



HAL
open science

Prévenir la pollution atmosphérique

P. Quenel, W Dab, B Festy, R Harf, M Jouan, F Mansotte, Y Le Moullec, JI
Potelon, D Zmirou

► **To cite this version:**

P. Quenel, W Dab, B Festy, R Harf, M Jouan, et al.. Prévenir la pollution atmosphérique. Santé et Société, 1996, 3, pp.147-155. hal-04865102

HAL Id: hal-04865102

<https://hal.science/hal-04865102v1>

Submitted on 5 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

comprendre et vouloir

**Dix chantiers prioritaires
pour la santé publique**

Collection Santé et société N° 3
2^e trimestre 1996

Avec le soutien
de la
Commission Européenne

Les priorités de la SFSP : une procédure participative

La SFSP a souhaité associer l'ensemble de ses composantes à l'élaboration de ses propositions sur les dix thèmes prioritaires qu'elle a retenus dans le cadre de son congrès 1995. Après avoir arrêté la liste de ses priorités début 1994, le conseil d'administration (CA) a appelé les sociétés régionales, groupements professionnels, organismes nationaux membres et ses commissions spécialisées à se porter volontaires pour assurer le pilotage de la réflexion sur chaque thème. Sur cette base, le CA a réparti les priorités entre les volontaires, fin juin 1994.

Une première version de presque tous les textes a pu être adressée, en février 1995, à chaque adhérent de la SFSP, afin de recueillir réactions, critiques et propositions. Les « pilotes » de chaque thème ont pu se saisir de ce matériau pour réviser leur texte et rédiger une nouvelle version. Le CA a consacré une journée entière, fin mai 1995, à discuter ces documents, en présence des principaux rédacteurs qui ont été invités à amender ceux-ci sur la forme et, parfois, sur le fond. Le bureau du CA de la SFSP a reçu mandat pour avaliser les dernières moutures des 10 textes, courant juin. Ce sont ces documents qui ont été soumis à la réflexion des membres de la SFSP lors du congrès.

Les adhérents de la SFSP et tous ceux qui ont participé lors de ce congrès aux deux demi-journées consacrées à la présentation de ces propositions ont alors pu encore formuler des recommandations pour en améliorer le contenu. Cet ouvrage comporte donc une version actualisée des textes soumis au congrès, approuvée par les responsables de leur rédaction première. Ils fondent ainsi, sur ces 10 grands chantiers de santé publique, le programme de la SFSP et inspire son action.

L'ensemble de l'exercice a été coordonné par Laurent Chambaud et sa mise en œuvre assurée par Daniel Oberlé, délégué général de la SFSP.

SOMMAIRE

Introduction	p. 9
Denis Zmirou, Président de la Société française de santé publique	
Préambule	p. 13
L'usage et l'abus de produits nocifs pour la santé : une approche d'ensemble ; des interventions diversifiées	
Garantir l'accès aux soins pour tous	p. 15
Maîtriser l'évolution des dépenses de santé	p. 35
Pour une approche de santé publique	
Réduire l'alcoolisme	p. 51
L'alcoolisme, une priorité centenaire de santé publique, quel sens encore aujourd'hui ?	
Combattre le tabagisme	p. 61
Entendre les toxicomanes	p. 73
Un enjeu de santé publique	
Accompagner le grand âge	p. 93
Favoriser le maintien de l'autonomie et améliorer la qualité de vie des personnes du grand âge	
Connaître la santé mentale	p. 105
Prévenir l'infection par le VIH et prendre en charge les malades	p. 119
Promouvoir la santé et la sécurité au travail	p. 131
Prévenir la pollution atmosphérique	p. 147

INTRODUCTION

La Société française de santé publique livre au débat un document de réflexion conçu pour guider l'action en santé publique.

Il traite dix thèmes que la SFSP a placés parmi ses priorités pour les cinq années à venir : garantir l'accès aux soins pour tous ; maîtriser l'évolution des dépenses de santé ; réduire l'alcoolisme ; combattre le tabagisme ; entendre les toxicomanes ; accompagner les personnes âgées dépendantes ; soulager les personnes atteintes d'affections mentales chroniques ; prévenir l'infection par le VIH et prendre en charge les malades du sida ; promouvoir la santé et la sécurité au travail ; diminuer la pollution atmosphérique.

Cet ouvrage, mis en chantier dans le cadre de la préparation de son congrès de juillet 1995, est le fruit d'un an de travail de dix comités issus des différentes composantes de la SFSP, groupes professionnels, sociétés régionales ou commissions spécialisées.

Le lecteur aura à l'esprit que ce document est empreint d'une volonté d'aborder ces questions sans a priori corporatiste ni idéologique. Au contraire, les analyses et propositions qu'il contient portent la marque d'une réflexion interdisciplinaire et un souci constant d'entendre les messages portés par les individus et les groupes au contact permanent desquels agissent les professionnels de santé publique au quotidien. Cette volonté est exigeante. L'œuvre est sans cesse à perfectionner. Ainsi ces textes ne prétendent pas être achevés. Engagée depuis 5 ans dans une véritable mutation pour être à même de répondre aux défis modernes de la santé publique, cette société scientifique et professionnelle n'a pas encore complété sa métamorphose.

N'a-t-elle pas, pour autant, quelque légitimité pour proposer au pays des objectifs à poursuivre et pour définir, après d'autres, des principes auxquels *toute véritable politique de santé publique doit être soumise* ? Parce que la SFSP est composée de personnes de toutes origines institutionnelles et professionnelles, dans le paysage de la santé publique, elle veille jalousement à sa liberté d'appréciation et de parole. Elle n'est la voix d'aucun groupe professionnel particulier ni d'aucune institution privilégiée : Etat, collectivités locales, organismes sociaux ou mutualistes, acteurs associatifs. Elle n'en engage aucun mais les concerne tous.

Les dix thèmes considérés ici comme prioritaires n'épuisent évidemment pas tous les domaines où l'action publique est nécessaire pour préserver et promouvoir la santé des individus. Leur liste et leur contenu sont cependant illustratifs des critères de

Denis ZMIROU, Président de la Société française de santé publique.

jugement en santé publique. Tous, sauf « la maîtrise des dépenses de santé », d'une autre nature, s'inscrivent dans le triptyque :

1. un grand nombre de personnes touchées,
2. des conséquences graves pour le bien-être ou l'intégrité physique ou mentale des sujets atteints,
3. l'existence de possibilités, plus ou moins complexes, d'agir sur les déterminants, de prévenir ou soulager les conséquences de ces troubles.

Certains thèmes sont porteurs d'une critique aiguë de l'organisation du système de santé et, plus généralement, du système de protection sociale. La SFSP ne se contentera pas, en effet, d'œuvrer le mieux possible dans le système tel que l'histoire nous l'a légué. Elle entend aussi apporter sa contribution, forte de l'expérience de ses membres, pour faire évoluer les mentalités et infléchir les décisions politiques au niveau local ou national, lorsque cela lui paraît justifié.

Dans cette démarche, les connaissances scientifiques issues des différentes disciplines des sciences biomédicales, mais également des sciences sociales ou des sciences de l'ingénieur, doivent être intégrées pour permettre de réduire les risques et d'optimiser l'action. Celle-ci doit être conduite non pour contraindre ou imposer des valeurs morales mais au contraire pour favoriser l'expression de la liberté de chacun à choisir son mode de vie en toute conscience. C'est pourquoi la santé publique repose sur le droit à l'information claire et accessible et combat les tentatives de conditionnement, parmi lesquelles la publicité pour des consommations ou des conduites à risque visant des personnes vulnérables ou dépendantes. La santé publique est donc guidée par un principe de liberté.

Le souci d'accompagner ou, lorsque cela est nécessaire, de protéger les personnes et les groupes sociaux les plus fragiles, du fait de leur âge, de leur niveau d'instruction, de leur statut économique ou de leur condition sanitaire, caractérise aussi l'action en santé publique. Ce principe d'équité implique une politique volontariste pour, tant que faire se peut, compenser les handicaps de la vie et de la société. Respect des libertés et souci d'équité appellent l'intervention vigilante des pouvoirs publics, au niveau de l'Etat en premier chef, mais aussi au niveau des collectivités territoriales. La constitution de l'Organisation mondiale de la santé inscrit la protection de la santé parmi les obligations inaliénables des Etats. Or, les pouvoirs publics ne peuvent répondre à tous les besoins. Ils doivent mobiliser des acteurs. Ils doivent faciliter l'exercice des professionnels qui concourent à la préservation de la santé, à sa réparation ou à l'accompagnement des personnes handicapées. Ils doivent aussi promouvoir la responsabilité de chacun et encourager l'initiative communautaire, notamment par le biais de l'action associative.

Cependant, l'action des pouvoirs publics est essentielle car elle présente deux traits qui conditionnent l'efficacité d'une politique de santé publique : elle permet d'articuler les différentes politiques sectorielles dont l'impact sur la santé est sans doute plus important que les interventions strictement médicales (le logement, l'instruction, l'emploi...); elle inscrit l'effort de chacun dans un plan d'ensemble qui potentialise les actions particulières en réduisant leur dispersion.

Pourquoi publier aujourd'hui ce document ? Celui-ci a une vocation interne et remplira une mission externe. Il s'agit d'abord d'éclairer l'action des professionnels de la santé publique auxquels s'adresse naturellement la SFSP, en leur proposant des objectifs motivants pour leur action quotidienne auprès des publics et au sein des institutions qu'ils servent. Ce faisant, ces professionnels contribueront à éclairer, en ricochet, l'action de ces institutions et les décisions de leurs responsables politiques ou administratifs, dont ils sont souvent des agents techniques écoutés. En second lieu, ce texte espère interpeller directement ces décideurs pour qu'ils s'inspirent de ces principes et de ces objectifs lorsqu'ils définiront leurs propres priorités. Il s'adresse aussi aux acteurs du quatrième pouvoir, celui des médias. La santé publique implique un débat public, ouvert et responsable. La SFSP les invite à se saisir de ce matériau pour alimenter ce débat et participer à la promotion d'une culture de santé publique qui fait si gravement défaut en France, aujourd'hui. Faute d'une telle culture, les grandes décisions qui façonnent notre système de santé sont empreintes d'une vision alternativement purement biomédicale et technique, dont les limites ont été récemment soulignées par le Haut comité de la santé publique, ou rigoureusement économique, voire exclusivement comptable, dont les effets pervers peuvent être dramatiques, comme nous l'enseigne douloureusement une des dimensions de l'« affaire » du sang contaminé.

Enfin, ce texte voudrait pouvoir toucher également les partenaires incontournables d'une action de santé publique que sont les professionnels des soins. Il les appelle à saisir toutes les occasions qui se présentent à eux pour agir le plus en amont possible, en vue de prévenir les situations qui menacent le bien-être de leurs patients ou de la collectivité au sein de laquelle ils exercent. L'intimité qu'ils ont, plus que tout autre, avec la souffrance, peut ainsi être mise au service d'un engagement à témoigner auprès des pouvoirs publics locaux, dès lors qu'ils auront pu percevoir une origine extérieure à ces troubles (conditions d'habitat, niveau d'instruction, pauvreté, chômage). Les professionnels de santé publique sauront alors les épauler pour analyser les problèmes et réfléchir aux mesures les plus appropriées.

Par cette publication, la SFSP s'engage donc à agir, avec clairvoyance et énergie, pour faire en sorte que puissent être atteints ces objectifs, à la fois ambitieux et réalistes. Car le réalisme n'est-il pas d'agir au mieux aujourd'hui en pensant à demain ?

PRÉAMBULE AUX PROPOSITIONS SUR L'ALCOOLISME, LE TABAGISME ET LA TOXICOMANIE

L'usage et l'abus de produits nocifs pour la santé : une approche d'ensemble ; des interventions diversifiées

Parmi les priorités identifiées par la Société française de santé publique, trois thèmes méritent une attention particulière, car ils présentent à la fois des convergences et des différences ; il s'agit de la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et les toxicomanies, prises dans le sens restreint de l'usage et de l'abus de drogues illicites, associées ou non à des produits licites (alcool ou médicaments).

Convergences des problématiques ; il nous paraît essentiel de ne pas masquer, par une approche isolée de ces trois comportements à risque, la réalité de situations de détresse ou de mal-être pouvant s'exprimer sous des formes diverses. C'est dans ce sens qu'il faut accepter le terme plus général d'abus ou d'usage excessif de produits toxiques pour la santé de l'être humain. Cette reconnaissance des multiples formes de rencontre et d'attachement à un produit toxique, qu'il soit ou non licite, est importante à prendre en compte dans la mise en place d'interventions adaptées auprès des populations. Une véritable démarche de santé publique se doit en effet de comprendre l'ensemble des déterminants des conditions addictives, afin de proposer des mesures adéquates, qu'elles soient actives ou passives, qu'elles agissent plutôt sur l'incitation à des modifications de comportements ou qu'elles mettent l'accent sur des dispositions réglementaires, voire économiques.

Tout en évitant le « saucissonnage » des problématiques, il est essentiel de souligner les spécificités de chaque situation et les particularités qu'elles peuvent engendrer, tant dans l'analyse de la situation que par la nature des moyens à mettre en œuvre. C'est pourquoi nous avons voulu préserver une analyse spécifique de chaque priorité. Parce que la connaissance, la spécificité et le niveau des risques ne sont pas les mêmes pour chacun des produits. Parce que le nombre et les caractéristiques des personnes touchées ou « à risque », au sens épidémiologique du terme, ne sont pas super-

posables. Parce que la forme des interventions, leur efficacité documentée et leur « faisabilité » ne se rejoignent pas forcément. Parce que, enfin, les obstacles rencontrés peuvent être de nature et d'intensité fort différentes. Dans une telle optique, il nous paraissait donc essentiel de ne pas compromettre une analyse aussi juste que possible des problèmes et des solutions à apporter par un traitement trop général de ces questions.

Nous avons donc opté pour trois textes exprimant chacun une sensibilité particulière et préconisant des modes d'approches et des interventions différents. Cette diversité nous paraît légitimée par le constat de réalités épidémiologiques, mais aussi sociales, qu'il serait absurde d'ignorer. Mais, au-delà de ces particularités, il est à l'évidence des jonctions, des interfaces à trouver. La forme de ces documents ne doit donc pas être un obstacle à la recherche de synergies, que ce soit pour mieux connaître et comprendre ces phénomènes ou pour trouver et appliquer des interventions efficaces.

GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS *

EXTRAIT

La SFSP considère que le processus de « précarisation » d'une partie de plus en plus importante de notre société est une menace à l'un des objectifs essentiels de notre système de santé : l'accessibilité de tous à des soins de qualité. L'existence de disparités dans l'état de santé liées aux inégalités sociales est un phénomène qui doit être combattu. Nos propositions s'articulent autour de quatre grandes séries de mesures :

1) Des mesures d'ordre économique dans l'attente d'une réforme de fond du système social

- **Systématiser le dispositif du tiers-payant et mettre en place un barème dégressif pour les frais non remboursés en fonction du revenu de l'assuré ;**
- **Augmenter, de façon substantielle, la prise en charge des soins et prothèses dentaires, optiques et auditives ;**
- **Simplifier au maximum les procédures ;**
- **Interdire aux régimes complémentaires toute sélection ou discrimination pour motifs de santé innés ou acquis ;**
- **Modifier les conditions de l'attribution de l'aide médicale, tant que ce type d'aide s'avère nécessaire ;**
- **Réorienter les ressources économisées par les collectivités locales du fait de l'extension de la couverture par la Sécurité sociale, vers les dispositifs d'accompagnement médico-social.**

2) Des mesures concernant la population

- **Développer, en partenariat avec les populations, des actions de promotion de la santé. ces actions doivent s'élaborer dans une perspective globale de « citoyenneté sociale » ;**
- **Mettre en place dans les quartiers des lieux d'écoute, d'accueil et d'accompagnement, reliés à des réseaux de solidarité ;**
- **Offrir, lors de tout nouveau contact social (nouvel emploi, formation, orientation...), la possibilité de faire, avec les personnes, un point sur leur santé et leurs difficultés à être prises en charge par le système de soins, préventif et curatif.**



* Coordinateur : Jacqueline CONARD - Société régionale de santé publique Rhône-Alpes. Avec la participation de : Sylviane BOIGE-FAURE, Agnès GRANIER, Denis ZMIROU - SRSP Rhône-Alpes.

3) Des mesures concernant les professionnels

- Mettre en place des programmes de formation à l'intention de tous les professionnels impliqués, portant sur la connaissance des populations précarisées, les dispositifs d'accès aux soins, l'accueil et la mise en œuvre d'actions de santé communautaire ;
- Développer des réseaux d'échange et de partenariat pour favoriser le décloisonnement des actions sur le plan local.

4) Des mesures pour l'amélioration des connaissances et l'évaluation des actions

- Il est indispensable, dans ce domaine, de disposer d'indicateurs pertinents, permettant à la fois de mieux connaître la réalité, mais également de pouvoir évaluer l'efficacité des mesures préconisées ou des dispositifs mis en place.



INTRODUCTION

Une aggravation importante de la précarité, depuis 20 ans, place la France ainsi que bon nombre d'autres pays « développés » dans une situation difficile, avec 5 millions de personnes en situation de précarité dont 3 millions cumulent de multiples handicaps et vivent en dessous du seuil de la pauvreté, c'est à dire plus de 10 % de la population [4].

Il existe, comme dans tous les pays, des disparités de santé selon les catégories sociales. Les travaux les plus récents sur les inégalités sociales font apparaître que si la PCS (profession, catégorie sociale) et le statut professionnel restent des catégories pertinentes, les lignes de fracture que sont le revenu disponible ou le risque de précarité jouent un rôle important [13] : les bénéficiaires du RMI présentent plus de pathologies organiques que les ouvriers spécialisés sans compter l'apparition ou l'aggravation de souffrances psychologiques, et les groupes défavorisés consomment globalement moins de soins médicaux que les groupes favorisés, alors qu'ils sont en moins bon état de santé.

Le Haut comité de la santé publique, dans son rapport général de novembre 1994, a placé les difficultés d'accès aux soins et à la prévention parmi un des quatre déterminants principaux d'un bon état de santé de la population.

Des mesures législatives ont été prises pour améliorer l'accès aux soins [18]. Elles restent à compléter, à simplifier et à harmoniser. Mais l'accès aux soins ne se résume pas à la levée des obstacles administratifs et financiers : il ne suffit pas d'accéder à un droit, encore faut-il pouvoir l'exercer. La problématique de la démarche de soins est beaucoup plus complexe ; elle met en jeu de nombreux facteurs psychologiques, sociaux, culturels et nous demande une adaptation des réponses à apporter tant en matière de soins qu'en prévention.

Les associations ont développé un savoir et un savoir faire en matière d'accès aux soins médicaux pour les personnes qui connaissent de graves difficultés. Elles pallient les insuffisances des institutions responsables. L'action de ces associations connaît des limites qu'elles dénoncent elles-mêmes en affirmant qu'il ne leur revient pas de se substituer aux pouvoirs publics.

Il faut donc aujourd'hui aller plus loin : repenser ou adapter le système de santé de façon à mieux accueillir les populations en situation de précarité et les prendre en charge dans leur globalité. Ce travail ne peut se faire que par une mise en réseau des différents corps professionnels concernés par la précarité. Il faut aussi innover dans le champ de la prévention et des approches communautaires qui favorisent la participation des populations pour la sauvegarde et la promotion de leur santé.

Par ailleurs, le souci de la SFSP est de resituer ce problème de la lutte contre la précarité dans un contexte global. C'est pourquoi il ne faut pas séparer les propositions faites dans ce chapitre des neuf autres priorités développées par ailleurs. Ainsi, il est incontestable que certains des problèmes abordés dans ce document (alcoolisme, tabagisme, troubles mentaux...) soit prennent des dimensions plus importantes, soit entraînent des caractéristiques particulières liées à la situation de précarité. Egalement, les recommandations faites dans le cadre du chapitre sur la santé et la sécurité au travail doivent être adaptées à l'évolution des emplois précaires. Enfin, la réflexion menée autour de l'évolution des dépenses de santé est étroitement articulée aux propositions que nous développons dans ce chapitre.

I. LA PRÉCARITÉ

A. Définitions

Wresinski. Conseil économique et social, CES, 1987.

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible [22] ».

Paugham. Centre de recherche et d'études sur les coûts, CERC, 1993.

« La pauvreté est un phénomène multidimensionnel qui ne se résume pas à l'aspect économique, l'insuffisance de revenus ; elle est aussi un processus de disqualification sociale, susceptible de refouler d'étape en étape diverses franges de la population dans la sphère de l'inactivité professionnelle et de l'assistance en augmentant pour elles le risque de cumuls des difficultés ou des handicaps [17] ».

B. Approches de la précarité

Ces deux définitions font apparaître que la précarité n'est pas un état mais un processus qui peut mener à l'exclusion. Il y a différentes manières d'intégrer ce processus, chacune d'entre elles révèle des situations personnelles différentes.

Ces entrées dans l'exclusion par la précarité sont autant de situations différentes face à l'accès aux soins. Tantôt stagiaire, tantôt « RMIste », tantôt sous contrat, tantôt seul, tantôt avec des enfants à charge... Chaque personne passe elle-même d'une

situation à l'autre et peut avoir ses droits qui se modifient plusieurs fois dans une même année.

Quelques situations vécues :

- un homme, seul, vivant à la rue, perd tous ses papiers ;
- dans une famille de cinq enfants suivis par les services de l'Aide à l'Enfance, le père quitte son travail sur un coup de tête et perd tous ses droits aux allocations chômage ;
- un cadre perd son travail, puis rentre dans une phase dépressive rendant difficile toute recherche d'emploi, il part de chez lui en laissant femme et enfants ;
- un jeune, en rupture avec ses parents, sans formation, décroche un stage de 6 mois par la Mission Locale, puis aucun emploi pendant des mois : c'est le chômage, la délinquance...
- une femme vit seule avec ses deux enfants, le dernier passe ses trois ans, elle perd son droit à l'allocation parent isolé, se retrouve sans ressources ;
- une famille marocaine vit dans un quartier HLM depuis 20 ans ; le père se retrouve au chômage. Parmi les 10 enfants, un seul a terminé son cycle secondaire ; tous sont suspendus aux aides sous toutes leurs formes.

Ces situations mouvantes rendent les approches statistiques difficiles. Cependant, de nombreux travaux ont déjà été réalisés et les équipes de chercheurs ont voulu mieux identifier les populations les plus fragiles en exploitant certains gisements d'information ou en affinant certains indicateurs tels que :

- la nature du dispositif d'appartenance aux régimes sociaux : par exemple bénéficiaires RMI, chômeurs longue durée, jeunes en stage d'insertion, exploitants agricoles en difficulté, population carcérale [32],
- les ressources, l'habitat, le niveau de vie défavorable dans l'enquête « population défavorisée » de l'INSEE,
- chômeurs, chômeurs de longue durée, bénéficiaires du RMI, coupures d'électricité, demandes d'expulsion, illettrisme : Mission régionale d'information sur l'exclusion Rhône-Alpes [31],
- situations face à l'emploi. Cinq situations sont définies : emploi stable non menacé, emploi stable menacé, emploi instable, chômage de moins de deux ans, chômage de plus de deux ans : Centre d'études et de recherches sur les coûts (CERC) [17].

C. Quelques chiffres

Rappelons les chiffres annoncés dans l'introduction et issus du rapport Chassériaud : 5 millions de personnes en situation de précarité dont 3 millions vivent en dessous du seuil de la pauvreté.

Aujourd'hui, nous sommes au-dessous du seuil des 3 300 000 chômeurs. Selon toutes les prévisions leur nombre restera cependant très élevé encore longtemps.

Le nombre de bénéficiaires du RMI augmente : 940 000 foyers bénéficiaires au 31 décembre 1994, soit + 18,5 % en 1994 et + 18 % en 1993 contre + 15,3 % en 1991 et 1992, soit 11 000 personnes supplémentaires par mois [26].

D'après les études du CERC, plus que l'appartenance à telle ou telle catégorie socio-professionnelle, c'est la situation face à l'emploi qui joue un rôle déterminant dans le processus de précarisation. Depuis cinq ans ce processus s'accélère et le nombre de personnes en situation de précarité augmente.

De 1987 à 1992 [17] : on observe une tendance à l'augmentation du poids des statuts précaires (intérim, apprentissage, contrat à durée déterminée, stages et contrats aidés par les pouvoirs publics) dans la population des actifs occupés : de 4,2 % (en 1987) à 6,4 % (en 1992) des femmes actives occupées ont un emploi précaire, avec un écart grandissant entre les hommes et les femmes, pour ce type de statut ; le taux de chômage des cadres a triplé ; le taux de chômage des ouvriers non qualifiés a nettement augmenté ; parmi les personnes en situation précaire on retrouve surtout des femmes dont le taux de chômage, à diplôme égal, est toujours supérieur à celui des hommes, des personnes ayant connu une rupture conjugale, des familles monoparentales et des familles nombreuses.

II. LA LÉGISLATION CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS

A. Rappel historique

Les phénomènes de grande pauvreté se sont révélés avec une très forte ampleur au cours des années 80, mais ce n'est que quelques années plus tard que la problématique de l'accès aux soins de ces populations a été analysée et prise en compte, même si le rapport Oheix (« Contre la précarité et la pauvreté - soixante propositions ») préconisait dès 1981 l'affiliation systématique à la sécurité sociale avec vérification des droits *a posteriori*.

Le Forum de Nancy « Promotion de la santé : le Quart-Monde, acteur et partenaire » (Avril 1985) reste dans beaucoup de mémoires comme un exercice véritable de la démocratie, dans le sens où les moyens mis en oeuvre ont permis à toutes les parties concernées de donner leur avis et d'orienter leurs décisions ultérieures [23].

L'ouverture des antennes de soins gratuits de Médecins du Monde (1986) et de Médecins Sans Frontières (1987) a contribué à la mise en évidence d'une large population exclue des soins.

Le rapport Wresinski – Conseil Economique et Social, 1987 – outre ses propositions de réformes, relatives à la sécurité sociale et aux mutuelles, a montré les lacunes de l'assurance maladie, les obstacles financiers, les limites de l'aide médicale qualifiée de restrictive, contraignante, humiliante et hétérogène selon les départements [22].

Le rapport Revol – Inspection Générale des Affaires Sociales, 1987 – proposait d'améliorer les conditions d'accès aux soins et conseillait de simplifier les procédures en 40 propositions concrètes [19].

L'instauration du RMI par la loi du 1^{er} décembre 1988 a permis une amélioration de la protection sociale de ses bénéficiaires et a révélé leurs nombreux problèmes de santé.

Pour faciliter encore l'accès aux soins, de nombreux départements mettent en place, entre 1989 et 1992, dans le cadre de l'aide médicale, soit des cartes santé soit un système de mutualisation. Fin 1991 une trentaine de départements avaient un système carte santé ou assimilable [9].

Mais on constate une grande disparité des efforts consacrés à l'aide médicale dans les départements (le poids du budget de l'aide médicale varie de 3 % dans certains départements ruraux à 13 % en Ile-de-France) et un vide juridique persiste. Devant ces constats, le législateur propose une nouvelle loi : c'est la réforme de l'aide médicale du 29 juillet 1992. Cette loi assoit les acquis dans un cadre juridique solide. Elle conforte des initiatives pertinentes, par exemple l'extension des droits à l'aide médicale aux non bénéficiaires du RMI, la prise en charge des cotisation d'assurance personnelle pour les jeunes. Elle incite fortement à la mise en place d'un barème qui soit une norme précise, opposable. Elle permet plus de rapidité dans les procédures d'admission [18] [21].

B. Bilan actuel

A ce jour, 0,7 % de la population n'a toujours pas de couverture assurance maladie. Cependant, fin 1994, le Ministre des Affaires Sociales a annoncé une généralisation (100 %) de la couverture de l'assurance maladie [24].

La Délégation Interministérielle au RMI fait l'analyse suivante : « les évolutions sont incontestables, même si on est encore très loin d'une mise en œuvre complète des dispositions de la loi de juillet 1992. On sent très nettement que certains départements ont intégré, voire anticipé, la logique de la loi. D'autres ont plus de difficultés à se sortir de la logique de l'aide sociale traditionnelle : l'aide médicale devenue un droit par la loi de Juillet 1992, est restée dans le cadre juridique de l'aide sociale dont l'attribution est soumise à une décision discrétionnaire, démarche contradictoire avec la notion de droit. Ceci est particulièrement net lorsque que l'on voit que les diffé-

rentes procédures restrictives de l'accès à l'aide médicale ont tendance à se cumuler dans les mêmes départements. La priorité est donc la réduction de ces disparités et la simplification des procédures ».

Il semblerait que les difficultés rencontrées soient dues à plusieurs facteurs locaux [35] :

- la crainte de la part des gestionnaires et des élus, d'une inflation de la consommation médicale par les bénéficiaires de l'aide médicale,
- des blocages de la part de certains responsables administratifs à partir d'idées reçues telles que « les RMIstes au soleil »,
- une réelle difficulté à gérer les différents modes de prise en charge (dans certains départements, on note jusqu'à 20 % de doublons dans les fichiers),
- une opacité des barèmes d'attribution de l'aide médicale,
- un manque de coordination entre départements, ce qui augmente les obstacles pour les personnes se déplaçant d'un département à l'autre,
- un manque d'information en direction des publics concernés.

Par ailleurs, l'application de la loi est délicate à évaluer ; les données statistiques des organismes d'assurance maladie et/ou des Départements ne sont pas toujours disponibles, ni toujours fiables puisqu'elles ne permettent pas de distinguer les différentes catégories de bénéficiaires de l'aide médicale.

Devant la persistance de ces nombreuses difficultés d'accès aux soins, le précédent Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville avait adressé aux préfets, aux DRASS et aux DDASS une circulaire relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies (circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 9528 du 21 mars 1995) leur enjoignant de procéder à un bilan de la situation dans leur département, en particulier avec des représentants d'associations et d'organismes concernés, et d'élaborer, pour le 1^{er} octobre 1995, un plan départemental d'accès aux soins.

Mais la loi de juillet 1992, est-elle vraiment une réforme ? N'est-ce pas plutôt un « toilettage » d'un dispositif devenu complètement inadapté au fil du temps et que l'on a essayé de rajeunir ? [35]

De leur côté, les associations, regroupées sous une seule voix ALERTE [33], se sont mobilisées autour de l'insuffisance des lois actuelles et réclament une loi-programme contre la grande pauvreté dans laquelle devrait être intégrée la loi concernant l'aide médicale et la création d'un comité national permanent (instance interministérielle) de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

III. LES CONSTATS

A. Constats économiques

La dépense de santé en France est l'une des plus élevées du monde. Actuellement, la France se situe au 3^e rang pour la part des dépenses de santé dans le PIB (derrière les Etats-Unis et le Canada) et au 5^e rang pour la dépense de santé par personne (après les Etats-Unis, le Canada, la Suisse, et l'Allemagne). Depuis 20 ans, les pouvoirs publics essaient de réguler les dépenses mais leur progression n'a pu être contenue : progression de la part de ces dépenses dans le PIB de 6,2 % (1970) à 10,2 % (1993) [6].

La comparaison avec d'autres pays remet en cause certaines idées reçues : les pays où la couverture sociale est la plus étendue ne sont pas ceux où les dépenses augmentent le plus vite, même lorsque les patients sont dispensés d'avance de frais. Par ailleurs, en France, l'efficacité du dispositif en termes de santé n'est pas évidente et franchement insatisfaisante si l'on se penche sur les disparités sociales et géographiques [34] [13].

Si la France a ralenti la part d'accroissement des dépenses de santé dans le PIB par rapport à l'évolution des années 60 et 70, les résultats sont nettement moins bons qu'en Allemagne, en Suède et au Japon. Contrairement à ces pays, la France s'est obstinée à jouer sur la demande en faisant porter une part croissante des dépenses de santé sur les ménages. Le niveau de remboursement par la sécurité sociale a décliné de 76,5 % en 1980 à 73,9 % en 1993 [30]. Même en prenant en compte l'aide médicale, la France est seulement au 14^e rang des pays de l'OCDE pour la part du financement public. Ainsi, en 4 ans, et en Francs constants, les dépenses de santé non remboursées ont augmenté de plus de 10 %.

Entre 1960 et 1990, la proportion de la population couverte par l'assurance maladie connaît une forte extension : de 75 % des personnes couvertes en 1960, elle passe à plus de 90 % en 1991. Par ailleurs, une couverture complémentaire se développe : 30 % de la population en bénéficie en 1960 et 83 % en 1991, mais qu'en est-il des 17 % non mutualisés ?

Précisons cependant que ce n'est pas la couverture complémentaire qui a le plus contribué au développement de la consommation médicale ; les causes majeures de cette croissance persistante se retrouvent plutôt dans la médicalisation des habitudes de vie et dans la technicisation de la médecine avec une multiplication des examens paracliniques coûteux [15].

L'accroissement de 5 points du ticket modérateur en 1993 a déplacé encore plus les dépenses sur les ménages et les mutuelles. A la suite de cette mesure, ces dernières

ont augmenté leurs cotisations de 14 % en moyenne [29] : c'est l'effet pervers d'une maîtrise comptable qui ne joue que sur la demande. Un nombre croissant de ménages ont des difficultés pour payer leurs dépenses de santé et renonce à des soins pour des raisons financières [1].

Des études montrent très clairement les disparités de couverture sociale (assurance maladie plus couverture complémentaire) en fonction du niveau socioprofessionnel : les assurés d'un niveau d'études supérieures sont les mieux protégés. Aujourd'hui, la disparité sociale la plus marquée en matière de protection maladie est celle qui oppose les ouvriers, artisans - commerçants et agriculteurs aux autres milieux sociaux [3]. La proportion d'assurés sociaux sans couverture complémentaire diminue avec la progression du revenu : en dessous de 2 700 F mensuels par unité de consommation, près de 30 % des assurés ne bénéficient pas de couverture complémentaire. Force est de constater que les personnes les moins couvertes sont celles qui ont le risque le plus grand, ce qui apparaît plus proche du principe de l'assurance que de celui de la solidarité [14].

De plus, avec la venue sur le marché économique concurrentiel de la couverture complémentaire, principalement par le biais des assurances privées, celles-ci privilégient les contrats à « bas risques » et évitent ceux à « mauvais risques » : ainsi elles génèrent une exclusion (supplémentaire) de l'accès aux soins des populations fragilisées.

Que peut-on dire des disparités dans la consommation de soins ?

Une meilleure couverture maladie, qu'elle soit par une assurance complémentaire, par le régime de sécurité sociale ou par un dispositif carte santé, permet un accroissement du nombre de recours qui harmonise les comportements et les ramène vers la moyenne de la consommation médicale (il s'agit plutôt de rattraper un retard) sans pour autant entraîner de surconsommation. Par exemple, dans la Drôme, une comparaison des recours aux soins avant et après l'obtention de la carte santé ne montre pas de surconsommation [12] ; une étude de la CPAM de Lyon, faite sur une circonscription où des abus étaient suspectés, ne confirme pas la rumeur de dérives : les bénéficiaires du Passeport Rhône Soins (2,8 % des assurés) utilisent environ 1,9 % des remboursements (de soins ambulatoires et pharmacie).

A morbidité égale, les groupes les plus défavorisés consomment moins que les groupes favorisés [21].

Les chômeurs sont plus souvent hospitalisés (sans que l'on puisse déterminer si le chômage est une cause ou un effet d'un moins bon état de santé) et ils déboursent moitié moins pour les spécialistes que les actifs [1].

La consommation médicale dépend aussi des habitudes culturelles : même avec une assurance complémentaire, les ouvriers vont presque deux fois moins chez le spécia-

liste que les cadres. Aussi, le niveau du ticket modérateur n'explique pas tous les écarts de consommation : des facteurs d'ordre culturel interviennent de manière majeure dans la décision de recours aux soins [1] [2].

B. Disparités de santé et inégalités sociales

L'état de santé des populations en situation de précarité est très souvent dégradé. Etant donné que ces populations sont mal identifiées et difficilement repérables, il est donc difficile d'obtenir des données épidémiologiques concernant l'ensemble. Quelques études existent sur des groupes bien délimités tels que les bénéficiaires du RMI, les utilisateurs d'antennes de soins associatives, les jeunes en stage d'insertion et les jeunes scolarisés.

Les bénéficiaires du RMI auraient une mortalité deux à trois fois plus élevée que celle de la population générale [20]. Les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés sont, par ordre de fréquence les troubles dentaires (27 %), les problèmes de santé mentale (angoisse, dépression, alcoolisme) (26 %), les pathologies ostéo-articulaire (19,5 %), cardio-vasculaire (16 %) et digestive (13,5 %).

Une analyse comparative de la morbidité des bénéficiaires avec celle des ouvriers spécialisés fait apparaître que 3 pathologies sont 2 fois plus représentées chez les bénéficiaires du RMI ; ce sont les pathologies mentales, respiratoires et cutanées.

Un des comportements influant sur la santé : l'alcoolisme. « S'il y a des causes qui peuvent pousser à boire telles la pauvreté ou la grande pauvreté ; s'il y a des conséquences à l'abus chronique d'alcool, il y a aussi des raisons de boire déraisonnablement et ce sont elles qui font véritablement problème » (D^r Jean MAISONDIEU).

Une des caractéristiques de la morbidité de ces populations est le cumul de plusieurs troubles, dont les principaux évoqués ci-dessus, tel un « décor pathologique » installé sur lequel se greffent des problèmes plus graves et incapacitants. En tenant compte de la vulnérabilité particulière de ces personnes, une remise au travail, même temporaire, est un acte qui mérite attention. Cette reprise d'activité se fait trop souvent dans un contexte de « bricolage », alors qu'on s'adresse à des personnes qui ont des statuts précaires et qu'on leur propose un travail non dénué de risques professionnels (bâtiment, maçonnerie, charpente, démolition, débroussaillage, nettoyage de rivières...).

Les jeunes en difficulté

On les rencontre dans les dispositifs d'insertion tels la Mission Locale, les stages de formation CFI - PAQUE. En France, 700 structures (Missions Locales, Permanences Accueil Information Orientation) accueillent 900 000 jeunes en difficulté de 16 à 25 ans, soit 10,6 % de la tranche d'âge.

Les pathologies rencontrées sont les mêmes qu'en population générale mais se retrouvent beaucoup plus fréquemment (problèmes dentaires, statiques, vue...) et sont la traduction de déficits de suivis pendant l'enfance. Les pathologies à composante psychosociale sont plus fréquentes (violences, conduites à risque) et un jeune sur cinq vit une situation familiale conflictuelle où prédomine la violence réciproque.

C. Dispositifs et structures de prise en charge

a) L'aide médicale

Depuis la loi de décentralisation, les Départements ont compétence pour gérer la plus grande partie de l'aide médicale. Bon nombre de départements, en conservant des circuits trop longs et trop administratifs pour les décisions d'attribution de l'aide médicale, n'ont pas facilité l'accès aux droits aux personnes les plus en difficulté.

b) les dispositifs jeunes

Les jeunes en difficulté n'ont pu bénéficier à titre personnel du droit à l'assurance maladie et à l'aide médicale que depuis la loi du 29 juillet 1992. Les dispositifs jeunes prévus (sauf dispositifs locaux particuliers : carte santé jeunes), visites médicales et actions de santé sont soumis à une double tutelle – Ministère de la Santé et Ministère du Travail – ce qui ne facilite pas toujours leur mise en œuvre [7] [10] [16].

Malgré le rôle essentiel de ces dispositifs dans l'intégration sociale et professionnelle des jeunes, ils ne s'inscrivent pas suffisamment dans la durée, reposant sur un renouvellement annuel de financements, perçus comme incertains, et employant des médecins sous des statuts précaires. Par ailleurs, les redéploiements de crédits de fin d'année auxquels il faut répondre dans l'urgence rentrent en contradiction avec la nécessité de plans d'actions de prévention à plus long terme [25].

c) L'hôpital

L'évolution des techniques et les impératifs d'une gestion managériale font que l'hôpital public est loin d'être toujours accueillant pour les plus démunis. Par une circulaire (17 septembre 1993), le Ministre a rappelé à l'ordre les établissements et a incité à mettre en place des structures mieux adaptées à la prise en charge des exclus. Il faut fixer de nouvelles orientations dans ce domaine afin de renouer avec la prise en charge sanitaire et la préoccupation sociale. Les informations à notre disposition semblent démontrer qu'il existe de très fortes résistances tant au niveau des directions (affrontement de la logique économique et de la logique de soins) que du personnel (nécessité de formation).

La création de structures comme les SAMU sociaux démontre que notre système de soins a bien du mal à prendre en charge ceux qui se trouvent hors de la normalité

sociale et qui accèdent à la médecine uniquement par les urgences dans des conditions trop souvent catastrophiques.

d) Les associations

Malgré l'évolution des mesures sociales prises pour améliorer l'accès aux soins, les centres de santé des associations humanitaires ne désemplassent pas et les associations sont toujours en première ligne dans ce domaine. La clientèle des centres de soins gratuits est constituée de grands exclus, souvent dépourvus de tous papiers, alors que, selon les termes de la loi, une très grande majorité de ces personnes pourraient être directement soignées par le circuit normal.

