

9

décembre 1994

Actualité et dossier en **santé publique**

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique



Le rapport du
Haut Comité de la
santé publique,
La santé en France
est paru à La
documentation
Française.

dossier
**Santé
et
travail**

Ministère des Affaires sociales,
de la Santé et de la Ville

Haut Comité de la santé publique

2, rue Auguste Comte
92170 Vanves

téléphone 46 62 42 80

télécopie 46 62 42 55

Président

M. Philippe Douste-Blazy,
ministre délégué à la Santé

Vice-Président

Guy Nicolas

Directeur de la publication

Jean-François Girard

Rédactrice en chef

Patricia Siwek

Comité de rédaction

Sékolène Chappellon

Denis Couet

Lucie Degail

Jean-François Dodet

Ruth Ferry

Geneviève Guérin

Jean-Claude Henrard

Claudine Le Grand

Guy Nicolas

Philippe-Jean Parquet

Marie-Josèphe Strbak

Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

Documentation

Haïsa Ali

Réalisation graphique

Philippe Ferrero

Secrétariat

Arlette Dardy

Riama M'Bae

Myrielle Toi

Ont participé à ce numéro

Nicolas Sandret,

Dominique Dessors, Ghislaine Doniol-

Shaw, Pascale Molinier, Maryse

Salou, Annie Thébaud-Mony, Francis

Derriennic, Dominique Dufumier et

Dominique Huez

Henriette Gardent, Anne Lacour,

Catherine Lavielle, Claudie

Lebaupain, Agnès Leclerc, Diane

Lequet, Nicole Mamelle, Bernadette

Roussille, Hubert Allemmand, Bernard

Basset, Bernard Cassou, Laurent

Chambaud, Christophe Dejours,

Patrick Dourdent, Marc Duriez,

Nicolas Nathan, Claude Régnier,

Henri Verdier et Laurent Vogel

Merci à Stéphane Legrand

Dépôt légal janvier 1995 – ISSN 1243-275X

Le dossier se trouve encarté entre les pages 20 et 21.

Il est numéroté de I à XXXII.

La reproduction totale ou partielle des éléments
publiés dans ce numéro est autorisée sous réserve
de la mention : **Haut Comité de la santé publique,**
Actualité et dossier en santé publique n° 9

Sommaire

■ 1 Éditorial

■ 2 Actualité

Les programmes de dépistage du cancer du sein en France, *Nicole Mamelle, Hubert Allemmand, Anne Lacour*
Plan de lutte contre les infections nosocomiales

■ 8 International

Le système de santé britannique : cinq ans de réforme, *Laurent Chambaud, Marc Duriez, Diane Lequet*

■ 11 Organisme

Agence du médicament

■ 12 Europe

Le Conseil de l'Europe et la protection de la santé, *Agnès Leclerc*

■ 16 Statistiques

De la « mesure » de la dépendance..., *Henriette Gardent*

■ 20 Formation

DEA méthodes d'analyse des systèmes de santé

■ 21 Alcoologie

Les travailleurs sociaux face aux conduites d'alcoolisation, *Patrick Dourdent, Claude Régnier*

■ 23 Recherche

La recherche en épidémiologie des risques professionnels à l'Inserm

■ 24 Régions

Le Sros de Haute-Normandie, *Bernard Basset*

■ 26 Documentation

■ 33 Législation & réglementation

■ 34 L'actualité du Haut Comité

La santé en France

AdSP change de tête

Le Centre français de documentation en santé publique

■ 41 Calendrier

Santé et travail

Dossier coordonné par Nicolas Sandret

- **II** **La population active**

- **IV** **Les origines,
les acteurs,
les indicateurs**

 - IV Une approche historique
 - VI Le dispositif de prévention
des risques professionnels
 - XI Les indicateurs

- **XV** **Évolution du champ de la
santé au travail**

 - XV De l'examen médical
individuel à une approche
de santé publique
 - XXI Évolution de la
réglementation
 - XXII Épidémiologie et
organisation du travail

- **XXIV** **Tribune**

- **XXXII** **Bibliographie
Adresses utiles**

Le Haut Comité de la santé publique a trois ans d'existence et le mandat de ses membres arrive à échéance. Voici donc venu le temps de dresser le bilan de son activité et de réfléchir sur le rôle qu'il doit assurer à l'avenir.

Le Haut Comité a été conçu comme une structure susceptible d'apporter au ministre chargé de la Santé les éléments de décision sur des thèmes aussi variés que la prévention, la connaissance de l'état de santé voire l'organisation des soins. C'est dire l'amplitude de son champ de compétence. Le rôle du Haut Comité n'est pas de construire sur chacun de ces sujets un dossier technique, ce qu'il n'a pas vocation à faire, mais de fournir, de façon documentée, les éléments permettant d'éclairer la réflexion, de sortir de l'étroitesse de la vision thématique et de projeter chacun des sujets qui lui sont soumis dans le grand ensemble des problèmes de santé. Cette démarche globale dans son esprit est conduite en toute indépendance et en toute objectivité. Il est essentiel aussi que le message qui parvient au Ministre soit toujours présenté sous forme de propositions précises, cohérentes, applicables. C'est dire que globalité et pragmatisme sont les deux pivots inséparables de la démarche du Haut Comité.

L'origine multidisciplinaire de ses membres est une force pour entreprendre une telle démarche et la présence en son sein des directeurs de l'administration, en tant que membres de droit, un atout considérable puisqu'ils permettent de travailler en étroite collaboration avec les différents services.

À ce jour, le Haut Comité a rendu public quatre rapports (dépistage de l'infection par le VIH, santé en milieu carcéral, sécurité anesthésique, plan périnatalité), un document proposant une stratégie pour la politique de santé et plus récemment un rapport d'ensemble sur l'état de santé de la population. Les membres du Haut Comité n'ignorent pas que ces travaux n'auraient pas vu le jour sans le concours de nombreux experts et conseillers et il est juste de profiter de cet éditorial pour remercier chaleureusement ces derniers pour leur disponibilité et leur efficacité. Pouvaient-ils travailler sur la sécurité en anesthésie sans le concours des anesthésistes, pouvaient-ils ouvrir le dossier de la médecine pénitentiaire sans l'aide de tous les acteurs du monde judiciaire et carcéral ? Ce sont eux qui ont permis d'obtenir un rapport de qualité, c'est

à eux que l'on doit le fait que ces rapports soient aussi bien acceptés et aussi rapidement utilisés.

Trois ans passent vite et plusieurs grands sujets n'ont pu, faute de temps, être abordés. Certains sont importants, préoccupants même, comme la santé des populations en état de précarité. D'autres sont d'actualité mais peut-être encore trop récents pour entrer dans une démarche globale comme la médecine prédictive. Les idées ne manquent pas, beaucoup de secteurs touchant à la santé publique restent à explorer. Face à ces prospectives, l'avenir du Haut Comité est tracé, la charge de travail est lourde et l'enjeu exaltant.

