous paraît inacceptable (la médecine « à deux vitesses »), que mène en fin de compte, notre « hypothèse du pire » ? N'est-il pas facile d'imaginer, pour demain, la fuite des blouses blanches du secteur hospitalier, naguère prestigieux, vers un secteur privé resté compétitif, et accessible à une clientèle qui aurait fait les frais de polices individuelles d'assurance-maladies ?

(1) J. de Kervasdoué, « La Santé/rationnée ». Économica édit. Paris, 1981.

N'est-il pas révélateur d'observer les progrès de la privatisation du système britannique, que le *National Health Service*, frappé de faillite bureaucratique, n'est plus capable d'assurer ?

N'est-il pas instructif de voir le *Medicare* américain accepter de payer pour les coûteuses prothèses cardiaques qui ont actuellement les honneurs des media, à la condition qu'elles soient implantées dans des cliniques privées, réputées « plus rentables » que les hôpitaux publics, et comme de bien entendu, réservées, par ailleurs à une clientèle privilégiée... ? N'assiste-t-on pas, ici comme ailleurs, à un dégagement rapide de l'État de ses obligations sociales, avec à terme, le repli sur un « service hospitalier minimum », réservé aux seuls indigents ?

Scénario d'une meilleure gestion : décision participative et projet d'établissement

Examinons l'autre hypothèse, qui repose sur une responsabilisation maximum de chacun des acteurs. Les outils de gestion y sont utilisés par les hospitaliers eux-mêmes, pour mieux fonder leurs choix et pour en mesurer plus rigoureusement les conséquences, ils constituent deux systèmes articulés l'un à l'autre, et mis en œuvre simultanément : le système d'information médico-financier, et le système de décision participative par objectifs.

Le système d'information hospitalier est édifié d'une part sur les données financières de l'analyse de gestion, d'autre part sur les données médicales produites par le Département des informations médicales, sous le contrôle de la Commission des informations médicales de la Commission médicale consultative. Il permet de constituer les « Groupes de diagnostics homogènes » de l'établissement, les médecins et les gestionnaires locaux assurant à la fois le recueil, la

validation et l'analyse des données. Il conduit surtout à l'élaboration du Rapport médical d'activité, document unique synthétisant l'activité de chaque service et de chaque établissement, complété selon les besoins et les possibilités techniques locales, par des données informatisées produites et traitées sur place. « *Le rapport médical « d'activité doit être considéré comme un instrument de communication des personnels de soins vers les gestionnaires, afin de permettre à ces derniers de comprendre la logique des choix proposés. Ce doit être aussi un instrument dynamique permettant au fil des années de suivre l'évolution de la problématique sanitaire développée par le corps médical, et de faire émerger un savoir nouveau (connaissance épidémiologique, gestion sanitaire). Ce doit être un document contractuel, enfin, dans la mesure où son contenu doit représenter la position du corps médical face aux choix techniques à l'intérieur de l'établissement en référence à l'ensemble du dispositif de soins environnant.* » (2).

Le système de décision participative par objectifs permet de définir, par centres de responsabilités, les grandes orientations de chaque secteur d'activité, avec les ressources nécessaires à leur mise en œuvre, puis de les confronter pour en faire une synthèse : le projet d'établissement. Établi sur des documents indiscutables (les rapports d'activité), obtenu par consensus général des responsables de services et de départements non médicaux aussi bien que médicaux, le projet d'établissement est ensuite soumis aux instances consultatives et décisionnelles de l'hôpital, et présenté à la tutelle. Accepté tel quel, ou après remaniements, il devient le plan d'établissement, fixant dans un

(2) Dr J. Chaperon, R. Chardavoine, mission Expérimentation et Recherche, doc. Ronéo, ministère de la Santé, déc. 1981. Cf. également. « Pour une autre gestion du système de soins ». La France médicale, 12-8, pp 485-488, fév. 1983.

cadre annuel ou pluri-annuel si besoin est, les contrats de programmes par lesquels l'hôpital s'engage à atteindre les objectifs qu'il s'est lui-même assignés.

Par la suite, une réunion périodique des responsables de secteurs d'activité permettra d'étudier (sur documents fournis par le système d'information hospitalier) les résultats obtenus, et d'envisager les actions de correction nécessaires, qui peuvent porter sur les moyens ou sur les objectifs. Ce temps fondamental implique que l'on ait au préalable abordé franchement la question « sensible » de l'évaluation de la qualité des soins.