Où est la faille ? L'association trouve-t-elle, par sa proximité et sa disponibilité, une justification rassurante à ne pas vouloir « lâcher ses clients » ? Ou bien l'institution ne veut-elle pas se donner les moyens pour que cette même clientèle vienne plus facilement frapper à la porte ? Délègue-t-elle alors sciemment ses responsabilités ? Certes, l'association est un lieu intermédiaire qui semble indispensable pour des gens qui sont souvent réticents à entamer des démarches administratives. Mais ce lieu ne devrait être que transitoire. Or, il perdure.

e) La politique de la ville

Bon nombre de communes ont bénéficié, depuis les années 80, de subventions dans le cadre des projets Développement social des quartiers - DSQ. Si quelques-unes avaient à cœur d'y inscrire des actions de santé communautaire, ce n'est que depuis le XI^e plan (1994) qu'il y a une véritable incitation à la mise en œuvre d'un volet santé dans le cadre des contrats de ville.

D. Les professionnels et les usagers

Les professionnels du monde médical et du monde social ont reçu chacun une formation spécifique sur les problèmes concrets qu'ils auraient à traiter : une grippe à soigner, un dos à rééduquer, un dossier à constituer pour trouver logement, emploi... et savent très bien répondre à ce type de demande. Mais la demande s'est modifiée. Probablement à cause de la complexité des situations vécues par les individus (cumul et origines multiples des problèmes), la demande devient de plus en plus floue, de plus en plus difficile à cerner.

Les professionnels n'ont pas eu, dans leur formation, les éléments de connaissance et de réflexion qui leur permettent d'affronter les problèmes actuels. Ils sont souvent désemparés devant des besoins d'accueil, d'écoute, et peuvent éprouver certaines difficultés d'analyse et d'orientation des situations. Ces professionnels ne sont pas non

plus toujours en capacité de décrypter paroles et comportements, ni formés pour une prise en charge de la souffrance psychologique et un accompagnement des malades vers des démarches de soins. En face du mal vivre des populations en situation de précarité, on assiste à un malaise des professionnels qui peuvent être tentés de se décharger sur l'autre spécialité alors que les notions de complémentarité, de décloisonnement professionnel et de travail en réseau paraissent indispensables.

Pour les difficultés d'ordre culturel des solutions existent, même si elles sont plus difficiles à mettre en œuvre : **les personnes en situation de précarité** ont généralement une attitude peu préventive devant la maladie, elles attendent l'urgence pour intervenir. La honte est le sentiment qui prédomine, honte du statut de pauvre devant la société : la personne s'isole, se tait, ne parle pas, ou, au contraire, elle revendique, par fierté, ne pas avoir besoin d'assistance [8].

Et c'est ce refus (de la honte), ainsi que les craintes de conséquences néfastes pour sa famille (placements d'enfants), qui fait que la personne ne cherche pas à remplir son dossier RMI, son dossier d'aide médicale...

Il est sûr, dans ce contexte, que, avant même de proposer des actions de prévention, il est important de réfléchir à de nouvelles approches communautaires, où les individus auront toute leur place, retrouvant dignité et considération, notamment dans le regard des professionnels qui les entourent. En partant des savoirs et des savoirs faire, en favorisant l'expression individuelle et collective, en intégrant la notion de temps, les personnes concernées pourront peu à peu accéder à une meilleure prévention [11] [23].

IV. PROPOSITIONS - ACTIONS PRIORITAIRES

Dans ce chapitre, la SFSP propose des mesures se situant aux différents niveaux de l'accès aux soins évoqués précédemment.

A. Mesures d'ordre économique

Aucun modèle théorique d'organisation du système de santé ne démontre une supériorité absolue sur les autres. Les deux systèmes extrêmes, le tout Etat et le tout marché ne fonctionnent nulle part à l'état pur. Le système français se trouve dans une situation intermédiaire. L'éventail des possibilités pour l'organisation du système de santé français n'est finalement pas très large si l'on doit concilier les deux principes de solidarité (couverture pour l'ensemble de la population) et libéralisme (accès libre à un système de soins indépendant).

Tout choix de réforme qui sera fait dans ce domaine nécessite une volonté politique forte et soutenue de la part de l'Etat et devra se traduire, entre autres, par une pression renouvelée sur les acteurs chargés d'appliquer les mesures. En préalable, il s'agira donc d'exiger des élus, des gestionnaires et des professionnels de santé, à tous les échelons, une application rigoureuse des lois, y compris celles qui concernent l'accès aux soins des étrangers.

L'avance des frais reste un obstacle majeur qui dissuade certains de recourir aux soins [27] [28]. Le nombre important de spécialistes en secteur II renforce cet obstacle. C'est également pour cette raison que les hôpitaux reçoivent des patients qui pourraient tout à fait s'adresser à la médecine de ville.

Proposition 1

Systématiser le dispositif du tiers payant.

Proposition 2

Réduire la part des frais de santé non remboursée par la Sécurité Sociale et mettre en place un ticket modérateur avec un barème dégressif en fonction du revenu pouvant aller jusqu'au taux nul.

Proposition 3

Augmenter, de façon substantielle, la prise en charge par l'assurance maladie des soins et des prothèses dentaires, optiques et auditives.

Proposition 4

Simplifier au maximum les procédures, autant pour faciliter l'accès aux soins du public que pour alléger la tâche des professionnels.

Proposition 5

Interdire aux régimes complémentaires, notamment aux assurances, dans le recrutement de leurs assurés, toute sélection, toute discrimination pour motifs de santé ou handicaps innés ou acquis.

Une meilleure prise en charge des frais de santé par la Sécurité Sociale réduira les frais supportés par l'Aide Médicale. La charge financière importante ainsi dégagée doit permettre aux Départements et à l'Etat de prendre en charge financièrement les mesures d'accompagnement indispensables concernant la population et concernant les professionnels.

Pour une période transitoire et dans l'attente d'une réforme profonde de l'assurance maladie, l'aide médicale reste un outil indispensable qui doit être amélioré : en effet, l'application d'un barème unique comme critère d'attribution de l'aide médicale peut

être source de nouvelles injustices. Les situations « à la limite des barèmes » sont à considérer et à prendre en charge.

Proposition 6

Modifier les conditions d'attribution de l'aide médicale :

- par une unification des barèmes dans tous les départements,
- par une prise en charge modulable en fonction des changements de revenus, pour éviter « l'effet seuil ».

B. Mesures concernant la population

Même avec un accès aux soins ouvert et facilité, les populations ont des difficultés pour initier une démarche de soins. De nombreux facteurs inhibiteurs (honte, repli sur soi, auto-dévalorisation, agressivité) interviennent et il est important d'accompagner ces démarches tout en respectant l'autonomie de chacun [5].

Proposition 7

Développer en partenariat avec les populations des actions de promotion de la santé avec les objectifs suivants :

- renforcer l'appartenance à un groupe, replacer l'individu dans sa dimension sociale,
- promouvoir avec les personnes une culture santé qui s'intègre dans les actes de la vie quotidienne et permette à l'individu de (re) connaître son corps et ses souffrances,
- permettre aux individus d'exercer leur citoyenneté et de participer à un partage du savoir fondé sur une expérience vécue,
- développer l'information sur les droits en matière de protection sociale et de santé.

Proposition 8

Créer dans les quartiers, des espaces d'écoute et d'expression de la souffrance psychologique, mettre en place des lieux d'accueil et d'accompagnement avec des équipes compétentes et multidisciplinaires, mais aussi rechercher des solutions appuyées sur les réseaux de solidarité.

Proposition 9

Saisir les occasions de redynamisation (reprise d'un travail, orientation ou formation) pour permettre aux personnes en difficulté de faire le point sur leur santé : rencontre avec des professionnels de santé ou examen de santé inscrit dans la démarche de redynamisation.

C. Mesures concernant les professionnels

Les professionnels de la santé et de l'action sociale se trouvent confrontés à des situations nouvelles qu'ils connaissent mal et à un accroissement important du nombre de demandes. L'inadéquation du système de soins fait que chaque professionnel agit dans le secteur dans lequel il est spécialisé. Les passerelles entre secteurs ne sont pas toujours évidentes ni faciles à établir.

Proposition 10

Mieux former les professionnels (hospitaliers, libéraux, sociaux) à la connaissance de la précarité et des droits d'accès aux soins, ainsi qu'à l'accueil, la prise en charge de ces populations et la mise en œuvre d'actions de santé communautaire.

Proposition 11

Favoriser le décloisonnement entre les différents corps professionnels et plus particulièrement entre la médecine libérale, la psychiatrie, le travail social et les secteurs liés à l'insertion, en développant des réseaux d'acteurs médicaux et sociaux sur une base territoriale ; cela permettra des échanges sur les pratiques professionnelles et une orientation réciproque des personnes en situation précaire.

D. Mesures pour améliorer la connaissance des besoins et évaluer

Les dispositifs

Les approches pour connaître la précarité, son évolution, les besoins des populations mériteraient plus de cohérence. Des études se développent sur certains groupes (bénéficiaires du RMI, jeunes en formation...) à partir d'indicateurs différents et qui nécessiteraient plus de coordination. Par ailleurs, des mesures sont prises et des actions sont mises en place sans que des dispositifs d'évaluation aient été prévus et il paraît indispensable d'harmoniser les recherches. Les populations concernées doivent être associées à ces travaux.

Proposition 12

Recherche d'indicateurs de précarité pertinents qui doivent permettre :

- d'une part de mettre en place des procédures d'évaluation régulière des lois, des dispositifs, des actions de terrain, avec une aide incitative de l'Etat,
- d'autre part de donner plus de cohérence aux recherches spécifiques auprès de publics ciblés.

CONCLUSION

Il n'est pas admissible que, à l'approche du 3^e millénaire, des enfants, des jeunes, des adultes, parce qu'ils sont en difficultés professionnelles, économiques, psychologiques ou familiales, n'aient pas accès aux soins ou à la santé. Ceci est d'autant moins admissible que ces personnes représentent plus de 10 % de la population du pays.

Ce problème doit se résoudre, et se résoudre vite. Il relève d'une responsabilité de l'Etat et seule une volonté politique nationale forte, épaulée par des administrations locales efficaces en viendront à bout et permettront ainsi à tous nos concitoyens d'accéder à une bonne santé.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les personnes suivantes qui nous ont fait part de leurs remarques et nous ont permis d'étayer certains chapitres :

René CADOT (Mutuelles de France-42), Michel CALVO (Observatoire de la Précarité, de l'Insertion et de l'Intégration Languedoc-Roussillon), Pascal CAPDEBON (Centre Mutualiste de Romans-26), Jean-François COLLIN (DIREPS Grand Est - Nancy), François Paul DEBIONNE (ATD Quart-Monde, Strasbourg), Annie LIBER (Point Ressources santé - Giers 38), Bruno MERCIER (Service Communal Hygiène Santé - Perpignan 66), Bernard PISSARRO (Médecine Préventive et Sociale - CHU Saint Antoine, Paris 12^e), Pierre POUWELS (Centre de Médecine Préventive - CPAM 01), Olivier QUEROUIL (Délégation interministérielle au RMI).

BIBLIOGRAPHIE

1. Livres - Rapports

- [1] A. BOCOgnANO, N. GRANFILS, Ph. LEFUR, An. MIZRAHI, Ar. MIZRAHI : « Santé, soins et protection sociale en 1992 », CREDES, août 1993.
- [2] A. BOCOgnANO, Th. LECOMTE : « Consommation médicale et taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire », CREDES, janvier 1994.
- [3] P. BOISSELOT, M.C. REMOND : « Niveau de protection sociale et consommation de soins » in *Solidarité Santé, études statistiques*, n° 1, janvier-mars 1994, p. 143-157.
- [4] Rapport CHASSERIAUD : « La grande exclusion sociale - Questions liées à l'insertion et au devenir des publics en grande difficulté sociale ». Rapport au Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, novembre 1993.
- [5] DIV/DIRMI/DGS : *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », février 1995.
- [6] J.P. DUMONT : « Les systèmes de protection sociale en Europe », Editions Economica, Paris, 1990.
- [7] C. FRANCHET : « Evaluation de la Carte Santé Jeunes de Bourg-en-Bresse. Dispositif d'accès aux soins pour les jeunes de 16 à 25 ans ». Rapport d'étude. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, décembre 1994.

- [8] V. de GAULEJAC : « La lutte des places », Editions Desclée de Brouwer, EPI, 1993.
- [9] T. GEVAUDAN, J. SORIA : « Santé et précarité : du droit à la réalité », ENSP, décembre 1991.
- [10] GRAFIC - CREPFI : « Evaluation des dispositifs visites médicales et actions de santé pour les jeunes en CFI et PAQUE », octobre 1993.
- [11] A. GRANIER : « Partenaires avec les plus pauvres ». Evaluation du Passeport Rhône Soins auprès des personnes vivant dans la grande pauvreté. A.T.D. Quart-Monde, novembre 1993.
- [12] F. GUILHOT-LIZE : « Les bénéficiaires de la carte santé et l'impact de la carte santé en termes de recours aux soins dans le département de la Drôme ». Mémoire DESS épidémiologie. Faculté de médecine de Grenoble, 1993.
- [13] HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE : « La santé en France ». Rapport général et annexes. La Documentation Française, novembre 1994.
- [14] An. et Ar. MIZRAHI : « Evolution des disparités socio-économiques dans le recours aux soins de médecin », CREDES, décembre 1992.
- [15] P. MORMICHE : « Deux décennies d'évolution des consommations médicales », in *Solidarité Santé, études statistiques*, n° 1, janvier-mars 1994, p. 123-129.
- [16] OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ RHÔNE-ALPES : « Santé jeunes - L'accès aux soins des 16-25 ans en Rhône-Alpes », décembre 1993.
- [17] S. PAUGAM : « Précarité et risque d'exclusion en France ». Rapport CERC, n° 109, 3^e trimestre 1993, La Documentation Française.
- [18] J.M. RAYNAUD, L. DESSAINT : « La réforme de l'aide médicale », *Santé Publique*, 1993, 5^e année, n° 4-5, p. 5-12.
- [19] Rapport REVOL J., STROHL H. : « Groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ». Rapport général - Inspection générale de l'action sociale, novembre 1987.
- [20] F. SCHAETZEL, O. QUEROUIL : « Etat de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes ». Délégation interministérielle au RMI, novembre 1991.
- [21] SOCIÉTÉ RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE RHÔNE ALPES : « Accès aux soins et précarité » - Actes du colloque, Bourg en Bresse, 17 novembre 1994.
- [22] Rapport WRESINSKI J. : « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », *Journal Officiel de la République Française, avis et rapports du Conseil Economique et Social*, 1987, n° 6.

2. Revues - Articles

- [23] F. P. DEBIONNE : « Agir avec les plus pauvres vers la santé pour tous : évaluation et conditions de ce partenariat ». 3^e rencontres internationales de promotion de la santé, Lille, 29 juin 1994, *Education*, n° 91, octobre 1994.
- [24] « Les mesures pour favoriser l'insertion et la réinsertion », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 1897, 20 octobre 1994, p. 13-16.
- [25] « Actions de santé en faveur des personnes en difficulté », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 1906, 22 octobre 1994, p. 5.
- [26] « Le nombre de bénéficiaires du RMI a progressé de 18,5 % en 1994 », *Le Monde*, 13 décembre 1994, p. 15.
- [27] « Plus d'un français sur cinq renonce à des soins pour des raisons financières » (enquête CREDES), *Le Quotidien du Médecin*, n° 5301, 29/11/1993.
- [28] « 4 % des ménages ont de grandes difficultés à payer leurs dépenses de santé », *Le Quotidien du Médecin*, n° 5359, 25/02/1994, p. 19.
- [29] « Les mutuelles mesurent les conséquences du plan VEIL », *Espace Social Européen*, 1/4/1994, p. 22.

- [30] « Comptes de la santé : la boulimie continue », *Espace Social Européen*, 3/6/1994, p. 6.
- [31] Tableau de bord de la précarité - Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion. Dossier annuel 1992, 1993 et 1994, 128, rue de Créqui, 69006 Lyon.
- [32] « Les Observatoires Régionaux de la santé, outils pour la connaissance et l'aide à la décision ». Communication de P. TOUBIANA, ORS PACA aux journées d'Etudes Nationales « Santé, précarité, exclusion sociale ». Observatoire de l'Intégration Languedoc Roussillon, Montpellier, novembre 1994.
- [33] ALERTE : Trente associations contre l'exclusion. Dossier VIVA, janvier 1995, p. 22-30.
- [34] « Le livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie ». *Le Concours Médical*, 17/12/1994, p. 36111-3614.
- [35] « Exclusion sociale et accès aux soins ». Séminaire Interprofessionnel 1994. Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes.

MAÎTRISER L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ * :

pour une approche de santé publique

EXTRAIT

La SFSP estime important de participer au débat sur la maîtrise des dépenses de santé en privilégiant une approche de santé publique centrée sur une logique d'amélioration de la santé des populations. Pour réaliser cet objectif, nous avons retenu les propositions suivantes :

1) *Concernant la régulation du système de santé*

- **Instaurer un débat au Parlement lors de la présentation du budget de la nation, sur la base d'un document établi par le ministère de la Santé qui présenterait les objectifs prioritaires nationaux et chiffrerait l'effort consenti ;**
- **Convoquer en 1996 des Assises nationales de la Santé pour redéfinir les missions des parties concernées : l'État, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les mutuelles et le secteur associatif. Une nouvelle répartition des compétences devrait être trouvée, reposant sur les principes suivants :**
 - réaffirmation du rôle régalien de l'État au niveau central et déconcentré sur la définition des grandes orientations et des objectifs ;
 - consolidation et clarification du rôle des collectivités locales ;
 - élargissement du rôle gestionnaire de l'Assurance maladie aux actions de prévention, dans le cadre d'objectifs de santé définis au niveau national et régional ;
 - allocation des ressources à l'Assurance maladie sur une base régionale.

2) *Concernant la gestion des dépenses de santé et le recours aux soins*

- **Développer l'évaluation des soins médicaux et des programmes de prévention et de promotion de la santé sur une base nationale et régionale, ouvrant la voie à des financements par l'Assurance maladie ;**
- **Favoriser le rôle pivot du médecin généraliste par des incitations dans les modalités de prise en charge ;**

→

* Coordinateur : Pierre CZERNICHOW, Collège universitaire des enseignants de santé publique (Rouen).

Avec la participation de : J. CHAPERON, (Rennes) - A. FONTAINE, (Paris) - J.C. HENRARD, (Paris) - F. MENERAT, (Paris) - G. VIDAL-TRECAN, (Paris) - C. VIENS-BITKER, (Paris) - D. ZMIROU, (Grenoble) : membres du Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique (CUESP).

- Mettre en place au niveau régional des dispositifs permettant de garantir une meilleure distribution de l'offre de soins libéraux
- Accorder l'allocation des moyens sur une base régionale par grandes enveloppes et permettre une certaine latitude dans leur gestion en fonction des priorités régionales ; favoriser la recherche d'accords contractuels entre les différents partenaires.

3) Concernant le système d'information et la recherche

- Développer dans le domaine de l'économie et des pratiques de santé des recherches multidisciplinaires ; de plus, la construction et la validation d'indicateurs dans ce domaine permettrait de dépasser les habituels indicateurs uniquement économétriques.

4) Concernant la formation en économie de la santé

- Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé dans les différentes écoles professionnelles.



LES DONNÉES ÉCONOMIQUES SUR LA SANTÉ

Depuis une quinzaine d'années plus particulièrement les dépenses de santé alimentent en France un débat comme dans la plupart des pays développés. La France occupe actuellement le 3^e rang mondial pour les dépenses de santé rapportées au PIB et le 5^e rang pour les dépenses par habitant [1] (bien que ce dernier ratio, largement diffusé chaque année par les médias, soit absurde tant sont concentrées ces dépenses sur un petit nombre de personnes). Ce résultat est jugé médiocre au motif que le niveau des indicateurs de santé disponibles ne seraient pas en rapport avec celui des ressources consommées par les soins [2].

Les points le plus contestés sont d'une part le rythme d'accroissement de ces dépenses au cours du temps, plus rapide que celui des richesses nationales, malgré le ralentissement observé dans la dernière décennie. Cette croissance se traduit par l'affectation a posteriori d'une part toujours croissante des ressources vers le secteur des soins. Plus encore que le taux de croissance proprement dit, son caractère non maîtrisé est devenu inacceptable la puissance publique étant réduite pour l'essentiel à constater a posteriori le chiffre des dépenses et à tenter d'y ajuster les recettes.

La situation de nos voisins de l'Union Européenne, en particulier l'Allemagne est souvent citée en référence malgré les limites des comparaisons internationales qui, le plus souvent, ne prennent en compte que les performances économiques, en terme d'évolution des dépenses [3].

I. SITUATION DU PROBLÈME

A. Le champ du débat : dépenses de santé ou dépenses de soins ?

Une première remarque tient au champ du débat ; sans engager une réflexion conceptuelle sur la santé et les soins [4], on doit rappeler que le premier terme qualifie un état de la population, apprécié subjectivement (bien-être) ou bien en terme de mortalité, de morbidité et de ses conséquences. La santé résulte de nombreux déterminants [5] dont les soins (au sens des activités des professionnels et des institutions de soins) ne sont qu'une partie, d'impact parfois restreint. Or, la dépense courante de santé [6] qui constitue l'agrégat le plus large utilisé en France pour qualifier la situation économique du secteur, ne prend en compte économiquement qu'une infime partie de ces déterminants scientifiquement connus. La discussion est donc en fait largement circonscrite aux dépenses de soins et même à la consommation médicale.

C'est donc la logique biomédicale, reposant sur le seul couple « soins-santé » dont il est question ; cette logique connaît des limites majeures. D'autres actions que les

soins dont l'impact sur la santé est largement démontré (éducation, action sur l'environnement) sont donc de principe exclus de la discussion.

B. Aux racines du « problème »

Pourquoi l'accroissement des dépenses de santé est-il considéré comme un problème, et pourquoi leur maîtrise est-elle affichée comme un objectif en soi ?

Un premier facteur est intervenu à partir des années 70 : c'est l'offre industrielle située en amont des professionnels de santé : les industriels ont mené dans les pays développés une stratégie d'investissement du marché des soins (investigations, méthodes, diagnostiques, nouvelles molécules thérapeutiques...) [7] : la mise en jeu du « progrès technique » dans l'activité de soins et en aval la « médicalisation de la société » (naissance, mort, procréation, esthétique...) se sont effectués insidieusement, sans qu'il y ait eu de débat réel sur l'opportunité « sociale » de ces développements : on sait faire de plus en plus de choses, mais faut-il pour autant toutes les faire, et si oui, qui doit les financer ?

L'actualité récente (par exemple l'insémination des femmes au delà d'un certain âge) illustre bien cette question, encore que le débat public soit resté limité aux aspects éthiques.

Le constat répété de la diffusion des « nouvelles technologies » avant même leur évaluation fournit un autre argument en faveur de cette induction d'origine industrielle, qui comporte d'ailleurs certains avantages (innovation, forte croissance de ce secteur...). La « rentabilité » économique du secteur santé, certes porteurs d'emplois, est toutefois faible d'un point de vue macroéconomique [8] ; il est donc souhaitable de centrer le débat sur son objet principal : l'impact attendu des soins sur l'état de santé de la population...

Une autre réponse peut être trouvée dans le contexte économique de ces mêmes années 70. La réorientation de l'économie vers l'exportation et la compétition internationale, qui a fait suite à la phase de modernisation intérieure du pays, a conduit à rechercher une diminution des charges supportées par les entreprises afin de gagner en productivité. Le choix de la santé comme cible de cette maîtrise est affaire d'opportunité : le financement des prestations familiales pose moins de problèmes compte tenu du ralentissement de la natalité ; les retraites constituent un secteur politiquement sensible compte tenu du nombre croissant des retraités. Le débat sur les dépenses de soins vient donc plutôt de l'extérieur du secteur santé. Du reste, les autres domaines de la protection sociale font également l'objet de discussions s'inspirant du principe de séparation entre les prestations à vocation de solidarité, devant être prises en charge par l'Etat, et celles relevant d'une logique d'assurance, pouvant

être assises sur des cotisations sociales (projet de transfert à l'Etat des prestations familiales, promotion de la retraite par capitalisation).

Historiquement, le débat sur la maîtrise des dépenses de soins est apparu aux Etats-Unis, dans un contexte de socialisation plus faible de ces dépenses. Sa transposition en France a été rendue plus complexe par la lisibilité insuffisante des rôles respectifs des différents acteurs, notamment en matière de santé publique.

Cette question de l'arbitrage entre différents emplois possibles de fonds publics (dont les soins) apparaît donc comme une question essentiellement politique et non une question confinée au seul domaine de la santé publique. Elle ne peut tenir lieu d'objectif unique dans une politique de santé.

En revanche, l'utilisation optimale des ressources disponibles, de la manière la plus pertinente pour améliorer l'état de santé de la population, dans sa diversité, qu'on peut aussi qualifier de maîtrise des dépenses de santé fait véritablement partie des préoccupations de santé publique.

Il est intéressant de souligner que l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité observée au cours de la dernière décennie [9] n'ait pas été relevée dans la discussion sur l'impact des dépenses de soins sur la santé, confortant ainsi l'hypothèse que la question de l'efficience des soins n'est peut être pas l'objet principal du débat (ce qui n'exclut pas pour autant que cette question soit pertinente : cf. *infra*).

Il reste à expliquer pourquoi dans la France des années 70 et 80 cette lecture, en terme de santé d'une maîtrise des dépenses de santé n'a pas eu lieu, et s'est limitée à un débat essentiellement comptable, contrairement à d'autres pays développés.

Plusieurs arguments peuvent être avancés :

- faiblesse de la culture et des métiers de la Santé Publique,
- réticence des professions de santé à une « rationalisation » de leurs pratiques susceptible de limiter leur activité,
- absence de mécanisme incitatif à une telle rationalisation (rémunération à l'acte, prix de journée, rémunération des pharmaciens au chiffre d'affaire...).

La liste n'est évidemment pas limitative.

C. Santé publique, maîtrise des dépenses, efficience, priorités de santé

Considéré ainsi, le débat sur les dépenses de santé est essentiellement technocratique. Chaque individu souhaite plutôt à titre personnel que tous les moyens possibles soient consacrés à sa santé et celle de ses proches. Ainsi un débat public sur l'opportunité de soigner les hémophiles, les sidéens, les candidats à une transplantation ou à une dialyse au delà d'un certain âge etc., ne paraît pas humainement possible.

Une approche micro-économique ascendante, par les « préférences » de chaque malade actuel ou futur, conduit donc à une impasse... inflationniste. Le progrès technique est donc peu contesté directement. Les soins individuels, notamment lorsqu'ils sont financés à l'acte, conduisent plutôt à augmenter rapidement des dépenses qui en outre se prêtent mal à la prévision, *a fortiori* à une maîtrise, puisqu'elles sont surtout constatées *a posteriori*. De ce fait, l'approche alternative pour une maîtrise des dépenses de soins (dans une logique purement économique) est descendante : elle repose sur l'offre du secteur industriel et sur les interventions publiques [10]. Or, l'efficacité à moyen terme d'une « maîtrise médicalisée » reposant sur la mobilisation ou la contrainte de chaque professionnel peut être mise en cause.

Comment déterminer *a priori* le « niveau de contraintes supportable » ? Malgré l'invocation d'une première place « aux préoccupations de santé publique » il n'y a pas de réponse rationnelle à la question de la mise en œuvre d'un certain niveau de moyens dans les soins [11], en fait parce qu'il ne peut pas y en avoir.

La seule voie possible est de formuler des objectifs publics de santé à atteindre, c'est à dire reconnus explicitement par la collectivité, et pas seulement par les professionnels, et de déterminer des priorités entre eux, ayant fait l'objet d'arbitrages explicites ; or ce débat est à peu près absent dans notre pays, à l'exception notoire des propositions récentes du Haut Comité de la Santé Publique [12].

On ne discerne pas dans notre système de santé tel qu'il fonctionne actuellement de lien au niveau national ou local entre de tels objectifs de santé et la mise en œuvre des moyens correspondant (soins ou autres déterminants de l'état de santé) Les instruments d'une telle négociation avec les acteurs concernés du secteur santé (*a fortiori* extra-sanitaire : éducation, secteur social, environnement, emploi...) sont absents. Dans ces conditions la démarche qui consiste à formuler de tels objectifs, semble illusoire dès lors qu'elle n'est pas associée à une modification concomitante profonde du système de décision et de gestion des ressources, et à un développement large de la culture de santé publique, y compris dans la population, qui n'acceptera pas ces objectifs, et les contraintes qu'ils supposent, sans s'impliquer dans la démarche qui conduit à les formuler.

Le système de santé français n'est pas pour l'essentiel structuré actuellement sur la base des populations à « desservir », ce qui est le point de départ de toute réflexion de santé publique. L'organisation de la planification sanitaire en régions et secteurs repose surtout sur la maîtrise des équipements, les institutions, le jeu des statuts public ou privé, la vocation hospitalière ou ambulatoire, sanitaire ou sociale... Bref c'est une approche centrée sur l'offre de soins, dans laquelle la prise en compte des problèmes de santé nationaux ou régionaux, même élémentaire, est incantatoire, au mieux marginale, si ce n'est totalement absente. L'offre de soins ambulatoires est

quant à elle totalement libre. Ce qui entretient les inégalités de leur répartition géographique et sociale et contribue dans les zones « surdotées » à la prescription d'actes injustifiés.

La formulation d'objectifs de santé n'est pas contradictoire avec la prise en compte de contraintes économiques : la recherche d'optimisation, la minimisation des coûts permettant d'atteindre un objectif déterminé, et dans le cas d'une enveloppe sectorielle, la recherche des programmes d'action maximisant les résultats attendus en terme de santé dans ce secteur, la mise en œuvre de méthodes comparatives (études coût/efficacité) font partie intégrante de la démarche de santé publique. D'ailleurs l'idée même de maîtrise – au sens de choix, de décision volontaire de consacrer à une activité donnée un niveau donné de ressources – est nécessaire d'un point de vue de santé publique. Santé publique et gestion sont donc compatibles et même cohérents, mais à la condition que :

- des priorités de santé aient été préalablement définies par des instances ayant légitimité à le faire (et pas seulement par les professionnels de la santé),
- que les moyens affectés soient compatibles avec ces objectifs,
- que ces efforts de meilleure gestion veillent à ne pas opposer des obstacles supplémentaires au recours à des soins de qualité à des populations souffrant déjà de handicaps culturels, sociaux et économiques (principe d'équité),
- et que les résultats obtenus soient évalués, c'est à dire que l'impact sur la santé d'une politique déterminée soit « visible » en permanence à des fins de pilotage.

Du reste, la maîtrise des dépenses consacrées aux soins pourrait permettre de redéployer des moyens vers d'autres actions (environnement, éducation...) dont l'efficacité sur l'état de santé peut être supérieure (cf. *infra*).

Dans le cadre du système de santé actuel, une partie importante des dépenses de soins est constatée a posteriori (la plus grande partie des dépenses de soins ambulatoires) et résulte d'un effet de l'offre et non d'une décision légitime au sein d'une politique de santé. La possibilité d'une « maîtrise » dans ces conditions est bien aléatoire.

La position de l'économie de la santé dans ce débat est difficile, pris entre la tentation de privilégier la logique de la discipline économique, malgré sa difficile cohérence avec la logique du domaine de la santé (détermination préalable d'objectifs de santé).

Le rôle des professionnels de santé publique, dans ce débat, est d'éclairer les choix politiques possibles en clarifiant les données techniques des alternatives (coût, efficacité, égalité d'accès aux soins, qualité), pour mettre en lumière les éléments de décision

qui expriment essentiellement des jugements de valeur relevant des décideurs, donc du politique. Ainsi l'efficacité et le coût respectifs de diverses actions susceptibles d'améliorer l'état de santé de la population (cancers du sein, du col de l'utérus, du colon, hépatite C...) ne sont-ils pas facilement lisibles aujourd'hui pour les décideurs.

D. Déterminer un cadre pertinent pour la « régulation » : approche par les moyens ou par la population ?

Le mécanisme de fixation d'enveloppes globales appliqué « verticalement » par institution (dotation globale, objectif national quantifié), par professionnels (biologistes...), par biens de santé (certains médicaments...) conduit à geler à un moment donné la part de marché occupée par un acteur. Elle introduit un élément fort de rigidité des moyens affectés à un type d'offre qui interdit ensuite toute re-négociation au niveau local entre ces acteurs, à une période où l'accent est mis sur le besoin d'une restructuration en profondeur du système de soins (établissement de réseaux, constitutions de filière de soins...). Les schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS) sont restés très en retrait sur ces sujets, vraisemblablement en l'absence de possibilité d'action.

Or la formulation d'objectifs de santé, le choix de priorités nationales ou locales passent par la construction de programmes d'action qui ne se réduisent pas aux soins, mais doivent prendre en compte les déterminants connus de la santé (éducation...). De tels programmes pluriannuels impliquent nécessairement les institutions et les professionnels, l'ambulatoire et l'hospitalier, le sanitaire et le social... Mais comment inciter les uns et les autres à s'impliquer dans un programme si les principaux mécanismes d'allocation de ressources sont fixés nationalement de manière rigide ?

La démarche de santé publique suit d'abord une logique de population. La détermination des priorités et l'affectation de ressources pour l'ensemble des soins et les autres actions susceptibles d'améliorer la santé sont attachées à une population bien définie, dont les problèmes de santé, mais aussi la demande, les aspects socioculturels sont spécifiquement pris en compte. Une telle démarche n'est pas possible si sa conduite est exclusivement nationale ; elle exige un niveau plus local par exemple la région ou même des inter-régions pour atteindre par exemple 3 à 5 millions d'habitants. Une allocation de ressources au niveau des populations régionales, comme par exemple dans l'expérience de la Grande-Bretagne avec le Resource Allocation Working Party (RAWP) a permis grâce à des critères démographiques et épidémiologiques explicites la prévention ou la correction d'inégalités régionales majeures [13].

Un autre avantage d'une approche globale du système de santé au niveau local est de rendre possible une redistribution des moyens et des activités entre les professionnels et les institutions, par la négociation, en tenant compte de l'offre disponible, des facteurs locaux de la demande, et des problèmes spécifiques. Le principe de la « fongibilité » c'est-à-dire la capacité à redistribuer, au moins partiellement les moyens existant au niveau régional doit être affirmé.

Avec les lois de décentralisation, l'Etat s'est clairement désengagé des activités de prévention qui avaient été mises en place progressivement au cours de ce siècle, et ce au profit des conseils généraux principalement. Le relais a été pris de manière très disparate par les collectivités locales ; la question d'une éventuelle résurgence d'inégalités départementales de moyens, d'activités, ou même de résultats mérite d'être d'ores et déjà posée (PMI, Aide sociale à l'enfance, aux personnes âgées ou handicapées, prévention des maladies transmissibles, dépistage des cancers...).

Une « régionalisation » plus poussée du système supposerait que soient mis en place des instances et des procédures ayant pour finalité d'organiser ce débat, cet espace de négociation et d'évaluation où l'Etat aurait par essence un rôle de gardien vigilant des principes d'équité et d'efficacité. Plusieurs parties concernées (assurance maladie, collectivités locales, établissements de soins ou d'action sociale) doivent être impliquées dans ce processus. Les Unions Professionnelles Régionales des médecins libéraux sont clairement des organismes ayant vocation à participer à ce débat et à ces arbitrages.

Un autre aspect de la nécessaire refonte du système de soins est le développement d'un réseau de soins de première ligne ; cette évolution n'aurait pas pour principal avantage la lutte contre le « nomadisme médical » et les redondances d'examen ; elle aurait surtout l'avantage de réintroduire une approche globale de la prise en charge du patient, et donc de favoriser la prise en compte des multiples déterminants de la santé qui sont en cause chez un patient, et pas seulement lui proposer les soins spécifiques délivrés par chaque spécialiste qu'il consultera le cas échéant. Pour sortir des formules incantatoires sur la revalorisation de la médecine générale une traduction en termes de modalités de financement et de règles d'accès est indispensable.

Toute évolution vers une décentralisation plus poussée du système de santé risque cependant de se heurter à de fortes résistances, dans la mesure où les institutions existantes ne sont pas principalement ancrées au niveau régional : absence de compétence sanitaire ou sociale des régions, multiplicité des régimes de protection sociale, morcellement des services de l'État avec un bilan peu convaincant de l'expérience des DRIS... Cet éclatement [14] peut faire douter de la faisabilité d'une « régionalisation » du système de santé en l'absence de volonté politique forte. Faut-il pour autant y renoncer ? Existe-t-il véritablement une alternative ? Tels sont certains des défis

que les réformes en cours de la protection sociale auront à relever, et qui conditionneront leur succès que sur des critères autres que purement comptables.

Dans la politique de santé l'Etat doit conserver son monopole de stratège et de régulateur par :

- la fixation des grandes priorités nationales de santé, et non uniquement un débat centré sur le niveau de dépenses et le budget,
- la définition des règles de fonctionnement du système, et notamment la répartition de l'Effort Social de la Nation en grandes enveloppes régionales et par domaines,
- le rôle de garant contre les inégalités d'accès aux soins, au sein des régions et entre les régions,
- le rôle de contrôle *a posteriori*.

Toutefois cette affirmation du rôle particulier de l'Etat au niveau national et régional ne doit pas s'enfermer dans un discours purement jacobin et incantatoire. La traduction des objectifs au niveau local et la détermination d'objectifs particuliers tenant compte du contexte régional ne peuvent s'opérer qu'au niveau local, au sein des conférences régionales prochainement en place où les collectivités locales doivent avoir un rôle important, ainsi que les représentants du secteur associatif et des professionnels de santé.

Une fois le cadre national et régional fixé, demeure un vaste espace de liberté et de négociation entre l'assurance maladie et les organismes représentatifs des prestataires de service (établissements de soins et libéraux) pour trouver les solutions locales les plus appropriées aux objectifs retenus [15]. Cette négociation devrait permettre de rendre les orientations retenues plus acceptables et les solutions ainsi trouvées plus efficaces.

Pour ce faire, les fonctions de l'assurance maladie, au niveau national et régional, seraient étendues à la gestion des ressources destinées à la prévention et à la réhabilitation médico-sociale, autant qu'au diagnostic et au traitement.

E. Casser les logiques de financement « contre-productives » du point de vue de la santé publique

Il existe aujourd'hui un consensus sur les effets négatifs de différents mécanismes de financement des soins actuellement aussi bien en ce qui concerne les producteurs (financement à l'acte, prix de journée, rémunération au chiffre d'affaire...) que du point de vue des usagers (participation financière...) [16]. Ces mécanismes en effet

n'ont en règle générale pas tendance à inciter les uns ou les autres à adopter des comportements favorables à l'état de santé des usagers. Il est nécessaire de rechercher de nouveaux mécanismes incitant les activités des professions de santé et des institutions à maximiser le résultat en terme d'état de santé de leur action, en limitant les effets pervers pour la santé publique.

Dans le même ordre d'idée, la dissociation des ressources affectées aux soins, à l'enseignement et à la recherche doit être poursuivie. La faiblesse des financements d'origine universitaire accordés en particulier à la recherche a conduit à utiliser de fait des moyens destinés aux soins dans les établissements de santé. Le développement « sauvage » de procédures de soins coûteuses mais non évaluées en est une conséquence. L'évolution ébauchée à ce sujet avec les Programmes Hospitaliers pour la Recherche Clinique doit être amplifiée, mais ces programmes laissent une place faible, quant elle n'est pas exclue, à la recherche... en santé Publique.

F. Maîtrise des dépenses, évaluation et égalité d'accès aux soins

L'égalité dans le domaine de la santé concerne d'abord les usagers : leur état de santé et leur accès aux soins ; la dimension sociale des écarts constatés est parfaitement identifiée [17], de même que les inégalités de l'offre de soins entre les régions [18]. L'importance des écarts observés n'est pas acceptable d'un point de vue de santé publique. L'Etat est le garant de l'égalité en droit de l'accès au soins des usagers ; il lui appartient d'assurer que la possibilité matérielle d'un tel accès existe partout et pour tous. On ne peut se satisfaire du constat que faute d'une demande suffisante (liée à des facteurs socio-économiques qui, eux-même expliquent en partie un état de santé médiocre de la population) les moyens existant ne sont pas entièrement utilisés, et que la situation doit donc rester en l'état. Des actions ciblées de renforcement des actions de nature sociale, de l'éducation pour la santé, et un accompagnement concomitant des moyens sanitaires correspondant aux problèmes de santé observés, doivent conduire à réduire ces écarts.

De même que le transfert de ressources entre certaines filières de soins doit devenir possible au niveau régional, en modifiant les procédures d'allocation budgétaire, le transfert entre des activités sanitaires et sociales doit être rendu possible à ce niveau pour rechercher la meilleure efficacité possible sur l'état de santé. Le cloisonnement rigide entre sanitaire et social, renforcé par la décentralisation, est préjudiciable à la santé de divers groupes de population, en particulier les enfants, les personnes âgées et les handicapés.

Dans le contexte d'un rationnement des dépenses de soins, une tendance résurgente consiste à accroître la part du financement des soins laissée à la charge des patients.

Cette voie a été celle privilégiée par les gouvernements successifs depuis 20 ans. Ses résultats économiques sont décevants. De plus, cette orientation pèse de manière différentielle selon les individus, et tend à exclure des soins ou de certains soins des personnes à faible niveau de revenu. La tentation de raisonner sur les seules dépenses de santé remboursées, en laissant « filer » celles qui ne le sont pas, doit aussi être combattue énergiquement car elle tend à accroître les disparités socio-économiques déjà importantes du système français.

Dans le même temps, certaines procédures de soins dont l'efficacité n'est pas démontrée (cures thermales...) font au contraire l'objet d'une prise en charge financière qu'il conviendrait de justifier. Il est infiniment préférable de discriminer les procédures efficaces et de restreindre à celles-ci la prise en charge collective, plutôt que de sélectionner les seuls patients solvables pour des soins essentiels.