Professeur Guy Nicolas

Vice-président du Haut Comité de la santé publique

Qu'il soit maintenant permis au vice-président d'exprimer, à titre personnel, sa gratitude à tous ceux qui lui ont apporté leur soutien et leur encouragement au cours de ces trois années. En premier lieu au secrétaire général, Jean-François Girard auprès duquel j'ai toujours trouvé une grande disponibilité, un souci de collaboration efficace et une amicale compréhension. Mais aussi aux membres du bureau qui m'ont toujours aidé et conseillé et qui ont su se rendre disponibles en cas d'urgence, leur présence m'a été particulièrement précieuse. Merci enfin à toute l'équipe qui, de la rue Marguerite à Vanves, a toujours fait face à la fois à la routine et à l'imprévu.

Sans tous ceux-là ma tâche eût été impossible, avec eux ce fut une riche expérience.

Guy Nicolas

Depuis 1989, des campagnes de dépistage du cancer du sein ont été mises en place dans plusieurs départements français. Les résultats de ces expérimentations font l'objet d'une évaluation réalisée par un réseau Inserm de santé publique.

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent dans le monde. En Europe, on dénombre 135 000 nouveaux cas par an, ce qui représente 24 % des cancers féminins. En France, les chiffres sont respectivement de 20 300 cancers par an, soit 23 % des cancers féminins. Chaque année, 10 000 femmes meurent de cancer du sein en France et ce chiffre est en progression de 10 % depuis 10 ans. Le taux de mortalité par cancer du sein en France se situe en dessous de la moyenne européenne avec 33,6 décès par cancer du sein pour 100 000 femmes en 1988. Les chances de survie à cinq ans d'une femme présentant un cancer du sein sont approximativement de 65 % et ce chiffre varie en fonction du stade de la tumeur au moment du diagnostic.

Le but du dépistage par mammographie est de détecter le cancer du sein à un stade précoce dans une population asymptomatique et d'améliorer ainsi les chances de survie des patientes. De nombreuses études ont été menées dans le monde, selon des méthodologies variables, afin de déterminer si le dépistage du cancer du sein par mammographie et/ou examen clinique est efficace en termes de réduction de la mortalité par cancer du sein dans la population féminine.

Le premier essai randomisé prospec-

Les programmes de dépistage du cancer du sein en France

tif fut celui du Health insurance plan (HIP) commencé en 1963 à New-York qui démontra une réduction de mortalité de 33 %. Suivirent l'étude de Malmö (réduction de mortalité de 21 %), l'essai randomisé suédois des deux comtés (risque relatif significatif de décès égal à 0,6 dans le groupe dépisté par rapport au groupe non dépisté), l'essai randomisé d'Édimbourg (réduction de mortalité de 20 %), l'essai quasi expérimental du Royaume-Uni (risque relatif significatif de 0,51), l'étude cas-témoin de Miller au Canada, les études cas-témoin néerlandaises de Nijmegen et Utrecht, l'étude américaine du Breast cancer detection demonstration project, l'étude de Florence, l'étude de Stockholm et celle de Göteborg.

En France, une campagne pilote de dépistage du cancer du sein a été mise en place fin 1989 dans le cadre du Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Un arrêté ministériel désigna six sites pilotes (Alpes-Maritimes, Ardennes, Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Rhône et Sarthe) qui ont bénéficié du financement du FNPEIS pour le dépistage par mammographie de toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans. Quatre départements ont été joints aux six

Références

- Loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963, art. 68 (JO du 20 décembre 1963).
- Décret n° 65-13 du 6 janvier 1965 (JO du 10 janvier 1965)
- Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, art. 37 (JO du 23 juillet 1983).
- Circulaire CNAMTS, ENSP n° 43-93 du 7 décembre 1993.
- Arrêté du 13 mai 1994 (JO du 15 mai 1994).

premiers sites pilotes en 1991 (Isère, Marne, Somme et Val-d'Oise). L'objectif de cette campagne a été de passer par une phase d'expérimentation « grandeur nature » sur un nombre limité de sites afin d'évaluer rigoureusement les résultats. Pour ce faire, la CNAMTS a désigné, à coté des équipes de promotion des campagnes, des équipes indépendantes, ayant en charge l'évaluation des programmes. Ces équipes d'évaluation ont toutes une compétence en épidémiologie ou santé publique et ont joint leurs efforts sous la forme d'un réseau Inserm de santé publique.

Il faut citer par ailleurs deux départements dans lesquels des programmes de dépistage du cancer du sein ont été organisés : l'Hérault et l'Orne. Ayant opté pour un système de mammobiles (unité

mobile équipée d'un mammographe), ils ne bénéficient pas du soutien financier du FNPEIS et ne seront pas présentés ici.

Modalités organisationnelles des programmes du FNPEIS

- *Les équipes radiologiques* : les programmes du FNPEIS ont privilégié le recours aux structures déjà existantes, les radiologues participant au dépistage devant signer une convention avec les promoteurs des campagnes.
- *La population cible* est constituée des femmes âgées de 50 à 69 ans dans neuf départements sur dix ; dans le Bas-Rhin, le dépistage s'adresse aux femmes âgées de 50 à 64 ans.
- *La périodicité d'invitation* est de trois ans dans huit départements sur dix ; elle est de deux ans dans le Bas-Rhin et de deux ans et demi dans l'Isère.
- *Les modes d'invitations* sont variables d'un département à l'autre. On distingue trois principales modalités :
 - envoi par l'organisme promoteur (le plus souvent la caisse d'assurance maladie elle-même) d'une lettre d'invitation et d'un bon de prise en charge accompagnés d'une liste de radiologues adhérents au programme ;
 - mobilisation des généralistes et

gynécologues qui prescrivent la mammographie en remettant un bon de prise en charge à la femme ;

- mobilisation des femmes qui s'adressent directement à leur radiologue pour pratiquer l'acte de dépistage.

Ces modalités ne sont pas exclusives, plusieurs départements ayant recours à plusieurs modalités simultanément.

- *Les caisses d'assurance maladie* : initiés par le FNPEIS, les programmes s'adressent essentiellement à toutes les femmes affiliées au régime général sauf, dans certains départements, à celles rattachées à certaines mutuelles liquidatrices qui n'ont pas toujours été en mesure de participer au programme ; les femmes affiliées à la Mutualité sociale agricole, à la Caisse maladie régionale des travailleurs indépendants et aux autres caisses particulières sont progressivement incluses dans les programmes fonctionnant sur invitation-prise en charge.