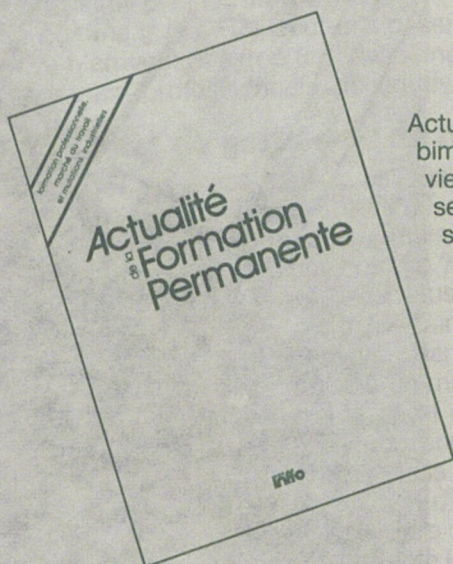
Il importe de se convaincre que les médecins accepteront cette notion dans la mesure où ils auront la certitude d'être associés aux décisions qui pourront en découler. (C'est là que le bât blesse dans les relations avec les caisses d'assurance-maladie au sujet du « nouveau contrôle hospitalier », les médecins redou-

tant, peut-être avec raison, d'être spoliés de leur droit de participer aux décisions qui engageront l'avenir de leur service et celui de leur établissement).

En outre, il faut comprendre qu'il ne peut exister une évaluation unique d'une activité aussi complexe que l'activité médicale hospitalière : entre tel médecin et tel malade, entre telle équipe soignante et tel groupe de patients qui peuvent avoir recours à elle, entre tel hôpital et telle collectivité territoriale, existent en fait plusieurs « performances » parallèles, ce qui implique plusieurs modalités d'évaluation.

C'est ainsi, notamment, qu'il est fondamental que l'évaluation ne se limite pas à l'étude de la « performance interne » d'un établissement, mais s'attache aussi à l'analyser dans le contexte sanitaire où il fonctionne.

Pour ce faire, il faut que simultanément à l'effort d'évaluation interne, qui permet l'inter-relation entre les



Actualité de la Formation Permanente, revue bimestrielle, s'adresse à tous ceux qui interviennent dans le champ de la formation au sein des institutions, organismes, entreprises, universités.

Outre les rubriques maintenant traditionnelles, chaque numéro est bâti autour d'un thème principal qui vise à donner la pluralité des points de vue, à couvrir les approches diverses sur une question importante de la formation permanente.

ABONNEMENTS 1985
Un an : 6 numéros
France : 300 F (TTC)
Étranger : 365 F (exonéré)
Le numéro : 55 F (TTC)
Spécimen gratuit sur demande.

Commandes à adresser (règlement joint) au :
CENTRE INFO Département Diffusion
Tour Europe Cedex 07 92080 PARIS-LA DÉFENSE