C'est aussi le risque de formules institutionnelles de type réseau de soins coordonnés qui comporte des dangers de sélection de clientèles (comme les HMO aux Etats-Unis) et annulent ainsi les bénéfices attendus d'une prise en charge globale (soins préventifs et curatifs) des personnes ainsi protégées. Ainsi le développement au niveau national et la création au niveau régional d'instances d'évaluation sont nécessaires ; ces instances devraient proposer aux pouvoirs publics des niveaux de couverture des dépenses en fonction de l'efficacité et des coûts comparatifs des soins. Il s'agit donc d'étendre considérablement aux procédures de diagnostic, de traitement, de réhabilitation et de prévention les règles qui sont communément admises pour le remboursement des médicaments. Cette fonction pourrait être dévolue à des Agences Régionales de l'Evaluation Médicale en relation avec les Unions Professionnelles et les établissements de soins.

Il faut réaffirmer avec force que la maîtrise des dépenses de soins n'est pas incompatible avec l'amélioration de la couverture sociale. Les comparaisons internationales montrent qu'il n'existe pas de relation entre le niveau des remboursements assurés sur des fonds publics et le niveau des dépenses de santé par habitant. De ce point de vue les mesures successives de déremboursement (action sur le ticket modérateur) sont inefficaces sur le moyen-long terme et aggravent les inégalités sociales [19].

L'égalité concerne aussi l'offre de soins dans la mesure où le financement de celle-ci est largement socialisé : comment discuter de la répartition des ressources allouées aux différents professionnels et institutions ? Où est le point de vue de santé publique dans les polémiques sur le taux de croissance des dépenses sectorielles entre les libéraux et les hospitaliers, les cliniques et les hôpitaux... ?

Cette question de l'égalité se pose aussi en d'autres termes, au sein même des professions de santé : Les écarts entre les revenus extrêmes des libéraux ayant un même mode d'exercice (généralistes, chaque spécialité médicale...) sont-ils justifiés ou

même acceptables ? Y a-t'il un niveau d'activité à ne pas dépasser pour espérer un niveau « plancher » de qualité des soins ? Cette question est à rapprocher de la « petite délinquance » dénoncée par C. Béraud à son départ de la CNAMTS ; si celle-ci existe (comme dans les autres secteurs de la vie économique et sociale...) la lutte contre elle, restreinte à quelques déconventionnements ou blâmes symboliques, n'est guère dissuasive, et hors de proportion avec le poids économique du secteur de soins.

L'égalité concerne enfin et plus généralement l'équilibre entre les réponses sanitaires, et celles qui relèvent du système médico-social, ces dernières jouant un rôle particulièrement important pour les personnes âgées, les handicapés, les enfants. Des constats sévères ont été établis de longue date quant aux différences de prise en charge de patients âgés, selon la « filière », sanitaire ou médico-sociale à laquelle elle font appel, pour un même problème de santé. Ici encore les mécanismes incitatifs vont dans le sens d'une médicalisation toujours plus forte des problèmes sociaux.

II. PROPOSITIONS D'OBJECTIFS PRIORITAIRES

A. Concernant la régulation du système de santé

1. Instaurer un débat annuel au Parlement lors de la présentation du Budget de la Nation, sur la base d'un **Livre Blanc exposant les objectifs prioritaires nationaux**, établi par la Conférence Nationale de Santé, en relation avec le Ministère de la Santé. Ce Livre Blanc devrait comporter un chiffrage de l'évolution souhaitée de l'effort social de la Nation affecté aux actions et soins de santé, avec ventilation de cet effort en grandes rubriques (soins médicaux ambulatoires et hospitaliers, prévention primaire individuelle et collective – y compris éducation à la santé – prévention secondaire systématique, réhabilitation et soins aux malades chroniques et handicapés, recherche et évaluation sur le système de santé, programmes prioritaires nationaux spécifiques).

Un débat parlementaire ultérieur devrait être fixé portant sur la réalisation de ces objectifs, avec une évaluation épidémiologique (en lien avec le rapport annuel sur l'état de santé des français) et économique permettant, si nécessaire, d'instaurer des mesures correctives.

2. Convoquer en 1996 une Conférence Nationale de la Santé ayant pour but de redéfinir, avec l'ensemble des parties concernées, les missions respectives de l'Etat, de l'Assurance Maladie, des Collectivités Territoriales, de la Mutualité et des organismes professionnels dans l'organisation du système de santé (et pas seulement du système de délivrance des soins médicaux), au niveau national et local, notamment

régional. Cette Conférence nationale devrait être suivie du dépôt d'un projet de loi-cadre au Parlement, réactualisant cette répartition des compétences et instituant les nouvelles instances (notamment régionales), permettant de mettre en œuvre cette nouvelle répartition.

La rédaction d'une réforme en cercle fermé, adoptée dans l'urgence par ordonnance ne nous paraît pas être une formule propice à ce débat.

Cette nouvelle répartition des compétences reposerait sur les principes suivants :

- a) réaffirmation du rôle régalien de l'Etat pour la définition des grands objectifs nationaux de santé, la détermination et le contrôle du fonctionnement du système de santé, la garantie de l'accès de tous à des soins et des programmes de promotion de la santé de qualité ;
- b) consolidation du rôle des collectivités territoriales (régions, conseils généraux), pour la définition contractuelle avec l'Etat d'objectifs locaux de santé. Ces collectivités devraient être largement représentées au sein des Conférences régionales de santé qui définiront les priorités de la politique de santé publique dans chaque région et recommanderont la répartition des enveloppes régionales en grands postes de dépenses. Il reviendra à ces collectivités de mettre en œuvre leurs moyens propres, dans le domaine social et médico-social, pour faire en sorte d'atteindre les objectifs nationaux et locaux ainsi définis ;
- c) l'élargissement du rôle de l'Assurance Maladie à la gestion des ressources destinées à la mise en œuvre des actions et à la délivrance des soins de santé, incluant la prévention primaire et secondaire, le diagnostic, le traitement et la prévention tertiaire. Il reviendra à l'Assurance Maladie, renommée Assurance-Santé de passer contrat avec les producteurs de soins ambulatoires et hospitaliers ainsi qu'avec les responsables de programmes de prévention et de promotion de la santé afin que les objectifs nationaux et régionaux définis soient atteints dans les meilleures conditions d'efficience ;
- d) l'allocation des ressources à l'Assurance Maladie se ferait sur une base régionale avec trois grandes enveloppes : l'une établie au prorata des populations régionales ; une autre destinée à corriger les inégalités socio-économiques et sanitaires régionales ; une dernière destinée à financer des programmes prioritaires nationaux et régionaux. Chaque enveloppe serait ventilée en grandes rubriques (cf. point 1).

B. Concernant la gestion des dépenses de santé et le recours aux soins

1. Les programmes de prévention et de promotion de la santé ainsi que les soins médicaux devront progressivement faire l'objet d'évaluations au niveau national ou

régional, par des instances indépendantes à mettre en place. Sur cette base seront instaurés des critères de remboursement différenciés, par l'Assurance Maladie, des prestataires et/ou des bénéficiaires.

2. Les modalités de la prise en charge financière du recours aux soins médicaux par les assurés sociaux devront favoriser le rôle central du médecin généraliste (ou, pour l'enfant, du pédiatre) qui deviendra le point de passage normal permettant l'accès aux soins de santé et la synthèse des différents soins spécialisés.

3. Les moyens financiers alloués, par grandes enveloppes, au niveau régional, doivent pouvoir être gérés avec une certaine latitude, ce que permettrait l'instauration du principe de fongibilité (pour une proportion à définir de ces différents postes), dans le cadre d'accords contractuels entre les institutions concernées (Etat, Collectivités Territoriales, Assurance maladie, Unions professionnelles, établissements médicaux et médico-sociaux).

C. Concernant le système d'information et la recherche

Il importe de développer des recherches multidisciplinaires sur l'économie des soins et des pratiques de santé. Seraient particulièrement utiles des recherches sur l'importance de l'activité des praticiens consacrée à des démarches de prévention primaire, secondaire et de réhabilitation. La construction et la validation d'indicateurs permettant de suivre l'évolution de ces pratiques est indispensable.

D. Concernant la formation en économie de la santé

La formation des professionnels de santé à cette discipline est insuffisante. Il importe de la développer dans les écoles professionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

[1] « Dépenses de santé ; un regard international ». Rapport au premier ministre présenté par Y. MOREAU, La Documentation Française, Paris, 1993.

[2] « La nécessité d'une réforme » in Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, La Documentation Française, Paris, 1994.

[3] « Les systèmes de santé. A la recherche d'efficacité », OCDE, Paris, 1990.

[4] Rapport La santé en France - HCSP - Annexe : Groupe 1. La Documentation française, Paris, 1994.

[5] Rapport La santé en France - HCSP - Annexe : Groupe 7. La Documentation française, Paris, 1994.

- [6] Comptes Nationaux de la Santé - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1993.
- [7] « Innovation technologique et demande de santé », in Santé 2010 Santé, maladies et technologies La Documentation française, Paris, 1993.
- [8] Jean-Paul AURAY : Thèse, Lyon I, 1993.
- [9] « Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991 », J.M. ROBINE, P. MORMICHE : *Solidarité Santé*, n° 1, 1994, p. 17-36.
- [10] « Perspectives financières du système de santé », in Santé 2010 Équité et efficacité du système, La Documentation française, Paris, 1993.
- [11] « Éléments pour une stratégie de santé », in Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, La Documentation française, Paris, 1994.
- [12] Rapport « La santé en France » - Rapport général, HCSP, La Documentation française, Paris, 1994.
- [13] La référence au National Health Service n'implique pas ici l'adhésion à ses différents aspects (files d'attente...).
- [14] « L'empire éclaté » : J. CHAPERON, *Revue Française des Affaires Sociales - La santé observée*, n° hors série, décembre 1993, p. 215-227.
- [15] « Éléments pour une stratégie de santé », in *Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, La Documentation française, Paris, 1994.
- [16] « Rémunération des producteurs et incitations financières des usagers », in *Santé 2010 Équité et efficacité du système*, La Documentation française, Paris, 1993.
- [17] « Les disparités de recours aux soins en 1991 », P. MORMICHE : *Economie et statistique*, n° 265, 1993, p. 45-52.
- [18] Rapport « La santé en France » - HCSP - Annexe : Groupe 8. La Documentation française, Paris, 1994.
- [19] « Les inégalités sociales de santé 7 », in *Santé 2010 Équité et efficacité du système*, La Documentation française, Paris, 1993.

RÉDUIRE L'ALCOOLISME

L'alcoolisme, une priorité centenaire de santé publique, quel sens a-t-elle encore aujourd'hui ? *

EXTRAIT

L'approche préconisée par la SFSP consiste à s'attaquer prioritairement à l'alcoolisme, conçu comme usage immodéré de l'alcool, comme facteur de risque de troubles somatiques, psychologiques ou sociaux.

Les objectifs prioritaires s'articulent autour de deux grands thèmes, correspondant à deux temps de la lutte contre ce problème : la prévention et la meilleure prise en charge.

1) La prévention des conduites de l'alcoolisation passe par les mesures suivantes :

- L'information et l'application effective des mesures législatives déjà adoptées. Cela concerne la loi Evin sur la publicité et la législation sur les délits routiers.
- La mise en place d'actions d'éducation pour la santé, en ciblant les groupes de population et les lieux de vie les plus appropriés : les pré-adolescents, d'une part ; les liens entre alcool et travail, alcool et phénomènes de groupe, alcool et conduite de véhicules d'autre part. Une approche globale sur les conduites à risque, et non seulement sur l'alcool devrait être privilégiée. Enfin l'action des médias devrait être centrée pour faire évoluer la tolérance culturelle dans notre pays sur ce sujet.
- La prévention passe aussi par les associations. L'objectif d'au moins un groupement néphaliste dans chaque zone urbaine de plus de 10 000 habitants devrait être retenu.

2) La prise en charge des malades dépendants doit être facilitée par :

- le développement de la recherche et de l'enseignement en alcoologie ;
- la mise en place d'un système d'information sur la morbidité associée à l'alcoolisme ;
- une véritable politique de prise en charge des sujets alcooliques : en développant l'activité ambulatoire et l'accompagnement des praticiens ; en développant les petites unités spécifiques au sein des établissements de santé.

* Coordinateur : B. PIERRE - Hôpital spécialisé de St Lô - Membre de la Société régionale de santé publique Normandie-Picardie. Avec la participation de : A. MIALON - L. GASTÉBOIS - GRAM (Groupe de Recherche sur l'Alcoolisme dans la Manche) - M.J. D'ALCHÉ-GAUTIER - M. LANGLOIS - M. SAINT - H. VILLET - P. FARDELLONE - O. GANRY - J.F. COLLIN.



I. POURQUOI L'ALCOOLISME RESTE-T-IL UNE PRIORITÉ AUJOURD'HUI ?

Le domaine des conduites d'alcoolisation dépasse la problématique médicale tant y interviennent les facteurs collectifs et humains et cela bien au-delà des éléments biographiques individuels. Nous nous trouvons donc bien dans une problématique de santé communautaire.

Le regard de santé publique doit dépasser celui de la simple observation. Il est indispensable de **s'interroger sur le sens de ce comportement humain à l'échelle des groupes sociaux**. Le facteur de risque n'est pas l'alcool en tant que tel, mais les troubles du comportement tant psychologiques que somatiques, qui résultent de son usage immodéré. Qu'est-ce qui s'exprime derrière la rencontre entre une personne et l'alcool ? Les objectifs de prévention primaire et secondaire formulés ci-dessus sont donc étroitement liés et interdépendants.

A. Un problème difficile à mesurer et à définir

L'étendue dans le temps des tentatives d'élaboration d'une politique sanitaire en matière d'alcoolisme est impressionnante. Les efforts entrepris ont aussi été considérables. Malgré tout, ce problème de santé publique est loin d'être résolu.

Toutes les études épidémiologiques se heurtent à la difficulté de la mesure du problème de l'alcoolisme. Les chiffres concernant la morbidité alcoolique sont extrêmement variables. Généralement cette morbidité est mesurée soit en terme de consommation, ce qui revient à parler de l'alcoolisme dans une population et non de l'épidémiologie de l'alcoolisme, soit par l'intermédiaire de pathologies dont l'alcool est un facteur de risque [1].

1. La mortalité attribuée :

C'est un reflet tardif d'un comportement d'alcoolisation très antérieur. De manière directe, même si toutes les cirrhoses ne sont pas alcooliques, près de 12 000 personnes décèdent chaque année par « alcoolisme », psychose alcoolique et cirrhose. De plus, une fraction importante des 10 000 décès par cancers des voies aérodigestives supérieures est liée à l'alcool (plus de 80 %) ou encore un tiers des décès par accidents de la route.

2. La consommation de boissons alcoolisées :

L'alcool est largement consommé par les adultes puisque près des trois quarts des Français âgés de 18 ans et plus déclarent boire au moins un verre de vin au cours de

la semaine. Si la tendance est à la diminution de la consommation moyenne d'alcool, deux remarques menacent ce constat :

- la baisse de la consommation moyenne n'a pas entraîné la diminution des consommations excessives,
- les évolutions sont différentes selon les types de boissons. En 20 ans, si le cidre et le vin sont beaucoup moins consommés, et si les bières enregistrent une baisse de 14 %, les alcools forts, en revanche, sont en augmentation de 7 % [2]. Cependant, la distribution très inégale de cette consommation dans la population est très mal connue [3]. Or, c'est bien elle qui pose un important problème.

3. La morbidité par alcoolisme

Les données ne peuvent être recueillies qu'au moyen d'enquêtes spécifiques ponctuelles ce qui rend les comparaisons difficiles tant sur le plan géographique que dans le temps. Il paraît néanmoins essentiel de bien différencier deux populations : celles des « **alcoolidépendants** » d'une part, et celle des « **consommateurs à risque** » d'autre part.

Parmi ces derniers il faut distinguer ceux pour lesquels les répercussions seront d'ordre essentiellement somatique et, dont la consommation les conduira à des troubles comportementaux entraînant des conduites délictuelles.

B. Quels éléments peuvent faire de l'alcoolisme une priorité actuelle ?

Plusieurs arguments d'horizons très différents viennent mettre l'alcoolisme sur le devant de la scène. Seront mis en avant ici ceux pour lesquels une action est envisageable.

1. Il s'agit d'un **risque potentiellement « évitable »** car lié à un produit extérieur que l'on pourrait « a priori » choisir d'absorber raisonnablement, voire pas du tout, selon les goûts de chacun. En dépit de la baisse de consommation, la France occupe le 2^e rang de la consommation d'alcool par habitant de l'Union européenne, juste après le Luxembourg (11,9 l d'alcool pur par adulte en 1993) [2].

2. Une récente enquête du CFES [4] a montré que les Français plaçaient l'alcoolisme comme **deuxième problème prioritaire de santé** juste derrière la toxicomanie et avant le tabagisme. Si ce classement des priorités peut se discuter, d'un point de vue strictement épidémiologique, il traduit nettement une forte perception sociale du problème.

3. La mortalité par pathologie attribuable à l'alcool (cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, cancer des voies aéro-digestives supérieures) situe l'alcoolisme comme responsable **d'un décès sur 7 chez les hommes de 35 à 44 ans, et 1 sur 5 pour la tranche des 45/54 ans** [5]. Par ailleurs, la corrélation entre le niveau de consommation d'alcool et la mortalité liée à l'alcool est démontrée [6]. La surmortalité avant 65 ans observée en France, comparativement aux autres pays européens, est largement attribuable à la consommation d'alcool, particulièrement chez les hommes.

On observe des disparités entre les régions françaises pour la fraction de mortalité attribuable à l'alcool, avec une **surmortalité alcoolique particulièrement forte dans la moitié Nord de la France** [7]. Des enquêtes régionales axées sur la morbidité et explorant les différences sociologiques et culturelles pourraient sans doute apporter des indications pour une prévention régionale plus spécifique, même si depuis quelques années les caractéristiques régionales propres à la consommation d'alcool tendent à disparaître.

4. La morbidité par alcoolisme, malgré toutes ses difficultés de mesure, montre l'ampleur du phénomène : avec une morbidité diagnostiquée de 1,85 % dans la population générale et de 3,2 % chez les hommes, l'alcoolodépendance se situe parmi les 10 maladies les plus fréquentes en France, en touchant près **d'un million deux cent mille personnes** [8]. Ces chiffres constituent une estimation basse du phénomène. Cette ampleur a été perçue avec acuité après la mise en place du RMI et la confrontation des travailleurs sociaux avec des populations nombreuses ayant des problèmes avec l'alcool, caractérisés comme alcool « refuge » ou alcool « détresse ».

5. **Les accidents de la route liés à l'alcool.** Leur proportion reste très importante puisque **34 % des accidents mortels sont attribuables à l'alcool.** (Tableau)

Tableau – Proportion de troubles graves de santé attribuables à l'alcool

	Hommes	Femmes
Accidents de la circulation	34 %	34 %
Cirrhose du foie	91 %	69 %
Psychose alcoolique et alcoolisme	100 %	100 %
Cancer de la bouche	84 %	24 %
Cancer du pharynx	89 %	30 %
Cancer du larynx	79 %	15 %
Cancer de l'œsophage	85 %	55 %

Source : J.P. PIGNON, C. HILL (institut G. Roussy) 1991.

Cette proportion est inacceptable d'autant plus qu'elle touche essentiellement des sujets jeunes. A noter que parmi les buveurs ayant conduit « tout en estimant avoir trop bu », près de la moitié revenait d'une visite chez des amis [2].

6. Les embryofetopathies alcooliques. On estime que l'alcoolisme maternel est responsable d'un taux de malformation congénitale de 1 à 4 pour 1 000 et qu'il constitue **l'une des premières causes de débilité en France** [9].

7. Les délits liés à l'alcool. L'alcool aide au passage à l'acte. Les homicides et les coups et blessures sont plus souvent commis en état d'alcoolisation qu'à jeun. La proportion est identique pour les vols à main armée et les délits sexuels [10].

II. DES OBJECTIFS PRIORITAIRES

Tous les indicateurs évoluant plutôt favorablement, même si l'évolution est lente, il convient donc de rechercher l'optimisation du dispositif actuellement en place, tant en matière de prévention des conduites d'alcoolisation que de prise en charge, plutôt qu'une réforme totale de notre dispositif de prévention en matière d'alcool.

Pour la SFSP, les priorités d'une politique de lutte contre l'alcoolisme consistent à favoriser la modération des consommations d'alcool dans la population générale, et particulièrement chez les jeunes, et, simultanément de proposer aux personnes en difficulté avec l'alcool des traitements précoces pour prévenir cette surmortalité et cette surmorbidité.

A. Eviter les conduites d'alcoolisation, encourager une consommation responsable

A cet égard, sept actions peuvent être entreprises ou développées pour favoriser la modération de la consommation de l'alcool, en particulier chez les jeunes.

1. Poursuivre la diminution de la consommation moyenne d'alcool par habitant en agissant en priorité sur les facteurs de consommation excessive, en associant, si possible, tous les partenaires, dont les producteurs d'alcools, dans l'accompagnement d'une telle démarche qui vise à augmenter les capacités d'autonomie de décision des consommateurs. Ceci nécessite de renforcer l'image positive des buveurs modérés, dans les lieux et les moments de convivialité, par des campagnes d'informations nationales déclinées dans des programmes de proximité. Cela passe aussi par une valorisation des boissons non alcoolisées et une réduction de leur prix relatif.

2. Développer auprès des adolescents un projet de prévention de la consommation excessive d'alcool [2] en intégrant l'ensemble des comportements à risque et non pas

seulement l'alcool si l'on ne veut pas courir le risque d'induire un effet pervers de contre-attitudes ou de « compensation ».

Par ailleurs, il faut être prudent avant de dicter des recommandations quant aux quantités d'alcool « raisonnablement » admissibles tant **les limites sont individuelles**.

3. Faire appliquer la législation limitant la publicité pour l'alcool dans les lieux et les médias accessibles aux jeunes, et tout spécialement dans les espaces d'activité sportive, en défendant la loi Evin.

4. Veiller plus particulièrement à **réduire les consommations d'alcool qui sont à l'origine des plus grands risques** : alcool au travail ; alcool et phénomènes de groupe ; alcool au volant. Pour cela, poursuivre la dissociation des images de compétence et d'alcool ou de sport et d'alcool.

Promouvoir par des solutions de proximité, le renoncement à la conduite pour les conducteurs qui estiment avoir trop bu pour prendre le volant et interdire la vente d'alcool dans les stations services.

5. La législation pour les délits routiers doit être mieux connue de tous. Il faut **informer la population sur la loi et les peines encourues en cas d'infraction**. Il faut introduire le sujet de l'alcool au volant dans la formation obligatoire pour le permis de conduire.

6. Devant le retard apporté au diagnostic et à la prise en charge des personnes ayant un problème avec l'alcool, il faut considérer la tolérance culturelle collective de l'alcoolisation et de l'alcoolisme. Cela nécessite de **mieux utiliser** les relais médiatiques pour faire évoluer les idées et les consciences, non seulement sur la maladie alcoolique en tant que telle, mais également sur les risques plus spécifiques d'embryofœtopathie alcoolique et sur les conséquences, judiciaires et accidentelles, de l'alcool.

Il faut également développer la recherche sociale sur les facteurs favorisant les comportements d'alcoolisation.

7. Favoriser le développement des mouvements néphalistes en se proposant comme objectif l'existence d'**au moins un groupement dans chaque zone urbaine de plus de 10 000 habitants**. Ces associations, en contribuant à la prise en charge du problème par la société elle-même, s'inscrivent dans une démarche de santé communautaire.

B. Prendre en charge les malades dépendants

Depuis 1970, il existe un dispositif spécialisé de prise en charge des personnes vivant un problème d'alcool (CHAA, CDPA). En complément, les services hospitaliers, la médecine de ville et des associations d'anciens malades alcooliques jouent un rôle important en intervenant sur des modes différents [11]. En s'appuyant sur ce dispo-

sitif et sur les pratiques actuelles, il convient d'harmoniser les moyens, en particulier dans les domaines suivants :

1. **Favoriser l'action et assurer leur accompagnement par des professionnels médicaux et sociaux formés à la prise en charge ambulatoire des sujets alcooliques.** Une étude récente a montré l'énorme proportion (57 %) de patients diagnostiqués alcooliques par leur médecin traitant qui n'avaient jamais bénéficié de soin pour ce problème [12]. Cette étude a mis en évidence le **grand isolement des omnipraticiens face à la prise en charge des patients alcooliques et au soutien qu'ils pouvaient apporter à leur famille.** On retrouve le même isolement pour les travailleurs sociaux.
2. **Développement de l'activité ambulatoire,** à l'aide d'équipes qualifiées et mobiles, permettant une accessibilité géographique et dans le temps, adaptable aux besoins et assurant une continuité des suivis.
3. **Développer de l'alcoologie de liaison** dont l'objectif est de sensibiliser le personnel soignant et de traiter les patients hospitalisés pour un motif directement ou indirectement lié à l'intoxication alcoolique mais dont la prise en charge n'est pas effectuée. Dans chaque hôpital au moins un **réfèrent** en alcoologie devrait être désigné, et formé à cet effet.
4. **Structures hospitalières spécifiques.** Des unités hospitalières en alcoologie de 12 à 15 places sont souhaitables à raison d'au moins une par département [13]. Ces unités devraient pouvoir apporter une aide spécifique à l'alcoolique mais également à son entourage, notamment au sein de cette activité qui passe par des réseaux destinés à répondre aux demandes des médecins généralistes, du secteur social ou judiciaire et pénitentiaire.
5. Procéder à des **enquêtes régulières sur la morbidité** associée à l'alcoolisme sur l'ensemble du territoire, et permettant des comparaisons inter-régionales.
6. Promouvoir la **recherche alcoologique et l'enseignement pour amener l'émergence d'une véritable spécialité d'alcoologie.** Cet enseignement, à la fois en formation initiale et continue, devrait s'adresser non seulement aux médecins mais également aux travailleurs sociaux, aux paramédicaux et au secteur judiciaire et pénitentiaire.

CONCLUSION

Chacun reconnaît aujourd'hui la complexité des questions liées à l'alcool et la nécessité de convaincre plutôt que d'interdire pour obtenir une réduction de la consommation moyenne en s'attachant particulièrement aux consommations excessives.

Viser à atteindre cet objectif conduit à limiter la publicité et l'offre d'alcool, et à travailler sur les représentations sociales pour renforcer l'image positive du consommateur modéré tout en veillant à ne pas accroître l'exclusion des personnes vivant avec un problème d'alcool.

En matière d'aide à ces personnes, la priorité est d'harmoniser les moyens et d'augmenter la compétence et les capacités d'accueil des personnes et des structures nécessairement diffusées qui interviennent dans ce champs.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] J.P. DESCHAMPS, Y. SPYCKERELLE, V.H. DES FONTAINES-MERCKX, R. SENAULT : « Epidémiologie de l'alcoolisme », *Alcoologie*, p 79/93. Ed RIOM-CERM 1988.
- [2] « Alcool guide d'actions jeunes » - Editions CFES, Paris, 120 p., 1994.
- [3] D. BOULET : « Etude critique de l'expression statistique des consommations alcooliques », *Alcoologie*, n° 3, 1989, p 136 à 140.
- [4] CFES - MV2 : Enquête auprès d'un échantillon représentatif de 896 personnes âgées de plus de 18 ans, CFES, juillet 1991.
- [5] HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE : « Indicateurs d'alcoolisation - 1992 ». La documentation française, Paris, 1992.
- [6] « Trends in alcohol and drug use in Sweden - Report 93 ». CAN - Folkhälsinstitutet, Stockholm : Gotab 1993.
- [7] H. VILLET : « Mortalité liée à l'alcoolisme ». Analyse des disparités régionales - IRS de Haute-Normandie.
- [8] B. PIERRE, A. MIALON, F. DUMAY : « Enquête sur la morbidité par alcoolisme dans le Centre-Manche », 1993 - DRASS de Basse-Normandie.
- [9] C. VITTU, I. SAUDEMONT, C. SPYCKERELLE, J. COURIN : « L'embryofœtopathie alcoolique ». *Documents scientifiques Guigoz*, 128, 1990.
- [10] C. FARUCH : « Personnalités délinquantes, délinquance, alcool, nuit », *Alcoologie*, 1993, tome 15, 3/183.
- [11] Dossier « Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool ». *Actualité et dossier en santé publique*, 4, 1993.
- [12] V. BOISSONNAT : « Représentation sociale de l'alcool dans la bande dessinée. A propos de 150 albums pour jeunes », Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme, Prix Robert Debré, 1988.
- [13] A. RIGAUD : « Rapport sur la notion d'inter-sectorialité en psychiatrie appliquée au domaine de l'alcoolisme », Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.

COMBATTRE LE TABAGISME *

EXTRAIT

Dans ce domaine, la SFSP fait sienne les priorités du Haut comité de santé publique, énoncées comme suit : « *D'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac vendue, diminuer de 25 % la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte et de 35 % les proportions de fumeurs réguliers et de fumeurs occasionnels chez les 18 ans, diminuer la proportion de femmes qui continuent de fumer durant leur grossesse.* »

Face aux attaques perpétrées par les intérêts économiques liés au tabac, la France s'est dotée d'un arsenal législatif efficace qu'il faut défendre. Fidèle aux principes de l'OMS et du programme « Europe contre le Cancer », la SFSP propose cinq moyens d'action :

- 1) *L'interdiction de toute publicité directe ou indirecte pour le tabac*
- 2) *L'augmentation des prix du tabac*

Pour être efficace, cette augmentation doit se faire par des hausses conséquentes, jamais inférieures à 15 %, concerner tous les produits du tabac et ne doit pas permettre l'utilisation d'emballages contenant un nombre limité d'unités (« paquets-enfants »).

- 3) *La protection des non-fumeurs de la fumée des autres*

La législation actuelle la prévoit. Elle doit être appliquée avec rigueur et intelligence.

- 4) *L'information et l'éducation*

Sur le plan réglementaire, l'information sur les risques liés au tabac doit être mentionnée visiblement sur tous les produits achetés ; l'information et l'éducation pour la santé devrait être financées par 1 % des taxes du tabac et intégrées aux programmes scolaires.

- 5) *L'aide aux fumeurs désirant arrêter*

Par une relance systématique de la part des professionnels de santé, par des lignes d'écoute et de conseil, par des consultations spécialisées, y compris dans les établissements de santé.

* Coordinateur : Pr. Gérard DUBOIS - Comité national contre le tabagisme et Société française de médecine préventive et sociale



I. SITUATION DU PROBLÈME

Les données scientifiques concernant le tabagisme sont parmi les plus nombreuses, les plus cohérentes et les plus universelles qui soient. Il est difficile d'enseigner l'épidémiologie sans recourir au tabac à titre d'exemple car il est peu de facteurs aussi démonstratifs dans l'intensité et la constance des effets. Il s'agit d'un facteur de risque associé à de multiples problèmes de santé qui remplit souvent les critères de causalité, comme l'illustre la relation entre cancer du poumon et tabac.

Un tiers (34 %) des Français sont fumeurs, 40 % des hommes et 27 % des femmes. La dimension du problème tabagique est sans égal en santé publique car 60 000 décès (dont 3 000 femmes) lui sont imputables annuellement en France, soit 165 morts par jour ou l'équivalent d'un Boeing 737 qui s'écraserait quotidiennement. Dans l'Union européenne, ce sont 1 100 décès par jour qui sont à déplorer, soit trois Boeing 747. L'extension du tabagisme dans les pays de l'Est et dans les pays en voie de développement est un sérieux problème de santé publique qui ne sera pas traité dans ce texte centré sur la France.

Le tabagisme est une cause majeure de cancer du poumon, de cancer des voies aéro-digestives supérieures, de mort subite et d'infarctus du myocarde, de bronchite chronique et d'emphysème. Chez la femme, il est lié au cancer du col de l'utérus, à l'ostéoporose et, en association avec les contraceptifs oraux, il accroît les accidents vasculaires cérébraux. Il multiplie les grossesses extra-utérines, les avortements spontanés, diminue le poids de naissance, augmente la mortalité périnatale, diminue durablement la stature de l'enfant. Le tabagisme passif multiplie par cinq le risque de mort subite du nourrisson, accroît la fréquence et la gravité des infections respiratoires et ORL, la fréquence de crises d'asthme chez l'enfant. Il est aujourd'hui démontré que le tabagisme passif accroît de 30 % le risque de cancer du poumon des adultes.

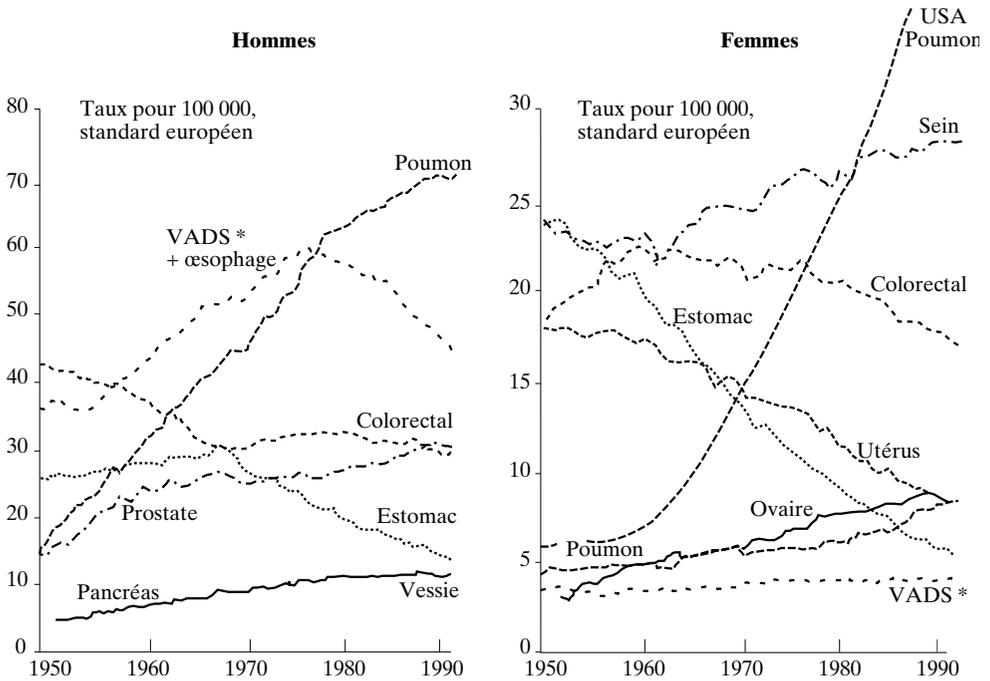
Si la population totale de fumeurs français est relativement stable, la mortalité par cancer du poumon ne cesse de progresser chez l'homme. L'avenir est sombre chez la femme si l'on observe la courbe féminine aux Etats-Unis (voir figures jointes) qui laisse présager des évolutions identiques en France dans quelques années.

Au total, il n'est pas d'exemple d'un autre produit d'usage banalisé, induisant une dépendance et ayant autant de conséquences aussi graves et diversifiées que le tabac.

Garantir la sécurité des individus et protéger les personnes fragiles constituent deux obligations d'une politique de santé publique et donc des pouvoirs publics. C'est pourquoi, tout en respectant la liberté individuelle du fumeur, compte-tenu de la nocivité du tabac et de ses dérivés, la lutte contre le tabagisme constitue une priorité de santé publique. Il s'agit d'aider les individus à s'abstenir de fumer et à se libérer

de ce qu'il faut bien appeler une drogue licite. L'effort prioritaire doit être tourné vers les jeunes, cible privilégiée des cigarettiers, afin d'entretenir leur information sur les méfaits du tabac et de garantir leur liberté de choix, que la publicité directe ou indirecte cherche à canaliser.

Evolution de la mortalité par cancer en France entre 1950 et 1990



* VADS (voies aérodigestives supérieures) : bouche, pharynx, œsophage et larynx.

II. OBJECTIFS PRIORITAIRES SPÉCIFIQUES

Le Haut comité de la santé publique a proposé l'objectif suivant dans le document « La santé en France » :

« D'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac vendue, diminuer de 25 % la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte et de 35 % les proportions de fumeurs réguliers et de fumeurs occasionnels chez les 18 ans, diminuer la proportion de femmes qui continuent de fumer durant leur grossesse ».

Cet objectif est ambitieux mais il n'est pas hors de portée si l'on considère que les mesures prises en 1991 ont depuis diminué la consommation de cigarettes de 7,2 %,

celle de tabac de 5,6 %, et que la proportion de fumeurs a baissé de 2,8 % entre 1992 et 1994. C'est pourquoi la SFSP a décidé d'adhérer pleinement à cet objectif.

III. PRINCIPALES DIFFICULTÉS

Le tabac induit une dépendance. Si deux fumeurs sur trois désirent arrêter ils ne peuvent le plus souvent y parvenir qu'après plusieurs essais. Le fait de fumer constitue pour certains une source de plaisir, une occasion de détente qui dissimulent leur entrée dans un état de dépendance. Il existe une relation entre la consommation de tabac et d'autres comportements induisant une dépendance (consommation excessive d'alcool, usages de drogues illicites, consommations de médicaments psycho-actifs).

Le temps qui sépare l'exposition au produit de la maladie n'aide pas à la perception directe du risque, même si celui-ci est intense. De plus, les décès sont dispersés et étiquetés sous des rubriques nombreuses (cancer du poumon, infarctus, artérite...) dont le point commun, le tabac, n'apparaît pas spontanément.

Le tabagisme est enfin, pour beaucoup, un dérivatif contre des facteurs de stress, d'angoisse ou de frustrations liés à leur vie personnelle ou sociale. A cet égard, il est autant un symptôme qu'un comportement à risque.

IV. LES PRINCIPAUX MOYENS À METTRE EN ŒUVRE

L'expérience enseigne que malgré les difficultés de la tâche, il existe des modalités d'action dont l'efficacité est démontrée et dont la mise en œuvre conjointe et synergique permet de diminuer la consommation de tabac.

La SFSP demande que soit mises en œuvre les propositions de l'OMS dans ce domaine. En effet, cette organisation internationale et le programme « Europe contre le cancer » ont établi les modalités d'un programme efficace contre le tabagisme. Il est basé sur *deux principes de droit* :

- Reconnaître et défendre le droit des individus à choisir de vivre sans tabac,
- Reconnaître le droit de vivre dans des lieux publics non pollués par la fumée.

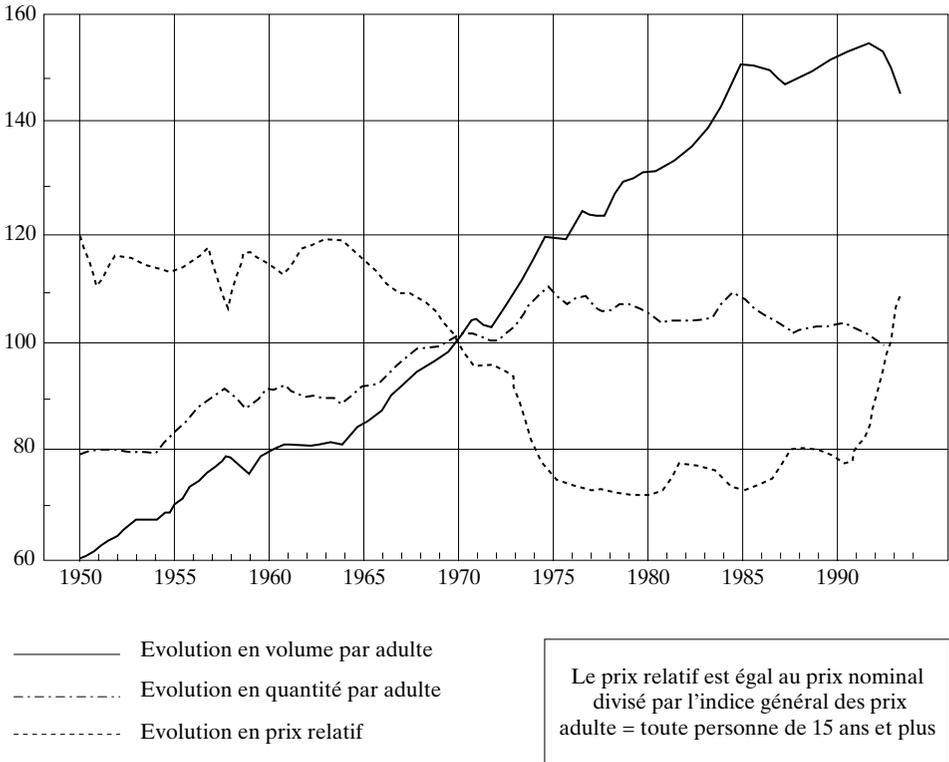
Cinq moyens d'action ont été retenus :

- 1 – Interdire toute publicité directe et indirecte pour le tabac,
- 2 – Augmenter substantiellement les prix du tabac,
- 3 – Protéger les non-fumeurs de la fumée des autres,
- 4 – Informer et éduquer,
- 5 – Aider les fumeurs.