- *Les campagnes d'information* s'adressent au public, aux femmes concernées et aux médecins, sous forme de flashes à la télévision ou à la radio, de films TV, d'affichages, de courriers, de mise à disposition d'un numéro vert.

- *Le test mammographique* est le même dans tous les départements : une mammographie par sein de type incidence unique oblique externe, prise en charge à 100 % par les caisses d'assurance maladie.

- *La relecture des tests* : tous les tests mammographiques font l'objet d'une double lecture systématique, le deuxième lecteur n'ayant pas connaissance du résultat de la première lecture. Selon le département, la deuxième lecture est effectuée par un ou plusieurs experts, par un groupe de radiologues ou par un deuxième radiologue associé au premier ; en cas de discordance entre les deux lectures, certains sites soumettent la

mammographie à un troisième lecteur, alors que d'autres retiennent le résultat positif.

Résultats

En ce qui concerne les critères d'impact :

- *Le taux de participation* aux programmes rapporté à la population invitée est de 33,9 % (valeur moyenne sur les neuf départements fonctionnant sur invitation) et varie de 21,8 % à 48,4 % selon le département ; à noter que la mise en place d'une relance postale permet d'obtenir un gain de participation de 7 à 16 % selon le département.

Le taux de participation rapporté à la cohorte des femmes nées entre 1922 et 1940 vaut 30,3 % (valeur moyenne sur neuf départements) et varie de 14,2 % à 43,8 % selon le département.

- *Le taux de dépistage spontané*, défini comme la mesure de l'activité mammographique, hors programme, des femmes ne présentant ni signe d'appel clinique ni antécédent personnel de cancer génital ou du sein, a été apprécié grâce à une enquête en population menée dans quatre départements ; le taux de participation à cette enquête a varié entre 72 et 84 % selon le département. Cette enquête a permis d'estimer dans la population cible, le taux de dépistage spontané à 31,9 %, avec une fourchette de 19 à 40 % selon le département. À noter que le taux de dépistage spontané chez les femmes de moins de 50 ans atteint actuellement la valeur de 19,1 %, avec une fourchette de 13 à 22 % selon le département.

En ce qui concerne les critères de qualité des programmes :

- *Le taux de tests positifs* est en moyenne de 10,1 % et varie entre 4,5 % et 15,8 % selon le département ; on note un taux de discordance entre les deux premières lectures de 9,8 %, chiffre qui varie entre 3 et 21 % selon le département ; ce taux de discordance est plus faible lorsque la double lecture est effectuée par un groupe de radiologues.

- *La valeur prédictive positive du test (VPP)* indique la proportion de femmes ayant un cancer suite à un test positif. La

Dispositif institutionnel

- L'arrêté du 13 mai 1994 a créé un *Comité national de pilotage du programme de dépistage systématique du cancer du sein* composé de 36 membres qui définit « les objectifs en matière de dépistage systématique, oriente la politique de dépistage, homogénéise les pratiques, soutient l'action des départements et évalue l'action entreprise ».

- Une convention entre l'État, l'assemblée des présidents des conseils généraux et les directeurs des trois principales caisses d'assurance-maladie prévoit le financement de ces programmes. L'État finance le fonctionnement du Comité national, le Fonds national de prévention le test de dépistage et les conseils généraux le fonctionnement des structures départementales de mise en œuvre locale des programmes. Ces structures départementales doivent regrouper l'ensemble des partenaires, financeurs et professionnels, concernés localement.

- La place du Fonds national de prévention dans ces programmes est déterminante aussi bien d'un point de vue financier que dans le suivi et l'évaluation. Dans une circulaire du 7 décembre 1993, le service médical de la CNAMTS a défini un cahier des charges très précis pour les nouveaux programmes mis en place.

- Le rôle des départements, plus complexe, tient à une compétence qui leur a été dévolue par la loi du 22 juillet 1983 : l'article 37 de cette loi fait référence à l'article 68 de la loi du 19 décembre 1963, laquelle, complétée par le décret du 6 janvier 1965, avait prévu l'organisation dans chaque département d'au minimum une consultation dite « avancée » axée sur le dépistage et le suivi médico-social des malades.

VPP vaut 7,1 % en moyenne et varie de 4 % à 15,5 % selon le département. Ainsi sur 100 femmes ayant un test positif c'est-à-dire nécessitant des examens complémentaires, 7 auront un cancer.

- *La valeur prédictive négative du test (VPN)* indique la proportion de femmes n'ayant pas de cancer suite à un test négatif ; sa mesure nécessite le repérage des cancers de l'intervalle (c'est-à-dire des cancers survenant entre deux vagues de dépistage) et des « faux négatifs » parmi les cancers de l'intervalle (c'est-à-dire des cancers de l'intervalle dont la relecture en aveugle du test infirme la négativité initiale). La mesure de ce paramètre (VPN) n'a pu être effectuée que dans trois départements : les valeurs trouvées sont toutes égales à 99,9 %.

- *Le taux d'intervention* vaut en moyenne 1,1 % (calculé sur dix départements) et varie entre 0,7 et 1,8 % selon le département.

- *Le taux de détection de cancer du sein* exprime la proportion de femmes ayant un cancer pour 1 000 femmes examinées ; ce taux est de 5,4 ‰ (calculé sur dix départements) et varie entre 3,0 ‰ et 6,2 ‰ selon le département.

- *Le taux de biopsie positive* exprime la proportion de femmes ayant un cancer parmi celles ayant subi une biopsie ; ce taux vaut en moyenne 46,8 % (calculé sur dix départements) et varie de 32,7 % à 60,0 % selon le département.

Concernant les critères d'efficacité des programmes, le critère principal qui s'exprime en termes de mortalité par cancer du sein des femmes dépistées ne peut être calculé à ce jour. Il peut être remplacé par des critères d'efficacité à court terme qui s'appuient sur la dimension et le caractère envahi de la tumeur en faisant l'hypothèse raisonnable qu'un petit cancer non-envahi est de meilleur pronostic qu'un gros cancer avec envahissement ganglionnaire.

Le taux de cancers invasifs parmi les cancers dépistés est de 90,4 % (calculé sur sept départements) et varie entre 79,5 % et 95,5 % selon le département. Le taux de cancers invasifs de moins de dix millimètres est en moyenne de 31,6 % (calculé sur sept départements) et

Les organisateurs des programmes de dépistage

M. Namer (Alpes-Maritimes) ; M. Cohen (Ardennes) ; R. Renaud (Bas-Rhin) ; L. Piana (Bouches-du-Rhône) ; P. Winckel (Isère) ; M. Thirion (Marne) ; A. Brémond (Rhône) ; R. Charles (Sarthe) ; A. Dubreuil (Somme) ; D. Beer, G. Quelin (Val d'Oise).

varie entre 18,8 % et 41,0 % selon le département. Le taux de cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire est de 73,2 % (calculé sur dix départements) et varie entre 62,5 et 87,9 %.