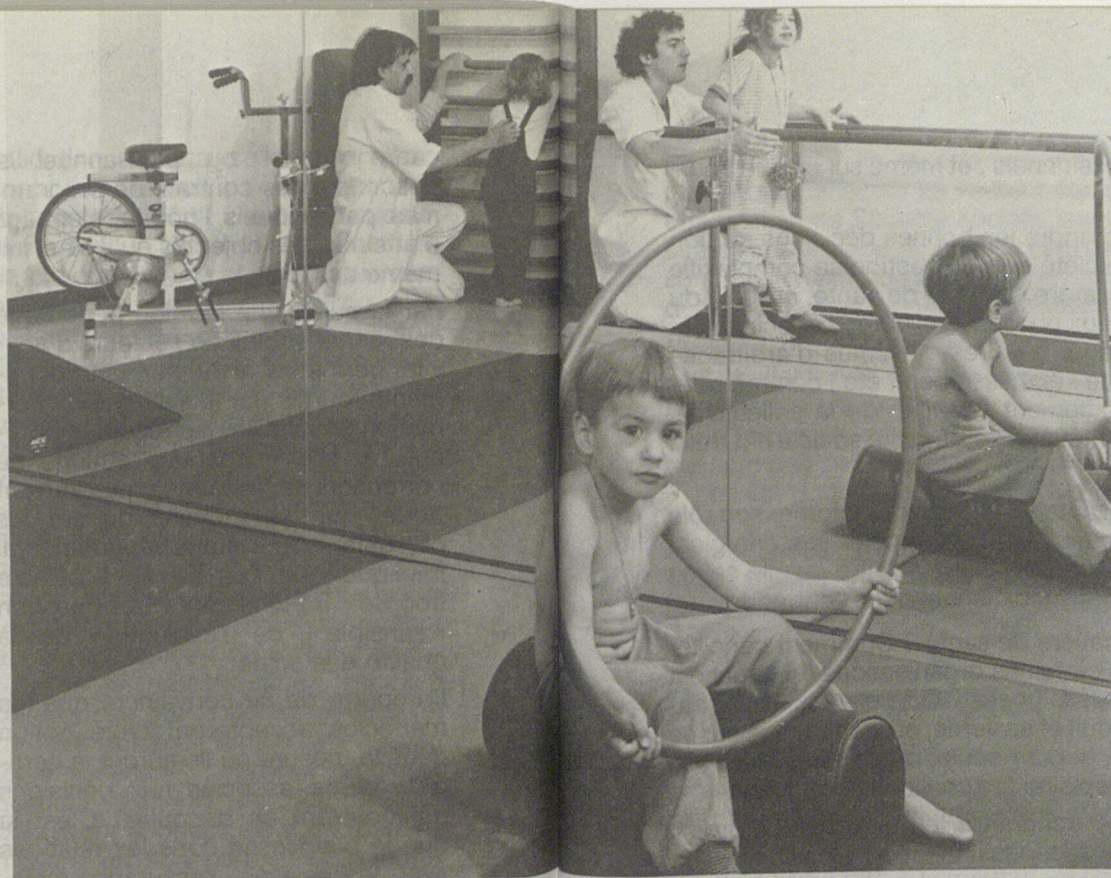
services hospitaliers et l'élaboration collective du projet d'établissement, se prenne l'habitude d'évaluer la performance hospitalière au niveau régional, et même national. Cela ne peut se concevoir que par spécialités médicales, au sein de commissions comparables à celles qui se mettent actuellement en place pour étudier les besoins et les moyens de traitement de l'insuffisance rénale.

On assiste aujourd'hui à la constitution de groupements de spécialistes, qui s'efforcent d'établir des thésaurus régionaux susceptibles de servir de référence à la qualité (mais aussi à la quantité) des soins qui devraient être dispensés dans un établissement donné, qu'il s'agisse d'un hôpital public ou d'une clinique privée.

De même, on peut penser que si l'expérience des « Groupes de diagnostics homogènes » doit aboutir, elle devra passer par la juxtaposition des résultats propres à chaque établissement, et leur étude au sein d'une Commission régionale des informations médicales, seule à même d'établir des « groupes homogènes » valables au niveau de la région. Il reste à démontrer d'ailleurs qu'une telle démarche soit réellement possible (cf. les avatars de l'expérience-mère des « *Diagnosis Related Groups* » aux États-Unis).

Lancée à pleine vitesse au temps de l'expansion économique, l'institution hospitalière amorçe, en grinçant un peu, le grand virage des réformes. Sûre de son acquis, elle craint pour son avenir, et pour celui de ses usagers. Qui pourrait l'en blâmer ? En fait, il revient aux hospitaliers de relever le défi économique et de démontrer à la collectivité l'excellence de leurs prestations tant médicales que gestionnaires. Bien utilisés, les nouveaux instruments ou les nouvelles formules peuvent y aider, à la condition toutefois qu'une éthique professionnelle commune anime tous les acteurs du jeu hospitalier.

Jean Arnautou



DEVANT LES CHOIX

PAR CHRISTIAN RAMPHT*

■ Deux questions préoccupent les militants CFDT impliqués dans la gestion du système de santé :

- comment mieux *gérer* ce secteur pour accroître son efficacité sociale, son dynamisme économique, dans des conditions financières supportables pour la collectivité et les individus ;
- comment *la CFDT* peut-elle peser pour que les changements indispensables n'arrivent pas trop tard dans une société où divers conservatismes (institutionnels, professionnels, politiques, syndicaux) bloquent les évolutions ?

Stratégies de gestion ou de régulation ?

Les réponses à ces deux questions se cherchent. Le débat collectif doit se développer sur ce sujet, et la CFDT doit formuler des propositions. Certaines pourront sembler utopiques, mais toute transformation de la réalité ne commence-t-elle pas par l'utopie ? Peut-être aussi devons-nous changer d'utopie pour modifier les "faits têtus" ?