A. Interdire toute publicité directe ou indirecte pour le tabac

Plusieurs rapports et études établissent que la publicité favorise la consommation. Celui du département de la santé de Nouvelle-Zélande en 1989 [1] montre que les pays où la publicité est entièrement autorisée présentent une progression globale de consommation (contre une diminution dans le cas contraire) ainsi qu'un taux plus faible d'arrêt chez les fumeurs. La publicité incite à fumer et dissuade le fumeur d'arrêter. Il est inexact de prétendre, comme le font les cigarettiers, qu'elle n'a pour objet que de déplacer les parts de marché vers l'une ou l'autre des marques. Le rapport anglais de C. Smee [2] conclut clairement que « la publicité pour le tabac encourage la consommation globale » et qu'« une interdiction de la promotion des produits du

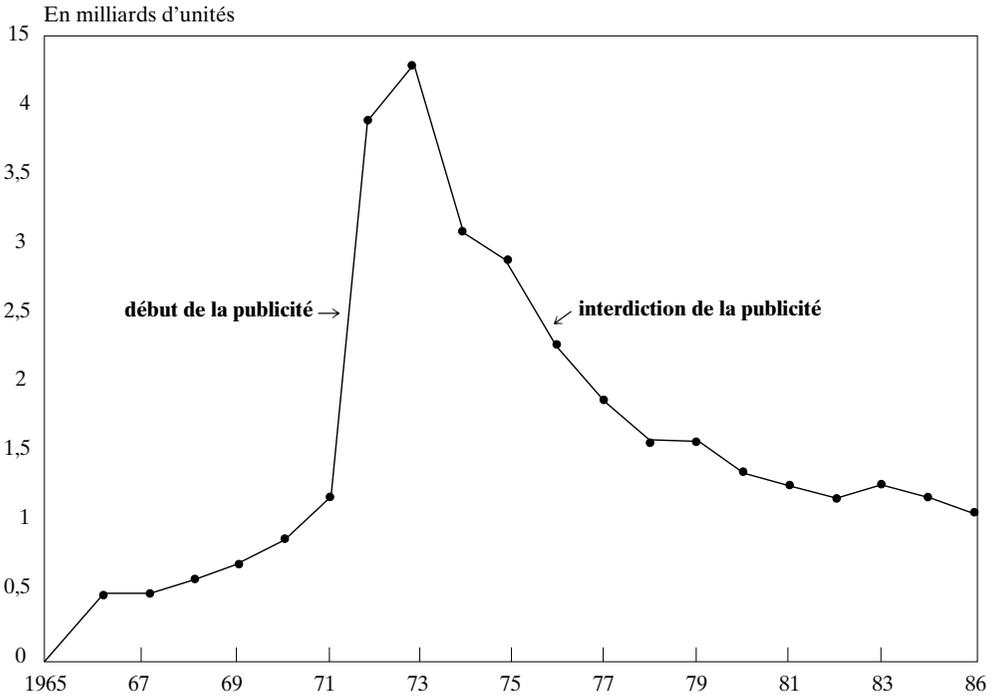
**La consommation de tabac en France.
Evolution en volume, quantité et prix relatif de 1950 à 1993
et estimation du prix pour 1994**



Source : INSEE Comptabilité Nationale, Seita.

tabac entraînerait une baisse de la consommation ». Le graphique suivant témoigne de la puissance incitatrice de la publicité télévisée pour les petits cigares aux Etats-Unis. L'effet est immédiat et se fait sentir pendant près de dix ans !

Ventes de petits cigares en relation avec la publicité à la télévision, Etats-Unis, 1965-1985



La publicité, une efficacité démontrée

Un effet rarement évoqué de la publicité est l'autocensure de magazines qui en bénéficient. Comme l'a montré l'étude Warner et Goldenhar (NEJM 1992 ; 326 (5) : 305-9) les magazines féminins qui font de la publicité pour le tabac parlent 7 fois moins des dangers du tabac (OR = 0,13) que ceux qui n'en font pas.

Lors de sondages pour l'Euro-baromètre réalisés en 1987, 1991 et 1992, l'opinion européenne est largement favorable à l'interdiction de la publicité puisque 73 % des sujets interrogés sont « très pour ou plutôt en sa faveur », moins de 10 % seulement étant indécis (tableau suivant).

**Enquêtes d'opinion sur l'interdiction de la publicité pour le tabac
au sein de la Communauté européenne**

	mars-avril 1987	oct.-nov. 1991	sept.-oct. 1992
très pour plutôt pour	73 %	73 %	74 %
plutôt contre très contre	21 %	19 %	19 %
non réponse	6 %	8 %	7 %

L'interdiction de la publicité est donc une modalité nécessaire au succès d'un programme de prévention du tabagisme.

PROPOSITIONS

- *Interdiction de toute promotion directe ou indirecte en faveur des produits du tabac hors des lieux de vente directe y compris par le biais de produits ou de services évocateurs de produits du tabac, ainsi que toute forme de mécénat ou de parrainage par l'industrie du tabac,*
- *Interdiction de toute possibilité de diffusion, sous des formes nouvelles, de produits contenant de la nicotine,*
- *Interdiction de toute distribution gratuite des produits du tabac.*

B. Augmenter les prix du tabac

L'efficacité de cette mesure a fait l'objet d'études économétriques internationales nombreuses et concordantes. La revue faite par le BASP (Bureau for Action on Smoking Prevention) sur le sujet montre que le coefficient d'élasticité du prix sur la consommation est d'environ (-0,5) tous âges confondus et qu'il est supérieur à l'unité (-1,4) pour les mineurs de 12 à 17 ans dont le pouvoir d'achat est faible, et proche de l'unité (-0,89) pour les adultes jeunes (20-25 ans). Cela signifie globalement qu'un accroissement de 20 % des sommes *réellement* payées, déboursées, conduit à terme à une baisse de $20\% \times 0,5 = 10\%$ de la consommation de tabac. Cet effet n'apparaît que pour des hausses substantielles, supérieures à 10 voire 15 %. La dernière hausse française, trop timide (9 %) n'a pas eu d'effet.

Les réponses de l'industrie du tabac pour contrer ces mesures ont été mises en place en France, après d'autres pays :

- Mise sur le marché de paquets de 25 à 30 cigarettes,

- Mise sur le marché de paquets-enfants (10 cigarettes) peu coûteux en valeur absolue pour attirer et initier les jeunes,
- Plaider l'amortissement ou l'étalement des hausses (et l'obtenir comme en France), puis ensuite plaider l'inefficacité des mesures,
- N'augmenter que les cigarettes et provoquer un déplacement vers les scaferlatis (tabac à rouler) plus dangereux et sans norme en goudron et nicotine,
- Mettre sur le marché des cigarettes à prix cassés.

Malgré les hausses de prix consécutives à la loi Evin, et insuffisamment répétées, la France est encore aujourd'hui parmi les quatre pays de l'Union Européenne ayant les prix du tabac les plus bas.

PROPOSITIONS

- *Augmenter régulièrement les taxes du tabac par paliers d'au moins 15 %. Cette mesure doit concerner tous les produits du tabac.*
- *Le paquet de 20 cigarettes doit être le seul autorisé afin d'éviter les paquets-enfants à bas prix d'achat.*

C. Protéger les non-fumeurs de la fumée des autres

Ce sont 67 % des Français (Baromètre Santé 93/94 du CFES) qui se déclarent gênés par la fumée des autres, plus souvent s'ils sont instruits, moins s'ils sont fumeurs. Parmi eux, seul un tiers (36 %) ose se plaindre.

Le tabagisme passif aggrave l'état de santé de certains malades (maladies respiratoires chroniques, cardiopathies, asthme). Les enfants asthmatiques ont deux fois plus de crises graves quand l'un des parents fume en sa présence. La fumée de tabac, qui constitue la pollution atmosphérique la plus importante en milieu confiné, est à l'origine de cancers du poumon chez les non-fumeurs exposés passivement (risque multiplié par 1,3) et est une des causes de mort subite du nourrisson (risque multiplié par 5 à 6 si la mère fume plus de 10 cigarettes par jour).

La protection des non-fumeurs ne doit plus s'établir en termes relationnels de politesse mais sur une base sanitaire. Elle doit être effectivement garantie par l'Etat.

L'appréciation des différentes mesures de protection des non-fumeurs est plébiscitaire, de l'ordre de 90 %. L'image qui en est donnée par certains médias et les cigarettiers est à l'opposé de la réalité de l'opinion des Français, de manière caricaturale. Le principe des amendes est même majoritaire parmi les fumeurs !

Appréciation des différentes mesures de protection des non-fumeurs selon le statut tabagique

	Ensemble	Non-fumeurs	Fumeurs
Restriction des zones fumeurs dans les transports	89 %	92 %	82 %
Interdiction dans les lieux publics couverts	90 %	92 %	86 %
Interdiction dans les entreprises en dehors des endroits spécifiques	88 %	91 %	84 %
Amendes	64 %	69 %	53 %
Interdiction dans les collèges et lycées	89 %	92 %	84 %

Source : Baromètre 93/94 du Comité français d'éducation pour la santé.

PROPOSITIONS

La protection des non-fumeurs doit être effective dans tous les lieux qui accueillent le public, que ces lieux soient publics ou privés. La réglementation et la signalisation doivent permettre aux non-fumeurs de ne pas être exposés à la fumée de tabac contre leur volonté sur les lieux de travail, de loisir, de transport, de restauration...

D. Informer et éduquer

Les adultes et les adolescents sont largement informés des dangers du tabagisme et de la dépendance qu'ils induisent. Cette information doit cependant être entretenue et déclinée auprès des différents segments de population dans les termes les plus appropriés. En effet, il existe une forte reproduction du comportement des parents, des aînés, des éducateurs et des modèles (comédiens, chanteurs...), qui servent à structurer la personnalité des enfants et des adolescents. Le comportement tabagique est aussi fortement lié au sexe, au niveau d'éducation, au niveau socio-économique. Il s'agit donc d'un ensemble de relations complexes.

Une des évolutions marquantes des dernières décennies est le rajeunissement et la féminisation des consommateurs. Aujourd'hui 7 % des enfants de 12-13 ans fument ! Ce sont les deux tiers des hommes et femmes de 18 ans qui fument. Ce constat désastreux qui fait que les jeunes Français ont le record européen du tabagisme, est notamment le résultat d'une politique de prévention du tabagisme disproportionnée par rapport à l'énorme effort des cigarettiers pour inciter à la consommation. En témoignent les très faibles sommes consacrées aux actions contre le tabagisme : 2,4 millions de francs

par l'Etat en 1994 et 8 millions par la Caisse nationale de l'Assurance maladie. Ce résultat est aussi l'expression malheureuse d'une image persistante du fumeur comme un personnage qui s'affirme et s'émancipe. Le grand défi d'une politique de prévention du tabagisme chez les adolescents repose sur l'aptitude à inverser cette image et à valoriser, au contraire, celle du jeune qui affiche sa liberté, avec ses amis.

Budget de lutte contre le tabagisme en 1994 (CNCT)

Massachusetts (USA)	561 MF	93 F/hb
Californie (USA)	792 MF	27 F/hb
Canada	300 MF	9 F/hb
Victoria (Australie)	405 MF	11 F/hb
Royaume-Uni	48 MF	0,9 F/hb
France	10 MF	0,17 F/hb

C'est une responsabilité de l'Etat et des collectivités territoriales que d'assurer, avec les parents, l'éducation des jeunes, de favoriser la structuration des individus et de favoriser leur prise de décision éclairée et responsable face au tabagisme. Ceci doit être intégré dans l'enseignement et la formation des maîtres et professeurs des écoles. Les moyens d'information et de communication doivent bénéficier de budgets qui sortent la France de son niveau dérisoire, et 1 % des taxes du tabac devrait y être consacré (soit 470 MF/an).

PROPOSITIONS

L'éducation à la santé doit être intégrée aux programmes scolaires et devrait en particulier valoriser l'image des jeunes qui ont su s'affranchir de l'emprise du tabac.

L'information générale doit être assurée sous la forme de campagnes dans les médias (télévision, radio, presse, affichage) en bénéficiant de 1 % des taxes du tabac. Ceci permettrait de remplacer les cigarettiers dans le financement des médias.

L'information sur les dangers du tabac doit être mentionnée visiblement sur les paquets de cigarettes et leur emballage car l'effort constant des cigarettiers est de la rendre illisible ou de la vider de son sens.

E. Aider les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer

Parmi les fumeurs, 60 à 80 % désirent arrêter. Sur une année, 40 % tentent d'arrêter (baromètre CFES 93/94). Il est donc nécessaire d'aider les fumeurs à prendre conscience du danger, à décider d'arrêter, à arrêter effectivement. Les modalités pratiques pour concrétiser cette aide doivent être diversifiées.

PROPOSITIONS

Une ou des lignes d'écoute et de conseil doivent être mises à disposition des fumeurs qui cherchent à s'informer. Le numéro de téléphone pourrait être obligatoirement inscrit sur les paquets de cigarettes.

Les professionnels de santé devraient systématiquement intervenir auprès de leurs patients pour les inciter et les aider à arrêter de fumer. Même réalisée brièvement, une telle intervention double le taux d'arrêt. La formation et la sensibilisation des médecins français doivent être renforcées afin qu'ils jouent un rôle plus actif dans la prévention et la réduction du tabagisme, à l'image de leurs collègues britanniques.

Les consultations spécialisées sont utiles pour les fumeurs les plus dépendants, ceux qui nécessitent un accompagnement psychologique et médicamenteux particulier. Les services hospitaliers doivent offrir ce genre de service, assuré par des personnels compétents

CONCLUSION

Parvenir à une France sans tabac nécessite une volonté politique continue et une action globale basée sur les 5 axes de propositions développés dans ce texte. De nombreux exemples montrent qu'alors une rupture de la consommation de tabac est possible. Depuis 1991 la consommation de tabac en France chutait de 2 à 2,5 % par an. Des publicités illégales qui croissent à nouveau, une augmentation insuffisante des prix en 1994, l'absence de budget pour l'information contre le tabagisme ont stoppé cette évolution favorable en 1995. Nous sommes à la croisée des chemins. La France peut et doit mieux faire pour ses adolescents qui détiennent le record européen de tabagisme.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Health or tobacco : an End to Tobacco Advertising and Promotion. Toxic Substance Board Wellington, 1989.

[2] Effect of Tobacco Advertising on Tobacco consumption : a discussion document reviewing the evidence. Economics and operational research division, Department of Health, Londres, octobre 1992, 55 pages.

ENTENDRE LES TOXICOMANES *

Un enjeu de santé publique

EXTRAIT

Nous retenons ici une approche large incluant toutes drogues permettant l'apparition d'un comportement consommatoire de substances psychoactives (l'alcool et le tabac faisant cependant l'objet d'un traitement spécifique). Notre approche se veut donc centrée sur la personne et l'expression de ses besoins, et ne se cantonne donc pas aux comportements que la loi de 1970 juge illicites.

Les propositions de la SFSP se regroupent dans trois champs principaux :

1) Dans le champ de l'action, les points suivants doivent être développés :

- **La mise en place d'un programme national « Dépendances », accompagné de rencontres locales sur ce thème ; cet événement pourrait être l'occasion d'émettre une charte ou une « déclaration prise de date », marquant l'évolution du mode d'approche de ce problème ;**
- **La réalisation d'un bilan de la loi de 1970, permettant d'abroger cette loi, devenue caduque, pour la remplacer par des textes plus spécifiques constituent des réponses actuelles à apporter à ce problème.**
- **Une formation accentuée et élargie des intervenants sur les dépendances.**

2) Dans le champ de la connaissance, il faut développer :

- **L'échange de l'abondante littérature grise, sous utilisée ;**
- **La recherche, notamment par des appels d'offre sur les pratiques consommatoires et les réponses données par les professionnels ;**
- **L'élaboration et la diffusion de tableaux de bord sur les diverses dépendances, publiés par une mission interministérielle.**

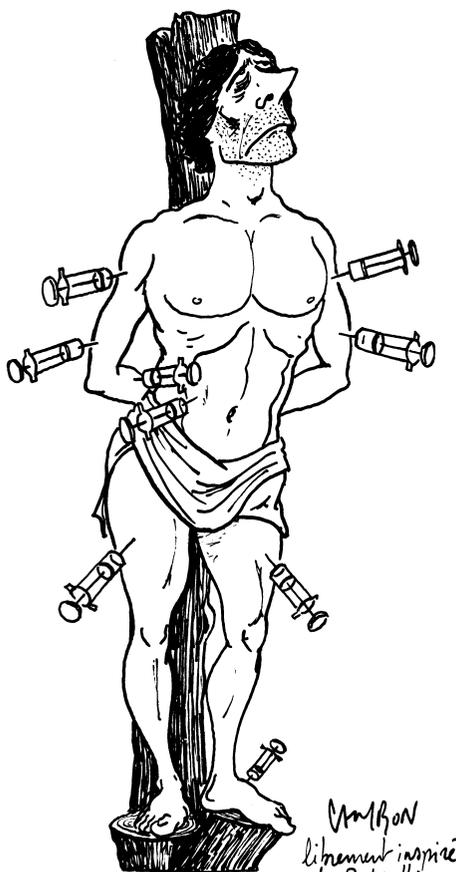
→

* Coordinateurs : Matthieu MERAU et Jean-Jacques LOTTIN - Membres de la Société régionale de santé publique Nord - Pas-de-Calais

Avec la participation de : Monsieur le Professeur Jean Philippe PARQUET, CHRU de Lille, Haut Comité de Santé Publique ; Maître Jean-Louis BROCHEN, Avocat, Ancien Bâtonnier de Lille ; Docteur Bertrand RIFF, Président de « Généralistes et Toxicomanies du Nord » ; Docteur Philippe MACQUET, Coordonnateur de la Maison Régionale de Promotion de la Santé Nord - Pas-de-Calais ; Monsieur Laurent PLANCKE, Sociologue, ORS Nord - Pas-de-Calais ; Monsieur Gérard TONNELET, Président de l'ANIT. Merci à C. LAVIELLE, Documentaliste CFES.

3) Dans le champ de la prise en charge des toxicomanes, les priorités sont :

- De développer des véritables filières de soins instaurant la continuité thérapeutique, intégrant prévention/cure/post cure/réinsertion dans une approche territoriale et participative ;
- Sur le point particulier des programmes méthadone, il est essentiel d'effectuer une évaluation à court terme, en restant pendant ce temps prudent sur sa diffusion en pratique ambulatoire et notamment en pharmacie.



INTRODUCTION

La question des toxicomanies est un sujet « ultra sensible » qui préoccupe au premier plan l'opinion publique et les médias, les institutionnels et les élus, les professionnels et les bénévoles de l'action sanitaire et sociale. Les représentations liées au mot « drogues » et l'image sociale liée à la dénomination « toxicomane » empêchent tout discours relatif à une telle préoccupation. Le sujet soulève trop de craintes, de tabous et d'angoisses ; il y a sournoisement diabolisation et stigmatisation. Toute position consensuelle est tellement édulcorée, qu'elle soulève généralités et banalités, afin d'éviter toute vague et ne point heurter sensibilités et susceptibilités. **Pendant ce temps du consensus mou**, des gens de toutes conditions souffrent. Et la situation en matière de « Toxicomanies » est toujours présentée comme gravissime et alarmante... Il y a urgence à dépassionner le débat ; il est de notre responsabilité collective de mettre en œuvre rapidement des idées concrètes et opérationnelles. C'est l'esprit de ce texte.

La question des toxicomanies est un sujet en pleine mouvance. En témoignent les trois rapports récemment publiés par des instances officielles (Haut comité de santé publique, Commission Henrion, Comité Consultatif National d'Éthique). Dans la continuité de ces études notre texte a certes des aspects de « profession de foi ». Mais sa réflexion s'appuie sur l'expérience d'intervenants accompagnant des toxicomanes sur l'analyse des données disponibles.

Pas de réponse simple pour une question complexe : si en majorité les français ne sont pas dépendants d'un produit psychoactif, rares sont les abstinents.

En France des millions de personnes ont une vie indissociable de l'usage et la consommation régulière de substances, qu'ils sont amenés, du fait de leur dépendance, à se procurer quelqu'en soit le prix. Citons l'alcool, le tabac, le cannabis, des opiacés ou de la cocaïne, des somnifères... Ces personnes sont dépendantes de substances psychoactives.

Compte-tenu des lois en vigueur, certaines consommations s'établissent dans la clandestinité (ex. : héroïne), d'autres sont totalement légalisées (ex. : alcool). Au regard du concept de dépendance, l'ensemble des substances peuvent être classées comme des drogues. Dans le langage courant et les médias, elles ne le sont pas...

« Entendre l'appel des toxicomanes » est un titre qui centre la réflexion de la SFSP sur l'approche de la personne, en partant du concept de dépendance et en refusant de la cantonner aux comportements que la loi de 1970 décrète illicites. Peu de questions de santé publique sont à ce point au cœur des problèmes de société. Il n'est plus possible de maintenir les vieilles oppositions de la spécificité française entre drogues licites ou pas, produits « durs » ou pas, ainsi que de poursuivre l'amalgame entre

toxicomane et délinquant. Pour l'alcool, les psychotropes, le tabac ou l'héroïne, la frontière entre « autorisé » et « illicite » apparaît de nos jours factice, en référence à des modes de pensée dépassés par des nouveaux concepts, centrés sur l'approche humanitaire de la personne en difficulté avec un produit.

I. LES DÉPENDANCES

Définir et proposer des priorités pour prévenir les effets sur la santé de la consommation de drogues nécessitent avant tout de s'accorder sur les termes qui sont employés. Notre approche vise à s'affranchir des aspects purement réglementaires (drogues licites ou illicites) et à prendre en compte les pratiques de consommation de substances psycho-actives, en établissant un *continuum* entre usage, abus et dépendance. Des définitions plus précises sont données en annexe.

A. Approche globale de la dépendance

Dans le cadre de cette réflexion, nous pouvons décrire cette approche en posant un certain nombre de repères pour la discussion :

1. Les toxicomanies licites ou illicites au regard de la loi de 1970 traduisent toutes l'acquisition d'un comportement consommatoire de substances psychoactives.
2. Ces substances sont très diversifiées : alcool, médicaments, L.S.D., cannabis, tabac, héroïne, cocaïne etc. Les associations de substances sont par ailleurs souvent pratiquées.
3. Les comportements ou pratiques consommatoires relèvent de trois registres : l'usage, l'abus de la dépendance. Ces comportements sont à rapprocher de pratiques consommatoires analogues (boulimie, jeux d'argent...).
4. Les facteurs de nature à expliquer l'attirance et le recours individuel à une substance psychoactive sont complexes : biologiques, pharmacologiques, éthnosociologiques, culturels, juridiques, économiques, psychophysiologiques, sociologiques...
5. Révélant une crise, les drogues mettent les structures familiales, sociales et gouvernementales en question, sinon en échec. Elles peuvent rendre le citoyen-usager dépendant et le mettre en difficulté avec la loi.
6. La production de ces substances est soit licite (ex. : alcool) soit illicite (ex. : cannabis).
7. Le réseau de distribution des substances est officiel ou clandestin. Ces réseaux reposent sur le même schéma : producteurs, grossistes, détaillants.

8. La vente des substances psychoactives licites ou illicites fonctionne comme un marché traditionnel (Equilibre offre et demande avec relations complexes entre ces deux pôles).
9. Sur le marché des drogues illicites, la vente représente pour le petit dealer un moyen d'accès à un revenu confortable pour une prise de risque variable.
10. Les prix de vente des produits amputent le revenu de la personne dépendante. Le recours à la délinquance est une conséquence indirecte de cette dépendance quand les revenus sont trop faibles.
11. Les effets de la substance sur la personne dépendante sont de plusieurs ordres : organiques et lésionnels (ex : cirrhose et alcool), psychologiques (ex. : dépendance alcoolique), sociaux (ex : perte d'emploi et alcool), comportementaux (ex. : crimes et alcool).
12. Le retour à une vie sans consommation (sevrage, désintoxication) est subordonné dans l'état actuel de nos connaissances à un accompagnement médical et surtout social adapté au cas par cas et empreint de pragmatisme. Cet accompagnement est long et délicat.
13. Les conséquences sont variables selon le cadre législatif en fonction du produit concerné (ex : simple possession de cannabis justiciable au pénal ; accident mortel sous alcool justiciable au civil).
14. Parmi les aides au sevrage, des traitements de substitution sont apparus comme un auxiliaire important délivré sous contrôle médical (patch à la nicotine pour le tabac, méthadone pour l'héroïne).
15. Les modes d'absorption exposent à des risques variables. Le sida, l'hépatite B en sont l'expression la plus forte, obligeant le législateur à revenir sur l'un des principes de la loi de 70 (vente de seringues sur ordonnance).
16. La clandestinité et le trafic amènent sur le marché des produits de qualité très aléatoire voire dangereuse.
17. Certaines consommations sont légalisées et présentent des revenus pour l'Etat (ex. : alcool et tabac). D'autres sont déclarées illégales et relèvent de trafic. Toutes ces consommations peuvent s'analyser en terme de marché, avec une économie officielle ou souterraine en interconnexion (blanchiment de l'argent de la drogue). Leur usage échappe à toute rationalité sociale mais construit une économie parallèle surpuissante qui fonctionne sur des bases traditionnelles : les produits et les marchés. Elles obligent la communauté à mobiliser toutes ses ressources et ses préoccupations, souvent de manière anarchique et irrationnelle.

En élargissant la réflexion, il est important de souligner les questions suivantes : Peut-on concevoir une société sans substance psychoactive ? La solution est-elle dans une société exempte de tout psychotrope ?

Si le toxicomane a besoin de son produit, est-il aberrant de penser que pour son équilibre imaginaire la société a besoin du toxicomane et des représentations qu'il véhicule ? Les drogues font partie de la vie des hommes depuis des millénaires : dans le cadre des rituels festifs, sacrés ou initiatiques orchestrés par des prêtres, des sorciers ou des chefs, les drogues avaient une fonction de liant social ou de médiation avec le sacré.

Les errances polytoxicomaniaques d'aujourd'hui sont des modes de vie adaptés à des marchés qui questionnent notre vie sociale. Si la communauté réagit avec une angoisse déroutante devant l'idée et le mot « toxicomanie », pourquoi ne le fait-elle pas au devant de problématiques d'importance statistique égale, voire nettement supérieure, par exemple d'usage légalisé d'alcool, de tabac, de l'abus de somnifères... ou d'automobile, de jeux, de télévision ?

B. Réflexions opérationnelles

Voici comment peut se résumer actuellement le parcours d'un toxicomane :

- un toxicomane est un délinquant le lundi, s'il consomme de l'illicite et, le cas échéant s'il en revend.
- c'est un malade le mardi, s'il rencontre du psychotrope licite,
- c'est un buveur excessif le mercredi s'il se contente d'alcool légal (et criminogène),
- et qu'en est-il le jeudi s'il ne trouve rien à consommer ?

Un symptôme, une souffrance, une métaphore de la société actuelle ?

Quelques éléments sont à prendre en compte pour la définition d'une politique de santé publique dans ce domaine :

1. Approche globale de la personne

L'approche de la dépendance, quel que soit le produit, apportera un renouveau face aux questions suivantes : quelle prévention primaire ? Quels soins ? Quel accompagnement social ? Il importe de clarifier la dualité des réponses actuelles qui balancent entre amateurisme et pragmatisme en fonction des intervenants rencontrés, entre le juridique et le sanitaire.

Une approche globale devrait se substituer à ces conceptions, adaptable au cas par cas, faisant confiance aux intervenants formés et dynamisés autour d'approches collégiales des situations.

Cette problématique sera centrée sur la personne et capable de prendre en compte le regard des sociologues, des douaniers, des médecins, des développeurs sociaux, des juristes, des policiers, des responsables de collectivités, des usagers.

2. L'importance du vocabulaire employé

Entendre l'appel du toxicomane, c'est s'interroger sur l'absence d'expression telle que alcoolomane ou nicoticomane, alors que le mot héroïnomane a tant de connotation angoissante qu'il biaise toute lecture de statistiques. Pourtant le rôle criminogène de l'alcool n'est pas un leurre.

Le vocabulaire employé est important tant par les connotations médiatiques qu'il engendre, pour la clarification des discussions, ou tout simplement pour l'interprétation des statistiques.

3. Prévention

Les démarches de prévention doivent intégrer l'ensemble des facteurs qui peuvent mener une personne à consommer des substances psychoactives :

- facteurs économiques et sociaux tels que l'emploi et les perspectives d'avenir,
- facteurs psychosociologiques tels que la tolérance et la lutte contre l'exclusion,
- conditions et milieux de vie évitant au maximum le « mal être » ou le « mal vivre ».

La société est responsable de l'ensemble des facteurs collectifs qui favorisent la demande de substance psychoactive. L'information est une composante importante d'une telle politique.

4. Lutte contre le trafic

Celui-ci ne s'organise pas sur les mêmes valeurs et méthodes, selon qu'il s'agit d'un niveau national, international ou local.

A la production, se pose le problème économique de la subsistance de populations agricoles. Au niveau local, se pose le problème de l'insertion économique et sociale de petits dealers qui gagnent rapidement un revenu confortable pour subsister dans une conjoncture économique de récession. Sur les intermédiaires se pose le problème du grand banditisme.

5. Accompagnement

Le fait que le sujet s'y prête volontairement est l'une des conditions fondamentales de succès d'une démarche thérapeutique vis-à-vis de la dépendance à un toxique.

L'accompagnement est autant médicopsychologique que social ; l'intégration sociale est primordiale. Le toxicomane est avant tout une personne. Dans une relation d'aide et soutien à une personne, le regard de l'intervenant doit être sans opprobre, la disponibilité sans faille ; l'écoute réciproque est le pivot de la relation.

L'approche d'une personne dépendante repose sur l'abord global et individualisé qui doit prendre en compte un maximum de facteurs ; l'accompagnement est long et personnalisé pour leur permettre de trouver en eux-mêmes les ressources leur permettant de vivre sans cette consommation ; cet accompagnement ne peut vivre et être fructueux sans relation de confiance. Cette confiance n'existe que si les intervenants l'entretiennent avec chaque toxicomane rencontré et l'entretiennent entre eux quel que soit leur domaine de compétence.

II. LES SPÉCIFICITÉS DU PROBLÈME

De nombreux éléments concourent à la spécificité du problème des toxicomanies en France. Leur reconnaissance constitue un préalable à l'élaboration par la SFSP de propositions concrètes dans ce domaine.

A. Un marché en développement

Toutes les données concordent pour affirmer une expansion de la consommation et de la production des drogues illicites, malgré un dispositif légal en France très répressif. La même évolution est constatée dans des pays de niveau socio-économique comparable.

Le trafic international est en pleine expansion pour augmenter l'offre.

D'une consommation rituelle ou festive, accessible à des catégories précises et fortunées de la société, la demande concerne à présent un nombre croissant de « paumés » sans perspective, pour lesquels cette échappatoire accélère l'errance et la désocialisation. Si la demande est là, les vendeurs se multiplient et trouvent un revenu facile pour trouver une place dans la société de consommation.

Nombre d'auteurs rattachent cette expansion aux conditions de vie défavorables qui frappent de nombreux concitoyens (chômage, urbanisme déshumanisant, etc.).

B. Un marché de plus en plus visible

Un des phénomènes nouveaux est la visibilité en milieu urbanisé de la vente directe au consommateur de produits illégaux. Outre qu'il apparaît plus facile de consommer, cette visibilité nous renvoie en miroir une impuissance à l'insertion des petits dealers et à la maîtrise des facteurs favorisant la demande.

C. Un marché évolutif

Comme pour tout marché, les demandes des consommateurs varient ; les produits disponibles varient. Les médias alarment régulièrement l'opinion sur ces évolutions. L'ecstasy et le crack en sont les expressions les plus récentes.

D. Le risque infectieux lié à la consommation

La prise de drogue par voie intraveineuse facilite, du fait des échanges de seringues, la transmission de maladie infectieuse (Hépatite B et C, VIH). La séropositivité vis-à-vis du VIH concerne 30 à 40 % des héroïnomanes en France. Dans une récente étude sur l'hépatite C, près d'un quart des hépatites C chroniques recensées en France entre 1991 et 1994 étaient dues à une toxicomanie intraveineuse (BEH n° 5/1996).

E. Le cadre juridique

Le texte législatif de base reste en France un texte qui a 25 ans d'âge. Le problème a évolué ; la législation n'a pas suivi.

Ce texte pose les principes généraux suivants :

- Des produits sont déclarés illégaux ; leur possession, leur usage (même privé), leur revente sont justiciables au pénal.

Si une personne est détentrice de substance pour son usage personnel et qu'elle accepte de se faire soigner, les poursuites sont levées (injonction thérapeutique).

- A titre préventif et aux fins de maîtrise de la consommation, la vente des seringues est interdite sans ordonnance.

- La lutte contre les toxicomanies est placée sous la responsabilité de l'Etat. Une ligne spécifique est créée dans le budget de la nation et assure, sur principe dérogatoire, la gratuité des soins aux toxicomanes.

Plusieurs commentaires sont nécessaires :

- Manifestement, la loi n'a pas enrayé le développement des consommations illégales.
- La vente des seringues a dû être libéralisée par décret en 1987 en restant sous le monopole des pharmacies, devant la progression du sida.
- Les circulaires Peyrefitte (1978) et Badinter (1984) enjoignent aux parquets de ne plus poursuivre les simples usagers de cannabis.

F. Des intervenants diversifiés

Entendre le toxicomane, c'est mettre à sa disposition un panel adaptable au cas par cas de services de soutien et d'accompagnement. Ceux-ci doivent être souples et faciliter les collaborations entre intervenants. Outre le développement de moyens d'accueil spécialisés, il est impératif d'informer, former et faire se connaître les intervenants locaux.

Une difficulté majeure dans l'accompagnement d'une personne dépendante d'une substance (alcool ou « drogues ») est la capacité d'écoute et de dialogue entre intervenants. Ce dialogue influence directement le parcours et la destinée de chaque personne dépendante.

Les intervenants appartiennent à des horizons professionnels très divers : judiciaire, policier, médical, sanitaire et social, etc.

Le bénévolat intervient également de plus en plus : associations d'usagers, de parents ou d'habitants. Ces intervenants ne peuvent être ignorés.

G. Connaissance fragmentaire

De nos jours, il s'agit de comprendre l'état de dépendance qu'une personne vit, ressent ou subit dans une habitude de consommation. La société connaît les consommations, les produits et leurs effets psychoactifs ; elle est capable de décrire des profils de consommateurs ; elle maîtrise les marchés licites et identifie les marchés illicites. Mais elle est souvent désarmée dans la connaissance des mécanismes de passage d'une personne à la conduite de dépendance. En ce domaine, la documentation scientifique et les recherches pluridisciplinaires sont rares en France, mais exploitables si elles sortent du ghetto des hyperspécialisations.

Après une connaissance portant d'abord sur les produits et leurs effets, puis des connaissances portant sur les profils de consommateurs, il faut aujourd'hui penser à des compréhensions des mécanismes du comportement d'usage, d'abus ou de dépendance aux produits légaux ou illégaux (recherches sur les pratiques et comportements

consommateurs). La France n'a sans doute pas le niveau de connaissance sur la drogue qu'on pourrait attendre d'un pays de plus en plus confronté aux toxicomanies illégales. Une pensée plus indépendante des logiques institutionnelles et un système d'information permanent sur les formes et évolutions des consommations de produits légaux ou illégaux apparaissent de plus en plus nécessaires.

H. Des données parcellaires

Des données actuellement disponibles pour les consommations illégales relèvent de 4 sources principales : service des Statistiques et Etudes des Systèmes d'Information du Ministère de la Santé (SESI). Enquêtes réalisées par L'INSERM. Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS) du Ministère de l'Intérieur. Baromètre Santé du CFES.

S'il est un domaine où les chiffres doivent être avancés avec prudence, c'est bien celui des toxicomanies. Toutes les données relèvent d'estimations. Chaque indicateur appelle de nombreux commentaires sur les définitions et sources utilisées, pour éviter une interprétation erronée empreinte de subjectivisme. Sur le nombre de consommateurs de cannabis, parle-t-on de fumeurs occasionnels, de fumeurs habituels ou de dépendants ?

Les données sont variables selon la source. Leur fiabilité est relative. Il faut rester très prudent dans leurs interprétations : par exemple, une augmentation du tonnage saisi peut refléter une progression du trafic et l'aggravation de la situation ou une fluctuation dans l'activité des services de répression.

De même, la clandestinité des faits ne facilite pas l'établissement de données précises.

I. Le rôle des médias et des représentations sociales

Les représentations liées aux toxicomanies et le rôle des médias dans l'évolution de celles-ci méritent attention, réflexion, voire recherche. Si la délinquance liée à la recherche d'argent pour se procurer de l'héroïne est fortement associée à l'image du toxicomane, les conséquences criminelles liées à la désinhibition sont peu associées à l'alcool. La toxicomanie alcoolique apparaît acceptée culturellement...

J. Le croisement des approches

L'élaboration de mesures pour enrayer le développement des toxicomanies légales ou illégales doit intégrer plusieurs approches :

- humanisée : sous cet angle, la société se doit de déployer un réseau de soins, d'aides et de services à la hauteur des demandes, dans la confiance maximale soignant-soigné, et au fait de l'état des connaissances ;

- socialisée : améliorer les conditions de vie (chômage, cadre de vie, vie sociale, culture) est de nature à diminuer les errances individuelles vers un produit toxicomanogène. C'est vrai pour l'alcool ; c'est vrai pour d'autres produits ;
- économique : cette approche conduit à analyser les conditions de vente et d'accès à un produit. Légalisé, chaque produit est générateur d'emplois, de plus-value à la revente, de taxes à la consommation (ex : alcool, tabac, somnifères). Illégal, chaque produit est générateur d'emplois à la production et de plus value à la revente.

Sous l'aspect macro-économique, ne peuvent échapper à l'analyse les revenus de l'Etat sur les ventes légalisées (Taxes), non plus que les circuits de blanchiment de l'argent issus des trafics illégaux. Sous l'aspect micro-économique, doit être pris en compte le coût réel des dépenses pour le consommateur qui, au-delà de ses revenus, est poussé à la délinquance. Les profits liés à la vente au détail peuvent constituer un revenu de base pour des petits dealers dont l'avenir sur le marché de l'emploi apparaît sans issue.

- judiciaire : cette approche considère le toxicomane au regard des textes en vigueur. Ces textes peuvent pénaliser le simple usage à titre personnel, les actes délictueux liés aux troubles du comportement du fait de la consommation, les actes délictueux liés à la recherche du produit, le trafic. Cette approche a un poids considérable sur ce problème de santé publique, elle interfère pour les produits illégaux avec les démarches de soin et focalise l'attention sur une lecture et un traitement sécuritaire du problème.

III. PROPOSITIONS ET MESURES PRIORITAIRES

Sur la base de l'approche qui est préconisée du phénomène « Toxicomanies », la SFSP propose trois séries de mesures qui se situent dans trois champs complémentaires : celui de l'action, celui de la connaissance et celui de la prise en charge.

A. Dans le champ de l'action

- Vers un programme national « Dépendances » (à l'instar du programme périnatalité des années 70), qui érige les démarches d'aide et de soins en matière de dépendances comme priorité nationale avec :
 - reconnaissance de spécialités appropriées (ex. : alcoologie) ;
 - affectation de moyens spécifiques en matière de soins (ex. : méthadone) et de prévention tertiaire (ex. : seringues et sida) ou limitation des risques ;

- reconnaissance de réseaux locaux ;
 - intégration des dépendances dans la politique générale de la santé (alcool et toxicomanies sont aujourd’hui « dérogoatoires » dans le budget de l’Etat), en association avec la CNAM.
- Dans le cadre de ce programme national que des rencontres locales de dialogue soient suscitées et organisées entre acteurs et décideurs.
 - Vers une mission de bilan de la loi de 1970. Cette mission travaillerait sur quatre axes de réflexion :
 - étude des dispositifs Alcool (loi de 1954, veille et prévention, criminalité alcoolique) ;
 - évaluation de la loi de 1970 (le marché des produits, influence sur la population générale, impact sur les personnes en difficulté) ;
 - identification des spécificités d’intervenants (culture et mission) : acteurs économiques, juridiques, acteurs de soins et d’accompagnement social ;
 - identification des points de rencontre entre ces intervenants pour aider et accompagner une personne en difficulté.
 - Pour l’abrogation de la loi de 1970, qui doit être soit remplacée par quatre textes parallèles :
 - la réponse judiciaire aux comportement délictueux ;
 - la réponse thérapeutique au comportement de dépendance ;
 - la réponse sociale au rejet du toxicomane ;
 - la mise en place de « collèges d’aide aux toxicomanes » où les trois compétences ci-dessus se retrouvent.

Sur cette base revisitée, il paraît souhaitable, sans LÉGALISER les produits illicites, qui doivent rester interdits, de développer le principe de la DÉPÉNALISATION de l’usage personnel tel que, *de facto*, la plupart des Parquets l’appliquent déjà.

- La formation sur les dépendances doit devenir une axe prioritaire pour un nombre croissant d’intervenants, en mêlant les publics pour générer les dialogues locaux sans toutefois dé-spécifier ou banaliser les produits.

Souplesse, pragmatisme, adaptation d’une part, rigueur d’autre part ? Le législateur devra bien trancher. La SFSP, pour sa part, préconise la première approche.

B. Dans le champ de la connaissance

- Une étude de la littérature « grise », pour ne pas refaire toujours les mêmes recherches. Un groupe d’étude explore l’ensemble de la littérature grise publiée

depuis 1990, et que se tienne un congrès exclusivement réservé à ces publications suivi d'une large diffusion des données recensées.

- La recherche doit être développée, notamment par des appels d'offre sur les pratiques consommatoires et les réponses d'accompagnement et de soins y afférant (en particulier par des récits de vie).