Les coûts

Les coûts des programmes de dépistage se décomposent en coûts d'organisation de la structure, coûts médicaux directs et coûts médicaux indirects.

Les coûts d'organisation et une partie des coûts médicaux directs (appelés coûts de fonctionnement) ont été appréhendés par une équipe du Credes (P.-J. Lancry et S. Wait) dans cinq des six départements initiaux. Elle a chiffré le coût moyen de fonctionnement (somme des coûts de l'organisation, des actes mammographiques et de relecture) d'un programme de dépistage à 378 francs, avec une fourchette variant entre 335 francs et 437 francs selon le département. Le coût se décompose en 225 francs pour les coûts techniques du dépistage (220 francs pour l'acte mammographique et 5 francs pour la relecture, en moyenne) et 153 francs pour les coûts d'organisation de la campagne.

Les coûts médicaux directs comprennent aussi les coûts des examens complémentaires pratiqués chez les femmes ayant un test positif, ce coût est de 478 francs. Compte tenu du taux moyen de femmes ayant un test positif, soit 10 %, ce coût direct des examens complémentaires, rapporté à une femme dépistée est de 48 francs.

Les coûts médicaux indirects correspondent à des dépenses induites par le

dépistage qui n'avaient pas lieu d'être. Il s'agit d'examen complémentaires pratiqués chez les femmes ayant un test négatif. *A priori*, ce coût semblerait pouvoir être négligé. À noter cependant une étude menée dans un département qui a choisi une réponse au test présentant trois modalités dont l'une est « anomalie ne nécessitant pas d'examen complémentaire ». On a pu chiffrer le coût des examens indûment prescrits à ce groupe de femmes soit 90 francs, ce qui conduit, compte tenu de la fréquence de cette modalité de réponse, à un coût médical indirect de 9 francs. Ce coût supplémentaire ne doit être inclus que pour les départements ayant choisi une réponse ternaire au test.

Au total, le coût du dépistage est en moyenne de 435 francs par femme dépistée.

Dans l'ensemble, ces résultats confirment la faisabilité d'un dépistage des cancers du sein selon le « modèle français ». Une évaluation rigoureuse, mise en place dès l'origine des expérimentations, permet de définir avec précision les modalités organisationnelles des programmes suivants et de proposer un cahier des charges pour l'extension à de futurs sites.

Dès à présent neuf nouveaux sites ont été désignés : Allier, Aveyron, Essonne, Haute-Vienne, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Puy-de-Dôme, auxquels il faut ajouter les deux départements de l'Hérault et de l'Orne.

Selon le ministère de la Santé, ces 21 programmes devraient permettre de « sauver 2 000 vies par an ».

Nicole Mamelle

Directeur de recherche, Inserm

Hubert Allemand

Professeur de santé publique
CNAMTS

Anne Lacour

Inserm

Ont collaboré à cet article

F. Arnold, B. Bazin, J. Chaperon, C. Exbrayat, D. Fontaine, Y. Obadia, J.-L. San Marco, P. Schaffer et A. Trugeon.

Plan de lutte contre les infections nosocomiales

Les infections nosocomiales sont un problème majeur de santé publique puisqu'elles touchent chaque année entre 600 000 et 1 million de personnes en court séjour et qu'elles ont une prévalence de 5 à 10 % suivant les services. Le ministre délégué à la Santé a présenté le 3 novembre 1994 un plan de lutte contre ces infections.

Les mesures du plan de lutte contre les infections nosocomiales ont comme objectif à cinq ans de réduire, dans les établissements publics et privés, d'un tiers le nombre de ces infections et de contrôler le taux de bactéries résistantes aux antibiotiques.

Pour harmoniser les pratiques d'hygiène dans les établissements de santé, des documents élaborés par le Comité technique national de lutte contre les infections nosocomiales (CTIN) seront adressés à tous les établissements dès le mois de janvier 1995. Ces documents qui peuvent avoir trait à des méthodes d'isolement de patients atteints de maladies transmissibles ou encore à la désinfection des endoscopes, seront ensuite intégrés dans un « guide des bonnes pratiques d'hygiène en milieu hospitalier ».

Parallèlement, une mission a été confiée à l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale

(Andem) sur le bon usage des antibiotiques en milieu hospitalier.

La formation des professionnels

Le CTIN est chargé de mettre en place, début 1995, un groupe de travail sur la formation non seulement initiale et continue mais aussi *spécialisée* des personnels médicaux et paramédicaux en hygiène hospitalière.

Dans le cadre de la formation continue, la direction des Hôpitaux financera, en 1995, un programme de formation et de sensibilisation aux infections nosocomiales, élaboré par l'Association nationale de formation du personnel hospitalier (ANFH), principal organisme de formation continue des établissements publics de santé.

Pour la formation initiale, les étudiants en médecine, lors de leur stage infirmier, bénéficieront d'une formation à la fois

théorique et pratique sur les principes de base de la lutte contre les infections nosocomiales.

Les structures de lutte contre les infections nosocomiales

Une nouvelle circulaire, diffusée à l'ensemble des établissements en décembre 1994, porte sur l'organisation de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements. Il s'agit de renforcer la participation des différents professionnels de l'hôpital dans les centres de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), de créer, dans les hôpitaux qui n'en disposent pas déjà, des unités fonctionnelles ou des services d'hygiène hospitalière et de favoriser la coordination transversale entre les différentes structures de l'hôpital.

Le rôle et l'activité des cinq centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) seront renforcés par des dispositions complémentaires (prévues dans la circulaire), notamment dans l'organisation de réseaux à l'échelon régional.

Une cellule nationale de lutte contre les infections nosocomiales, commune à la direction générale de la Santé et à la

direction des Hôpitaux fonctionnera dès janvier 1995 ; elle travaillera en collaboration avec le CTIN et les sociétés savantes. Elle sera chargée de la mise en œuvre des différentes mesures du plan.

Les dispositions financières

Au titre du programme hospitalier de recherche clinique, les dossiers portant sur les infections nosocomiales pourront bénéficier d'un financement. L'appel d'offres 1995, a été adressé aux hôpitaux début novembre.

Parallèlement, le CTIN est chargé de mettre en place un groupe de travail réunissant des personnes qualifiées dans ce domaine afin d'émettre des propositions sur la mise en place d'un système d'incitations dans les établissements publics de soins.

De plus, des programmes spécifiques présentés par les C-CLIN au CTIN et à la cellule nationale donneront lieu à des financements particuliers.