Il convient d'abord de "mettre certaines pendules à l'heure".

Dans beaucoup d'esprits prévaut sans doute l'idée que la santé est un secteur à part, hors d'atteinte des lois du marché, un secteur administré en quelque sorte. Y-a-t-il un avenir pour cette exigence plus éthique qu'économique ? Pays développé, sommes-nous encore dans l'ordre de la réponse à des besoins élémentaires, ou déjà, dans celui des "consommations d'ordre supérieur liées au besoin de sécurité et d'épanouissement personnel" ?

Gestion et/ou régulation : derrière le flou des concepts et du langage, il semble qu'il y ait imprécision sur le jeu des acteurs ; sur ce qu'il faut attendre

1. Malgré une augmentation du nombre de lits de près de 2 % en dix ans le nombre de journées a diminué de 0,6 % pour l'ensemble des sections... Ce mouvement traduit la diminution de la "durée moyenne de séjour", le phénomène constant jusqu'en 1978 semble avoir déjà donné le maximum de ses effets. Il s'agit de penser non plus en termes d'humanisation de l'hôpital, mais d'"alternatives à l'hospitalisation", tel le maintien à domicile.

* Sous-Directeur. Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des Travailleurs salariés.

de l'Etat, de la Sécurité sociale, des professionnels ; et même sur ce que pourrait bien être un gestionnaire de la santé.

Si l'*autogestion* consiste notamment à prendre les bonnes décisions au bon niveau, et si elle a un avenir dans une société dont la gestion se complexifie tous les jours, ne faut-il pas proposer un autre système de santé, au-delà du face à face entre deux monopoles : hôpitaux publics d'un côté, médecine libérale de l'autre ? Seraient aussi à envisager d'autres systèmes d'arbitrages pour les choix individuels (du médecin, de l'établissement, etc.) comme pour les décisions collectives : niveau d'engagement financier de la collectivité, investissement et prix des services de santé, etc. La Sécurité sociale n'a-t-elle pas à redéfinir son action ?

Si l'*organisation syndicale* veut peser davantage, elle devra renforcer son rôle de laboratoire et de diffuseur d'idées, mais aussi rassembler ses énergies, pour quand elle a un bon "produit", le "vendre". Elle a montré qu'elle savait gagner : élections prud'homales, droits nouveaux, santé dans l'entreprise.

Que serait pour elle un bon produit en matière de santé ? Comment concilier le besoin de sécurité, très sensible dans certaines organisations, et le besoin d'innovations qui soient à la hauteur des défis posés ? Quelle articulation stratégique établir entre le façonnage du produit et sa vente, et sachant que sur ce terrain, il est exclu que la CFDT puisse gagner seule, quels alliés peut-elle trouver ? Semblent indispensables pour éclairer les choix :

- un diagnostic *gestionnaire*, pour faire apparaître les évolutions lourdes, prévisibles, en matières de recettes et de dépenses
- un diagnostic *scientifique* et *technologique*, destiné à mettre en évidence les progrès scientifiques et techniques les plus probables et leurs impacts sur la production et la distribution des moyens techniques de santé ;
- un diagnostic *éthique*, éclairant les évolutions de la morale individuelle et de la "morale sociale", et leurs conséquences sur les comportements des usagers et des professionnels de santé ;
- un diagnostic *politique*, visant à cibler les zones de conflit et de consensus en matière de santé, et leur poids dans la société et les institutions.

Il convient d'examiner aussi les interactions entre ces facteurs.

Mais cette démarche simple, n'est que rarement suivie dans les travaux sur la santé. Elle exige la rencontre et la confrontation entre divers types de compétences.

Un point central : le déséquilibre recettes/dépenses

Côté gestion, les travaux disponibles de nombreux chercheurs et instituts spécialisés en économie de la santé permettent d'établir un diagnostic sérieux sur les contraintes majeures des prochaines années.

Le point central de ce diagnostic, le déséquilibre structurel entre les recettes et les dépenses, désormais bien connu de l'opinion, vaut la peine d'être examiné. D'abord parce que, dans un raccourci fréquent et abusif, ce déséquilibre est souvent imputé à la soi-disant mauvaise gestion de la Sécurité sociale. Surtout parce que la gestion de ce déséquilibre est l'enjeu principal des prochaines années. Sur quoi repose cette affirmation du déséquilibre structurel en matière de santé ?