- Une « déclaration-prise de date » réunissant décideurs et intervenants professionnels ou associatifs (à l'instar de la charte d'Ottawa en Promotion de la Santé) devrait prendre en compte le changement de valeurs et d'image qui s'est opéré depuis 20 ans sur les toxicomanies et les toxicomanes, en intégrant d'autres dépendances et insistant sur les points suivants :

- l'évolution de l'impact des « drogues » sur les marchés économiques et la force commerciale à travers le monde ;

- le passage de la consommation marginale « fascination », à la consommation de masse « paumé » ;

- le partage des réponses sociales en trois champs parallèles : le soin (recouvrer sa liberté par rapport au produit) ; la délinquance (perdre sa liberté pour cause de délit) ; le rejet social (retrouver une reconnaissance des autres) ;

- la nécessité d'une indépendance dans les pratiques des intervenants, mais également de rencontres collégiales autour des situations individuelles.

- Des tableaux de bord intégrés sur les dépendances devraient être publiés par une mission interministérielle « dépendances » dont une des vocations serait la publication régulière d'un panorama sur « ALCOOL-TABAC-DROGUES-PSYCHOTROPES », permettant une objective comparaison des données avec des indicateurs similaires (les consommations, les marchés, les conséquences médicales, sociales et judiciaires, les démarches d'accompagnement des sujets en difficulté).

C. Dans le champ de la prise de charge des toxicomanes

Quatre axes doivent être priorités :

- Développer les filières de soins dans une perspective communautaire.
- Instaurer la continuité thérapeutique.
- Globaliser prévention/cure/post-cure et réinsertion dans une approche participative en réseau et en maillage territorial.

Sachant que la méthadone n'est pas la panacée, mais un moindre mal destiné à assurer le passage vers l'abstinence, il faut rester prudent sur sa commercialisation en pharmacie et envisager une évaluation à court terme de ses effets, en s'inspirant du travail déjà effectué aux USA, en Belgique et aux Pays-Bas.

- un souci particulier que les prisons y soient pleinement intégrées ;
- reconnaissance officielle et aide aux associations d’usagers et consommateurs de produits psychoactifs ;

et surtout, développer partout une approche préventive en posant la question : la promotion de modes de vie libérés des drogues est-elle une vue de l’esprit ou une utopie réaliste ?

- Développer et soutenir l’émergence de groupes auto-supports dans une perspectives d’implication des communautés face à ce problème.

IV. LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS À SURMONTER

« La prégnance de l’anomalie française »

Notre culture, notre loi, notre routine et notre manque de courage politique confortent une « anomalie à la française », qui amalgame le malade et le délinquant en excluant de fait le sujet, la personne en difficulté ; qui sépare artificiellement les produits entre licites et illicites, entre drogues « douces » et « dures » sans parvenir à établir leur dangerosité respective ou leur degré d’addictivité ; qui ne sait pas quoi faire de la loi de 1970, hésitant entre le statu-quo et la dépénalisation partielle *de facto*, tout en privilégiant le plus souvent la répression à la prévention et aux soins ; qui assimile dépénalisation à légalisation, et oublie que les toxicomanes ne sont pas tous dépendants ni dealers.

Cette spécificité paresseuse doit être cassée car elle est archaïque, dérogatoire (parfois dangereuse pour les libertés) et inopérante. Il faut du courage politique pour changer les mentalités et les pesanteurs.

La méconnaissance des mécanismes de la dépendance

L’approche scientifique (biologie et sciences humaines) des mécanismes de la dépendance est de nature à nous apporter un éclairage nouveau et très précieux pour l’abord des comportements consommatoires de produits psycho-actifs. Notre frilosité à explorer ces phénomènes renforce notre archaïsme d’attitude ; et pourtant, c’est la seule piste qui nous permette de restituer l’ensemble des problèmes, en partant d’une approche globale et humanitaire, sur la personne en difficulté avec un produit psycho-actif.

La nécessité d’un dialogue fort

Pour surmonter les difficultés d’approche des toxicomanies, il faut une réelle volonté de dialogue entre intervenants, empreinte de tolérance intellectuelle et d’humilité. Ce

dialogue s'instaurerait autour des valeurs de fond énoncées dans la déclaration proposée plus haut.

La nécessité de dépassionner le débat

Cette dernière condition est essentielle : il n'y aura de courage politique qu'à ce prix.

Si les objectifs énoncés ci-dessus sont adoptés, cette difficulté ne nous apparaît pas insurmontable. En effet, les intervenants de terrain ont trop de conviction et d'expérience pour ne point y parvenir. Cela relève essentiellement d'une gêne et d'une frialosité qui concerne les autorités et les médias.

V. LES MOYENS À METTRE EN ŒUVRE POUR SURMONTER CES DIFFICULTÉS

Dans le champ de la communication

Les mots, les catégories, les concepts doivent faire l'objet d'une définition officielle actualisable (à l'instar de travaux réalisés en alcoologie). Des valeurs de base doivent être largement médiatisées vers le grand public et les intervenants. Les publicités pour les produits toxiques ou dangereux (incluant le tabac et l'alcool) doivent être interdites ; l'argument « liberticide » est démagogique, face aux morts qu'elles programment.

Dans le champ de l'harmonisation et de la coordination

Créer une mission permanente de conseil, d'évaluation et d'expertise, ayant une autonomie scientifique et financière, auprès du Gouvernement et de l'Assemblée Nationale. Cette mission aurait un rôle d'observation et de suivi de l'ensemble de la politique « Dépendances », et la responsabilité de la publication des tableaux de bord. De même, elle assurerait un travail d'harmonisation et de coordination des moyens administratifs et financiers répartis entre plusieurs ministères et la Sécurité sociale. Elle veillerait à la mise en œuvre des objectifs d'un programme national « Priorité Dépendance », en ayant l'assurance que ceux-ci sont répartis entre des opérateurs existants, sans création de structures nouvelles (ex. : observation et FNORS ; conférences nationales et ANIT ; etc.).

CONCLUSION

Toute création d'emploi limite l'exclusion, principal pourvoyeur des dépendances. Tout relèvement volontariste des prix à la production des cultures tropicales spécu-

latives (cacao, café) limite le désir des paysans du Tiers-Monde de cultiver les drogues. La levée concertée du secret bancaire mondial limiterait (soyons naïfs) les possibilités de blanchir tranquillement l'argent des narcotrafics.

En dehors de ces principes généraux sur lesquels la SFSP a peu de prise un effort de fond doit se développer pour maîtriser la demande de substances psychoactives.

Le maintien de la politique de limitation et de contrôle des risques n'est viable qu'en l'appuyant sur une priorité absolue à la prévention : la répression est un bon anxiolytique social, mais, comme ces drogues qu'elle combat, elle entraîne assuétude et dépendance sans fonder une politique de santé publique. Celle-ci ne peut que s'appuyer sur dialogue, responsabilisation, éducation, respect de la personne et prise en charge globale.

En urgence, il apparaît de réelles priorités de santé publique argumentées sur des faits et solutions précises : le développement des capacités de soin et d'accompagnement par le renforcement des intervenants locaux : réseaux ville hôpital, accueils spécialisés, formations ; renforcement des programmes méthadone dans un cadre permettant leur évaluation ; dynamisation des programmes d'échange de seringues ; approche du problème en prison et chez les prostituées.

Devant un problème aussi complexe et délicat, l'humilité et le pragmatisme sont des atouts. Il n'y a pas de solution à court terme ; plusieurs stratégies sont à développer en parallèle. Deux stratégies prédominent : le développement de la recherche et le renforcement des dialogues et moyens d'action locale.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rapport du Haut comité de la santé publique : « La Santé en France », décembre 1994.
- [2] Rapport TRAUTMANN : « Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants », février 1990.
- [3] « CHANGER DE CAP » -Manifeste ANIT Mai 1994.
- [4] Rapport HENRION, janvier 1995.
- [5] Rapport du Comité national d'Ethique sur la classification des drogues, 1994.
- [6] Diverses études FNORS-Collectif DESCARTES.
- [7] Recommandations du Comité National pour la Consultation des jeunes.
- [8] Rapport au Premier Ministre, 1995.
- [9] Rapport au premier Ministre sur le SIDA, Montagnier P., 1993.
- [10] CABALLERO F. : « Droit de la Drogue », Dalloz, Paris, 1989.
- [11] SZASZ TH. : « Les rituels de la Drogue », Payot, Paris, 1976.

[12] Répertoire des sources statistiques sur les drogues et les toxicomanies, Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, octobre 1994.

[13] « La Mortalité et la morbidité par toxicomanie augmentent en France », *Rev. Epidém. et santé Publique*, 1993, 41.422-43.

[14] « La prise en charge des toxicomanies dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1993 », SESI, mars 1995.

ANNEXE - CONCEPT ET DÉFINITION DE BASE

1. La dépendance

La dépendance est une adaptation de l'organisme qui se caractérise par l'apparition de troubles intenses lorsque l'absorption de la substance est stoppée. Ces troubles ont une traduction variable selon le produit (dépendance physique).

La dépendance se décrit également par une pulsion psychique qui conduit le sujet à se ré-administrer le produit, dans une quête inexorable de la satisfaction ou du plaisir découlant de cette absorption (dépendance psychique).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la toxicomanie se définit principalement sur cette notion de dépendance.

2. Usage - Abus - Dépendance

Pour décrire les pratiques consommatoires de substances psychoactives, trois définitions apparaissent très opérationnelles : « Usage - Abus - Dépendance ».

Notre référentiel sera le DSM IV publié par l'Association américaine de psychiatrie et compatible avec la classification internationale des maladies de l'O.M.S. (ICD 10). Pour un même produit, le sujet peut se trouver dans l'une de ces trois situations avec des passages de l'un à l'autre qui sont caractéristiques des histoires individuelles.

3. Drogue

Le mot drogue peut désigner une préparation pharmaceutique simple. Il peut aussi désigner une substance ou un produit dont l'usage peut conduire à une dépendance. Usuellement il s'applique à l'héroïne, la cocaïne, le L.S.D. ou le cannabis, alors qu'il concerne également l'alcool ou les médicaments psychotropes (voir la classification de l'OMS).

4. Toxicomanie

La loi de 1970 qualifie de toxicomane toute personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, que cet usage soit ou non récréatif. Le

législateur décide du caractère d'illégalité de telle ou telle substance, dont il condamne pénalement l'usage. Au regard des connaissances sur les dépendances, il s'ensuit des toxicomanies légales ou légalisées (alcool, tabac, somnifères) et des toxicomanies illégales (héroïne, cocaïne, cannabis).

Pour le Comité Consultatif National d'Ethique, les connaissances apportées ces dernières années dans le domaine de la neurobiologie et de la pharmacologie « ne permettent pas de justifier la distinction actuelle entre drogues licites et drogues illicites ».

ACCOMPAGNER LE GRAND ÂGE *

Favoriser le maintien de l'autonomie et améliorer la qualité de vie des personnes du grand âge

EXTRAIT

La SFSP a délibérément choisi de ne pas parler de « dépendance », mais d'axer cette priorité sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes du grand âge en favorisant leur autonomie de vie et leur participation à la vie collective. Pour que ce but général soit atteint, il est essentiel que les actions soient effectuées le plus en amont possible. Plusieurs moyens doivent être simultanément mobilisés.

1) Pour les personnes

- Promouvoir les interventions supprimant certaines déficiences (la pose de certaines prothèses par exemple) en évaluant le coût avantage pour la collectivité ;
- Renforcer les programmes de réadaptation, de soutien social et affectif envers les personnes disposant de capacités réduites ;
- Fournir des aides techniques appropriées pour les actes de la vie quotidienne et promouvoir les programmes d'adaptation des logements.

2) Pour l'environnement collectif et le dispositif de prise en charge

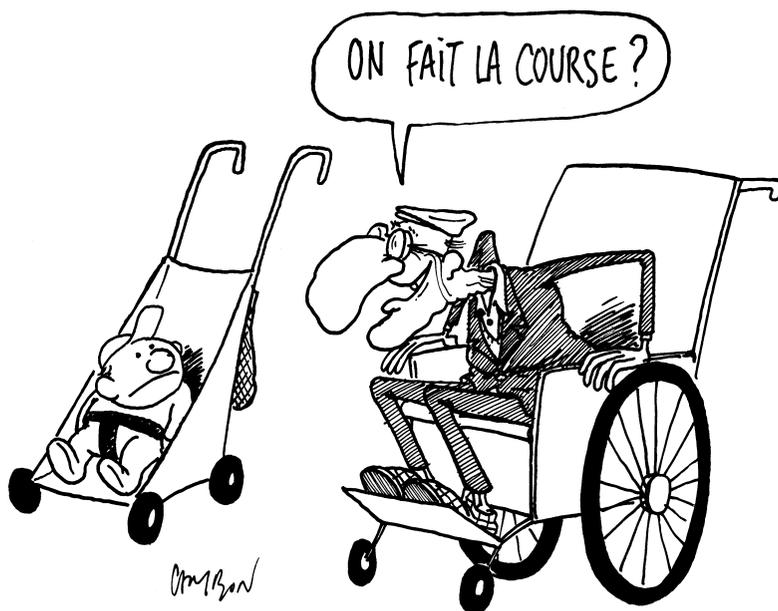
- Développer localement de véritables programmes alternatifs entre soutien à domicile et institutionnalisation. La personne âgée doit réellement pouvoir exercer un choix ;
- Développer l'accessibilité de l'ensemble des milieux de vie (logements, transports, voirie...);
- Favoriser le partenariat entre institutions, associations et familles, notamment en coordonnant précisément la gestion des financements issus de sources multiples ;
- Mettre en place une réforme de la tarification qui permette une prise en charge unifiée et équitable des soins médicaux et d'hygiène, en veillant à une juste répartition des moyens entre départements ;
- Faciliter par des mesures incitatives l'action de la famille ou du voisinage ;

→

* Coordinateur : Jean-Claude HENRARD - Membre du Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique - Travail du Laboratoire Universitaire Santé-vieillessement, Université René Descartes-ParisV.

3) Sur l'information, la formation et la recherche

- Améliorer le système d'information, notamment par la mise en place d'une enquête nationale périodique sur la population dite handicapée ;
- Mettre en place des campagnes de sensibilisation permettant de modifier les représentations collectives sur la personne très âgée.
- Former l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux à l'approche multidimensionnelle du grand âge ;
- Promouvoir la recherche dans le domaine de l'épidémiologie, de la psychosociologie et sociologie et dans le domaine des systèmes et politiques de soins.



I. IMPORTANCE DU PROBLÈME

L'accroissement de la longévité fait qu'il n'est plus rare d'atteindre un âge avancé et cette tendance ira en s'accroissant. En 1970 les personnes âgées de 80 ans et plus représentaient 2,3 % de la population et il y avait 400 000 personnes âgées de 85 ans et plus (0,8 % de la population). En 1990 elles en représentent 3,9 % et les personnes âgées de 85 ans et plus étaient plus de 1 million (1,8 % de la population). Les projections démographiques montrent qu'après une légère décroissance liée au déficit des naissances pendant la période de la Première Guerre mondiale, le phénomène reprend avec une ampleur accrue : la population âgée de 80 ans et plus atteindrait 4,7 % de la population en 2010.

Le grand âge (que l'on peut définir arbitrairement comme 5-10 ans au-delà de la longévité moyenne, soit grossièrement 80-85 ans) se traduit, pour la majorité de la population par la présence de maladies, troubles ou infirmités plus ou moins anciens et plus ou moins évolutifs. Une proportion notable de personnes de grand âge sont atteintes d'incapacités pour effectuer certaines activités de la vie courante : 15 à 20 % des hommes et 25 % des femmes vivant à domicile par exemple y sont confinés. Ces incapacités sont le plus souvent secondaires à des maladies chroniques liées à l'avance en âge et à la sénescence. Ces maladies peuvent être somatiques (cardio-vasculaires, rhumatologiques, sensorielles, etc.) ou psychiques (notamment démences – 25 à 30 % des personnes âgées de 85 ans et plus en sont atteintes (Hoffman, 1991) – et dépressions).

Les personnes du grand âge sont proportionnellement le groupe des plus gros consommateurs de soins et d'aides mais, étant donné leur faible pourcentage dans la population générale, ils ne constituent pas le groupe le plus « coûteux ». Cependant une proportion non négligeable vit en institution⁽¹⁾ (environ 20 % des personnes âgées de 85 ans et plus correspondant à un effectif d'environ 207 000 et 12,5 % des personnes de 80 ans et plus soit un effectif d'environ 339 000, d'après l'enquête sur les Etablissements hébergeant des personnes âgées effectuée en 1990 (EHPA 90) par les services du Ministère des Affaires Sociales). De même, bien que les personnes de 85 ans et plus représentent près de 50 % des bénéficiaires de services de soins infirmiers à domicile, leur effectif n'est que de 20 000 (2 % de ce groupe d'âge).

Enfin les taux de décès les plus élevés s'observant dans les groupes d'âge élevé le grand âge est associé à l'image de mort.

(1) Une récente étude sur la cohorte « Paquid » suivant des personnes âgées de 60 ans et plus, en Aquitaine, révèle que le risque d'entrer en institution, considéré par certains comme un bon indicateur de la perte d'autonomie de vie apparaît à partir de 85 ans.

II. LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LES PROBLÈMES DE SANTÉ DU GRAND ÂGE

Les déterminants de la santé au grand âge sont mieux compris si l'on utilise la séquence développée par l'OMS pour mesurer les conséquences des maladies (Who, 1980). Les incapacités fonctionnelles sont les conséquences des déficiences. Ces dernières sont elles mêmes liées aux maladies et troubles pathologiques et à la sénescence. L'environnement, individuel et/ou collectif, joue un rôle majeur en corrigeant ou, au contraire, en aggravant les incapacités, générant plus ou moins de désavantages (handicaps). L'histoire de la vie, le capital culturel et économique, la plus ou moins grande intégration au milieu environnant, sont également des facteurs essentiels du maintien de l'autonomie, c'est-à-dire à la liberté de choisir son mode de vie.

La définition de la santé la plus opérationnelle pour les personnes très âgées, est probablement celle de l'adaptation au milieu et la capacité d'y fonctionner au mieux, compte tenu de leurs incapacités. En ce qui concerne la santé perçue, le sentiment d'utilité sociale, les échanges avec l'entourage semblent essentiels pour conserver un sentiment de bonne santé et une bonne qualité de vie et ce malgré la présence d'incapacités parfois sévères. La présence de maladies et même d'incapacités en revanche n'est pas synonyme pour les personnes du grand âge de mauvaise santé (Bury, 1991).

Les représentations collectives de la vieillesse contribuent à modifier le désavantage social conféré par les incapacités et le grand âge. La représentation dominante du grand âge est celle de la dépendance ⁽²⁾, de la maladie incurable et de la mort (encore que la mort soit niée par un refus de prise de conscience de la finitude de la vie en particulier par les adultes vieillissants).

Le système de soins et aides ⁽³⁾ aux personnes âgées (que les services sanitaires et sociaux soient spécifiques ou non) est un déterminant de la santé au grand âge. En effet, son organisation et son financement fixent le cadre dans lequel s'allouent les prestations (financement collectif ou non des aides techniques, montant des forfaits soins, par exemple) et se développent les pratiques sociales des professionnels du secteur sanitaire et du secteur social mais aussi celles de l'entourage des personnes âgées et de ces dernières elles mêmes. Ce cadre commande aussi l'articulation avec les autres secteurs susceptibles d'intervenir pour adapter le milieu de vie (habitat, transport, etc.).

(2) Cette représentation réductrice, portée en avant par les médecins gériatres, se limite aux besoins d'aides pour les activités de la vie quotidienne et néglige toutes les dimensions (affective, économique, sociale) qui nous rendent tous interdépendants les uns des autres. L'interdépendance entre les hommes est, pour certains, essentielle pour la continuation des sociétés humaines (Elias, 1987). C'est pourquoi nous n'avons pas retenu ce terme stigmatisant les personnes âgées et avons choisi délibérément de parler des problèmes des « frail elderly » ou des personnes âgées fragiles du grand âge.

(3) Ces deux termes nous paraissent ceux qui correspondent le mieux au concept de *care* utilisé en langue anglaise qui parle de *health and social care*.

III. BUT

La SFSP recommande d'adopter le but suivant :

Améliorer la qualité de vie des personnes du grand âge en favorisant l'autonomie de vie et la participation à la vie collective.

IV. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET PRINCIPAUX MOYENS ET ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

Plusieurs objectifs peuvent être proposés, chacun contribuant partiellement à l'atteinte de l'objectif général. A chacun doivent correspondre des mesures concrètes. L'ensemble des programmes, qui prennent tout leur sens dans leur combinaison doit s'efforcer de renverser la séquence déficience, incapacité, désavantage, d'agir le plus en amont possible et devrait pouvoir être développé dans toutes les structures de soins et aides.

A. Au niveau des personnes :

1. L'objectif visant à atténuer, voire supprimer des incapacités, peut être atteint par la suppression de certaines déficiences qui en sont responsables (exemple des prothèses) ; il faut alors pratiquer de telles interventions en évaluant leur coût-avantage pour la collectivité, en tenant compte du nombre d'années restant à vivre et de la qualité de vie de ces années.
2. Mobiliser les capacités restantes des personnes ayant des capacités réduites par des programmes de réadaptation et de soutien social et affectif recourant à des professionnels (par exemple la rééducation de la marche, sur une période limitée, par un kinésithérapeute bien formé, peut éviter le recours à une aide ménagère permanente qui en effectuant les courses à la place de la personne à mobilité réduite aggrave ainsi sa dépendance pour les activités de la vie quotidienne). L'évaluation doit porter sur les résultats exprimés en termes d'évolution des capacités, sur le nombre de procédures faites et le nombre de recours à des tiers évité et sur les coûts de tels programmes par rapport aux coûts des recours à des tiers.
3. Fournir aux personnes les aides techniques les plus appropriées (aide pour se chausser, préparer les repas, etc.) et les faire bénéficier des programmes d'adaptation de leur logement. Le développement de centres assurant des bilans des incapacités fonctionnelles et de l'environnement physique de l'individu, et délivrant de telles aides et facilitant de tels programmes est alors nécessaire. De telles aides peuvent aussi, en diminuant le recours à des tiers, contribuer au maintien de l'autonomie de vie.

4. Appréhender la personne dans une vision globale des problèmes. Cette préoccupation implique une prise en charge des personnes en intégrant les problèmes physique et de santé mentale, connaissant l'importance des problèmes de démence chez les personnes très âgées. Elle implique également la reconnaissance de la personne dans son environnement physique, familial, économique et social, afin d'offrir des solutions adaptées aux problèmes rencontrés.

B. Au niveau de l'environnement collectif et du dispositif de prise en charge :

1. Développer localement de véritables programmes alternatifs entre soutien à domicile ou institutionnalisation. Il ne s'agit pas de choisir pour la personne âgée fragile du fait notamment de ses incapacités fonctionnelles, mais de lui offrir un véritable choix. Il est alors nécessaire :

- de développer des moyens suffisants pour le soutien à domicile, tant sur le plan quantitatif (augmentation du nombre d'heures d'aide pour les cas lourds et du nombre des personnels des services aides domestiques, soins personnels d'hygiène...) que sur le plan qualitatif : fonctionnement si besoin 24 heures sur 24 comme cela existe dans des pays voisins, et accroissement de la gamme des aides (notamment pour la surveillance des personnes démentes ou pour des interventions ponctuelles : soins infirmiers, pédicurie etc.) ;
- de multiplier les programmes d'amélioration et d'adaptation des logements car le maintien à domicile des personnes ayant des incapacités physiques implique un logement adapté pour prévenir les handicaps sociaux ;
- de proposer des institutions attractives par leur cadre de vie et leurs soins (renforcement des équipes soignantes) ;
- de multiplier les structures et solutions dites intermédiaires tels que les centres de jour, les hébergements temporaires, les petites unités d'hébergement collectif, les expériences d'appartement thérapeutique, les petites unités pour personnes démentes séniles ;

2. Développer l'accessibilité des logements, des lieux et des transports collectifs, de la voirie (expériences municipales) peut éviter à des personnes ayant des incapacités de subir des désavantages pour les déplacements et les activités domestiques. Développer l'utilisation de dispositifs favorisant la communication à distance, la signalisation peut favoriser le maintien à domicile de personnes à mobilité réduite. En zone rurale l'isolement des personnes du grand âge nécessite le maintien d'un minimum de commerces éventuellement ambulants : le maintien à domicile se conjugue avec les mesures d'aménagement du territoire.

3. Développer des actions de partenariat entre institutions, professionnels du secteur ambulatoires, bénévoles, familles et handicapés peut augmenter l'efficacité et l'efficacités des dispositifs institutionnels de terrain. Des expériences de gestion par une seule personne de financements provenant de sources multiples peuvent faciliter le fonctionnement de tels partenariats.

4. Promulguer des mesures législatives intégrant les services et actions de maintien à domicile dans la loi sur les institutions sociales et médico-sociales, unifiant le double secteur d'hébergement sanitaire (établissements publics de santé pour soins de longue durée) et social (établissements sociaux avec éventuelle « section de cure médicalisée »), assurant une prise en charge équitable des soins d'hygiène et veillant à une répartition équitable des moyens entre départements (les départements les plus pauvres sont souvent des départements où la proportion des personnes âgées est la plus élevée).

De telles mesures, en rendant légale la prestation d'aide ménagère (actuellement facultative ou réservée aux bénéficiaires de l'aide sociale) permettraient son développement en précisant les critères d'attribution, les clientèles cibles, etc.

L'unification des établissements en un seul statut médico-social éviterait le développement de deux types d'établissement, chacun ayant ses propres règles de fonctionnement, de tarification, des personnels de formation et de statut juridique différent, pour des clientèles voisines. L'unification mettrait fin à l'iniquité tarifaire liée au fait que des personnes ayant les mêmes besoins de soins sont prises en charge soit par l'assurance maladie (forfait long-séjour hospitalier) soit par l'aide sociale.

En effet le forfait soins « section de cure médicale » des établissements sociaux, très inférieur à celui des services de long séjour, étant souvent insuffisant pour payer les soins nécessaires il y a alors un report sur le prix d'hébergement. Lorsque ce dernier est trop élevé pour les ressources financières des résidents il est payé en partie par l'aide sociale. En outre les montants des forfaits soins sont, dans les deux types d'établissement, insuffisants pour assurer des soins personnels d'hygiène nécessitant plusieurs heures d'aides par jour, d'où là encore un report sur le prix d'hébergement (pouvant atteindre 450 francs par jour dans les services de long séjour de certains Centres Hospitaliers Régionaux) et éventuellement sur l'aide sociale. Il y a là une nouvelle source d'iniquité vis-à-vis des personnes âgées fortement handicapées, du fait de maladies chroniques et des conséquences de la sénescence, par rapport à d'autres populations ayant les mêmes besoins mais en rapport avec une pathologie précise.

Pour y remédier on peut proposer une réforme de la tarification reposant sur des forfaits de soins gradués tenant compte de l'état de la personne, indépendants du lieu des soins et de son statut juridique (au cas où le double statut serait conservé) et permettant la prise en charge des cas les plus lourds.

Les propositions de création d'une allocation « dépendance » (Boulard, 1991 ; Commissariat Général du Plan, 1991) ⁽⁴⁾ pour les seules personnes âgées est loin d'être une bonne solution.

Certes elle peut contribuer à améliorer la prise en charge des personnes âgées fragiles, très handicapées, mais elle soulève quatre types de problèmes et de réserves :

- sa limitation aux seules personnes âgées contribue à stigmatiser les « vieux dépendants » ;
- ses conditions de mise en œuvre restent peu claires : sources de financement (fiscalité, cotisations par tous ou par les seuls retraités), conditions d'attribution (universalité en fonction de critères d'incapacité ou sous plafond de ressources), responsabilité de sa gestion (assurance maladie, assurance vieillesse, département), critères d'attribution (niveau seuil d'incapacité, niveau d'allocation fonction du degré de handicap), dispensation (en nature, en espèce) et place par rapport aux services et prestations existant (aides ménagères, services de soins infirmiers à domicile, allocation compensatrice), montant ;
- son addition à un dispositif de prestations destinées aux personnes âgées déjà très complexe en matière d'organisation, de financement, de gestion et de dispensation le complique encore plus ;
- son addition à un dispositif de réponse aux incapacités éclaté entre pension d'invalidité, rente pour accident du travail, allocation pour adulte handicapée, pension pour blessure de guerre, allocation compensatrice et majoration pour tierce personne, chacune étant gérée et financée par un organisme différent aggrave cette fragmentation.

Si une telle allocation doit être retenue, il importe :

- de préciser si elle s'inscrit comme un risque de l'assurance sociale obligatoire ou une prestation relevant de la solidarité nationale. En tout cas elle ne devrait pas être considérée comme une prestation d'assistance dont l'attribution se fait sous plafond de ressource ;
- de ne pas en faire une prestation spécifique pour les seules personnes âgées mais une prestation pour tous les âges, pour éviter toute discrimination liée à l'âge, source d'inégalité ;
- qu'elle apparaisse bien comme un complément des services existant qui répondent déjà à des besoins de personnes qualifiées de « dépendantes » (pour les tâches domestiques et une partie des soins personnels d'hygiène) ;

(4) Une expérimentation de cette allocation, dont le cahier des charges a été élaboré par le Ministère des Affaires sociales (loi relative à la sécurité sociale du 25 juillet 1994) et dont une convention Etat-CNAVTS fixe le montant et le cadre de la participation financière de la Caisse d'Assurance Vieillesse par rapport aux prestations déjà existantes, débute dans dix départements en 1995. Elle laisse non résolus les problèmes de sa place et de ses conditions d'attribution par rapport aux services et prestations existantes, de la clientèle éligible.

- que les conditions de sa mise en œuvre, soulevées ci dessus, soient clairement précisées.
- quelle que soit la solution envisagée, la SFSP préconise d’instaurer un groupe de travail dont l’objectif serait de proposer une prise en charge cohérente, équitable et efficiente de l’ensemble du dispositif sanitaire et social en faveur des personnes âgées.

5. Faciliter par des mesures incitatives l’action des aidants familiaux ou de voisinage (par exemple congé, payé par la collectivité, pour prendre soin d’un parent âgé) en s’efforçant d’en faire bénéficier toutes les catégories sociales (et pas seulement par des déductions fiscales ne concernant que les personnes assujetties à l’impôt sur le revenu tel que c’est le cas actuellement).

6. Former l’ensemble des professionnels sanitaires et sociaux à l’approche multidimensionnelle du grand âge et du handicap, à la fragilité des personnes du grand âge (notamment aux risques médicamenteux), à la connaissance des dispositifs institutionnels et à la connaissance du rôle des aidants informels (famille et voisinage). Favoriser l’intégration entre les programmes ciblés sur le grand âge et ceux mettant l’accent sur les troubles mentaux souvent liés à l’âge (maladie d’Alzheimer...). Ces objectifs sont à introduire dans les divers programmes de formation.

7. Modifier les représentations collectives sur la personne très âgée. Par exemple des campagnes de type publicitaire montrant l’importance des liens entre personnes âgées et les jeunes peuvent y contribuer. Une évaluation de l’impact de telles campagnes avec indicateurs de résultats est indispensable. Dans le même esprit, des programmes de promotion de la santé mettant l’accent sur les solidarités et l’intégration devraient être développés et soutenus financièrement.

Le réseau du CFES et des comités locaux pourrait constituer la base de telles initiatives.

8. Améliorer les données du système d’information :

- en cernant mieux la population de tous âges dite handicapée grâce à une enquête nationale périodique sur un échantillon représentatif. Cette enquête doit permettre d’identifier les incapacités, la nature et le type des principales déficiences, les facteurs liés aux ressources individuelles et collectives qui contribuent aux désavantages ;
- en analysant les données des enquêtes nationales ou locales et représentatives, sur les conditions de vie et l’état de santé des personnes du grand âge ;
- en introduisant des données sur l’état de santé et les différents éléments de la séquence explorant les déficiences, incapacités, désavantages dans les lieux recensant les bénéficiaires d’allocations, services et institutions d’hébergement et de soins.

9. Promouvoir des recherches :

Dans le domaine de l'épidémiologie : estimer l'incidence et la prévalence des incapacités et identifier les principales déficiences spécifiques de l'âge qui en sont à l'origine, estimer la prévalence et l'incidence des principaux désavantages et identification de leurs déterminants.

Ceci peut être fait à partir de données provenant des enquêtes existantes, nationales ou locales, à partir d'enquêtes nouvelles poursuivant de tels objectifs et par le suivi d'une ou plusieurs cohortes (multicentriques) de personnes âgées.

Dans les domaines de la psychosociologie et sociologie : développer des recherches, notamment ayant trait à la santé, à la qualité de vie, aux représentations sociales du grand âge. Proposer des recherches sur les logiques et les stratégies des acteurs professionnels et non professionnels dans les décisions d'attribution de prestations en espèce ou nature.

Dans le domaine des systèmes et politiques de soins : développer les recherches sur la qualité d'une institution, l'analyse et l'évaluation des politiques sociales, l'analyse du fonctionnement des dispositifs institutionnels et du rôle des aidants informels (entourage) ; étudier les facteurs à l'origine des différences dans les financements des prestations aux personnes âgées notamment selon les régimes de protection sociale et entre pays européens.

Des programmes multidisciplinaires, associant épidémiologistes, chercheurs en sciences sociales et économiques sont particulièrement nécessaires pour améliorer les connaissances sur les différents aspects de la santé du grand âge et les réponses apportées par la société.

V. PRINCIPALES DIFFICULTÉS À SURMONTER

Dans les domaines de la connaissance et de la représentation du grand âge plusieurs problèmes apparaissent :

- manque de données nationales sur l'incidence et la prévalence des principales déficiences, incapacités et désavantages à tous âges et sur les conditions de vie au grand d'âge, les données étant agrégées dans des groupes incluant plusieurs générations.
- prééminence du modèle biomédical peu tourné vers les maladies chroniques, les déterminants sociaux individuels et collectifs. Ce modèle contribue à l'image déficitaire de la vieillesse chez les professionnels et les générations d'adultes actifs conduisant à négliger les thérapeutiques efficaces,

méconnaître les actions plus sociales, les solutions collectives telle l'amélioration de l'accessibilité des locaux et des transports.

Dans le domaine des actions et de la politique de soins et d'aide au grand âge on peut individualiser des obstacles de nature différente.

A. Concernant les pratiques, les obstacles sont liés :

- au non respect, tant par l'environnement social que par les professionnels et les institutions, des choix des personnes très âgées pour leur lieu et mode de vie et dans l'analyse de leurs besoins ;
- à l'insuffisance d'analyse et de prise en compte de l'aide informelle apportée par les solidarités de voisinage, familiale notamment, à coté du dispositif professionnel et institutionnel ;
- aux a priori des professionnels, notamment de la plupart des médecins, quant à l'incurabilité ou la non possibilité d'amélioration des problèmes de santé des personnes de grand âge, exposant à l'absence d'égalité de traitement de ces personnes, dommageable lorsque ces traitements sont efficaces ;
- à l'insuffisance de formation des professionnels conduisant à des prises de décision très normatives. Les besoins sont définis en fonction des réponses que le professionnel peut apporter et non à partir d'une évaluation globale des désavantages et des multiples solutions qui peuvent être proposées.

B. Concernant la structure du système d'aides et de soins, les obstacles institutionnels sont liés :

- à la non reconnaissance par les financeurs collectifs de certaines professions (ergothérapeute par exemple) ou de certaines aides (aides techniques par exemple) ;
- à la faiblesse quantitative de certains services, comme les soins à domicile à la personne, ou leur non développement (aides techniques aux personnes à capacités fonctionnelles réduites, par exemple) ; à l'absence d'équité dans l'accessibilité géographique faute d'un minimum de services collectifs ;
- à la fragmentation du système (Henrard, 1987, 1991). La présence, à coté des services non spécifiques (hôpitaux, professionnels exerçant en pratique de ville) largement utilisés par les personnes âgées, de services d'aides et de soins destinés spécifiquement aux personnes âgées (services d'aides ménagères et de soins infirmiers à domicile), contrairement à la plupart des pays voisins où les aides à domicile sont destinées aux populations de tous âges,

génère une fragmentation des responsabilités en matière de gestion et de dispensation des services et prestations.

La fragmentation porte en outre sur les responsabilités en matière d'organisation et de financement. Elle est renforcée par les lois de décentralisation et est responsable comme nous l'avons vu d'un double secteur d'hébergement, de tarifs de soins liés au statut juridique du lieu de vie et non à l'intensité des soins et aides nécessaires (non seulement les tarifs sont différents mais les sommes à la charge de la personne âgée cliente varie du simple au quadruple pour un même problème, CNAVTS, 1990).

- à l'absence d'évaluation des actions et des politiques de même que l'absence de connaissance sur les stratégies des acteurs impliqués dans la régulation des dispositifs d'une part et dans l'attribution des prestations d'autre part ;
- à l'insuffisance du dispositif législatif en matière de services d'aide à domicile : la plupart des prestations relèvent du domaine de l'action sociale facultative et l'aide ménagère n'est pas reconnue comme prestation légale.

BIBLIOGRAPHIE

- BOULARD J.C. : *Vivre ensemble*. Rapport de la mission parlementaire sur la dépendance, Paris, 1991.
- BURY M., HOLME A. : *Life after ninety*, Routledge, Londres, 1991.
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES : *Le prix de la dépendance*, Bouget D., Tartarin R., Frossard M., Tripier P. eds. Documentation Française, Paris, 1990.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN : *Dépendance et solidarités mieux aider les personnes âgées*. Rapport de la Commission présidée par P. Schopflin, Documentation Française, Paris, 1991.
- ELIAS N. : *La solitude des mourants*, Christian Bourgeois Edit., 1987.
- HENRARD J.C. : « Blocage des filières de soins », *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 1987, 35, 298-308.
- HENRARD J.C., ANKRI J., LE DISERT D. : « Soins et aides aux personnes âgées. Effets des caractéristiques structurelles du système sur la mise en œuvre de la politique et le fonctionnement de services », *Sciences Sociales et Santé*, 1991, 9, n° 1, 39-54.
- HOFFMAN A., ROCCA W.A., BRAYNE C., BRETÉLER M.M.B., CLARKE M., COOPER B. *et al.* : « The prevalence of Dementia in Europe : A Collaborative Study of 1980-1990 Findings », *Int. J. Epidem.*, 1991, 20, 736-748.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE - SESI Documents Statistiques : « La clientèle des établissements hébergeant des personnes âgées. Enquête sur les Etablissements hébergeant des personnes âgées effectuée 1990 », Paris, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO) : « International classification of impairments, disabilities and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease », WHO, Genève, 1980.

CONNAÎTRE LA SANTÉ MENTALE

Organiser et diffuser les informations. Améliorer les pratiques

P.F. Chanoit ¹, V. Kovess ²

EXTRAIT

Pour la SFSP, la santé mentale est une préoccupation majeure de santé publique.

Tout en rappelant les priorités définies par le Haut comité de santé publique (la dépression et le suicide d'une part, l'insertion et la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychologiques sévères et chroniques d'autre part) et les dispositions législatives et réglementaires qui ont défini une politique de santé mentale dans notre pays, la SFSP se situe dans une perspective différente, et complémentaire, en recommandant trois priorités majeures :

1) Recueillir, analyser et diffuser des informations à tous les niveaux :

S'il existe des informations épidémiologiques partielles sur l'état de santé mentale de la population, il est nécessaire d'effectuer des enquêtes en population générale pour apprécier réellement les besoins. Ceci nécessite le développement de l'épidémiologie en santé mentale.

2) Améliorer la politique de secteur dans le cadre du schéma de planification en psychiatrie.

La France dispose d'un dispositif encadrant la planification et définissant une politique de secteur dans le domaine des soins psychiatriques. Mais cette politique de secteur pourrait être améliorée par :

- la reconnaissance des Centres Médicaux Psychologiques comme pierre angulaire des soins de proximité,
- une meilleure organisation des soins d'urgence psychiatrique, en collaboration avec les centres 15 et les urgences des hôpitaux généraux
- une continuité entre soins hospitaliers et structures extra-hospitalières.

3) Améliorer les pratiques

Malgré les modifications législatives et réglementaires, les pratiques en santé mentale peuvent être améliorées.

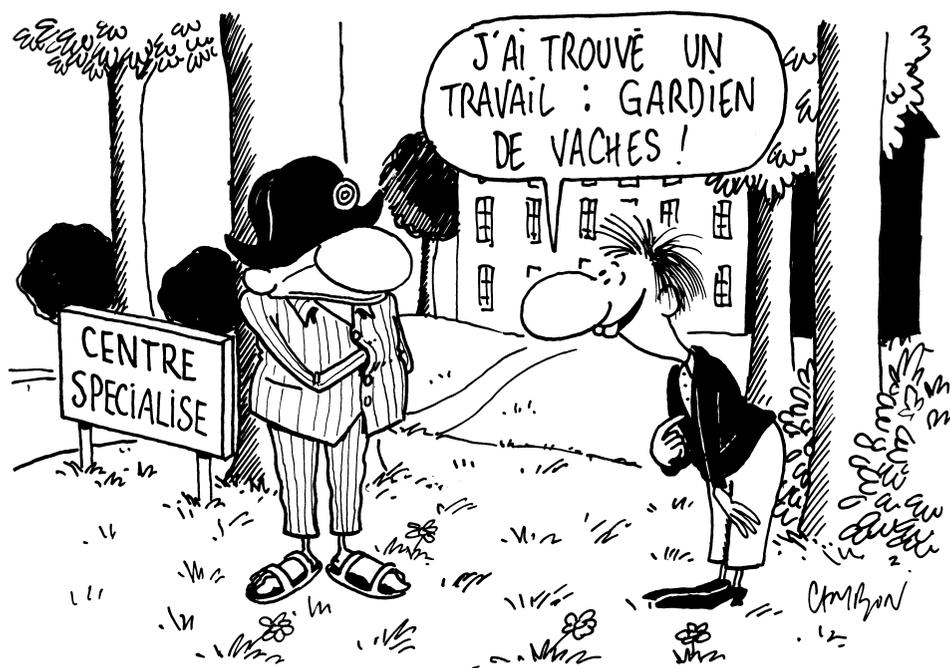
→

(1) Psychiatre Conseiller du Président de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

(2) Psychiatre, Épidémiologiste, Professeur Associée de l'Université

Pour cela, plusieurs recommandations peuvent être faites :

- Promouvoir le lien entre intervention sanitaire et réadaptation sociale, en particulier, auprès des personnes en marge ou des exclus, par le développement d'équipes mobiles intersectorielles.
- Assurer une meilleure coordination et une meilleure harmonisation des pratiques, tout au sein de la psychiatrie qu'entre soins psychiatriques et soins de santé primaires.
- Développer la prévention et la promotion de la santé mentale.