Le programme de surveillance et d'évaluation national

• À l'échelle des établissements

Afin de permettre à chaque établissement d'effectuer son auto-évaluation, un programme de surveillance épidémiologique préparé par le CTIN, va être adressé en janvier 1995 à chaque comité de lutte contre les infections nosocomiales. Il devra être mis en place dans tous les établissements publics de santé d'ici cinq ans et permettra un recueil standardisé des données.

Les établissements seront par ailleurs encouragés à croiser les différentes sources de données existantes afin d'optimiser les informations disponibles (surveillance des infections par les CLIN, résumé standardisé de sortie, résultats d'examen de laboratoire, prescriptions médicamenteuses, médecine du travail...).

• À l'échelle nationale

L'activité des structures mises en place est suivie par des tableaux d'activité au

niveau des CLIN, des C-CLIN, et du CTIN, informations qui seront centralisées au niveau de la cellule nationale.

Une enquête de prévalence des infections nosocomiales sera effectuée sur un échantillon représentatif d'établissements publics de santé à deux ans, à quatre ans puis sur l'ensemble des établissements à 5 ans. Des enquêtes d'incidence seront effectuées annuellement portant successivement sur des services spécifiques.

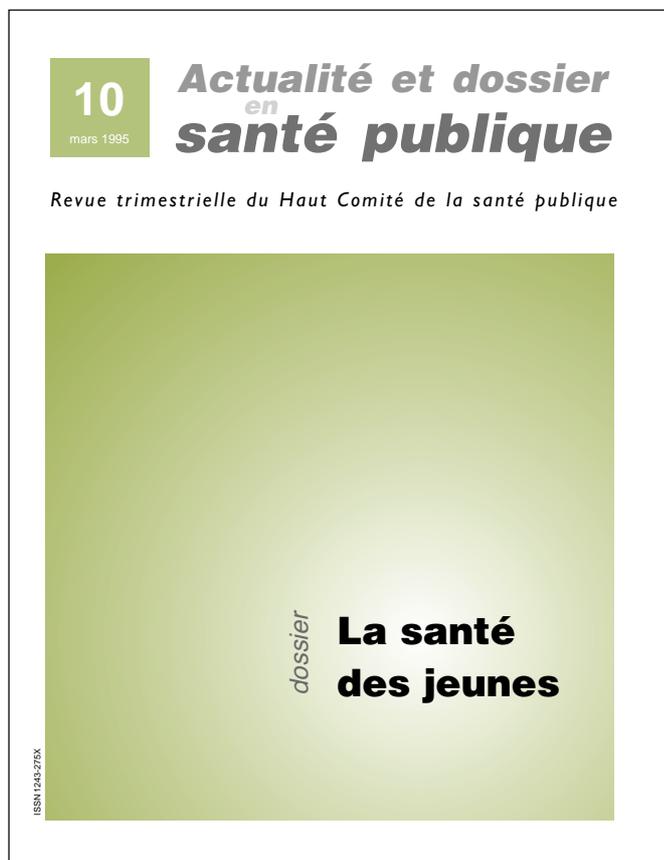
Les tableaux de bord, les indicateurs de qualité et les études spécifiques seront systématiquement publiés dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) afin que toutes les personnes qui travaillent à ce dispositif puissent suivre l'évolution du travail entrepris, tout en garantissant la confidentialité des personnes et des structures. ■

Actualité et dossier en santé publique,

la revue du Haut Comité de la santé publique est envoyée sur
demande écrite au

HCSP, 2, rue Auguste Comte 92170 Vanves

À paraître le 15 mars 1995



Le système de santé britannique

Cinq ans de réforme

La réforme du système de santé anglais a entraîné un changement radical, en introduisant notamment un « marché » à l'intérieur du NHS, par une mise en concurrence des hôpitaux et des médecins. Les auteurs dressent ici un bilan de cette réforme initiée il y a cinq ans.

« Qui a peur de Margaret Thatcher ? » écrivait, il y a quelques années, un universitaire français (Robert Launois) en découvrant la réforme du National health service (NHS) concoctée par le gouvernement conservateur en 1989. Depuis lors, cette réforme fait référence dans de nombreux pays et le Congrès américain vient même de demander à un de ses promoteurs britanniques de venir en exposer les tenants et aboutissants. L'originalité première de ce texte est sans doute d'avoir réussi à injecter dans un système resté entièrement public une dose de marché concurrentiel.

Faire jouer la concurrence

Aurait-on pu penser, il y a encore quelques années, qu'il était possible d'associer à un modèle aussi bureaucratique et administrativement lourd (n'oublions pas que le NHS était, en 1988, le troisième employeur du monde après l'Armée rouge d'alors et les chemins de fer indiens) des principes de

gestion inspirés de l'entreprise privée ? Quel est le contenu de cette réforme promue en 1989 ? Instaurer un marché interne dans un cadre budgétaire préétabli et décliné au niveau des structures régionales et locales. Le NHS est financé à 83 % par l'impôt, à un peu plus de 14 % par des cotisations, le paiement direct des patients n'intervenant que pour environ 3 %. Le service national de santé couvre 88 % des dépenses de santé.

Le nouveau système prévoit la négociation de contrats de prestations de services entre producteurs et acheteurs de soins. Ce dernier rôle est assumé par les autorités administratives de districts mais aussi dans certains cas, au niveau régional. Le palier régional a été réduit de 14 à 8 unités. Les « NHS executive programs » doivent passer des conventions avec des prestataires de service même dans les programmes de santé publique comme la surveillance et la prévention des maladies transmissibles.

Mais, la grande originalité du dispositif est le rôle que peuvent assumer les médecins généralistes.

Les généralistes qui sont, depuis la fondation du NHS, porte d'entrée (gate-keeper) du système de soins peuvent devenir des « fund holders » structurant ainsi l'offre de soins spécialisés et d'hospitalisation (au Royaume-Uni, les spécialistes exercent quasi exclusivement à l'hôpital). En effet, les généralistes exerçant en cabinets de groupe peuvent, s'ils le souhaitent, disposer d'enveloppes budgétaires pour financer des soins spécialisés à leurs patients. Le principe est de faire jouer la concurrence entre les structures hospitalières et de sanctionner ainsi les comportements non-efficaces. Au début 1994, environ 1 150 cabinets de groupe avaient choisi d'opter pour cette possibilité, ce qui correspond à un peu plus du quart de la population soignée.

Gérer les hôpitaux comme des entreprises

L'autonomie de gestion des hôpitaux constitue un corollaire de ce dispositif. Les établissements sont devenus progressivement, par vagues successives, des « fondations autonomes » (trusts) qui ne reçoivent aucun budget du gouvernement et jouissent d'une très grande indépendance. Depuis avril 1994, 95 % des hôpitaux publics ont le statut de trust. Les

directeurs d'hôpitaux sont dans de nombreux cas issus du *management privé*. Le conseil d'administration du trust hospitalier recrute le personnel et fixe librement les rémunérations et conditions de travail.