Nous sommes là dans le domaine des incertitudes. Pour en sortir, il faut commencer par définir ce qu'on entend par recettes et par dépenses.

Ici, le concept de *recettes* englobe l'ensemble des financements collectifs obligatoires affectés au secteur sanitaire et social : les recettes des régimes obligatoires de Sécurité sociale, les recettes provenant des impôts nationaux ou des impôts locaux. Il est en effet essentiel de distinguer ce que les individus sont légalement contraints de payer (cotisations sociales, impôts) et ce qu'ils dépensent volontairement (mutuelles, assurances privées, etc.)

Le concept de *dépenses* désigne l'ensemble des sommes (sécurité sociale, Etat, collectivités territoriales) engagées par la collectivité pour préserver, maintenir, promouvoir la santé de la population. Il s'agit donc des coûts :

- de formation des professionnels, de recherche, d'hygiène, de prévention, qui sont des coûts *amont*, situés avant les soins proprement dits ;
- des soins médicaux (hospitaliers, ambulatoires, pharmacie, etc.) ;
- des prestations médico-sociales qui combinent des soins, le plus souvent de maintien (soins infirmiers, nursing) et des prestations d'accompagnement social visant à compenser une dépendance (aide-ménagère, auxiliaire de vie), etc. Ce sont des coûts *aval*, situés après les soins aigus.

Le prix que voudra payer la collectivité

Voilà quelques préalables, apparemment élémentaires, à notre action pour promouvoir une nouvelle gestion de la santé. Nous devons ensuite explorer le jeu des différents acteurs : Etat, Sécurité sociale, professionnels, pour bien comprendre la partie qui se joue et, dans cette partie, le rôle souhaitable d'une CFDT qui veut être à la hauteur de l'enjeu.

Mais, ces définitions étant posées, il est illusoire d'escompter à moyen terme (1990) un redressement réel des recettes par rapport aux dépenses.

En effet, les gouvernements devront lutter contre toute dérive des dépenses sociales et faire face aux charges incontournables : retraites, chômage, famille. Ils ne pourront pas mobiliser suffisamment de « recettes publiques » (Etat, Sécurité sociale, collectivités territoriales) pour suivre la croissance des dépenses de santé, que la crise n'altère pas.

L'offre de santé ne demande qu'à se développer (établissements, professionnels de santé, etc.) pour satisfaire et inciter une demande quasi-illimitée par nature ; la demande classique de soins s'accroît du fait du vieillissement de la population ; de nouvelles demandes émergent centrées sur la recherche d'autonomie des individus et sur leur volonté de dépasser certaines limites (stérilité, fatigue, douleur, etc.). Les progrès scientifiques et technologiques s'accélèrent...

Il convient donc de ne pas se tromper d'enjeu. Ce déséquilibre structurel est bien réel, mais il ne doit pas simplement être analysé en termes négatifs. Certes, la collectivité ne pourra pas payer tout, à tout le monde ; il s'agit de gérer la crise de croissance du système de santé dans un contexte de crise économique. Les individus souhaitent davantage d'autonomie, de responsabilités, beaucoup ont la possibilité de contribuer davantage à leurs dépenses de santé. De nouveaux rapports doivent être définis entre les individus et la collectivité en matière de prise en charge de la santé. Tel est l'enjeu.

Comme la CFDT l'exprime depuis quelques années, la rigueur est nécessaire, mais elle doit être au service d'une ambition collective. Cette ambition reste à définir en matière de santé.

Christian Ramphft

Le 1/4

italite

SEXTISTOLS

PUN

FUCS

10 OBJECTIFS

pour l'action des administrateurs de la Sécurité sociale

La pratique et la formation de l'administrateur doivent lui permettre d'exercer sa fonction de *responsable politique* et d'être, dans le cadre fixé par les textes, les dirigeants réels de l'institution. Cela passe par l'acquisition de connaissances, de savoir-faire et de comportements.