INTRODUCTION

La santé mentale est, en matière de santé publique, une préoccupation majeure. Les indicateurs (motifs de consultations ou pathologies repérées, causes d'invalidité ou de handicap, consommation de substances psychotropes) situent les troubles mentaux dans les priorités sanitaires.

Le Haut comité de santé publique propose, quant à lui, deux priorités bien définies et argumentées : dépression et suicide, et, insertion et qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et chroniques.

Ces deux priorités ont l'avantage de soulever trois problématiques différentes et qui doivent être considérées comme telles pour sortir du concept unique et souvent mal cerné de santé mentale :

- l'approche successive des termes folie, maladie mentale, trouble de la santé mentale,
- un problème fréquent (la dépression et le suicide) pour lequel des actions de santé publique, clairement définies, peuvent être proposées, en particulier sous l'angle de la promotion de la santé et du système de soins dits primaires,
- un problème touchant un moins grand nombre de personnes mais qui soulève la question du stigmate attaché à la maladie mentale ainsi que celui des problèmes de réinsertion ; il intéresse le réseau spécialisé tout en concernant aussi, bien sûr, le grand public.

Nous nous situerons dans une approche complémentaire, peut-être plus technique, à savoir, les systèmes d'information et leur intégration dans les systèmes de prise de décisions, la mise en place et la diffusion des « bonnes pratiques » et la mobilisation de tous les acteurs pour une promotion de la santé mentale.

I) DE LA PSYCHIATRIE ASILAIRE À LA SANTÉ MENTALE

En France, la Psychiatrie est née, dans un contexte socio-révolutionnaire bien souvent rappelé, il y a quelque 200 ans.

Le concept d'aliénation mentale et les descriptions cliniques de la fin du XIX^e siècle qui ont sous-estimé les conditions « extrêmes » dans lesquelles les observations étaient recueillies, ont conduit à la construction d'une « nosographie » (Emil KRAEPELIN 1911) dont l'usage est aujourd'hui inadapté.

La multiplication des connaissances cliniques, les innovations thérapeutiques, au plan desquelles on doit faire référence à la psychologie dynamique (et particulièrement l'œuvre de S. FREUD), la biologie (et plus spécialement les psychotropes), et l'apport des sciences humaines (sociologie, anthropologie) ont bouleversé les certitudes de la psychiatrie asilaire.

Le concept de maladie mentale a été mis en question ; les nouvelles classifications ou nomenclatures (D.S.M. III, puis IV, C.I.M. 10), ne parlent plus que de « troubles mentaux » et ont quelque peu rendu imprécises les limites de la psychiatrie et ceci non sans conséquences médico-légales et culturelles.

Dans le même temps, l'approche étio-pathogénique divisait le champ de la psychiatrie en, psychologique, biologique et social.

Quelques chiffres vont nous permettre de situer les enjeux.

En 1818, ESQUIROL recensait 1 009 aliénés, dans les 4 maisons publiques (Hôtel-Dieu, Salpêtrière, Bicêtre, Charenton) et les 18 maisons particulières de PARIS. Sur l'ensemble de la FRANCE, il ne décompte pas plus de 5 000 aliénés. Et pourtant, la situation de ces malades, relativement peu nombreux, fera l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics qui, après de longs débats, promulguent la Loi sur les Aliénés du 30 juin 1838, loi de santé publique, qui va organiser pour plus de 150 ans les procédures de lutte contre les maladies mentales.

En 1960, la France comptait près de 140 000 malades hospitalisés et moins de 700 psychiatres.

En 1993, 65 000 lits psychiatriques restaient occupés, alors que plus de 750 000 malades étaient comptabilisés dans les « files actives » des Secteurs (c'est-à-dire dans la seule pratique publique). Par contre, on recensait, en cette même année, 12 000 psychiatres, dont la plus grande partie exerce sur le mode libéral et dont il est difficile d'apprécier, quantitativement, l'activité.

L'accroissement exponentiel du nombre de sujets consommant des soins psychiatriques inscrit dans le champ de la santé mentale des troubles qui n'auraient, jadis, jamais été qualifiés de maladie mentale.

La Loi du 25 juillet 1985 et le décret du 14 mars 1986 ont déterminé une nouvelle politique sanitaire, officialisant la « Sectorisation psychiatrique publique ». La Loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, a pris en compte le fait que la grande majorité des personnes présentant des troubles mentaux n'exigeait plus de soins imposés. Dans le même temps, des circulaires (du 14 mars 1990 pour la psychiatrie générale et du 11 décembre 1992 pour la psychiatrie infanto-juvénile) traçaient les perspectives nouvelles d'une politique de santé mentale.

Aujourd'hui, les troubles mentaux, repérables par les enquêtes épidémiologiques, ne sont plus ce petit quota de 1 à 2 millièmes de la population qui, jadis, peuplait les asiles. Les enquêtes étrangères auxquelles on doit se référer, car en France les études épidémiologiques dans le champ de la santé mentale sont encore rares, donnent des

taux de prévalence des troubles mentaux élevés - 15 % de prévalence semestrielle pour MYERS *et al.* (Epidemiological Catchment Area Survey, 1984), 30 % de prévalence annuelle pour KESSLER *et al.* (National Comorbidity Survey, 1995) – taux qui ne peuvent se confondre avec ceux des maladies mentales de la nosographie traditionnelle.

Il est alors nécessaire de faire appel à de nouvelles approches et de sortir du cadre étroit de la psychiatrie clinique.

Cela devient pleinement justifié en raison de la massivité des problèmes posés, de leur intrication avec les contextes social, économique, culturel et les perspectives de prévention qui sont suggérées par les résultats des enquêtes épidémiologiques.

II) PSYCHIATRIE ET SANTÉ PUBLIQUE

Le chemin est, sans doute, tracé mais il sera long. Le poids des images véhiculées par la folie et son histoire pèsent encore sur le psychiatre et sa fonction sociale.

N. SARTORIUS, ancien Directeur de la Division de Santé Mentale de l'O.M.S. et actuel Président de l'Association Mondiale de Psychiatrie, a dénoncé les mythes qui empêchent de faire considérer les troubles de la santé mentale comme une préoccupation prioritaire de Santé Publique.

- Les maladies mentales ne seraient pas numériquement importantes. Il est facile de contredire cette affirmation, au regard des récentes enquêtes épidémiologiques faites en population générale ;
- les maladies mentales auraient un pronostic plus pessimiste que les autres maladies : cette assertion, qui fut en partie valable pour les maladies infectieuses, est contredite pour bien d'autres maladies chroniques ou dégénératives (cancers, sclérose en plaque, maladie de Parkinson, polyarthrite chronique, etc.) ;
- les maladies mentales sont exclusivement du ressort de la psychiatrie, spécialité fermée ; ceci est démenti par le constat que dans les pays où le nombre de psychiatres est suffisant (pays développés), la grande majorité des malades mentaux sont pris en charge par les généralistes (GOLDBERG, M. SHEPHERD, au Royaume-Uni). Plus récemment (1994) une étude de l'O.M.S., dans 14 pays sur tous les continents, au niveau des dispositifs de soins primaires, a montré que 25 à 30 % des demandes de soins concernent des troubles fonctionnels.
- Il faut attendre le progrès des connaissances, tirées de la recherche, en particulier sur l'étiologie et les processus pathogéniques, pour mettre en place des campagnes de prévention ; or, en psychiatrie, les acquis en ce domaine sont incertains. Affirmation fautive, encore, dit SARTORIUS, car l'on connaît bien certaines situations à risque, sur lesquelles on peut intervenir par des mesures à caractère social.

- Le dernier mythe, enfin, concerne la logique des étapes des actions en Santé Publique ; on commence par éradiquer les maladies transmissibles pour s'occuper ensuite des maladies métaboliques et dégénératives, avant de se pencher sur les maladies mentales. Mais l'épidémie mondiale du sida rappelle à tous les pays que les risques, en matière de santé publique, ne se règlent pas par étapes successives et que, en cette matière, germes pathogènes, règles d'hygiène, comportements sociaux et niveau économique sont liés.

La voie choisie d'attirer l'attention des professionnels et des pouvoirs publics sur l'importance des troubles mentaux dans les préoccupations de Santé Publique est dans le droit fil des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. Et l'objectif promotionnel « la Santé pour tous en l'an 2000 » ne saurait faire l'économie d'une attention particulière aux troubles de la santé mentale, facteurs de désinsertion professionnelle, de désorganisation sociale et de souffrances collectives.

La sensibilité de l'opinion publique aux problèmes touchant à la santé transfère toute décision importante du domaine sectoriel au domaine politique.

Les objectifs d'une politique de santé et des professionnels chargés de la mettre en œuvre, peuvent globalement être constitués par :

- La Promotion de la Santé.
- La Protection de la Santé.
- La Restauration de la Santé.

Or, bien souvent n'est considéré que le soin qui, même réalisé dans des conditions optimales de coût et d'accessibilité ne représente qu'une partie des objectifs ; les soins négligent souvent l'avant et l'après de l'épisode et les caractéristiques de l'environnement (sauf, peut-être, en psychiatrie). Le pointillisme de l'action clinique ne permet pas d'avoir une vision panoramique des troubles de la santé.

Nous avons vu précédemment le passage de l'aliénation mentale aux maladies mentales, puis aux troubles mentaux. De même qu'en Santé Publique le terme de santé a pris le pas sur celui de maladie, est-il pertinent, en psychiatrie de passer du concept de trouble mental à celui de santé mentale ?

Historiquement, le modèle « biomédical » a longtemps prédominé, en raison de la nature des pathologies prévalentes ; jusqu'aux premières décennies du XX^e siècle les causes les plus importantes de mortalité étaient les maladies infectieuses et transmissibles ; les méthodes de lutte ou de contrôle étaient inspirées du système pastorien. Actuellement, dans les pays industrialisés, dits développés, plus des deux tiers de la mortalité, sont attribués à des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers) ; on constate, de plus, que ces troubles sont souvent corrélés à des facteurs de risque comportementaux (tabagisme, alcoolisme, alimentation, etc), et/ou, à des par-

ticularités socioculturelles. Aussi, l'approche de la santé est-elle devenue un champ d'étude pour les sciences sociales (sociologie et anthropologie) et plus largement pour les sciences humaines (mouvements de population et démographie, rapports de production et économie, organisation de l'espace et géographie, évolution dans le temps et histoire, distribution des maladies et épidémiologie).

La première contribution des sciences sociales, c'est de montrer du « social » là où on ne voit habituellement que de l'individuel. La maladie, la souffrance, la mort, la relation médecin-malade, qui apparaissent à première vue comme des événements privés, sont en fait pris au sein de relations sociales qui les déterminent pour une large part.

Ainsi en est-il du suicide qui a fait l'objet de l'un des plus célèbres ouvrages de sociologie (Emile DURKHEIM, *Le Suicide*).

On peut ainsi résumer le « champ social » de la santé, qui légitime l'apport des méthodes des sciences sociales, en deux modèles :

- la maladie, comme phénomène biologique et naturel, permettant les recherches en, bio-médecine, épidémiologie clinique, anthropologie biologique, génétique des populations ;
- la maladie comme phénomène social et culturel, enrichie par les études d'ethno-médecine, de sociologie médicale, d'anthropologie sociale, d'épidémiologie sociale.

Plus récemment, une nouvelle discipline, la « psychologie de la santé », se définit comme l'étude des facteurs psychologiques, sociologiques, biologiques et de leurs interactions, jouant un rôle dans l'apparition et l'évolution des pathologies somatiques. Discipline officialisée en 1985 aux U.S.A., elle conteste les modèles explicatifs traditionnels à l'origine des maladies somatiques : le « modèle situationnel », pour lequel la maladie est la conséquence d'agents pathogènes externes (traumatismes, virus, facteurs toxiques) et le « modèle dispositionnel », pour lequel la maladie est la suite d'une prédisposition, liée à certains facteurs psychiques qu'on appelle, « structure » (modèle psychosomatique et pensée opératoire de MARTY), « trait » ou « type » de personnalité (modèle épidémiologique et personnalité de type A de l'infarctus du myocarde). Elle propose des « modèles multifactoriels et interactionnistes » où les individus adoptent vis-à-vis des situations stressantes des stratégies perceptives, cognitives, affectives et comportementales (stress perçu, stratégies d'ajustement ou coping, contrôle perçu de la situation et soutien social).

Le passage de la psychiatrie à la santé mentale, c'est-à-dire d'une conception limitée au diagnostic et au traitement à une conception visant à promouvoir la santé en général et à prévenir les défaillances, s'inscrit bien dans les objectifs de la santé publique.

III) RECOMMANDATIONS

1) Recueillir, analyser et diffuser des informations aux divers niveaux

Une démarche de Santé Publique sera d'abord fondée sur l'évaluation de l'état de santé de la population, ce qui implique, au préalable, la connaissance de la morbidité et des conditions de sa survenue.

On peut seulement constater que les données épidémiologiques sont encore peu utilisées pour la planification des soins en santé mentale, dans notre pays ; si l'on a quelques informations sur les demandes de soins (rapports annuels des Secteurs publics, statistiques de l'Assurance maladie), la connaissance des besoins de la population, en ce domaine, est très parcellaire. Bien entendu le secteur public ne traite qu'une partie des personnes présentant des troubles mentaux. La part du « privé » – cliniques mais surtout psychiatres de ville – n'est pas négligeable et n'est pas seulement réservée aux cas légers.

De plus, il faut réaffirmer que le système de soins spécialisés ne prend en charge qu'une faible partie des personnes affectées par des troubles mentaux ; les généralistes, mais aussi les pédiatres, reçoivent la plus grande part de ces malades, ce qui représente un pourcentage important de leurs activités ; d'autres professions sont également concernées : psychologues, soignants plus ou moins reconnus par le système de soins officiel ; bien d'autres malades, souffrant de troubles mentaux, ne reçoivent aucun soin (enfants en échec scolaire, jeunes déscolarisés, bénéficiaires du R.M.I., populations carcérales).

Seules, les enquêtes en population générale, par opposition aux enquêtes de « cas traités », permettent d'évaluer l'adéquation du fonctionnement du système de soins et, en particulier, les réponses qu'il apporte aux besoins ; or c'est de cette évaluation que devrait partir la démarche de planification.

De plus, quand les enquêtes ont été faites et sont de qualité scientifique adéquate, au niveau de l'échantillonnage et des instruments, les résultats sont méconnus, rarement cités et constamment sous-utilisés. D'où l'importance d'instaurer des rencontres et des collaborations santé mentale-santé publique à tous les niveaux, y compris ceux de la planification régionale et locale.

Depuis quelques années se mettent en place des forums divers, de type conférence de consensus, qui aboutissent à des règles de bonnes pratiques.

Beaucoup reste à faire sur la production de telles recommandations, en particulier la mise sur pied de recherches descriptives et comparatives des diverses modalités de prise en charge, tout particulièrement en réadaptation.

Aussi, est-il prioritaire de définir des **objectifs de recherche** et de favoriser le développement de l'épidémiologie en santé mentale, **afin de disposer d'une connaissance utile pour la décision.**

2) Planifier à partir des besoins

La planification en santé mentale a fait l'objet de deux circulaires ces dernières années : la circulaire du 11 décembre 1987, accompagnée d'un guide méthodologique et d'une circulaire récente (14 mars 1993), visant à définir les nouvelles procédures découlant de la Loi hospitalière de juillet 1991, à savoir : « la définition et le contenu de la carte sanitaire et des Schémas Régionaux et Départementaux de psychiatrie, le rôle des instances de concertation dans ce domaine et les orientations prioritaires à respecter ».

Cette planification s'articule autour de la mise en place de la « carte sanitaire de psychiatrie » qui est dorénavant arrêtée par les Préfets de Région tandis que le schéma régional de psychiatrie constitue, à partir des schémas départementaux d'organisation (S.D.O.) un nouvel instrument de planification.

La carte sanitaire est établie en fonction « d'indices de besoins », concernant les équipements psychiatriques, en y incluant, outre les équipements publics et privés d'hospitalisation et de post-cure, les structures ne comportant pas de lits : hôpitaux de jour ou ateliers thérapeutiques.

L'objet de la planification consiste à « rapprocher les capacités des équipements hospitaliers et extra-hospitaliers existants des indices de besoins qui auront été fixés ». Il « vise à réduire les disparités départementales, à réguler les écarts d'équipement afin de résorber les inégalités d'accès à l'offre de soins ».

On rappelle enfin que la planification se doit d'être globale et ne pas se limiter aux seuls équipements publics ; elle doit intégrer les données sur la psychiatrie privée, qu'elle soit hospitalière ou de ville.

Cette planification doit, bien entendu, se faire dans l'esprit de la politique de santé nationale qui définit cinq axes :

- développement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation,
- intensification des prestations psychiatriques dans les hôpitaux généraux,
- promotion d'unités intersectorielles répondant à des besoins spécifiques,
- mise en œuvre de nouvelles orientations concernant les enfants et les adolescents,
- développement de programmes de réinsertion et de réhabilitation pour les malades mentaux.

Or, pour mener à bien une telle politique, des informations précises sur les besoins de la population manquent encore. Si la France peut s'enorgueillir, à juste titre, d'avoir un dispositif de secteur qui lui permet de prendre en charge les patients les plus sévères, sur l'ensemble du territoire, et pour lequel elle a un relevé d'informations nationales, « la fiche patient », qui tient compte des activités intra- et extra-hospitalières, ce relevé ne concerne que le service public et ignore la plus grande partie des soins distribués par les psychiatres privés et par les généralistes. Les statistiques publiques révèlent une « file active », moyenne, de 800 personnes par secteur (ayant eu contact au moins une fois dans l'année avec le service), sur un taux moyen de 1,14 % (taux qui reste encore approximatif).

Dans une récente enquête, faite en région parisienne sur un échantillon représentatif de la population, l'accès au système spécialisé ne concerne qu'un relativement faible pourcentage de cet échantillon de population ; or le pourcentage des troubles de la santé mentale avoisine 20 % de la population ; il en résulte que la majorité des personnes souffrant de tels troubles consultent le généraliste ou ne consultent pas du tout.

Cependant, à l'heure actuelle, ces différentes informations sont très peu utilisées à des niveaux régionaux et par des personnes ayant la capacité de les analyser adéquatement, en concertation avec les professionnels qui produisent ces données ; il ressort une énorme sous-utilisation et sous-organisation d'un grand réservoir d'informations sur le fonctionnement du système de soins spécialisés.

Il est donc essentiel d'élaborer et d'expérimenter **un modèle de recueil et d'analyse systématiques d'information en santé mentale, tant au niveau national que régional.**

Un certain nombre de recommandations peuvent également être faites pour améliorer la politique de secteur :

- faciliter l'accueil des personnes en valorisant le C.M.P. (Centre Médico-Psychologique), lieu privilégié d'accessibilité aux soins de proximité, ce qui conduit à renforcer les équipes, amplifier les horaires d'ouverture ;
- organiser l'accueil des urgences, en collaboration avec les Centres 15 et les services d'urgence des hôpitaux généraux ;
- assurer une véritable continuité des soins en poursuivant, au-delà de l'hospitalisation, l'accompagnement des malades les plus graves, grâce aux structures extra-hospitalières (hôpitaux de jour, ateliers et appartements thérapeutiques) et par la mise en place de filières de réinsertion sociale et professionnelle.

3) Améliorer les pratiques

L'évolution législative et réglementaire n'a pas été suffisante pour modifier les mentalités et développer des stratégies innovantes ; il reste de nombreuses difficultés à résoudre :

- une grande hétérogénéité des moyens et des pratiques, dans les Secteurs Psychiatriques Publics (pas d'études de consensus sur les « bonnes pratiques ») ;
- les réponses aux demandes de soins souvent très rigides (hospitalisations encore trop fréquentes et trop prolongées),
- un manque de coordination, au sein des Secteurs, tant au niveau des équipes intra et extra-hospitalières, des équipes de psychiatrie adulte et infanto-juvénile qu'au niveau des relations avec l'environnement médical et social,
- l'utilisation imparfaite des services, du fait de la méconnaissance pour la population et les professionnels de soins primaires, des possibilités offertes,
- une insuffisance de l'aide aux familles, particulièrement pour les affections chroniques,
- un manque de solidarité, dans la communauté, pour les malades (familles, professionnels, employeurs),
- une mauvaise image des troubles de la santé mentale et des services de soins,
- l'inadéquation de l'utilisation des structures psychiatriques dans certains cas (personnes âgées, schizophrénies chroniques et hospitalisation à l'hôpital psychiatrique).

Si la majorité des problèmes de santé mentale sont pris en charge par le système de soins primaires, **il existe manifestement un dysfonctionnement dans cette prise en charge**, accentuée par la difficile intégration entre soins de première ligne et soins spécialisés.

Il n'est qu'à rappeler la surconsommation de psychotropes ou plutôt la dysconsommation car les dépressifs reçoivent en fait peu d'antidépresseurs tandis que la France détient le record de consommation d'anxiolytiques *per capita*.

Ceci conduit à réaffirmer 4 points qui doivent faire l'objet de propositions concrètes :

- **l'importance du généraliste**, comme intervenant en soins primaires, et la nécessité de lui procurer un complément de formation en psychiatrie, en gériatrie, en pharmacologie et surtout de lui apprendre à « passer la main » au spécialiste, quand le problème dépasse sa compétence ;
- **la nécessité d'une harmonisation des pratiques** des psychiatres, encore trop souvent inspirées par des courants idéologiques divergents (psychanalyse, comportementalisme, psychiatrie biologique, etc) ; ceci ne se fera que par la définition de « règles de bonne pratique », la multiplication de « conférences de consensus » et la mise en place de procédures d'évaluation ;
- **les problèmes particuliers de la pédopsychiatrie**, également enjeu d'idéologies contradictoires (par exemple les propositions à propos de l'autisme) et lieu privilégié de l'articulation nécessaire entre le sanitaire, le médico-social et l'éducatif ;

- **la place de la psychiatrie privée**, où les médecins sont beaucoup plus nombreux que dans la psychiatrie publique et dont la clientèle diffère quelque peu ; mais la séparation classique entre : classes sociales favorisées, troubles névrotiques = psychiatrie libérale et classes sociales défavorisées, troubles psychotiques = psychiatrie publique, n'est pas absolue ; elle est pour la réflexion sur des équipements futurs un point d'études essentielles à réaliser.

4) Promouvoir le lien entre intervention sanitaire et réadaptation sociale :

La psychiatrie, plus que toute autre spécialité médicale, est confrontée à des situations où **les stratégies de réadaptation et de réinsertion sociale ne peuvent se limiter à l'intervention médicale** ; la séparation, législative et réglementaire, entre le sanitaire et le social contrarie la continuité des interventions d'aide ; la primauté (dans le temps) de l'action sanitaire devrait permettre aux établissements sanitaires de gérer des établissements médico-sociaux et d'assurer la phase de réadaptation (à référence technique) précédant la phase de réinsertion (à référence sociale prévalente) ; ceci présuppose que l'établissement sanitaire, susceptible de créer et de gérer des établissements médico-sociaux, prendra les moyens de bien les différencier, en particulier sur le plan de leur localisation et d'articuler de façon plus cohérente et plus explicite, leurs budgets de fonctionnement. Mais il s'agit d'un problème délicat et très controversé qui devrait faire l'objet d'études préalables et d'expérimentations évaluées.

Les enquêtes ciblées sont toutes convergentes pour constater que les personnes en marge ou exclues de la société présentent un risque pathologique accru, par rapport aux personnes bien intégrées. Les études faites auprès des allocataires du R.M.I. indiquent une sur-morbidité, dans différents domaines ; par ordre décroissant, on décrit :

- les troubles respiratoires (156 % de sur-morbidité)
- les troubles cutanés
- les troubles mentaux (57 % de sur-morbidité)

Outre leur nombre, la gravité des troubles croît avec la durée de la situation d'exclu ; si 17 % des personnes en situation d'exclusion présentent des troubles de la santé mentale après un an, 37 % en présentent au-delà de 5 ans.

L'effet destructeur de la maladie (sur le plan personnel) devient un alibi, comme facteur d'exclusion, et contrarie toute mesure de réinsertion ; plus on est marginalisé, moins on a tendance à demander du secours.

Ceci induit trois problématiques :

- savoir aller au devant d'une demande non formulée,
- fidéliser l'entreprise de soins,
- pouvoir développer des techniques d'approche et de suivi.

Et suggère 4 niveaux d'intervention en santé mentale, grâce à des équipes mobiles intersectorielles :

- dans les postes avancés (S.A.M.U. social, boutiques de solidarité),
- au sein de lieux d'accueil des exclus (foyers d'hébergement, Armée du salut, « restos du cœur », etc),
- dans des structures sanitaires polyvalentes et, en particulier les urgences hospitalières,
- en articulation avec les équipes des secteurs psychiatriques qui ne sont pas toujours préparées à de telles missions.

5) Développer la prévention et la promotion en santé mentale :

Le travail législatif, en matière de psychiatrie, remarquablement productif depuis une dizaine d'années, a transformé les équipements et les conditions de soins des malades.

La psychiatrie traditionnelle hospitalière a bien été présentée sur une pente descendante ; 80 % des malades, dont les plus graves (ceux pris en charge par les équipes de Psychiatrie publique) sont aujourd'hui traités sur le mode ambulatoire ou dans des structures extra-hospitalières ; l'intérêt s'est déplacé des techniques de soins (bien codifiées, même si elles sont encore parfois in homogènes), vers la prévention secondaire (le dépistage et les soins précoces) et vers la prévention tertiaire (réadaptation, réinsertion, lutte contre le handicap).

Reste la prévention primaire qui est encore peu explorée ; cette démarche demeure pourtant essentielle pour comprendre ce qui, d'un point de vue objectif, est lié à l'apparition de nouveaux troubles et peut permettre une authentique politique de prévention primaire.

Un pas de plus sera possible, vers une promotion de la santé (qui dépasse les trois niveaux de la prévention), lorsqu'on sera parvenu à modifier dans la perception du public, mais aussi des professionnels de la santé non spécialisés, l'image de la psychiatrie et de la maladie mentale ; si quelques progrès ont été réalisés, du fait même du meilleur pronostic de certains troubles, de grands efforts restent encore à faire pour une approche communautaire de la santé mentale.

PRÉVENIR L'INFECTION PAR LE VIH ET PRENDRE EN CHARGE LES MALADES

EXTRAIT

L'épidémie de sida a nécessité une transformation profonde des mentalités dans notre société et une évolution importante de notre système de prise en charge des personnes atteintes.

Un Comité interministériel de lutte contre le sida a défini une stratégie pour cinq ans (1995-1999), articulé autour de quatre objectifs principaux (réduction des risques par une meilleure politique de prévention, programmes d'éducation à la santé dès le plus jeune âge, meilleure coordination de soins efficaces et d'accompagnement psychologique et social, développement de la recherche et application des résultats sans délai).

Le Haut comité de santé publique a conforté et élargi ses orientations.

Face à cette stratégie nationale, de nombreux obstacles et difficultés restent à surmonter : obstacles politiques, éthiques, difficultés financières, obstacles structurels ou stratégiques. Dans un tel contexte, la SFSP doit rester vigilante devant toute atteinte à cette stratégie définie sur le plan national. Elle doit en particulier être sensible à toute menace d'exclusion, de déresponsabilisation ou d'atteinte aux libertés individuelles.

Les principales propositions de la SFSP sont les suivantes :

1) Dans le domaine de la prévention :

- Développer la recherche pour mieux cibler les actions de prévention ;
- Augmenter l'accès aux moyens de prévention (préservatifs, seringues) ;
- Favoriser les actions de prévention spécifiques auprès des personnes séropositives et auprès des publics exposés ou vulnérables ;
- Favoriser les actions de proximité et développer l'articulation de ces actions avec la politique de la ville.

2) Dans le domaine du dépistage

- Renforcer la qualité des consultations de dépistage en médecine de ville, en milieu hospitalier ou dans le cadre des consultations anonymes et gratuites ;
- Améliorer l'accessibilité à ces consultations des publics marginalisés ;

→

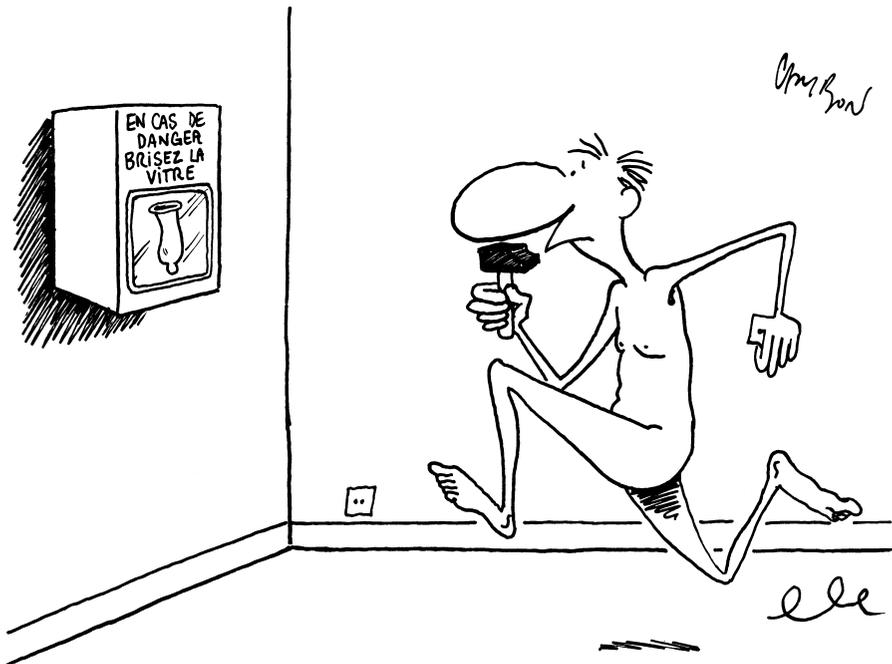
Document élaboré dans un premier temps par l'Association des médecins inspecteurs de santé publique (AMIS) sous la coordination d'Edith PONS et reformulé par Anne LAPORTE et Laurent CHAMBAUD.

3) *Dans le domaine des soins curatifs et de l'accompagnement des malades*

- Développer les dispositifs existants, en particulier les alternatives à l'hospitalisation et les réseaux ville-hôpital ;
- Favoriser l'accès aux soins palliatifs non spécifiques ;
- Faciliter et simplifier les procédures d'attribution d'aide à la vie quotidienne, incluant le logement et les prestations sociales.

4) *Dans le champ particulier des réseaux de soutien :*

- Créer une instance de consultation des associations de lutte contre le sida, associée à la définition des politiques locales ou nationales ;
- Soutenir financièrement ces associations et promouvoir la complémentarité public/privé.
- A long terme, favoriser une intégration de la lutte contre le sida dans un cadre plus global, pour prévenir toute discrimination.



I. LA SITUATION DU PROBLÈME

A. Le contexte épidémique et les réactions du public

Maladie à incubation longue (de l'ordre de 10 ans), le sida a déjà atteint en France, en juin 1995 plus de 43 000 personnes, dont 61 % sont décédées. Le nombre de nouveaux cas de sida se stabilise, l'épidémie aborderait une phase en plateau. Cependant, on estime à environ 100 000 le nombre de personnes vivantes porteuses du virus. Les données épidémiologiques récentes ne sont pas en faveur d'une diffusion large et rapide de l'infection VIH, comme cela a pu être le cas dans les années quatre-vingt chez les homo- et bisexuels masculins, les usagers de drogue par voie veineuse ou les hétérosexuels originaires d'Afrique et des Caraïbes.

Ces études suggèrent plutôt une stabilité du nombre annuel de nouvelles infections avec une tendance à la diminution de ce nombre dans la population des usagers de drogues. En revanche, chez les homo- et bisexuels masculins la stabilisation des nouvelles contaminations, à un niveau élevé, reste préoccupante. Le nombre annuel de décès liés au sida devrait continuer à croître jusqu'en 1997, année au cours de laquelle 6 500 décès devraient être déplorés en France métropolitaine et outre-mer.

En 1995, près de 5 400 personnes sont mortes du sida, soit un bilan total de l'ordre de 30 000 depuis 1985.

L'activité de dépistage du VIH a été en augmentation constante, mais le nombre de séropositifs découverts reste stable ou diminue. La proportion de séropositifs découverts est 2 à 3 fois plus élevée chez les hommes testés que chez les femmes testées. Elle est la plus élevée chez les 30-39 ans et la plus faible chez les moins de 20 ans. Par ailleurs, si on observe une augmentation de la part relative des hétérosexuels parmi les nouveaux dépistés, le poids de l'épidémie demeure faible dans la population hétérosexuelle. Parmi les nouveaux dépistés, la prévalence chez les hétérosexuels est 10 fois plus faible que chez les homosexuels et 6 fois plus faible que chez les usagers de drogues. Il n'existe pas d'argument en faveur d'une croissance significative de la prévalence de l'infection à VIH dans la population hétérosexuelle.

Les études sur l'évolution de la perception du sida par la population font état d'une amélioration des connaissances avec la persistance minoritaire d'idées inexacts. Les personnes interrogées se montrent globalement plus tolérantes et ont pris conscience que le sida pouvait les concerner. Cette constatation amène les personnes à modifier leur comportement sexuel par peur du sida. Le recours au préservatif est plus fréquent même si il est rarement systématique.

Cependant, cette amélioration globale se fait au prix d'un accroissement net de la crainte du sida pour soi-même comme pour la société, avec une tendance en faveur d'un plus grand contrôle social (dépistage obligatoire).

B. Les réponses publiques et privées apportées

Pour faire face à l'augmentation rapide du nombre de malades à prendre en charge et pour limiter l'extension de l'épidémie, des mesures rapides, diversifiées et modifiant des dispositifs déjà existants ont été mises en œuvre. Elles ont accompagné les actions de prévention au sens large, allant des campagnes d'information et de promotion du préservatif à l'amélioration de l'accès au dépistage volontaire.

La prise en charge hospitalière à partir des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine

La prise en charge des patients infectés par le VIH en milieu hospitalier s'est développée dans un premier temps à partir des Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) créés en 1986-87 dans les zones de forte prévalence de l'épidémie.

Ils n'assurent plus actuellement que 55 % de l'activité hospitalière. Ils représentent des pôles de compétence, de recherche et d'évaluation.

On estime actuellement entre 63 000 et 65 000 le nombre de personnes suivies à l'hôpital ou en ville pour une infection à VIH. L'étude des files actives hospitalières montre que la charge en soin s'alourdit. Les infections les plus graves et handicapantes prennent une place de plus en plus importante, effet de la prise en charge de plus en plus précoce des patients. Les thérapeutiques correspondantes sont coûteuses et complexes.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation et les réseaux ville-hôpital

Progressivement des alternatives à l'hospitalisation (structures ambulatoires, hôpital de jour et hospitalisation à domicile) se sont mises en place.

L'épidémie de sida a, en effet, modifié l'organisation et les rapports médecins/malades, avec la prise de parole des malades eux-mêmes qui ont pris en charge leur traitement, interpellé les médecins. La programmation des soins a dû prendre en compte cette demande, en partie, entraînant les évolutions suivantes : adaptation des horaires de consultation ; mise en place des permanences associatives ; amélioration de l'accueil de l'entourage ; développement du suivi psychologique des patients ; prise

en compte des problèmes liés aux fins de vie avec la création d'unités mobiles de soins palliatifs ; prise en compte de la douleur ; programmes d'humanisation des hôpitaux.

Parallèlement les premiers réseaux ville-hôpital, qui participent à des actions de prévention et de formation ainsi qu'à des protocoles de recherche clinique, sont nés en 1985-1986 à Paris à l'initiative conjointe de médecins hospitaliers et de médecins de ville confrontés à la demande des patients.

Le développement d'une dynamique de partenariat

L'épidémie due au VIH a entraîné une forte mobilisation d'acteurs de terrain. Les associations, constituées au début des années 1980, ont eu un rôle précurseur et très important dans la prise en charge de l'infection à VIH.

Elles ont ainsi joué des rôles divers : médiation entre les professionnels médico-sociaux et les décideurs administratifs et politiques ; information de l'opinion publique ; support pour la mise en œuvre de programmes et d'actions ; interpellation sur la politique de santé et les mécanismes décisionnels.

Enfin toute une série d'acteurs locaux, parmi lesquels les collectivités locales, ont mis en place des actions de proximité (l'aide à la vie quotidienne, soutien social, juridique, psychologique et éducatif, l'aide au logement).

Pendant près d'une décennie, la lutte contre le sida s'est de plus en plus structurée. Elle représente une des rares pathologie qui bénéficie d'un programme cadre national de Santé publique, avec un dispositif institutionnel spécifique. Des moyens financiers spécifiques ont été débloqués et revalorisés annuellement (2,7 milliards de francs pour les hôpitaux en 1994, 374 millions de francs pour l'extra-hospitalier sans compter la recherche).

II. LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES PRIORITAIRES

A. Des objectifs définis par le gouvernement et confortés par le Haut comité de santé publique :

Le Comité interministériel de lutte contre le sida a défini un programme sur 5 ans (1995-1999) reposant sur 4 objectifs principaux :

- Réduire les risques de contamination par voie sexuelle, sanguine (toxicomanie intraveineuse, accidents professionnels et par les produits issus du sang) et maternofoetale grâce à une meilleure politique de prévention en

milieu ouvert et en milieu pénitentiaire qui sera appliquée aussi bien en Métropole que dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer ;

- Définir et mettre en œuvre les conditions d'un véritable apprentissage de la santé, d'un apprentissage du dialogue à la responsabilisation dès le plus jeune âge, notamment en milieu scolaire et d'une éducation de la sexualité ;
- Apporter les soins les plus efficaces aux personnes séropositives ou malades, assurer leur accompagnement psychologique et social, soutenir leur famille et les bénévoles et renforcer l'esprit de solidarité au sein de la population ;
- Favoriser le développement de la recherche et en utiliser sans retard les résultats. Sur le plan de la recherche, le ministère de la Santé va devenir membre du Groupement d'Intérêt Public ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida) selon la décision du conseil d'administration du 19 décembre 1994. L'ANRS poursuit son important programme de recherche avec notamment 7 sous-programmes de recherche vaccinale et 40 essais thérapeutiques.

Ces objectifs sont en totale cohérence avec les orientations de la SFSP et sont liés à la connaissance actuelle de la maladie et des moyens de prévention à notre disposition. C'est pourquoi la SFSP adhère à ces quatre grands axes.

B. Notre analyse des difficultés à surmonter

Dans la pratique, des obstacles actuels ou potentiels compliquent ou ralentissent la mise en œuvre quotidienne de cette stratégie.

- Au plan éthique :

- à tout moment, soit sous la pression sociale, sous celle de lobbies, ou sous celle de décideurs, les valeurs éthiques peuvent être redéfinies ou connaître une dérive mettant en danger les droits des malades et le principe de solidarité ;
- à tout moment, le cadre réglementaire actuel peut être remis en cause et évoluer vers un contrôle sanitaire et social pouvant se révéler scientifiquement injustifié.

- **Au plan politique :** l'Etat peut changer ses orientations et renoncer à la lutte contre le sida comme priorité, ou diminuer son investissement au profit d'autres pathologies.

- **Au plan financier :** le caractère exceptionnel et l'importance des masses financières peuvent être remises en cause, compromettant ainsi l'impact de cette stratégie sur l'évolution de l'épidémie.

– **Au plan structurel** : les principes de partenariat ne sont pas toujours faciles à concrétiser :

- au sein même de l'administration de l'Etat des divergences existent entre les différents services du ministère de la Santé. L'interministérialité est à ses débuts et doit bénéficier du soutien de chacun. Sur le terrain, les chargés de mission sida doivent encore trouver leur place au sein des services extérieurs pour pouvoir jouer pleinement leur rôle ;
- les associations spécialisées peuvent devenir avec le temps, ou sous le poids du succès, des institutions tentaculaires vivant pour elles-mêmes, en cercle fermé ;
- les collectivités territoriales ou les grands partenaires financiers peuvent se désinvestir ou, à l'inverse, imposer en échange de leur soutien des orientations éthiques différentes des choix actuels.