Les hôpitaux ont la capacité de disposer de leurs actifs, de leurs excédents et d'emprunter librement jusqu'à un certain plafond annuel. Toutefois, le débat sur le degré d'indépendance à accorder aux trusts divise les responsables aujourd'hui. Les directeurs d'hôpitaux réclament une liberté encore plus grande vis-à-vis du ministère central. Ainsi Peter Griffith, ancien directeur du Guy's Hospital, figure de proue de la réforme Thatcher, a exprimé très récemment son souhait de voir fonctionner les trusts hospitaliers sur le modèle du secteur privé non lucratif et sous la seule houlette des autorités locales. Cette proposition a immédiatement été rejetée par le gouvernement.

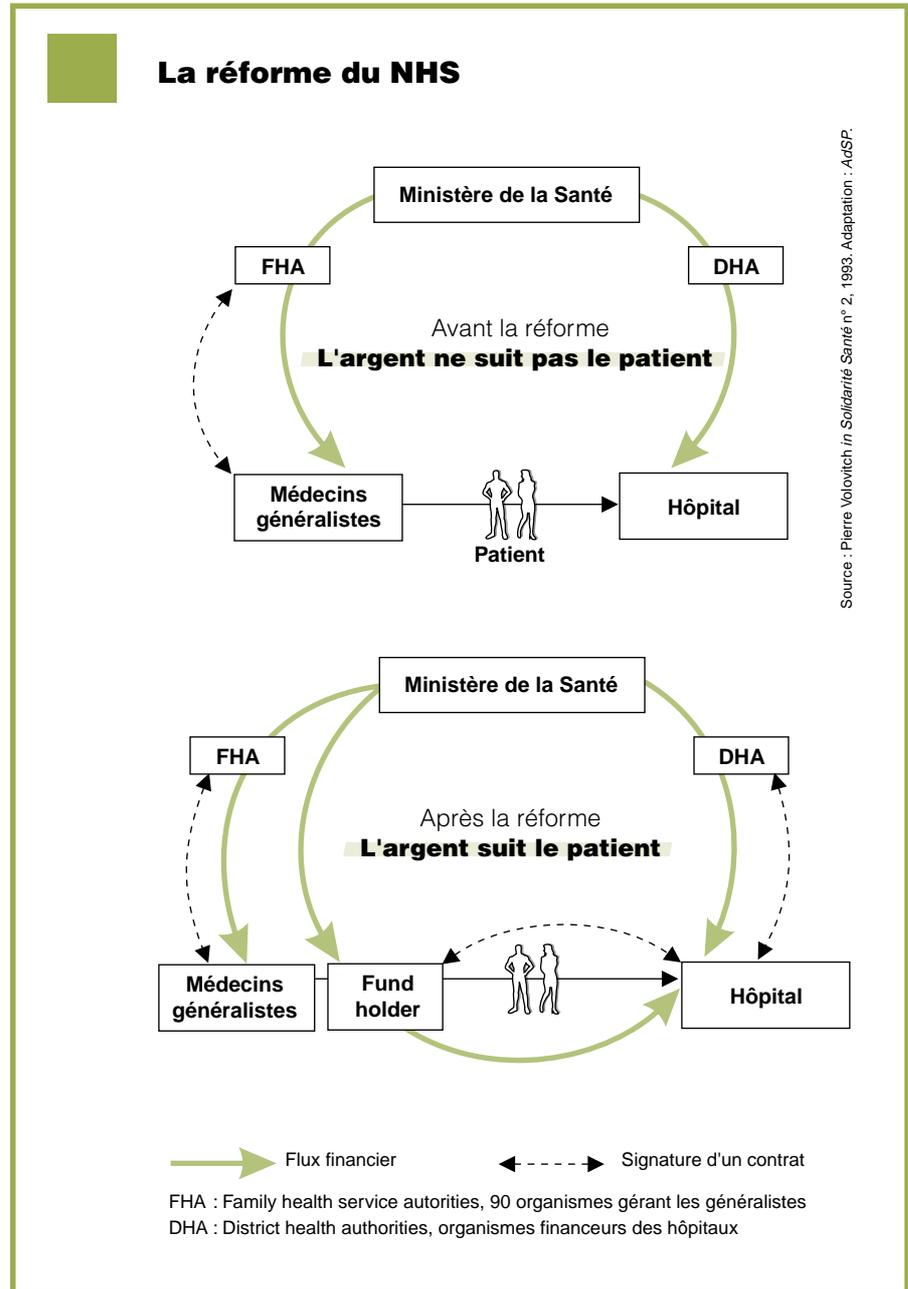
Les limites du système

Introduire des relations concurrentielles dans un système comme le NHS pose la question de leur légitimité à exprimer les besoins de santé.

Certes, le comportement des prestataires de soins a, sans nul doute, été modifié dans le sens de la recherche d'une certaine rationalité de la gestion et d'une certaine qualité des soins. Des expériences innovantes ont pu être réalisées. Il n'en reste pas moins que certaines carences subsistent et que de nouveaux problèmes apparaissent.

Les listes d'attente, bien qu'en diminution, sont toujours importantes et la Charte des malades promue en 1992 « garanti » des délais allant jusqu'à 2 ans ! Le secrétaire d'État à la santé se félicitait, en février 1993, qu'il n'y ait plus de patients en attente d'une intervention depuis plus de 2 ans.

Un rapport réalisé tout récemment par des chercheurs de l'Université d'York à la demande du secrétaire d'État à la Santé, Madame Virginia Bottomley, et non encore publié officiellement, montre des disparités dans la répartition régio-



nale des enveloppes financières. Les zones les plus pauvres se voient attribuer des ressources insuffisantes dans la mesure où les conventions passées entre acteurs (autorités locales de santé, médecins généralistes, hôpitaux) concernent, de préférence, les zones déjà bien pourvues en structures. Conséquence plus ou moins logique de la réforme !

Ainsi les hôpitaux londoniens sont toujours suréquipés en lits. Le rapport Tomlinson avait démontré que les structures de la capitale présentaient des coûts supérieurs de 45 % à ceux du reste du pays. Londres reçoit 10 % de l'enveloppe nationale hospitalière alors qu'elle n'héberge que 5,3 % de la population.

Autre problème, celui de l'accès aux

soins. Certains malades graves aux traitements longs peuvent avoir des difficultés pour se faire admettre dans un hôpital. En effet, les dispensaires et hôpitaux peuvent hésiter à soigner des malades coûteux comme ceux atteints du sida s'ils n'ont pas établi au préalable un contrat avec le district sanitaire dont ils relèvent.