Action dans l'institution

- **ACQUÉRIR** une capacité stratégique : traduire les objectifs en actions concrètes et articuler les interventions.
- **SAVOIR** construire et utiliser des outils de décideurs pour suivre les décisions, les évaluer et les adapter.
- **ANALYSER** le terrain et apprendre à définir des scénarios alternatifs qui permettent un véritable choix.
- **UTILISER** au mieux l'ensemble des ressources (organisationnelles et intellectuelles) dont il peut disposer dans l'institution, et dans la CFDT, pour s'entourer d'un réseau de compétences.
- **DÉCRYPTER** à travers les décisions et propositions des acteurs en présence les stratégies explicites et implicites et les alliances, les compromis possibles.

Relation avec les assurés et les prestataires individuels ou collectifs

- **ÉCOUTER** les usagers, communiquer avec eux pour valoriser l'action des caisses et redonner un sens à la notion de solidarité.
- **ÉVALUER** les effets réels de leurs décisions.

Action dans la CFDT

- **PARTICIPER** aux recherches et à la définition des objectifs de la CFDT.
- **SITUER** l'action « Sécurité sociale » dans la stratégie et les priorités d'action de l'organisation.
- **TRAITER** avec celle-ci les problèmes qui surgissent dans la Sécurité sociale ou dans les lieux où les administrateurs – représentant la caisse – et qu'il est préférable de négocier « à l'extérieur » entre partenaires sociaux.

ÉLECTION DANS LES CAISSES DE RETRAITE

Après des années, d'action persévérante, l'UCC-CFDT a obtenu que des élections « à la proportionnelle » aient lieu dans les 57 institutions de retraite de cadres pour élire les représentants au conseil d'administration de chaque caisse : elles s'échelonnent à partir de 1984.

Jusqu'alors, les élections avaient le plus souvent lieu sur une liste unique désignée par les anciens administrateurs avec le concours « dévoué » des directeurs du personnel des entreprises concernées. Le vote par correspondance, sans contrôle sérieux, suscitait un taux de participation très faible.

Nos représentants au conseil d'administration de l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC) ont obtenu que les administrateurs du collège salarié, soient élus sur listes syndicales à la proportionnelle* (les représentants des patrons sont désignés par le CNPF).

** A noter que dans certaines caisses, l'élection se fait à deux degrés. Dans ce cas les cadres élisent dans les mêmes conditions, au scrutin proportionnel, leurs représentants à l'assemblée générale chargés à leur tour d'élire les membres du conseil d'administration.*

Les enjeux sont considérables

Au plan général, les 57 caisses regroupent près de

2 000 000 de salariés cotisants, et plus de 600 000 allocataires retraités.

Le total des cotisations annuelles dépasse 20 milliards de francs et les réserves 16 milliards.

Compte tenu des contraintes économiques actuelles, de l'évolution démographique et de la diminution des actifs, les enjeux suivants sont particulièrement importants :

- fixation du taux de cotisation et de la valeur des points de retraites,
- arbitrage entre pouvoir d'achat des salariés et des retraités,
- utilisation et placement des réserves,
- gestion des fonds sociaux,
- conséquences financières de la retraite à 60 ans,
- offensive des systèmes par « capitalisation ».

Tous ces problèmes existent et concernent au premier chef tous les cadres actifs ou retraités. Mais, contrairement à la marée de plus en plus envahissante d'informations alarmistes et intéressées, diffusées par les banques et les compagnies d'assurances, nous continuons de penser que la répartition reste le système le plus sûr pour assurer, par la solidarité entre les générations, la sécurité du revenu des retraités.

A chacun de se mobiliser...

A chacun de s'informer, de réfléchir aux enjeux, de participer aux décisions et à la préparation des élections :

- informez-vous des dispositions particulières prises par votre caisse (date de la prochaine assemblée générale, date des prochaines élections, modification des statuts),

• dès que vous avez connaissance d'une de ces échéances, prenez contact sans tarder, avec votre section, votre syndicat ou votre fédération ainsi qu'avec l'UCC,

• parlez-en à vos collègues pour les sensibiliser aux enjeux et pour proposer des candidats à l'assemblée générale ou au conseil d'administration.

L'important est d'être informé le plus tôt possible de la date des élections pour avoir le temps de s'organiser et de permettre à tous les adhérents et sympathisants CFDT de participer à leur préparation. Nous nous efforcerons pour notre part, de faire connaître ces dates dès que nous en aurons connaissance.

Il dépend donc de chacun de vous, actif ou retraité, que la CFDT soit réellement

présente dans toutes les caisses.

...pour les élections de sa propre caisse. Il ne sert à rien d'obtenir des élections démocratiques si les premiers intéressés ne prennent pas en charge leur problème.