– **Au plan stratégique** : des contraintes intrinsèques à l'évolution de l'épidémie sont à prendre en compte :

- **Les pratiques à risque.** Les études prospectives laissent envisager une stabilisation, voire une diminution de l'épidémie, sans modification profonde des tendances et de la répartition entre les groupes avec une évolution lente au sein de la population hétérosexuelle et une augmentation relative du poids des migrants. Cependant un relâchement des pratiques de prévention au sein des communautés toxicomanes et surtout homosexuelles est toujours possible. Ceci constitue un risque potentiel qui réactiverait l'épidémie dans le groupe concerné. Le soutien des conduites de prévention dans ces communautés est essentiel. Des risques de stigmatisation de l'épidémie sur des groupes exposés sont toujours présents. La lutte contre l'exclusion et le respect des droits des personnes constituent des priorités permanentes.

Il convient de souligner que les actions auprès des personnes toxicomanes rencontrent de nombreuses résistances en raison du caractère illicite de la toxicomanie. Les freins sont non seulement politiques et d'ordre sécuritaire mais viennent également des professionnels médico-sociaux : médecins, pharmaciens, intervenants en toxicomanie...

- **Les programmes de prévention.** Dans le champ de la prévention, la stratégie pertinente est de cibler les efforts sur les personnes séropositives et leurs partenaires pour limiter ou diminuer l'épidémie. Ce type d'action repose d'une part sur la responsabilisation des séropositifs et de leur entourage, d'autre part sur les professionnels de soins et les relais associatifs. Dans la pratique, la communauté médicale et para-médicale ne paraît pas assez impliquée dans cette démarche préventive plus difficile à conjuguer

avec les soins, alors que son rôle est fondamental en la matière. Il est nécessaire de rester vigilant sur les dérives possibles vers des actions discriminantes ou remettant en cause la confidentialité comme celle devant entourer la recherche des partenaires.

Par ailleurs, afin de maintenir un degré suffisant de connaissance de l'épidémie et des modes de prévention, la mise en place d'actions « tous publics » est indispensable. Elles permettent également le renforcement de la tolérance et de la solidarité. Les grandes campagnes et les actions de proximité devraient s'appuyer sur le développement des recherches dans le domaine des sciences humaines et sur la cohérence des messages à travers l'application de programmes nationaux cadres. Les actions de prévention orientées vers des publics vulnérables (toxicomanes, personnes incarcérées, migrants, SDF...) sont indispensables.

Enfin, les politiques de prévention doivent tenir compte des situations régionales, tant en ce qui concerne la réalité épidémiologique que les valeurs culturelles. Ce point doit être particulièrement souligné lors de la mise en place de programmes de prévention dans les DOM-TOM.

- **La politique de dépistage** devrait être recentrée vers une recherche de pertinence, en ciblant mieux l'accès aux groupes exposés afin de réduire le nombre de personnes dépistées au stade sida.

Mais c'est essentiellement la qualité de la consultation de dépistage qu'il convient d'améliorer. Trop souvent le test est perçu comme un moyen de « prévention » par la population, voire par les professionnels : 30 % des personnes multipartenaires de l'enquête ACSP reconnaissent que le test a été leur moyen de réassurance.

Le développement des consultations anonymes et gratuites a permis de faciliter l'accès au dépistage, mais cette prestation ne doit pas se substituer au dépistage volontaire, non anonyme et librement consenti qui doit rester la règle. Surtout, le dépistage non obligatoire peut être à chaque instant remis en cause par un groupe de pression, ou lors de débats parlementaires, avec le risque d'un glissement vers un contrôle sanitaire fort.

Pendant la mise en évidence d'une diminution de la contamination materno-fœtale lorsque les femmes enceintes séropositives sont traitées par l'AZT peut faire envisager la mise en place d'un dépistage systématiquement proposé en début de grossesse, comme pour la rubéole et la toxoplasmose, voire lors de l'examen prénuptial.

- **La prise en charge des séropositifs.** Dans les années à venir peu de changements majeurs devraient intervenir dans l'évolution des thérapeutiques. Il est peu probable qu'un vaccin efficace soit prochainement mis au point.

Les principaux progrès attendus dans le domaine des soins concernent l'amélioration des stratégies d'utilisation des antiviraux en association et la perspective de découverte à moyen terme de molécules plus efficaces. Par ailleurs, des progrès dans le traitement préventif des pathologies à Cytomegalovirus (CMV) et mycobactéries pourraient intervenir.

Ces évolutions devraient augmenter la durée et la qualité de la vie des personnes infectées et donc, par voie de conséquence, le nombre de malades et les coûts liés à la prise en charge. Les exigences des patients à l'égard de prises en charge à domicile, des soins des handicaps et de la fin de vie sont légitimes mais trop souvent insatisfaites. Elles nécessitent des alternatives et des solutions rapides et souples.

Enfin, dans le domaine de la prise en charge, de nombreux problèmes restent à résoudre en matière sociale : des dépenses élevées restent à la charge de l'assuré, le système administratif est lent. Il faut aussi considérer l'inadéquation, aujourd'hui de la loi de 1970 relative aux toxicomanies qui, en faisant du consommateur un clandestin, ne facilite pas la prise en charge médicale de personnes infectées.

Il faut cependant éviter l'écueil des dispositifs particuliers pour les personnes infectées par le VIH, ces dispositifs étant générateurs d'exclusion.

III. PROPOSITIONS

Face à ce constat le rôle de la SFSP pourrait être triple :

A. Constituer un groupe de pression scientifique :

La SFSP peut prendre une résolution l'engageant à jouer ce rôle essentiel de groupe de pression devant toute atteinte aux valeurs éthiques et morales, devant des choix politiques ou sociaux tendant à restreindre les libertés individuelles, à déresponsabiliser les personnes en favorisant un contrôle sanitaire et social fort, ou devant l'exclusion de communautés exposées. Elle doit également être un témoin vigilant de la poursuite des quatre objectifs retenus par les pouvoirs publics et de la mise en place de stratégies pertinentes pour atteindre ces objectifs.

B. Etre force de proposition :

La SFSP doit appuyer le développement d'une stratégie de lutte contre l'infection privilégiant des actions concrètes. Trois temps peuvent ainsi être individualisés :

1. Dans le domaine de la prévention :

– Développer des actions globales de prévention intégrant éducation sexuelle, éducation à la vie, éducation aux choix. Et ce dans un cheminement pouvant commencer dès le plus jeune âge.

– Augmenter l'accès aux moyens de prévention :

- Le préservatif : limiter à 1 F le coût du préservatif (action auprès des industriels, voire action réglementaire), multiplier et banaliser l'accès aux distributeurs dans les lieux publics : pharmacies, hôtels, autoroutes, lycées, CHRS, entreprises..., développer la responsabilisation des personnes et réserver les distributions gratuites à des publics vulnérables et ce, de façon ponctuelle.

- Les seringues : il faut privilégier l'accès en pharmacie et pour cela favoriser le packaging discret des seringues, fixer leur prix plafond de vente, inciter au développement de containers pour seringues usagées à l'usage des pharmaciens, développer des programmes de sensibilisation et de formation des pharmaciens notamment dans le cadre des réseaux ville-hôpital-toxicomanie, organiser la collecte et l'élimination des seringues usagées ; et développer les programmes d'information de proximité par les pharmaciens avec la vente de steribox et le développement des supports d'information destinés aux toxicomanes et à leur famille avec carnet d'adresse (Centre de dépistage anonyme et gratuit, établissements de soins...).

Il faut aussi développer, dans un cadre bien défini, les programmes d'échange de seringues pour les publics toxicomanes marginalisés.

– Favoriser des actions de prévention spécifiques auprès des personnes séropositives et de leur entourage. Pour cela, il faut former les médecins hospitaliers et des réseaux ville-hôpital, qui suivent les personnes séropositives, au conseil de prévention, former les relais associatifs et développer les actions spécifiques d'information et de soutien. Ces actions auprès des personnes infectées, peu développées à l'heure actuelle, sont prioritaires pour limiter la diffusion du virus. Favoriser les actions d'information auprès des publics exposés ou vulnérables (migrants, milieu carcéral, toxicomanes, homosexuels, prostitués, jeunes, missions locales, SDF...). Pour cela il faut adapter le contenu des messages aux attitudes et aux comportements, adapter les supports aux populations, former les relais professionnels et les pairs, développer des actions globales de prévention intégrant la sexualité, les Maladies sexuellement transmissibles (MST), le VIH et les hépatites, favoriser les

actions de proximité et développer des actions communautaires dans le cadre de la politique de la ville.

– Enfin, développer la recherche en sciences humaines pour mieux cibler les actions de prévention et évaluer leur impact..

2. Dans le domaine du dépistage :

– Renforcer la qualité de toutes les consultations de dépistage ; en médecine de ville ou hospitalière, il faut développer la formation au conseil personnalisé et au dépistage ; privilégier les personnels des maternités, les gynécologues, les obstétriciens et les dermatologues des secteurs public et privé ; dans les CDAG, il faut renforcer la formation des professionnels, créer un guide de bonnes pratiques et mettre en place un recueil d'informations permettant une meilleure connaissance des consultants, dans le respect de l'anonymat.

– Augmenter l'accessibilité aux consultations de dépistage des publics marginalisés. Ces actions rejoignent les problèmes d'accès aux soins et passent par les relais associatifs et professionnels.

3. Augmenter l'accès aux soins :

– Développer les dispositifs existants, notamment les alternatives à l'hospitalisation, et le suivi dans le cadre des réseaux ville-hôpital.

– Favoriser l'accès aux soins palliatifs non spécifiques.

– Poursuivre les dotations spécifiques nécessaires en maîtrisant les coûts par le suivi médico-économique des dépenses. Le DMI2 semble constituer une base de données objective et permettre de résister aux dérapages injustifiés.

– Intégrer le financement des prestations d'aide à la vie quotidienne dans l'Assurance maladie.

– Faciliter l'aide au logement et aux prestations sociales et pour cela simplifier les procédures et accompagner chacune de ces mesures de simplification d'une information systématique, non seulement des services concernés, mais aussi des travailleurs sociaux et médicaux qui orientent les personnes vers ces procédures.

– Pour les toxicomanes : développer des formations spécifiques à la toxicomanie en direction des professionnels hospitaliers des services de soins prenant en charge des personnes séropositives et faciliter l'accès aux programmes de substitutions à la méthadone pour limiter les surcontaminations et la diffusion du virus.

C. Reconnaître et développer les réseaux de soutien

L'infection par le VIH a, pour la première fois, engendré un mouvement de solidarité, de soutien et de revendication en dehors du dispositif institutionnel. Cette implication est un gage de transparence et de démocratie. La SFSP reconnaît l'importance de cette dynamique et son caractère exemplaire en regard d'autres pathologies.

Il faut donc promouvoir la reconnaissance de ces mouvements :

- en créant une instance de consultation des associations de lutte contre le sida, associée à la définition des stratégies nationales ou locales de lutte contre l'infection VIH ;
- en encourageant, y compris financièrement, l'action de ces associations et en facilitant la complémentarité avec les structures et services professionnels ;
- enfin, à plus long terme et pour limiter au maximum les aspects discriminants liés à cette infection, en favorisant une intégration de la lutte contre le sida dans un cadre plus global, tant en ce qui concerne les aspects de prévention que de prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] RÉSEAU NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE : « Surveillance du sida en France : situation au 30 juin 1995 », *BEH*, 1995 ; 32 : 141-47.
- [2] SPIRA A., BAJOS N. ET LE GROUPE ACSF : « Les comportements sexuels en France », La Documentation française, 1993.
- [3] CENTRE EUROPÉEN POUR LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU SIDA : « Surveillance du sida en Europe », Rapport trimestriel n° 40, 31 décembre 1993.
- [4] « Prospective sida 2010 » - Ministère de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie : Volet épidémiologique : CERF N. et LAPORTE A. ; Volet psychologique, social et culturel : ADAM P., PAICHELER G. et QUEMIN A.
- [5] « Soins et sida » - Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- [6] Infection par le VIH et sida - Arcat-sida - Edition 1994-1995.
- [7] Rapport à Monsieur le Premier ministre sur le sida - Professeur Luc Montagnier - Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
- [8] « Cancer, sida et Société : pour une approche globale de la santé », sous la direction de Gabriel BEZ et Claude JASMIN. Editions ESF, Paris, 1993, 360 p.
- [9] « Le sida, combien de divisions ? » - ACT-UP Paris, Editions Dagorno, Paris, 1994, 436 p.
- [10] « L'action organisée en réponse au risque du sida transfusionnel » - Michel SETBON, Actes du Séminaire du Programme Risque Collectifs et Situations de Crise. CNRS, Paris, février 1995, p. 62-86.

PROMOUVOIR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL *

EXTRAIT

Les bouleversements industriels et l'amélioration des connaissances scientifiques ont profondément modifié la nature des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ce problème reste très important, ne serait-ce que par les recompositions du monde du travail laissant une place croissante au travail précaire et non contrôlé.

Les objectifs prioritaires de la SFSP se déclinent selon 6 axes :

1) Obtenir une meilleure connaissance de l'importance du phénomène

- par un meilleur recueil et une meilleure diffusion des données statistiques ;
- par la promotion de la recherche en santé-travail, en particulier en utilisant les instituts de médecine du travail comme base pour des observatoires indépendants des risques professionnels.

2) Réduire les incapacités, favoriser la réinsertion et éviter la précarisation

- Mettre en place des programmes de prévention à l'échelle nationale contre les risques actuellement connus pour réduire les incapacités évitables.
- Renforcer notamment les services professionnels auprès des secteurs d'activité destinés aux travailleurs intérimaires.
- Favoriser le maintien dans l'entreprise, même quand le rendement de la personne est diminué ; ceci pourrait se faire par une augmentation des aides et des incitations aux entreprises.

3) Promouvoir l'éducation à la santé en milieu professionnel

- Par une formation des professionnels à cette approche, en tenant compte des spécificités du monde du travail.

4) Développer la surveillance post emplois

- Il s'agit d'un excellent moyen de prévention secondaire des affections professionnelles d'expression tardive. Ce type de surveillance est, de plus, préconisé par des directives européennes.

5) Accorder à la santé au travail une place pleine et entière dans la santé publique

- En développant et formalisant des contacts institutionnels entre toutes les structures chargées de la prévention, de l'éducation sanitaire ou de l'appréciation des risques.



* Coordonnateur : Professeur A. CANTINEAU - Service de Pathologie Professionnelle - Hôpital Civil - 67091 STRASBOURG Cedex.

Avec la participation de : Docteur F. BECKER, AIMT, Strasbourg ; Docteur L. BOITEL, CISME ; Professeur J. F. CAILLARD Rouen ; Professeur D. CHOUDAT, Paris ; Docteur J. M. EBER, AIMT, Strasbourg ; Docteur A. M. GIARD ; Fédération Française de Médecine du Travail, Paris ; Docteur F. MAYER, AIMT, Strasbourg ; Monsieur M. PETITOT, Technicien d'Hygiène et de Sécurité, Médecine du Travail, Lorient ; Monsieur Ph. PHILIPPIDES, Ingénieur Conseil, Strasbourg ; Docteur C. WEBER, AIMT, Strasbourg.

Pour réaliser ces objectifs, il est essentiel, dans une période économique défavorable à la reconnaissance de ce type d'activités :

- Tout d'abord d'augmenter le nombre des professionnels œuvrant dans le domaine de la prévention en milieu de travail ; en y incluant les techniciens d'hygiène et de sécurité et les ingénieurs.
- De modifier le décret précisant les objectifs des services médicaux, pour modifier leurs conditions de financement, pour engager une participation des partenaires sur des orientations annuelles, et pour donner une place importante à la prévention primaire et systématiser l'évaluation de ces services.
- De coordonner les modes d'action des trois grands systèmes de prévention : services médicaux du travail, service prévention de la CNAM, et INRS. La re-dynamisation des commissions de coordination régionale pourrait en être un instrument.
- De simplifier la reconnaissance des maladies professionnelles.
- De mettre en place des actions de formation complémentaire à la réalisation d'actions multidisciplinaires, portant, par exemple, sur l'évaluation des risques, les modalités de réalisation d'actions d'éducation sanitaire.
- De mettre en place des actions d'information et de sensibilisation tant envers le corps médical que vers les directeurs et employés des entreprises.

6) Améliorer l'information

- Par la création d'un système d'information sur la santé au travail et les risques professionnels, particulièrement auprès des PME et PMI.



I. SITUATION DU PROBLÈME

A. Introduction

L'évolution du nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles a été profondément influencée par les bouleversements industriels et les améliorations des connaissances médicales et scientifiques. Le nombre des accidents du travail, après une diminution progressive jusqu'en 1987, s'est légèrement accru puis stabilisé. De même certaines maladies professionnelles ont diminué dans des proportions importantes, voire disparu ; d'autres en revanche évoluent de façon quasi exponentielle ; ceci masque en outre d'importantes disparités selon les professions.

Mais il s'agit là des statistiques officielles, les seules largement connues et diffusées, bien qu'étant particulièrement biaisées...

B. Situation du problème

La connaissance des risques professionnels et de leur retentissement sur la santé des travailleurs dans notre pays est connue, d'une part, grâce aux statistiques officielles publiées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et d'autre part, par des enquêtes ponctuelles réalisées en milieu de travail ainsi que par quelques enquêtes plus larges réalisées avec les médecins du travail telle que l'enquête SUMER ou l'enquête ESTEV. Enfin quelques équipes pratiquent la recherche en Santé au Travail, mais celles-ci sont peu nombreuses et réalisent des études souvent ciblées sur un risque particulier, une situation spécifique, une pathologie donnée. Quoiqu'il en soit, les résultats de ces travaux ont habituellement une diffusion dans des cercles restreints et parfois confidentiels.

1. Les accidents du travail

Ils sont le témoin de risques liés à l'organisation du travail, aux produits, aux machines et à leurs utilisations, la relation temporelle entre le risque et l'accident est très courte. De nombreux facteurs interviennent habituellement dans la genèse de l'accident. La croyance générale est que les accidents du travail sont bien connus grâce aux statistiques de la Sécurité Sociale. Cependant ceux-ci sont fortement sous-déclarés, en particulier en ce qui concerne les accidents bénins. La meilleure preuve en est que chaque fois qu'une action de sensibilisation à la prévention des accidents du travail est menée, celle-ci se solde par une augmentation des accidents déclarés. Or la connaissance des accidents bénins permet de découvrir des situations à risques et d'agir avant la survenue d'accidents plus graves.

Les accidents touchent surtout les salariés des établissements de moins de 50 salariés (29 % des salariés, mais 32 % des accidentés), il s'agit surtout d'ouvriers (41 % des salariés mais 79 % des accidentés), ils sont le plus souvent non qualifiés (15 % des salariés mais 34 % des accidentés), ils sont jeunes (1 accidenté sur 4 a moins de 25 ans), l'accident survient alors qu'ils viennent d'être embauchés. Les personnes ayant un statut précaire sont également plus touchées (7 % des salariés dans l'industrie, mais 20 % des accidentés).

2. Les maladies professionnelles

Les seules maladies professionnelles recensées sont les maladies professionnelles reconnues « comme indemnissables ». Les statistiques officielles sous-estiment la réalité car elles ne concernent que les salariés du régime général de Sécurité Sociale, dans les maladies mentionnées aux tableaux de maladies professionnelles indemnissables ; elles doivent être diagnostiquées par les médecins traitants puis déclarées par les patients, et enfin reconnues par la Sécurité Sociale, soit environ 6 000 maladies indemnisées pour la première fois en 1992 en France. A titre de comparaison, on en comptait 20 000 au Danemark en 1990.

En outre, le décalage entre l'exposition au risque et l'apparition de la maladie est quelque fois très important. C'est ce qui explique l'actuelle augmentation des déclarations de maladies liées à l'amiante ainsi que l'importance des maladies liées au bruit.

En ce qui concerne les maladies, c'est le Bâtiment et les travaux publics - BTP qui est le plus touché en terme de gravité, il est suivi immédiatement par l'industrie métallurgique. Quelques maladies régressent comme les affections dues aux huiles utilisées dans la métallurgie ou la silicose. Par contre, on observe, dans les dernières statistiques connues, une augmentation considérable des affections péri articulaires, qui augmentent de 94 % et viennent très largement en tête, représentant près de 40 % des maladies professionnelles indemnisées en 1992.

3. Commentaires

D'une façon générale, les secteurs les plus touchés sont le bâtiment et les travaux publics, les transports dans lesquels on trouve une grande majorité de petites et moyennes entreprises et d'entreprises artisanales avec moins de 10 salariés. Il y a également les mines et carrières, les entreprises du bois qui sont aussi des petites entreprises et la métallurgie. Ceci ne concerne que les activités relevant du régime général de Sécurité Sociale. Or plus de 6 millions de travailleurs ne relèvent pas de ce régime. Il ne faut pas perdre de vue que le risque d'accidentabilité est encore plus grand dans les secteurs non couverts par la Sécurité Sociale. C'est le cas des activités maritimes

et particulièrement de la pêche en mer, ainsi que l'agriculture dont les statistiques sont relativement peu diffusées et beaucoup moins bien connues, des mines et carrières hors Sécurité Sociale ; quant aux travailleurs indépendants aucune statistique ne les concerne !

Encore ne s'agit-il ici, que de la partie émergée de l'iceberg que représente la maladie professionnelle dans la mesure où, dans de très nombreux cas, il n'y a qu'une ou deux maladies professionnelles déclarées pour 20 à 50 existantes dans une même entreprise...

Les maladies provoquées par le bruit, qui sont en augmentation de 19 % viennent en deuxième position après les maladies péri-articulaires.

En troisième position se trouvent les affections provoquées par la poussière d'amiante, mais celles-ci ne sont en augmentation que de 3 %. Elles sont le témoin d'un risque ancien mieux connu et mieux prévenu, sur le plan professionnel à partir des années 1970-1980. Il reste cependant le problème du risque professionnel de l'amiante présent dans les lieux d'exercice professionnel (comme dans les bâtiments d'enseignement).

Moins nombreuses mais également en forte augmentation, sont :

- Les affections provoquées par les isocyanates organiques (+ 26 %). L'asthme provoqué par ces composants implique, malheureusement, le plus souvent un changement de métier.
- Les affections engendrées par les solvants organiques liquides sont également en forte augmentation (+ 15 %) mais leur reconnaissance est relativement récente.

Quoi qu'il en soit ces produits sont très largement utilisés, le nombre de salariés susceptibles d'être exposés est important.

Or les risques sont très fortement sous-estimés. Par exemple, alors qu'on estime le nombre de cancers professionnels entre 4 000 et 8 000 par an en France, seule une petite centaine est déclarée.

4. Les maladies à composante professionnelle

Plus vaste encore est le nombre des maladies, à composante professionnelle, ou maladie en relation avec le travail, définies par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce sont toutes les maladies dans lesquelles le travail représente l'un des facteurs étiologiques. On trouve ici, certes les cancers dont on sait qu'ils sont presque toujours plurifactoriels, la pathologie péri articulaire indemnisée ou non, une grande partie des broncho-pneumopathies chroniques (avec l'empoussiérage, les oxydes d'azote et de

souffre, l'ozone, etc.), les maladies à mécanismes immunoallergiques, les manifestations neuropsychiques et les psychopathologies liées au travail en contrainte de temps, aux horaires excessifs, aux difficultés relationnelles dans le travail, etc.

Ce grand volant des maladies chroniques retentissant sur le potentiel de santé de l'individu aboutit en fait, très souvent, à l'exclusion en limitant les possibilités d'adaptation de l'individu à son travail. Or, dans un nombre important de cas, il est possible de limiter les effets de ce phénomène en modifiant les conditions de travail et les conditions de vie au travail (par exemple : organiser le lieu de travail afin qu'un diabétique puisse surveiller sa glycémie par gluco-test et réaliser ses injections d'Insuline, c'est éviter le licenciement puis l'exclusion).

5. Les autres modes de connaissance des risques et des problèmes de santé

Les enquêtes SUMER et ESTEV ont notamment révélé qu'un grand nombre de salariés étaient encore exposés actuellement à différentes nuisances. Elles ont montré que 29 % des salariés sont exposés à des risques physiques et 23 % à des risques chimiques, plus de 40 % sont exposés à des risques ou des contraintes tels que le travail sur écran, les horaires alternés, le travail en contrainte de temps.

Enfin, l'ensemble de ces études porte essentiellement sur les personnes au travail. Elles tiennent peu compte de la précarité de l'emploi et de l'augmentation du taux de chômage ces dernières années. Ces éléments qui ont indiscutablement un retentissement sur les risques professionnels, amènent les salariés à tolérer des conditions de travail non satisfaisantes et augmentent également les contraintes psychiques au travail, contraintes encore aggravées par l'organisation du travail dite en « flux tendu », en « atelier flexible », en « juste à temps ».

De plus, le phénomène du chômage fausse les statistiques en ne permettant plus le lien entre le malade et le travail qu'il a effectué.

C. Les causes

Un certain nombre d'éléments peut être *a priori* relevé. Certains sont liés à l'organisation du travail dans les grandes et moyennes entreprises, aux innovations liées à la pression économique ou à la mode : c'est le cas du travail en flux tendu ou en juste à temps ; c'est le cas également de l'introduction de la qualité totale. Cette notion peut être particulièrement intéressante quand elle s'accompagne d'une réelle formation de l'ensemble des salariés à tous les niveaux, sinon elle est génératrice de difficultés, dans la mesure où les opérateurs n'ont pas les moyens d'intervenir à rétro sur les conditions de travail. En outre, ils sont amenés à subir l'ambiguïté du discours portant sur la qualité alors que l'évaluation continue d'être faite sur la quantité produite.

L'organisation est également source, dans un bon nombre de cas, de rupture dans les systèmes de manutention, ce qui amène encore très souvent l'utilisation de l'homme pour des manutentions manuelles, ces aspects de la manutention se retrouvant particulièrement dans l'industrie agro-alimentaire.

D'autres causes sont structurelles aux petites entreprises qui n'ont pas toujours les moyens de mettre en œuvre des mesures de prévention qui leur paraissent démesurées quant au coût, et les mettent en « péril financier ». Dans ces petites entreprises, la « culture » préventive est d'ailleurs souvent totalement absente.

D. Conséquences

Les conséquences de ces constatations, outre les accidents de travail et maladies professionnelles déjà mentionnés, aboutissent à la désadaptation des individus et les mettent en situation de handicap. Celui-ci entraîne une précarisation, puis une marginalisation des intéressés, et enfin l'exclusion professionnelle. Celle-ci représente un coût humain important, mais aussi un coût financier particulièrement lourd, largement débattu par les médias. Par ailleurs, la réorientation est souvent difficile, voire impossible du fait du cumul fréquent des difficultés médicales, sociales et techniques.

L'apparition de la maladie, particulièrement de la maladie professionnelle, nécessite souvent une réorientation professionnelle. Elle se cumule souvent avec un faible niveau socioculturel et un faible niveau de formation générale, ces deux éléments étant la cause d'un niveau de formation professionnelle insuffisant. La maladie survenant après 40-45 ans, rend difficile, voire pratiquement impossible la réorientation professionnelle et l'apprentissage d'un nouveau métier, cela conduit alors à l'exclusion.

II. OBJECTIFS PRIORITAIRES

A. Meilleure connaissance des phénomènes

En terme d'accident du travail ou de maladie professionnelle, il est extrêmement difficile de fixer des objectifs ; En effet, toute action générale ne peut aboutir qu'à une augmentation très forte de ces deux paramètres dans les statistiques officielles, du fait des biais précédemment décrits. A la limite, la forte augmentation de la reconnaissance des maladies professionnelles et de leur indemnisation pourrait être un objectif, même s'il semble paradoxal.

Une meilleure connaissance des risques professionnels et de la réalité du retentissement de ceux-ci sur la santé de la population est nécessaire. La valorisation de cette

connaissance est indispensable, elle doit se faire au niveau des médecins traitants pour un meilleur diagnostic des affections d'origine professionnelle et au niveau du grand public pour prendre conscience de la réalité du phénomène et de son importance. La diffusion des données actuelles au grand public et dans les médias pourrait être un objectif de sensibilisation quant au risque professionnel, à l'hygiène industrielle et à la santé au travail.

B. Développer la recherche en santé-travail

La recherche dans le domaine de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels est actuellement l'une des moins développées dans notre pays. Elle est le fait de quelques équipes d'épidémiologistes spécialisés, et de l'INRS. L'INRS fonctionne essentiellement sur programme déterminé à partir des demandes des partenaires sociaux, et il consomme une part très importante des budgets du fond de prévention des risques professionnels.

Les instituts de médecine du travail participent également à cette recherche, néanmoins en raison des problèmes de financement, tant des instituts eux-mêmes que de cette recherche, ils sont peu développés. Pourtant les réseaux créés par ces instituts de médecine du travail avec les médecins du travail et avec certaines entreprises leur donnent un accès privilégié au monde du travail facilitant le recueil des données, améliorant leurs fiabilité et la discussion des différents paramètres intercurrents. Ils peuvent centrer cette recherche sur l'évaluation des expositions, l'évaluation des effets et les liens exposition - effets.

Ces instituts de médecine du travail, ou ces services de pathologie professionnelle pourraient servir de base à des observatoires indépendants des risques professionnels en développant des registres particuliers non liés à l'indemnisation.

C. Réduire les incapacités

Réduire les incapacités évitables par des actions de prévention nationale contre les risques actuellement les plus connus et les plus évidents :

- Pathologie péri-articulaire et troubles musculo-squelettiques : les causes de ces affections se trouvent aussi bien dans l'augmentation des cadences, dans l'organisation du travail, que dans l'apprentissage du geste professionnel.
- Réduction des contraintes neuropsychiques par la promotion de meilleures méthodes d'organisation du travail, par une formation des responsables d'entreprise, par la vulgarisation de méthodes de gestion du personnel valorisant la communication dans l'entreprise.

D. Réinsertion - Exclusion

Favoriser la réinsertion et éviter l'exclusion après maladie ou accident d'origine professionnelle ou non. La prise en charge des individus exclus après maladie professionnelle ou accident du travail par les systèmes sociaux étant d'un coût plus élevé que leur maintien dans l'entreprise, même quand leur rendement est diminué, il convient de favoriser cette dernière situation. Ceci pourrait se faire par une augmentation des aides et des incitations, par une information concernant ces aides auprès des petites et moyennes entreprises artisanales, par la mise en place de systèmes pratiques d'information et d'aide, par une réelle promotion des conditions de travail avec des ergonomes et des services conseils spécialisés dans ce domaine.

E. Précarité

Une meilleure prise en compte du risque de précarisation de certaines catégories de travailleurs pourrait être réalisée.

En effet la plupart des services médicaux du travail ont développé des secteurs d'activité destinés aux travailleurs intérimaires (ceux-ci cumulent souvent une moins bonne formation générale, une moindre qualification professionnelle et une exposition plus importante aux risques professionnels avec une moindre protection que les autres salariés). Ce type d'expérience pourrait être valorisé et évaluée, tant quant à l'évolution de l'état de santé de ces travailleurs, que pour ce qui concerne leur insertion sociale et professionnelle. De manière plus générale, l'insertion sociale et professionnelle des populations précarisées pourrait être favorisée par la mise en place de consultations ou de rencontres précoces et spécifiques lors d'une période de reprise d'un emploi, dans le cadre d'une formation ou d'une orientation professionnelle. Une formation spécifique des professionnels à l'écoute et la prise en charge de ces populations devrait être parallèlement offerte.

F. Education sanitaire

Celle-ci pourrait être largement et facilement développée dans le monde du travail. Le choix d'axes d'éducation, les programmes existants ne manquent pas ; il suffit d'une formation des infirmiers et infirmières du travail pour qu'ils soient rapidement efficaces dans ce domaine.

G. La surveillance post emplois

Celle-ci est embryonnaire en France, développée, de façon expérimentale à partir des instituts de médecine du travail, ou des consultations de pathologie professionnelle ; et cela malgré les directives européennes. Un décret récent vient d'officialiser cette

nécessité mais seulement pour les salariés relevant du régime général de Sécurité Sociale en ce qui concerne la prise en charge.

Il s'agit pourtant là d'un excellent moyen de prévention secondaire des affections professionnelles d'expression tardive. En outre, la connaissance transmise aux médecins du travail en exercice permettrait une prise en compte des risques découverts pour les salariés encore exposés.

H. La Santé au travail, une place pleine et entière dans la santé publique

La Santé au travail est une branche à part entière de la santé publique, et les médecins du travail participent à cette dynamique de santé publique, même si une large part de leur activité se situe au niveau individuel.

Pourtant, il existe en France un fort cloisonnement entre les organismes œuvrant en milieu du travail d'une part, et ceux s'occupant de « santé publique » d'autre part. Les passerelles entre ces deux milieux sont rares et sont souvent le fait d'initiatives personnelles.

Les individus ne peuvent cependant pas être découpés ainsi en « tranches de vie » entre leur vie au travail (lorsqu'ils en ont un) et leur vie hors du milieu professionnel.

Il est donc important de développer et de formaliser des contacts institutionnels entre toutes les structures chargées de la prévention, de l'éducation sanitaire ou de l'appréciation des risques afin de resituer la santé et la sécurité au travail dans une perspective plus globale, intégrée aux milieux de vie des populations.

Ces contacts devraient pouvoir se nouer, ou se renforcer, tant au niveau local que régional ou national.

I. Information - Formation

Une autre série d'objectifs pourrait être de créer un système d'information auprès des PME et des PMI et auprès du public concernant la santé au travail et les risques professionnels. En effet la responsabilité de la prévention dans les entreprises revient entièrement à l'employeur et à lui seul. Il demande dans la pratique l'aide des ingénieurs d'hygiène et de sécurité ainsi que des médecins du travail, cependant pour une prévention efficace il faut une réelle implication de l'employeur, comme d'ailleurs de l'ensemble du personnel.

III. PRINCIPALES DIFFICULTÉS À SURMONTER POUR ATTEINDRE CES OBJECTIFS

A. Obstacles techniques

La première des difficultés est représentée par la démographie des préventeurs et des médecins du travail. On sait en effet, que l'immense majorité des salariés est présente dans les petites et moyennes entreprises ou dans les entreprises de type artisanal de moins de dix salariés. Celles-ci sont donc au nombre de plusieurs millions.

En regard il y a moins de 6 000 médecins du travail, quant aux effectifs des services prévention des Caisses d'Assurance Maladie et de l'Inspection du Travail, ils ne sont que de quelques centaines. Par exemple, pour la région Alsace Moselle, 58 000 établissements de moins de 10 salariés – environ 300 médecins du travail – une dizaine d'ingénieurs conseils du service prévention – à peu près autant d'inspecteurs du travail – et quelques ingénieurs et professionnels délégués à la sécurité de l'OPPBT (Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics).

Il est, dans ces conditions, impensable que ce système de prévention puisse réellement être efficace pour conseiller et aider les entreprises dans lesquelles il y a le plus de risque.

Ces « préventeurs » sont le plus souvent perçus comme des contrôleurs de la sécurité, et non comme des conseillers. Il faut donc étoffer leurs rangs, augmenter leurs possibilités d'aller sur le terrain et développer des contacts avec les autres professionnels de la prévention..

B. Obstacles institutionnels

Outre les manques d'effectifs, il est frappant de remarquer la difficulté, voire l'absence de coordination des trois grands systèmes de prévention des risques professionnels que sont les services médicaux du travail, les services prévention de la Caisse d'Assurance Maladie, l'INRS et l'Inspection du Travail. Le cloisonnement, lié à la structure des systèmes dans trois institutions différentes et dans deux réglementations, entraînant des problèmes de compétitions entre les différents services au détriment des entreprises.

En ce qui concerne la médecine du travail, l'évaluation porte essentiellement sur l'acte médical, et plus particulièrement sur le nombre d'actes médicaux, le contenu de cet acte n'est jamais mis en question. L'activité sur le terrain ne fait l'objet d'aucune évaluation, elle n'est prise en compte que très imparfaitement dans les rapports annuels. Au point qu'un certain nombre d'entreprises pensent ne payer qu'un acte médical.

Quant aux deux autres institutions, elles ont chacune de leur côté leur propre système d'évaluation, les actions communes et la coordination ne sont jamais évaluées en tant que telles. Elles sont également très peu valorisées.

C. Obstacles réglementaires

La complexité de la déclaration en maladie professionnelle transforme cette déclaration en « parcours du combattant » pour les patients qui doivent eux-mêmes effectuer les démarches administratives. Une simplification des procédures est indispensable.

A côté du système des tableaux, il a été mis en place des commissions régionales de reconnaissance des maladies professionnelles ; cependant celles-ci sont encore mal connues ; leurs compétences restent limitées aux contraintes administratives des tableaux, et, sauf pour les affections les plus sévères, bon nombre de pathologies ne sont pas prises en compte.

Une procédure plus simple, permettant d'indemniser des maladies hors tableaux sans que les patients ne soient au stade de l'invalidité, associée à une expertise de services spécialisés comme les services de pathologie professionnelle, pourrait être mise en place après avoir été testée sur quelques sites particuliers.

D. Obstacles économiques

La reprise d'activité promise génère une concurrence économique importante dans notre pays, même entre les pays européens et industrialisés, et encore plus avec les pays à faible coût social. Ceci amène à donner un poids important aux économies liées à la main d'œuvre et aux charges salariales. Dans ces conditions, les actions de prévention ne sont souvent perçues que comme une charge supplémentaire ; charges auxquelles échappent les entreprises de certains pays en voie de développement qui ont des réglementations plus souples dans le domaine de l'hygiène, la santé et la sécurité au travail. Ceci pouvant être un des facteurs menant à la délocalisation.

IV. PRINCIPAUX MOYENS À METTRE EN ŒUVRE

A. Moyen concernant l'ensemble des systèmes de prévention

Coordination des différents services de prévention

Pour obtenir une action commune de l'ensemble des systèmes de prévention et potentialiser leurs effets, des thématiques nationales, comportant la nécessité de coor-

dination et permettant l'évaluation de l'action et l'évaluation de la coordination, pourraient être définies sur les objectifs des maladies professionnelles les plus fréquentes ou sur les thèmes de certains types d'accidents du travail.

Il existe des commissions de coordination régionales, celles-ci, actuellement ou ne fonctionnent pas, ou sont très peu efficaces. Elles pourraient être redynamisées, en y associant des professionnels hors médecine du travail.

Actuellement le système de prévention et de contrôle des problèmes de santé en milieu du travail est entièrement cloisonné. Les passerelles entre les institutions œuvrant en milieu du travail d'une part, celles s'occupant de santé publique d'autre part, sont rares et souvent développées par des initiatives individuelles. Pourtant, l'individu ne peut être découpé ainsi en « tranches de vie ». Il faut donc développer et formaliser les contacts institutionnels entre les structures chargées de prévention, de l'éducation sanitaire et de l'appréciation des risques, et ce à tous les niveaux : national, régional ou local.

B. Moyens concernant les services médicaux du travail

1. Modification structurelle de l'organisation des services médicaux du travail

L'intégration de techniciens d'hygiène et de sécurité au sein des services médicaux du travail ainsi que d'ingénieurs permettrait d'améliorer les modalités de conseils auprès des petites et moyennes entreprises qui ne sont actuellement pas touchées par les services de prévention des Caisses Régionales d'Assurance Maladie et peu concernées par l'inspecteur du travail.

2. Modification des objectifs des services médicaux du travail valorisant le conseil aux entreprises plus que la surveillance médicale

Les objectifs des services médicaux du travail sont en effet précisés par décret. Ceux-ci chargent les services de la prévention primaire par l'étude des conditions de travail, et les conseils concernant leur amélioration, ainsi que de la prévention secondaire par la surveillance médicale périodique.

Or une place prééminente est donnée à la surveillance médicale au détriment de la prévention primaire, pour modifier cet état de fait il est indispensable de modifier les décrets organisant la médecine du travail. L'une des conséquences est une modification du mode de calcul du temps médical.

3. Evaluation

L'évaluation du fonctionnement des services médicaux du travail devrait être systématiquement réalisée par des audits incluant des avis larges des entreprises et des salariés. Une meilleure transparence des bilans financiers, des bilans d'activité des services médicaux du travail devrait être réalisée, valorisant les actions sur les lieux de travail, les actions de conseils, les actions d'éducation sanitaire et le résultat de ces actions, plutôt que de compter uniquement le nombre de visites médicales, ce qui n'a aucun intérêt. Enfin des actions d'évaluation des pratiques pourraient être proposées à l'image des enquêtes réalisées récemment sur le fonctionnement des services médicaux du travail.

4. Financement des services médicaux du travail

Le financement des services médicaux du travail pourrait être élargi avec une participation du fonds de prévention des risques professionnels, ou du fonds d'éducation sanitaire. Bien entendu le corollaire serait une meilleure transparence de la gestion de ces services. Le financement des entreprises pourrait se faire sur le mode de la mutualisation (comme le font déjà certains services) ou sur le mode forfaitaire, selon la palette des services réalisés par le service de médecine du travail.

5. Participation des partenaires sociaux

Une plus forte intégration des bénéficiaires de la médecine du travail devrait être réalisée dans le fonctionnement et le choix des actions annuelles. Ceux-ci devraient pouvoir participer de façon plus importante dans les choix d'orientation de l'action du service médical et de l'action des médecins du travail, de façon à obtenir une meilleure adaptation aux réels problèmes de santé et aux risques présents effectivement dans les entreprises.

C. Modification réglementaire

Pour mettre en place nombre des actions envisagées, des modifications réglementaires sont pour cela indispensables, en particulier de nouveaux décrets organisant les services médicaux du travail doivent être adoptés.

D. Formation

Des formations sont nécessaires pour élargir l'activité des services médicaux du travail et améliorer la collaboration des différents services de prévention en général.

Il est nécessaire d'apporter une formation complémentaire, tant auprès des médecins du travail que des hygiénistes et des rares ingénieurs d'hygiène et de sécurité ainsi que des infirmières du travail. Cette formation devrait porter sur l'action, sur les conditions de travail, les modalités de travail en équipe, la pratique.