L'hospitalisation des malades mentaux

Les mêmes préoccupations se retrouvent dans l'organisation de la santé mentale. Les structures hospitalières, soucieuses de leur budget et atteintes par la politique de réduction des capacités hospitalières, ont tendance à réduire de façon dangereuse (comme plusieurs faits divers l'ont prouvé) les durées de séjour des malades mentaux, renvoyant leur prise en charge aux centres de soins communautaires. Or ces derniers sont mal outillés pour faire face à ce type de malades, même si la réforme des soins de santé communautaires initiée en 1993 donne aux autorités locales le rôle de coordinateur dans ce domaine.

Une enquête réalisée par la Fondation pour la santé mentale montre qu'en septembre 1994 300 000 personnes vivant librement souffrent d'un trouble mental sévère, six fois plus que les malades mentaux hospitalisés.

Le budget du NHS consacré à la psychiatrie est tombé de 15 % du total des dépenses au début des années 80 à 11 % aujourd'hui. Le gouvernement a tout récemment débloqué 4,4 millions de livres pour développer les capacités en lits réservés aux malades psychiatriques, réponse jugée inadéquate par l'opposition politique, insuffisante par les professionnels de santé.

40 % des lits de court séjour supprimés

Justement, un des principaux points de discordance actuel entre le gouvernement et la *British medical association* (BMA),

relayée largement par l'opinion publique, concerne la fermeture de lits hospitaliers. Les capacités ont été sensiblement réduites, de 413 000 lits à 231 000 en 1992. Dans le même temps, le nombre de cas traités en chirurgie de jour a augmenté de 398 000 à 1,8 million.

Pour le secrétaire d'État à la Santé, ce sont 40 % des capacités de court séjour qui devraient être fermées dans un délai de 10 ans. L'argument du gouvernement est que cette évolution est rendue inévitable par l'explosion des nouvelles techniques chirurgicales et de la cœliochirurgie plus particulièrement. De plus en plus de soins seraient assurés prochainement dans des centres médicaux ou même au domicile des patients, les hôpitaux devenant des lieux d'expertise et de soins très spécialisés. Cette thèse s'appuie sur un rapport réalisé par les *UK chief nursing officers* qui prédit que, en 2002, 80 % des interventions seront effectuées par cœlio-chirurgie, 60 % en hospitalisation de jour. Autre évolution envisagée par ce même rapport, l'extension des consultations de spécialistes hors des murs de l'hôpital, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, les médecins spécialistes britanniques exerçant quasi exclusivement en milieu hospitalier.

De telles perspectives ont alarmé l'opinion publique britannique et entraîné de vives réactions de la part de la BMA qui conteste la fiabilité des projections effectuées. Pour elle, il convient de tenir compte des besoins spécifiques des personnes âgées dont l'état nécessite généralement des soins rapprochés et longs.

La qualité des soins

Autre sujet de préoccupation, le modèle développé autour de contrats de prestations de services ne va-t-il pas nuire à la qualité de soins dispensés ? Les autorités sanitaires travaillent ainsi, depuis la mise en place de la réforme, à l'élaboration d'indicateurs de suivi de la qualité. L'évaluation des conséquences de la réforme sur cet aspect, très délicat, sera donc essentielle.

Dans le même esprit, le ministère de la Santé a commandé au centre d'économie de la santé de l'Université d'York des évaluations sur le coût/bénéfice du traitement de certaines maladies. Le nombre d'années de vie gagnées à la suite de certains traitements se retrouve corrélé à l'état de santé ressenti par le malade pour mesurer l'efficacité d'un soin.

Les premiers résultats, rendus publics en octobre 1993, ont fortement inquiété les professionnels de santé ainsi que certains milieux politiques qui craignent la mise en place d'une politique de rationnement pour les traitements médicaux les plus onéreux.

Toutes ces polémiques illustrent en fait un débat plus général : qui, dans le nouveau système anglais, a la légitimité et l'autorité pour définir les services de santé nécessaires pour satisfaire les besoins ? ■

Laurent Chambaud

École nationale de santé publique

Diane Lequet

Marc Duriez

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville



Date de création

4 janvier 1993

Textes de référence

Loi du 4 janvier 1993
 Décret du 8 mars 1993
 Décret du 5 août 1993
 Loi du 18 janvier 1994

Tutelle

Ministère chargé des Affaires sociales, ministère chargé de la Santé et ministère du Budget

Moyens

272 MF auxquels s'ajoute un crédit de 10 MF affecté à l'Agence du médicament par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (budget 1995).

Effectif

450 personnes fin 1994,
 510 en 1995

Responsable

Directeur général
 Didier Tabuteau

Coordonnées

Agence du médicament
 143-147, boulevard Anatole
 France
 93285 Saint-Denis Cedex
 Tél. : 48 13 20 00
 Fax : 48 13 23 05

Objectifs

- Assurer la sécurité sanitaire.
- Constituer le pôle de compétence scientifique et technique du ministère de la Santé en ce qui concerne le médicament humain et le réactif.
- Participer à la construction de l'Europe du médicament.

De plus, elle a pour ambition de constituer un réel partenaire pour la formation et l'information sur le médicament et d'assister les entreprises dans leur développement.

Missions

L'Agence du médicament est un établissement public chargé d'assurer au nom de l'État le contrôle et l'évaluation des médicaments et des réactifs de laboratoire, et l'inspection des entreprises de ces secteurs.

Structure modernisée et renforcée, l'Agence du médicament assure la plupart des missions auparavant dévolues à la direction de la pharmacie et au Laboratoire national de la santé, et notamment :

- elle contrôle et évalue l'efficacité thérapeutique et la sécurité des médicaments comme la qualité des réactifs ;
- elle délivre à ce titre les autorisations de mise sur le marché des médicaments à usage humain et enregistre les réactifs de laboratoire ;
- elle réalise les expertises et les contrôles techniques relatifs aux moyens de fabrication et de conditionnement des médicaments ;
- elle contrôle les stupéfiants, psychotropes, et substances vénéneuses ;
- elle participe à la politique tendant au bon usage des médicaments ;
- elle représente la France à la demande du ministre chargé de la Santé dans les instances de l'Union européenne ou dans les organisations internationales compétentes en matière de médicament et de réactif de laboratoire.

Organisation

Deux conseils

- Un conseil d'administration composé de sept membres de droit représentant l'État et de cinq personnalités nommées sur proposition du ministre en raison de leur compétence, présidé par le professeur Dangoumau.
- Un conseil scientifique de 19 membres, présidé par le professeur Cano.

Organisation administrative

Une direction générale à laquelle sont directement rattachées l'inspection, la mission des affaires européennes et internationales ainsi que la mission communication.