Sur votre demande l'UCC pourra vous faire parvenir des informations plus précises sur le fonctionnement du régime de retraite des cadres et éventuellement sur la situation dans votre institution.

ON PARLE DES INGÉNIEURS ET CADRES AU B.I.T.

Du 17 au 25 avril 1985 s'est réunie à Genève la neu-

vième session de la commission pour les « employés et travailleurs intellectuels » qui a rassemblé des délégations tripartites (gouvernements, salariés, employeurs) de 27 pays.

Les débats ont été relativement sereins dans la sous-commission qui a traité des risques et des maladies professionnelles, particulièrement des conséquences des nouvelles technologies.

Sur proposition de la F.I.E.T., le rôle de l'ergonomie a été précisé : « l'ergonomie n'a pas pour objet d'adapter les emplois aux nouvelles technologies ; elle doit viser à adapter les technologies afin que celles-ci répondent aux besoins et caractéristiques des êtres humains. »



GROUPE MALAKOFF RETRAITE ET PRÉVOYANCE

LA PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Assurance Décès
Frais médicaux et
chirurgicaux
Invalidité
Rente de conjoint
Rente d'éducation

CMAV
URRPIMMEC
SMM

LA RETRAITE COMPLÉMENTAIRE

CAPIMMEC
IRCASUP
IRPSIMMEC
IRCOMMEC

Pour toutes les
catégories de
personnel

Tous les organismes du Groupe Malakoff sont gérés paritairement.

Le Groupe Malakoff a participé à l'exposition lors du congrès de l'UCC - CFDT les 18 - 19 - 20 octobre à Strasbourg.

RÉSOLUTION SUR L'AFRIQUE DU SUD

Le Comité Exécutif Mondial de la FIET, réuni à Rome les 11 et 12 avril 1985, rappelant la résolution sur l'Afrique du Sud adoptée par le 20^e Congrès Mondial de la FIET ;

RÉITÈRE sa condamnation de la politique d'apartheid du Régime sud-africain, laquelle constitue un crime contre l'humanité ;

CONDAMNE ÉNERGIQUEMENT les nouvelles violences des forces gouvernementales, lesquelles ont absurdement abouti à la perte de vies humaines et constituent une démonstration évidente de la résistance du Gouvernement au changement démocratique et à la pleine participation de la population noire majoritaire au processus politique ;

Soutient l'action entreprise par l'affilié de la FIET, le Dienstenbond aux Pays-Bas, visant à faire interdire la vente de la monnaie sud-africain par les banques néerlandaises ; se félicite de toute initiative similaire entreprise par les affiliés d'autres pays où cette monnaie est également en vente.

La sous-commission des « problèmes particuliers » a connu des controverses plus sévères. La volonté syndicale de négocier les transformations technologiques s'est heurtée à de vives réserves des représentants patronaux.

A notre initiative, et à celles de nombreuses organisations syndicales, le plus souvent membres de la F.I.E.T., les problèmes spécifiques aux ingénieurs et cadres ont été posés : maîtrise du temps de travail, connaissances des salaires réels, rôle des cadres dans les relations professionnelles et les transferts de technologies et reconnaissances de leurs droits syndicaux, souvent niés dans les pays en voie de développement et découragés dans certains pays industrialisés (Etats-Unis, R.F.A.). Les employeurs surpris par cette insistance ont développé une conception restrictive des droits des ingénieurs et cadres.

Dans son intervention, Michel Rousselot avait notamment demandé que le B.I.T. développe ses activités en direction des ingénieurs et cadres, suggérant que soit effectué un bilan du recueil du BIT de 1978 sur « les conditions d'emploi des ingénieurs et cadres ».

Les résolutions votées à la fin de la réunion confirment des orientations parce qu'elles demandent au BIT de convoquer une réunion tripartite relative aux cadres pour examiner les progrès réalisés dans l'application du recueil de 1978 et d'entreprendre des études sur les conditions de travail, l'emploi des jeunes diplômés, les salaires et les droits syndicaux des ingénieurs et cadres.

Les cadres : ACTIFS ou RETRAITÉS portent une même attention à leur retraite

Le bulletin de l'A.G.I.R.C. conçu dans un esprit de vulgarisation à l'attention de tous ceux qui assument la gestion du personnel ou y concourent :

Présente l'activité du régime de retraite des cadres :

- sa politique générale
- ses résultats
- son action sociale

Analyse les sujets d'actualité présentés sous forme d'articles, la réglementation et le fonctionnement du régime.