Pour les médecins particulièrement, le travail en équipes médicales et paramédicales, le travail avec des équipes de techniciens et d'ingénieurs, le travail et le conseil à des publics non avertis doit être proposé, ceci afin de développer l'idée et la pratique pluridisciplinaires. L'évaluation de ces formations devrait d'ailleurs se faire plus sur l'utilisation des connaissances que sur l'acquisition des connaissances.

Des formations devraient également être proposées sur l'évaluation des risques et les modalités de l'éducation sanitaire.

Il serait souhaitable qu'une partie de ces formations soient elles-mêmes multidisciplinaires quant aux enseignants et quant au public associant sur les mêmes bancs d'étudiants les médecins, les ingénieurs, les infirmières, de façon à leur apprendre concrètement à travailler ensemble.

E. Information - Sensibilisation du corps médical

Des campagnes d'information type « transparence médicament », information dans la presse médicale, pourraient être réalisées pour informer les médecins de soins sur les maladies professionnelles et les maladies à composantes professionnelles, ainsi que sur la nécessité d'intégrer, dans l'interrogatoire des patients, les éléments du cursus professionnel.

F. Information - Sensibilisation du public

Des actions plus larges pourraient être proposées, permettant une information et une formation des responsables, directeurs des ressources humaines et directeurs d'entreprises petites et moyennes et d'entreprises artisanales. Ces formations pourraient concerner la gestion des risques, l'utilisation des services de prévention, l'importance et l'impact des risques professionnels, des accidents du travail et des maladies professionnelles sur l'activité de l'entreprise et sur leur coût. Ceci pourrait se faire avec l'aide des chambres syndicales professionnelles.

De la même manière, une information-sensibilisation sur les mêmes sujets pourrait être organisée à destination des organisations syndicales et des associations regroupant ouvriers ou employés.

Des actions d'information du grand public pourraient également être réalisées (en effet, les patrons de toutes petites entreprises de moins de 10 salariés peuvent être

assimilés à du grand public). Ces actions d'information et de sensibilisation pourraient concerner les conditions de travail, les accidents du travail et les maladies professionnelles, les contraintes, le stress et le retentissement de ces différents éléments sur le travail, sur les individus, sur l'entreprise.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] AVRIL, CONTE, TALON, TOMI, IGAS : Rapport d'enquête sur le fonctionnement des services médicaux du travail. Inspection Générale des Affaires Sociales, 14, avenue Duquesne, Paris.
- [2] J. RANTANEN : « Developments in occupational health and safety - How to continue from here ? », *Bulletin trimestriel de la CIST*, 14/2 mai 1995, 1-7.
- [3] « Statistiques nationales d'accident du travail, années 1989-1990-1991 », CNAMTS, Paris, 1993, 370 p.
- [4] « Les conditions de travail en 1992 ». Bilan et rapport. Edition la Documentation Française, Paris, 1993, 351 p.
- [5] Actes des Journées Nationales de Médecine du Travail, Besançon, 1994. Archives des Maladies Professionnelles. Masson éditeur, Paris, sous presse.

PRÉVENIR LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE *

EXTRAIT

La mise en évidence de liens entre pollutions atmosphériques ambiantes et la santé des populations est difficile à établir. Dans un contexte de sensibilisation croissante des populations à leur environnement immédiat, les effets à court terme de ces polluants sont de mieux en mieux documentés par une série de résultats convergents et convaincants.

Pour afficher une politique forte de réduction de cette nuisance, il faut l'implication de l'Etat ainsi que des élus locaux. Pour sa part, la SFSP a retenu les objectifs suivants :

1) Réduire les principales sources d'émission

- En maîtrisant le développement des transports et des émissions d'origine automobile. Cela suppose l'impulsion d'une forte politique d'aménagement urbain et de déplacements interurbains privilégiant les modes de transport les moins polluants.
- En limitant les émissions industrielles, par l'accélération de l'équipement des installations polluantes en dispositifs modernes de traitement, en élargissant l'assiette de la taxe parafiscale, en facilitant l'investissement pour réduire les émissions.

2) Renforcer la surveillance environnementale et en santé publique

Dans le cadre de la surveillance environnementale :

- En installant un réseau de surveillance dans toutes les agglomérations urbaines de plus de 100.000 habitants dans un délai de cinq ans ;
- En permettant une réelle indépendance financière des réseaux de mesure vis-à-vis des industriels, et en ouvrant ces réseaux aux associations de prévention et de défense de l'environnement ;
- En augmentant le nombre des équipements mobiles de surveillance pour des situations particulières ;
- En développant la recherche sur des indicateurs plus spécifiques des principales sources de pollution.

Dans le cadre de la surveillance en santé publique :

- En mettant en place des systèmes de surveillance sanitaire, dans le cadre d'une stratégie définie au niveau national ;



* Coordinateur : Philippe QUENEL, RNSP.

Avec la participation de : William DAB, Bernard FESTY, Raoul HARF, Michel JOUAN, François MANSOTTE, Yvon LE MOULLEC, Jean-Luc POTELON, Denis ZMIROU et la Commission santé environnement.

- En évaluant régulièrement la perception des populations vis-à-vis de ces problèmes, pour guider les campagnes d'information et de sensibilisation.

3) Promouvoir la formation et l'information

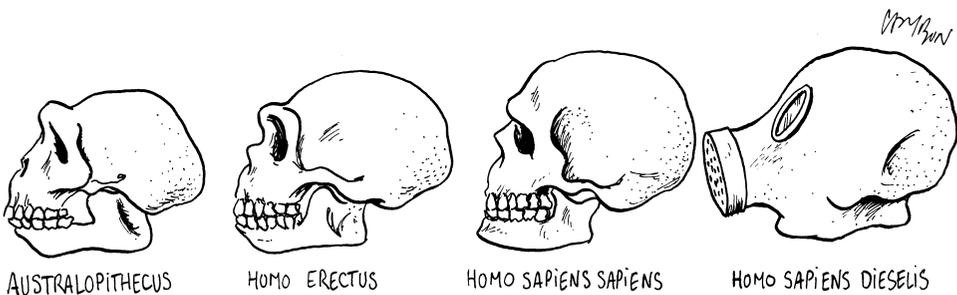
- En développant l'information du public, des élus et des professionnels concernés, par la publication régulière des données au niveau local et national et par la création de commissions locales d'information dans les sites particulièrement polluants ;
- En préparant, dans les endroits potentiellement sensibles, des cellules opérationnelles d'intervention et des protocoles de gestion de crises.

4) Développer la recherche pour connaître les risques et les expositions

- En renforçant le potentiel de recherche dans ce domaine, pour élargir notre champ de connaissances ;
- En réalisant à intervalles réguliers des synthèses des connaissances disponibles et en assurant une large diffusion auprès des élus, des professionnels et du public.

5) Modifier l'organisation administrative et réglementaire

- Par la mise en place d'une politique volontariste de lutte contre la pollution atmosphérique s'appuyant sur une commission interministérielle de coordination en collaboration avec le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, appuyant l'action des Conseils Départementaux d'Hygiène, et élaborant des protocoles d'alerte et d'intervention en cas de dépassement de valeurs limites.
- Par le caractère obligatoire les études d'impact lors d'implantation d'infrastructures ou d'installations potentiellement polluantes, en y incluant l'évaluation des risques sanitaires, et en renforçant le contrôle des émissions fixes et diffuses.



I. SITUATION DU PROBLÈME

La qualité de l'environnement est aujourd'hui reconnue comme un déterminant important de l'état de santé des populations. Parmi les facteurs d'environnement, l'air occupe une place particulière, ne serait-ce que parce qu'un adulte inhale en moyenne un volume de 11 mètres cubes, soit 14 kilogrammes d'air par jour, qui représente cinq fois le poids de ce que nous mangeons et buvons ! Nous inhalons ainsi 1 500 fois par jour, un mélange gazeux constitué à 78 % d'azote, à 21 % d'oxygène et à 9/1 000 d'argon. C'est dans la dernière millième partie de ce mélange, que sont retrouvées des centaines d'autres substances, dont certaines sont des polluants ⁽¹⁾.

Les sources de polluants contributives à l'exposition à la pollution atmosphérique sont multiples et variées. L'homme est ainsi exposé en permanence à des micro-environnements très hétérogènes par leur nature et leur niveau de concentration en polluants : habitat, milieu de travail, transports, air ambiant, etc. L'habitat (logements, locaux à usage collectif, bureaux du secteur tertiaire, etc.) constitue une source d'exposition aux polluants particulièrement importante, puisqu'en moyenne nous passons 80 % du temps à l'intérieur des locaux (en climat tempéré). Outre l'apport des polluants de l'air extérieur, de nombreuses sources intérieures génèrent des polluants physico-chimiques, biologiques et parfois radioactifs (radon). De plus, les mesures d'isolation des bâtiments prises par souci d'économie d'énergie ont accru le confinement et abouti à une augmentation, parfois notable, des concentrations de certains polluants. La qualité de l'air dans ces environnements intérieurs dépend en effet, à la fois des caractéristiques des équipements, matériaux et produits proposés aux consommateurs, mais aussi du comportement et du mode vie des occupants. Si, de plus, on considère l'exposition résultant de la fumée de tabac environnementale et de l'activité professionnelle – qui font l'objet de recommandations spécifiques – on comprend aisément que l'évaluation des effets sur la santé liés à l'exposition atmosphérique globale des individus est une tâche très complexe et difficile.

Le champ couvert par ce document a donc été restreint aux pollutions atmosphériques ambiantes, pour lesquelles on dispose aujourd'hui de suffisamment d'évidences pour « décider et agir », en excluant cependant les problèmes liés à la couche d'ozone et à l'effet de serre, aux effets plus incertains ou indirects.

Bien que les pollutions de type biologique, en particulier de type pollens, jouent un rôle important en matière de santé publique, notamment par leurs effets directs sur la santé, mais aussi indirects par les interactions entre les composantes polliniques et

(1) Un polluant peut être défini comme une substance qui ne se trouve naturellement pas dans l'air ou qui s'y trouve en concentration anormale, qui est susceptible, compte tenu des connaissances scientifiques du moment, de provoquer un effet nocif ou de créer une gêne ou une nuisance (Chovin et Roussel, 1973).

chimiques de l'atmosphère, seules les pollutions atmosphériques de type chimique sont abordées dans ce document.

Les mesures prioritaires proposées tiennent compte du fait que la situation actuelle des principales villes françaises n'a pas atteint le « degré » de pollution observé dans d'autres grandes villes européennes (Athènes, Milan) ou mondiales (Mexico). C'est une raison supplémentaire pour prendre dès maintenant des dispositions de fond qui permettront d'éviter, dans l'avenir, d'avoir à mettre en place et subir des mesures d'urgence beaucoup plus contraignantes que ces grandes métropoles ont été amenées à prendre.

A. Des relations difficiles à étudier

Les liens entre les pollutions atmosphériques ambiantes et la santé sont difficiles à établir. Pour identifier ces liens et quantifier leur importance, trois principaux types d'études peuvent être réalisés : les études toxicologiques sur animal ou matériel cellulaire, les expérimentations humaines contrôlées et les études épidémiologiques.

Les études toxicologiques ont pour objectif de mettre en évidence l'existence d'effets toxiques des polluants seuls ou en mélanges simples. Leurs résultats obtenus avec ces modèles biologiques servent de base à l'élaboration d'hypothèses étiopathogéniques concernant la toxicité des polluants sur divers organes cibles, mais la transposition des résultats de la cellule ou de l'animal à l'homme reste délicate.

Les expositions humaines contrôlées consistent à soumettre à une atmosphère plus ou moins riche en polluant(s), des individus choisis en fonction de critères précis et à évaluer les effets d'une telle exposition sur différents paramètres biologiques, fonctionnels ou cliniques. Par rapport aux études toxicologiques animales ou épidémiologiques, elles présentent plusieurs avantages. Réalisées chez des êtres humains et non chez des animaux, elles évitent les problèmes posés par la transposition animal-homme. Par ailleurs, elles permettent de contrôler la composition de l'atmosphère à laquelle les sujets sont exposés, ce qui les différencie des études épidémiologiques d'observation où il est difficile d'attribuer spécifiquement les effets observés à la seule action d'un polluant particulier. Cependant, les conditions expérimentales de l'exposition (durée brève, concentrations relativement élevées etc.) sont éloignées par de nombreux aspects des conditions naturelles où les individus sont exposés souvent de manière répétitive et prolongée à une multitude de polluants.

Les études épidémiologiques, par rapport aux études expérimentales réalisées chez l'animal ou chez l'homme, ont donc pour avantage majeur d'être réalisées en milieu ambiant, c'est-à-dire dans les conditions réelles d'exposition à la pollution atmosphérique. De ce fait, les résultats observés présentent une pertinence forte d'un point de

vue de santé publique. Cependant, ces études se heurtent à des difficultés importantes qui tiennent essentiellement à la mesure de l'exposition à la pollution atmosphérique, à la mesure des effets sur la santé et à la quantification des relations entre exposition et effets.

Actuellement, dans la majorité des études épidémiologiques, l'exposition des sujets est estimée à partir des données recueillies par des réseaux de surveillance. Or, dans le domaine de l'air, la notion de qualité du milieu est complexe et évolutive, dépendant à la fois de la qualité et de la quantité des émissions, des conditions météorologiques, ainsi que de la capacité à mesurer les contaminants. Concernant ce dernier aspect, les mesures effectuées en routine pour surveiller la pollution atmosphérique (SO₂, particules en suspension, NOx, O₃, CO, Pb) sont très limitées au vu des milliers de composants qui sont émis dans l'air du fait des activités humaines ou de phénomènes naturels. De plus, si, par exemple, les concentrations de particules en suspension dans l'air sont mesurées depuis les années 1960 par l'indice des fumées noires, la signification de cet indice en terme de risques pour la santé a évolué au cours du temps avec le changement des sources d'émission et les modifications de la nature physico-chimique de ces particules.

Par ailleurs, les polluants ne sont pas stables et interagissent entre eux, pouvant aboutir à la formation de polluants secondaires ayant eux-mêmes une toxicité propre. C'est le cas, par exemple, de l'ozone qui résulte de l'interaction entre les oxydes d'azote et les hydrocarbures sous l'effet du rayonnement ultraviolet.

Malgré ces limites et ces difficultés, les mesures des polluants effectuées par les réseaux de surveillance de la qualité de l'air permettent de disposer de « descripteurs » des pollutions atmosphériques ambiantes permettant d'évaluer, sous certaines hypothèses, leur impact sur la santé.

La mise en place d'un cadre législatif national puis européen et de mesures de contrôle de la qualité de l'air ont permis une diminution notable des concentrations des principaux polluants liés au chauffage et d'origine industrielle, et ont réduit les problèmes de toxicité aiguë dus à de fortes expositions. La toxicité liée à une exposition de faible niveau mais continue ou répétitive, qui caractérise la situation actuelle, est plus difficile à objectiver : l'intensité des effets, qui peuvent être de nature aiguë et/ou chronique est faible, et l'exposition est plus difficile à mesurer.

Ces différents facteurs expliquent les difficultés attachées à la réalisation et l'interprétation des études d'observation. Néanmoins, depuis le tristement célèbre épisode de smog survenu à Londres en 1952 et qui a occasionné près de 4 000 morts en quinze jours (Schwartz, 1990), de nombreux travaux de recherche ont été entrepris pour étayer les liens entre les pollutions atmosphériques ambiantes et la santé, et en dépit

de toutes ces difficultés méthodologiques, les résultats de ces travaux se caractérisent avant tout par une très grande cohérence.

B. Des résultats convergents et convaincants sur les effets à court terme

Un des faits notables en termes d'effets sur la santé de la pollution atmosphérique, est que l'on dispose aujourd'hui de résultats portant sur un ensemble complet de critères sanitaires allant du plus grave, la mortalité, aux atteintes les plus précoces mesurées par des paramètres fonctionnels ou biochimiques. La cohérence des associations retrouvées entre tous ces critères et les teneurs ambiantes des polluants atmosphériques confère globalement à ces résultats une valeur convaincante.

Les principaux effets sur la santé à court terme de la pollution atmosphérique concernent essentiellement l'appareil respiratoire. Ces effets se manifestent par une fréquence accrue de symptômes ou de maladies touchant les voies respiratoires supérieures (irritation nasale ou de la gorge par exemple) et les voies respiratoires inférieures (toux, gêne respiratoire, oppression thoracique, bronchite, crise d'asthme, etc.). Ces manifestations résultent généralement soit d'une toxicité directe des polluants, soit d'une fragilisation des mécanismes de défense de l'organisme vis-à-vis des agressions bactériennes, virales ou allergiques. D'autres appareils sont également concernés par les effets de la pollution atmosphérique : l'appareil cardio-vasculaire, l'oeil, le système nerveux, le système rénal, etc.

Ainsi, par exemple, en ce qui concerne les particules en suspension, une relation dose-réponse a clairement été établie entre leurs concentrations ambiantes et la mortalité (*Extrapol* n° 2, 1995). Une augmentation, un jour donné, de $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ des particules de diamètre aérodynamique inférieur à $10 \mu\text{m}$ (PM10) se traduit, dans les jours qui suivent, par une augmentation de l'ordre de 6 % de la mortalité totale journalière (Schwartz, 1994 ; Pope, 1991). De nombreuses données mettent également en évidence un risque d'irritation bronchique associé à la concentration des particules en suspension, qui ont ainsi conduit le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France à proposer une révision des valeurs limites (CSHPF, 1994). Les études épidémiologiques ont également permis de quantifier les relations entre la diminution de la fonction ventilatoire et les niveaux d'ozone observés en milieu ambiant (*Extrapol* n° 1, 1995 ; CSHPF, 1995). De manière analogue à ce qui a été observé lors des expositions contrôlées chez l'homme, ces études ne semblent pas indiquer l'existence d'un seuil d'exposition en dessous duquel il n'existe pas d'effet sur la fonction ventilatoire. Ces études suggèrent également que les niveaux d'ozone peuvent causer une augmentation faible, mais significative, de la morbidité. On estime ainsi que chaque augmentation journalière de $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ d'ozone est associée, en moyenne, à une augmentation de 10 à 15 % du nombre des admissions hospitalières (*Erpurs*, 1995).

Si, au niveau individuel, les risques pour la santé sont relativement faibles, il faut garder en mémoire que du fait de l'ubiquité de l'exposition à la pollution atmosphérique d'une part, et de la fréquence élevée des pathologies concernées d'autre part, les risques au niveau de l'ensemble de la population sont loin d'être négligeables. Ainsi, par exemple, la mortalité cardio-vasculaire attribuable à la pollution par le dioxyde de soufre a été estimée à 2,2 % en région parisienne, et à 6,6 % à Lyon au cours de la période 1985-90 (Quénel, 1995).

C. Des populations sensibles

Bien qu'il existe une très grande variabilité individuelle dans la susceptibilité aux polluants atmosphériques, il apparaît clairement que certaines populations sont plus sensibles que d'autres en termes d'effets sur la santé. C'est le cas, en particulier, des personnes âgées et des personnes souffrant de maladies respiratoires chroniques (particulièrement les sujets asthmatiques et les sujets ayant une bronchite chronique) ou de maladies cardio-vasculaires, cette sensibilité étant variable selon le polluant considéré. Les enfants constituent également une population sensible du fait qu'à cette période de la vie, l'appareil respiratoire est en pleine maturation et développement, et que leur activité est importante à l'extérieur (*Extrapol* n° 1, 1995).

D. Des incertitudes sur les effets à long terme

Les connaissances des effets à long terme de la pollution atmosphérique sur la santé sont encore aujourd'hui lacunaires, qu'il s'agisse des études expérimentales humaines, peu appropriées pour répondre à cette question, ou des études épidémiologiques qui nécessitent de recourir à des protocoles d'étude particuliers et pour lesquelles l'estimation de l'exposition des sujets sur une longue période d'étude est difficile à réaliser.

Néanmoins, il existe un corps de connaissances toxicologiques et épidémiologiques suggérant fortement l'existence de relations entre certains cancers respiratoires et la pollution d'origine automobile (CFHA, 1994), et une réduction de la survie en cas d'exposition prolongée à un air pollué (Dockery, 1993).

E. Une perception qui évolue

Si la pollution atmosphérique ne fait pas partie des principales menaces pour la santé perçues par la population, une enquête réalisée en France en 1995 sur un échantillon de mille personnes (CSHPF, 1995) montre que, parmi les problèmes d'environnement en milieu urbain, la qualité de l'air arrive en tête des préoccupations (30 % des personnes interrogées), loin devant les problèmes liés à la qualité de l'eau (7 %), aux déchets (4 %) ou au nucléaire (1,6 %).

Mais, paradoxalement, cette attention portée à la qualité de l'air ne s'est pas accompagnée de la connaissance des principaux facteurs de la pollution atmosphérique, et les effets sur la santé de la pollution atmosphérique sont généralement mal connus. Les dangers liés à l'environnement font donc l'objet d'une prise de conscience et il est clair que les préoccupations ne sont plus simplement d'ordre esthétique ou écologique au sens strict. L'impact sur la santé fait désormais l'objet d'une attention croissante.

Pour plus de 70 % des personnes interrogées, la qualité de l'air dans les villes s'est dégradée au cours des vingt dernières années et l'automobile est reconnue aujourd'hui comme la principale source de pollution atmosphérique (50 %). Cette prise de conscience s'accompagne d'une forte adhésion aux discours sur la nécessité de modifier les habitudes modales de déplacement et de développer les recherches techniques visant à réduire les émissions automobiles, la pollution atmosphérique n'étant perçue ni comme une fatalité, ni comme la rançon obligatoire du progrès.

Cependant, si pour les problèmes de maladies transmissibles comme le sida, ou pour certains problèmes d'environnement comme le recyclage et l'élimination des déchets, l'implication individuelle est largement admise, pour la pollution de l'air, les personnes interrogées jugent encore leur responsabilité comme « marginale ». Il s'agit là d'un important défi à relever pour engager une politique publique de réduction des risques de la pollution atmosphérique.

F. Des outils de surveillance insuffisants

Jusqu'à présent, la surveillance de la pollution atmosphérique s'est appuyée principalement sur les réseaux de surveillance de la qualité de l'air. Initialement orienté sur la surveillance des niveaux de polluants à proximité des sources industrielles et liés au chauffage, le dispositif de surveillance a été progressivement adapté et rénové, notamment pour prendre en compte la pollution d'origine automobile et la pollution photochimique.

Grâce en particulier au support financier de la taxe parafiscale de la pollution atmosphérique, de nouveaux réseaux ont été créés, d'autres ont été modernisés. La mise en place de nouveaux équipements, complétée par une politique d'assurance qualité des données s'appuyant notamment sur les compétences et les moyens du Laboratoire Central de la Qualité de l'Air, a permis d'accroître à la fois la couverture spatiale des réseaux de mesure (plus de 500 stations automatiques existent à ce jour en France) et la fiabilité des données (Ademe, 1994). Mais de nombreuses substances polluantes de l'air ne sont toujours pas surveillées systématiquement, comme l'aérosol acide, les composés organiques volatils (hydrocarbures aromatiques mono-

cycliques, aldéhydes etc.), les métaux lourds, ou les composés organiques persistants (hydrocarbures polycycliques aromatiques etc.), et des villes importantes ne disposent pas encore de réseau de surveillance (quatre villes de plus de 250 000 habitants et 20 villes de plus de 100 000 habitants) (Richert, 1995).

L'analyse de ces données par le Service des Observatoires et des Réseaux de Mesure de l'Ademe permet d'estimer les tendances d'évolution des concentrations des polluants de l'air.

Il apparaît ainsi que si les concentrations de SO₂ et, dans une moindre mesure, des particules en suspension sont en diminution permanente depuis les quatre dernières décennies (à Paris intra muros, par exemple, les moyennes annuelles de SO₂ ont été divisées par huit depuis les années 1950), l'évolution des concentrations des oxydes d'azote ne montre pas de tendance à la baisse.

Quant à la pollution par l'ozone, les problèmes liés au choix d'implantation des sites de mesures et le nombre encore trop limité de stations rendent très difficile l'évaluation des tendances d'évolution (Ademe, 1994).

Les données fournies par les réseaux de mesure permettent également de répertorier les dépassements des valeurs fixées par le Conseil des Communautés Européennes ou recommandées par l'OMS pour les principaux polluants (OMS, 1987). Par exemple pour l'ozone, la valeur seuil OMS sur 1-h (150 µg./m³) a été dépassée plus de 20 % des jours de l'été 1992 à Fos-sur-mer, au sud de Grenoble et en région Ile-de-France (Ademe, 1994).

Il apparaît ainsi clairement aujourd'hui en France, comme partout dans le monde, que les problèmes de pollution atmosphérique ont radicalement changé depuis les années 1970. Les pointes de pollution hivernale et locales dues au SO₂ et aux poussières tendent à faire place à des smogs d'été, ou à des pollutions plus complexes et diffuses, riches en hydrocarbures, oxydes d'azote, composés oxydants et très fines particules. Le caractère régional de la pollution de l'air et sa capacité à se produire sur de longues distances sont également de plus en plus marqués, celle-ci touchant des zones étendues et le milieu rural.

La pollution due aux déplacements des biens et des personnes est désormais prépondérante, tout particulièrement dans les zones urbaines, et la circulation automobile est ainsi devenue l'un des principaux responsables des effets de la pollution urbaine sur la santé des populations exposées (Ademe, 1995 ; OMS, 1992).

La surveillance de la qualité de l'air a pour objectif « d'évaluer la survenue, la distribution et l'évolution des niveaux de polluants responsables de nuisances, de maladies ou d'accidents, et d'identifier les situations où les individus sont exposés à des niveaux inappropriés mais contrôlables de polluants spécifiques ».

Cependant, le passage des mesures effectuées par les réseaux de la surveillance de la qualité de l'air à l'estimation des risques pour les populations exposées soulève plusieurs problèmes, et les données fournies par ces réseaux ne répondent que partiellement à cet objectif (Quénel, 1995). Surveiller le milieu, dans une optique sanitaire, suppose en effet que les données collectées soient fiables, valides et représentatives de l'exposition des populations. Cette surveillance suppose également qu'il existe des effets sur la santé « spécifiques » du polluant surveillé et que la relation dose-réponse soit connue (si cette relation est bien établie, on peut supposer que la diminution de l'exposition entraînera une réduction de la maladie ou de l'effet adverse ne nécessitant pas d'être documentée). Enfin, cette approche suppose que les valeurs limites d'exposition retenues pour identifier les situations à risque soient valides. La surveillance de la qualité de l'air constitue donc davantage un outil de gestion des risques environnementaux permettant la mise en œuvre de mesures de contrôle et le « pilotage » de ces actions qu'un outil de surveillance des risques pour la santé à proprement parler, d'autant que cette surveillance ne vise qu'un petit nombre de polluants dont l'effet sur la santé est connu (les contraintes techniques de la métrologie, les coûts, mais aussi les impératifs de la réglementation expliquent cet état de fait).

II. OBJECTIFS PRIORITAIRES

Les objectifs généraux d'une politique de réduction de la pollution atmosphérique sont de faire en sorte de :

- diminuer le nombre de personnes exposées, ou susceptibles d'être exposées, à des concentrations de polluants atmosphériques entraînant un danger pour la santé à court ou à long terme ;
- diminuer la fréquence et la gravité des maladies respiratoires associées à la pollution de l'air dans la population générale, et plus particulièrement au sein des groupes les plus sensibles.

Pour atteindre ces objectifs généraux, des objectifs spécifiques doivent être poursuivis de manière prioritaire, en gardant à l'esprit que le tabagisme reste, de loin, le principal facteur de risque pour la santé en terme de source d'exposition aux polluants de l'air. Ces objectifs doivent s'inscrire dans le contexte communautaire européen de réduction des émissions, de renforcement de la surveillance et des activités de recherche.

A. Réduire les principales sources d'émission

1. Maîtriser le développement des transports et des émissions automobiles, principales sources actuelles de pollution de l'air en milieu urbain, malgré les efforts tech-

nologiques mis en œuvre par les industriels pour réduire les émissions unitaires (SFSP 1996). Cette maîtrise passe par :

- une politique d'aménagement urbain prenant en compte les risques pour la santé liés à la pollution atmosphérique et qui, notamment, organise l'habitat et les activités économiques autour de modes de transports collectifs ;
- le développement accéléré des transports en commun dans les villes et entre les cités, ainsi que des transports piétonniers et en vélo pour lesquels un financement pourrait être dégagé de la taxe sur les carburants ;
- une politique active et intégrée de restriction de l'accès des centres urbains aux véhicules de tourisme et utilitaires ;
- un effort public sensiblement accru pour favoriser le développement du transport de marchandise par rail (développement du ferroutage) ;
- la multiplication des contrôles routiers des gaz d'échappement des véhicules de tourisme et utilitaires, avec obligation de réduction des émissions (constitution d'un fichier national des procès-verbaux avec amende en cas de récidive) ;
- une politique volontariste, notamment fiscale, encourageant le développement de véhicules utilisant des énergies moins polluantes que l'essence et le gazole (GPL, gaz naturel, électricité), en particulier pour les flottes captives des services publics et des grandes entreprises.

2. Limiter les émissions industrielles (y compris sur le lieu de travail) :

- en équipant les installations émettrices de dispositifs modernes de traitement des fumées et des gaz polluants, et en donnant priorité aux procédés de fabrication reposant sur les meilleures technologies disponibles ;
- en élargissant l'assiette de la taxe parafiscale (COV, poussières etc.) ;
- en consolidant le rôle de l'Ademe dans le financement des investissements de réduction des émissions.

B. Renforcer la surveillance environnementale et de santé publique

1. Surveillance environnementale

- tout en gardant la forme juridique associative actuelle, assurer un meilleur équilibre entre les trois collèges représentant l'Etat, les collectivités locales et les opérateurs potentiellement pollueurs, et associer systématiquement les associations de prévention et de défense de l'environnement ;
- impliquer de façon systématique les professionnels de santé publique à l'organisation et la gestion de la surveillance de la qualité de l'air, aux niveaux national et local ;

- assurer une plus grande indépendance financière des réseaux de mesure vis-à-vis des industriels ;
- définir rapidement, au niveau national, une stratégie d'échantillonnage définissant les critères de choix d'implantation des capteurs des réseaux de surveillance afin de mieux caractériser l'exposition de la population à la pollution urbaine de fond d'une part, et aux pollutions de proximité d'autre part ;
- installer progressivement, d'ici cinq ans, un réseau de surveillance de la qualité de l'air dans toutes les agglomérations urbaines de plus de 100 000 habitants, ou quand il existe une situation locale particulière (grande voirie, installation industrielle fortement émettrice) ;
- développer un réseau national de surveillance de la pollution de fond en milieu rural, distant des sources émettrices ;
- augmenter rapidement le nombre des équipements mobiles de surveillance permettant d'évaluer les niveaux de pollution atmosphérique sur des sites non équipés, de mieux mesurer l'exposition des populations résidant dans des zones particulièrement polluées, et de contribuer à l'évaluation des risques en cas d'émissions accidentelles ;
- développer des indicateurs plus spécifiques des principales sources de pollution (automobile, transports diesel, industrie, foyers fixes, etc.).

2. Surveillance de santé publique

- mettre en place des systèmes de surveillance épidémiologique à partir de données de mortalité (urgences hospitalière ou ambulatoire, d'activité en médecine de ville, etc.). Cette surveillance permettra de quantifier l'importance des pathologies susceptibles d'être liées aux polluants atmosphériques, d'en estimer l'impact sur la santé, de procéder à une véritable évaluation des risques des polluants atmosphériques ambiants, et d'orienter la politique de santé publique dans ce domaine ainsi que la politique de surveillance de la qualité de l'air. Cette surveillance devra reposer sur une stratégie définie au niveau national, et le rôle du Réseau National de Santé Publique devra être consolidé pour aider à sa mise en place, expertiser les résultats et en faire périodiquement la synthèse ;
- cette surveillance épidémiologique devra prendre en compte l'ensemble des facteurs du comportement aérien (facteurs biologiques et chimiques) afin, notamment, de mieux connaître les interactions entre pollens et pollutions atmosphériques, et apprécier l'importance relative de ces facteurs de risque sur la santé ;

- évaluer et surveiller la perception et les comportements des populations vis-à-vis des problèmes, notamment de santé, liés à la pollution atmosphérique, afin de guider les politiques d’information et de sensibilisation.

C. Promouvoir la formation et l’information

1. Information

- publier annuellement un rapport sur la qualité de l’air, l’exposition de la population à la pollution atmosphérique et les résultats des réseaux de surveillance épidémiologique ;
- développer l’information du public, des élus et des professionnels concernés, notamment à l’occasion du dépassement des valeurs de références de la qualité de l’air, dans un double objectif de protéger les sujets les plus sensibles et d’initier dans la population une prise de conscience en l’informant sur les sources responsables de la pollution de l’air (y compris les sources diffuses telles que les véhicules automobiles), les niveaux d’exposition, les effets sur la santé, la signification des valeurs limites d’exposition, et les stratégies de lutte possibles aux niveaux individuel et collectif ;
- favoriser la création, autour de sites industriels potentiellement émetteurs de polluants atmosphériques, de commissions locales d’information (élus locaux, associations, riverains etc.) représentées dans les comités de gestion des réseaux.

2. Formation

- mettre en place des formations pour les professionnels (spécialistes de l’environnement, de la santé, de l’urbanisme etc.) et les élus, visant à développer une culture commune « environnement-santé-pollution atmosphérique » parmi l’ensemble des partenaires ;
- préparer à la gestion de crises en organisant des cellules opérationnelles d’intervention et en préparant des protocoles d’évaluation de situations d’urgence et de gestion des risques.

D. Développer la recherche pour connaître les risques et les expositions

- Renforcer le potentiel de recherche dans le domaine de l’écosanté ;
- Développer l’utilisation de la méthodologie d’évaluation des risques et de l’impact sanitaire dans le domaine de la pollution atmosphérique ;

- Développer la méthodologie des mesures d'exposition individuelle afin, notamment, de mieux caractériser les situations d'exposition maximale ;
- Réaliser des études visant à :
 - mieux connaître les facteurs de sensibilité et identifier les groupes vulnérables ;
 - mieux apprécier les effets sanitaires retardés ;
 - préciser et quantifier les risques neuro-comportementaux ;
 - évaluer les conséquences sur la santé des interactions entre les différents polluants (notamment chimiques et biologiques) ;
 - évaluer le coût médico-social de la pollution atmosphérique ;
- Réaliser à intervalles réguliers des synthèses des connaissances disponibles et en assurer une large diffusion auprès de tous les professionnels concernés..

E. Organisation administrative et réglementaire

1. Administrative

- Mettre en place une politique volontariste de lutte contre la pollution atmosphérique ;
- Réactiver la Commission interministérielle de coordination de lutte dans le domaine de la pollution atmosphérique ;
- Instituer une présentation annuelle d'un rapport sur la qualité de l'air devant le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, ainsi qu'une consultation systématique de cette instance lors de l'élaboration de textes nationaux ou européens ;
- Instaurer au niveau des Conseils départementaux d'hygiène, qui doivent être destinataires d'un rapport annuel concernant la situation locale de la qualité de l'air et des effets sur la santé, un débat où les différents représentants (industriels, élus, techniciens, écologistes, associations, etc.) puissent confronter leur point de vue et discuter des niveaux « acceptables » de pollution atmosphérique ;
- Elaborer des protocoles d'alerte en cas de dépassement des valeurs limites pour l'ensemble polluants surveillés.

2. Réglementaire

- Remplacer la loi du 2 août 1961 relative à la lutte contre la pollution atmosphérique par une nouvelle loi sur l'air prenant en compte l'ensemble des nouvelles problématiques, définissant en particulier des objectifs de qualité

les modalités de surveillance environnementale et épidémiologique et de l'information du public, les principes de lutte contre la pollution de l'air et les moyens nécessaires à son financement ;

- Respecter les valeurs limites et tendre le plus rapidement possible vers les valeurs guides proposées par l'OMS ;
- Proposer au niveau européen des valeurs limites pour les polluants reconnus toxiques mais non encore réglementés, et mettre en place leur surveillance systématique ;
- Rendre obligatoire la réalisation d'études d'impact incluant l'évaluation des risques sanitaires pour l'implantation des industries et des infrastructures faisant courir un risque pour la santé des populations ;
- Renforcer le contrôle des émissions fixes et diffuses.

III. OBSTACLES À SURMONTER

Pour atteindre tous ces objectifs, cela implique autant une initiative forte de l'Etat, qu'une volonté politique courageuse des élus locaux. Jusqu'à présent les risques pour la santé liés aux pollutions atmosphériques ambiantes ont été souvent sous-estimés. Actuellement, la prise de conscience, par les citoyens et les acteurs économiques, du danger environnemental et sanitaire représenté par les pollutions atmosphériques ambiantes doit être un facteur de motivation des décideurs publics.

Cette prise de conscience doit maintenant s'accompagner d'une meilleure connaissance des facteurs des pollutions atmosphériques et de leurs effets sur la santé, ainsi que des actions que tout à chacun peut entreprendre pour lutter contre la pollution atmosphérique. C'est à cette condition que des modifications de comportement de tous les acteurs pourront aboutir. Cela nécessite que les professionnels de santé publique s'impliquent davantage dans ce champ environnemental afin de pouvoir informer et former l'ensemble des acteurs.

BIBLIOGRAPHIE

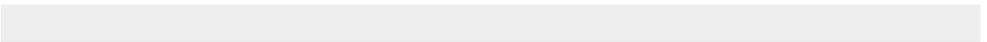
ADEME : « La qualité de l'air en 1992. Zones urbaines, industrielles et rurales ». Rapport Ademe 1994 ; 147 p. et annexes.

ADEME : « La pollution automobile et ses effets sur la santé. Etat des connaissances. Interrogations et propositions ». Rapport Ademe, 1995 ; 43 p.

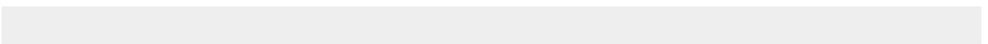
Commission Fédérale de l'Hygiène de l'Air (CFHA) : « Risques cancérigènes des gaz d'échappement des moteurs diesel et moteurs à essence ». Rapport de l'Office Fédéral de l'Environnement, des Forêts et des Paysage. Berne (Suisse) 1994 ; 33 p.

- CSHPF : « Particules en suspension dans l'atmosphère : effets sur la santé et proposition pour une révision des valeurs limites ». Rapport du ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville 1994, 82 p.
- CSHPF : « L'ozone, indicateur de la pollution photochimique, en France. Evaluation des risques sur la santé. Mesures de prévention et de protection. Stratégie de communication ». Rapport du ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville 1995, 152 p et annexes.
- DOCKERY D.W., POPE A., XU X. *et al.* : « An association between air pollution and mortality in six U.S. cities ». *The New England Journal of Medicine*, 1993 ; 329 (24) : 1753-1759.
- ERPURS : « Impact de la pollution atmosphérique urbaine sur la santé en Ile-de-France : 1987-1992 ». Rapport ORS Ile-de-France 1995, 104 p.
- Extrapol* n° 1 : « Effets de l'ozone troposphérique chez l'enfant ». *Pollution Atmosphérique*, 1995, janvier-mars, I-XVI.
- Extrapol* n° 2 : « Particules et mortalité ». *Pollution Atmosphérique*, 1995, avril-juin, I-XVI.
- OMS : « Air quality guidelines for Europe ». WHO regional publications, 1987 ; *European series* n° 23.
- OMS : « Véhicules à moteur et pollution atmosphérique. Impact sur la santé publique et mesures d'assainissement ». Rapport OMS 1992 ; 256 p.
- POPE A., DOCKERY D.W., SPENGLER J.D. *et al.* : « Respiratory health and PM10 pollution ». *American Review of Respiratory Disease*, 1991 ; 144 : 668-674.
- QUÉNEL P. : « Surveillance de santé publique et environnement ». *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 1995 ; 43 : 412-422.
- QUÉNEL P., ZMIROU D., LE TERTRE A. *et al.* : « Impact de la pollution atmosphérique urbaine de type acido-particulaire sur la mortalité quotidienne à Lyon et sur l'agglomération parisienne ». *Santé publique*, 1995, 4 : 363-376.
- RICHERT Ph. : « Rapport sur les évolutions souhaitables pour le dispositif national de surveillance de la qualité de l'air », mai 1995, 174 p et annexes.
- SCHWARTZ J. : « Mortality and air pollution in London : a time series analysis ». *American Journal of Epidemiology*, 1990 ; 131 : 185-194.
- SCHWARTZ J. : « Air pollution and daily mortality : a review and meta analysis ». *Environmental Research*, 1994 ; 64 : 36-52.
- SFSP : « La pollution atmosphérique d'origine automobile et la santé publique » Coll. Santé et Société, 1996.

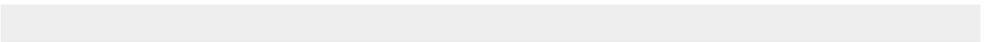
NOTES



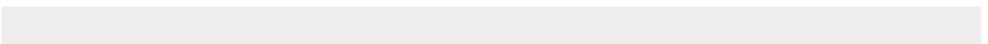
NOTES



NOTES



NOTES



Diffusé par :

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE

2, avenue du Doyen J. Parisot

BP 7

54501 Vandœuvre-lès-Nancy

Téléphone : 83 44 87 47 - Fax : 83 44 37 76

Prix : 150 F

ISBN : 2-911489-01-2