Relate les activités et manifestations réalisées pour le troisième âge.

ABONNEZ-VOUS, LISEZ ET CONSERVEZ
LE BULLETIN DE L'A.G.I.R.C.
CANAL PRIORITAIRE D'INFORMATION
POUR TOUS LES CADRES ACTIFS ET RETRAITÉS
ET OUTIL DE TRAVAIL INDISPENSABLE
POUR LES PROFESSIONNELS.

Bulletin d'abonnement à renvoyer à l'AGIRC Association générale des institutions de retraite des cadres
4, rue Leroux - 75116 PARIS Tél. : 501.53.20

Bulletin d'information trimestriel - Abonnement annuel 140 F (4 n^{os}) le numéro 45 F

Nom Prénom Fonction
Société ou organisme Adresse
Tél. :

Je souscris un abonnement d'un an au bulletin AGIRC, ci-joint chèque bancaire de 140 F.

SOLIDARITÉ INTERNATIONALE

Appel à des moyens complémentaires pour soutenir des projets de développement avec l'Institut Belleville et des aides de solidarité syndicale avec l'UCC-CFDT.

ENTRAIDE SYNDICALE avec l'UCC

L'UCC, lors de ses deux derniers congrès, a décidé de développer son action internationale. Les limites de notre budget ne nous permettent cependant pas de contribuer suffisamment à des actions précises pourtant indispensables, de secours d'urgence ou d'aide syndicale. Inutile de souligner l'utilité d'un tel soutien pour aider des syndicats qui font appel à l'UCC.

C'est pourquoi il est apparu nécessaire au Bureau national de l'UCC, en complément du budget de fonctionnement de l'UCC, de faire appel à la contribution volontaire de nos adhérents et amis. Vos dons seront intégralement utilisés à des activités de solidarité internationale. Votre apport est indispensable.

Merci de vos dons à l'ordre de :

L'UCC-CFDT, 26, rue de Montholon - 75439 PARIS Cedex 09
avec la mention « *Solidarité internationale syndicale* »

DÉVELOPPEMENT avec l'Institut Belleville

L'Institut Belleville, organisation non-gouvernementale de la CFDT, réalise des programmes de coopération et de développement notamment en Afrique et en Amérique latine ; l'UCC en est un partenaire actif. L'Institut Belleville s'est associé au Comité français contre la faim pour promouvoir le fonds commun de placement « Faim et Développement » lancé par le Crédit coopératif et le Comité catholique contre la faim et pour le développement.

Ce fonds commun de placement s'adresse à tous ceux (particuliers ou institutions) qui acceptent de lui confier une épargne. Ces sommes seront protégées de l'inflation, le surplus de revenus étant utilisé pour financer des actions de développement dans le tiers monde. C'est un mode de financement original pour de nouvelles ressources au service du développement.

Pour tous renseignements

- concernant les projets :

Institut Belleville, 1, rue de Belleville - 75955 PARIS Cedex 19

- concernant le fonds commun de placement :

Fonds commun de placement (pour l'Institut Belleville)

« Faim et développement »

Comité français contre la faim, 42, rue de Cambronne - PARIS Cedex 15

Vient de paraître

**UN LIVRE
NOURRI
DU TRAVAIL
COLLECTIF**

**DU PRINTEMPS
DU PRINTEMPS**

DU PRINTEMPS DANS LES MÉTIERS

CADRES CFTD

SYROS

atelier futur



**QUESTIONS
D'AUJOURD'HUI
POUR CRÉER
LES MÉTIERS
DE DEMAIN**

Tous les métiers, paraît-il, vont changer : parce que changent les savoirs, les technologies, la société. Mais le futur ne se construit pas seulement dans l'abstrait des Écoles, les techniques de pointe ou la vaine copie du Japon. Car le travail est au cœur de la technologie. Par là, nous avons prise sur elle autant qu'elle a prise sur nous. Encore faut-il résister à l'inquiétude, au fatalisme, au vertige du « tout-technologie » et prendre la mesure des enjeux culturels et sociaux des mutations. Pour construire les qualifications et les métiers de demain.

SYROS

Commandes à **Montholon-Services**
26, rue de Montholon 75439 PARIS cedex 09

**PRIX
69 F**