L'agence est par ailleurs composée de quatre directions, organisées en unités :

- direction des laboratoires et des contrôles (DLC) ;
- direction de l'évaluation du médicament (DEV) ;
- direction des études et de l'information pharmaco-économiques (DEIPE) ;
- direction de l'administration générale (DAG).

Siègent auprès de l'agence 9 commissions (suivies de leur président) :

- commission d'autorisation de mise sur le marché (C. Caulin) ;
- commission nationale de pharmacovigilance (J.-L. Imbs)
- commission d'enregistrement des réactifs (C. Janot) ;
- commission des stupéfiants et psychotropes (G. Lagier) ;
- commission chargée du contrôle de la publicité et de la diffusion de recommandations sur le bon usage des médicaments (J.-P. Bader) ;
- commission de la transparence (B. Avouac) ;
- groupe d'experts sur les recherches biomédicales, sous-groupe essais cliniques des médicaments (B. Begaud) ;
- groupe de sécurité virale (F. Horaud) ;
- commission nationale de la pharmacopée (B. Fleury).

Le Conseil de l'Europe et la protection de la santé

À l'heure où l'on prend conscience – pour s'en féliciter ou, au contraire, s'en inquiéter – de l'émergence progressive d'une Europe de la santé au sein de l'Union européenne, il n'est peut-être pas inutile de donner un coup de projecteur sur les travaux souvent méconnus, et pourtant foisonnants, du Conseil de l'Europe dans le domaine de la santé.

Fondé en 1949, le Conseil de l'Europe, dont le siège est à Strasbourg, a été la première organisation politique européenne mise en place après la seconde guerre mondiale. Organisation intergouvernementale regroupant actuellement 33 démocraties européennes, c'est également la première organisation internationale à s'être dotée d'une Assemblée parlementaire.

Sa mission très ambitieuse, puisqu'elle consiste à favoriser une union européenne plus étroite, défendre la démocratie et les Droits de l'homme, améliorer les conditions de vie et promouvoir les valeurs humaines, a été recentrée depuis quelques années autour de trois axes prioritaires :

- protéger et renforcer les principes de la démocratie parlementaire et des Droits de l'homme,
- chercher des solutions pour le défi social d'aujourd'hui,
- favoriser l'apparition d'une véritable identité culturelle européenne.

Cet objectif très large, conduit le Conseil de l'Europe à couvrir des secteurs d'activité très variés, parmi lesquels la santé.

Le rôle du Conseil de l'Europe pour la santé

L'action du Conseil de l'Europe résulte du fruit des réflexions du comité européen de la santé (CDSP), organe créé en 1954 à la demande de la France, de la RFA et du Royaume-Uni, en vue de promouvoir une coopération européenne plus étroite dans le domaine de la santé. Le comité européen de la santé qui rassemble les représentants des administrations sanitaires des États membres se réunit deux fois par an.

Dans le cadre du présent article, et bien que l'activité du Conseil de l'Europe dans le domaine de la santé ne puisse être réduite à cela, sera dressé un rapide panorama des activités du CDSP illustré

Allemagne

Andorre

Autriche

Belgique

Bulgarie

Chypre

Danemark

Espagne

Estonie

Finlande

France

Grèce

Hongrie

Irlande

Islande

Italie

Lettonie

Lituanie

Luxembourg

Malte

Pays-Bas

Norvège

Pologne

Portugal

Roumanie

Saint-Marin

République tchèque

République slovaque

Royaume-Uni

Slovénie

Suède

Suisse

Turquie

par quelques exemples qui constituent l'originalité de l'œuvre du Conseil de l'Europe dans ce domaine, à savoir :

- la diversité ;
- le caractère novateur
- le souci constant de promouvoir et de renforcer la protection des Droits de l'homme.

La diversité

L'action du Conseil de l'Europe en général, mais cela est particulièrement vrai dans le domaine de la santé, se caractérise par la diversité tant des sujets étudiés que des méthodes et des instruments utilisés.

Le CDSP a approfondi des sujets aussi variés que :

- les problèmes d'organisation, de planification, de gestion et d'évaluation,
- les soins de santé primaire,
- les services de surveillance et de consultation spécialisés (y compris les services hospitaliers ambulatoires),
- la protection et la promotion de la santé mentale, prévention de la toxicomanie, des problèmes liés à l'alcool, à la toxicomanie et à l'abus de médicaments,
- les services hospitaliers,
- les questions liées à l'environnement et à l'hygiène du milieu,
- l'éducation pour la santé,
- les personnels de santé (rôle et formation),
- l'économie de la santé,
- les problèmes juridiques et éthiques dans le domaine de la médecine,
- la transfusion sanguine et l'histocompatibilité,
- les transplantations d'organes...

Les travaux du CDSP permettent non seulement aux États membres d'échanger leurs expériences, de confronter et d'évaluer leurs approches respectives de problèmes de santé publique mais aussi de favoriser des approches communes, voire de promouvoir l'instauration de réglementations harmonisées.

Ils aboutissent :

- Soit à des conventions ou accords européens. Il en existe une douzaine (sans compter les protocoles) dans le domaine

de la santé. La plupart ont été négociés au cours des 20 premières années du CDSP.

- Soit à des instruments plus souples, tels que des recommandations. On en dénombre plus de soixante. À titre d'exemples, en 1993/1994, le CDSP a soumis pour adoption au comité des ministres des projets de recommandations sur des sujets aussi divers que :
 - les aspects médico-sociaux des mauvais traitements infligés aux enfants,
 - l'organisation des banques de tissus humains,
 - le dépistage comme outil de la médecine préventive,
 - l'intervention pharmacologique précoce vis-à-vis de l'infection VIH.

- Soit à des études comparatives sur la situation dans tel ou tel État membre. À l'heure actuelle, le CDSP travaille sur la recherche infirmière, les problèmes de santé en prison, les problèmes de santé des familles monoparentales.

Au delà de l'élaboration de rapports, le CDSP a conduit un certain nombre d'actions concrètes, notamment dans le domaine de la formation des personnels de santé¹ qui a toujours constitué l'une de ses grandes préoccupations pendant de nombreuses années, le Conseil de l'Europe a géré un programme d'attribution de bourses médicales individuelles. Récemment, ce programme a été suspendu, principalement pour des raisons budgétaires.

Les méthodes et instruments

du Conseil de l'Europe

Compte tenu du caractère intergouvernemental de l'organisation, les travaux du Conseil de l'Europe sont conduits par le secrétariat sous l'égide de comités, appelés comités directeurs*, regroupant des représentants des administrations compétentes des États membres qui, sur la base, notamment, de travaux de comités d'experts désignés par les gouvernements, élabore des propositions à l'intention du comité des ministres.

Celles-ci aboutissent à l'adoption :

- de conventions ou accords européens, instruments de portée contraignante pour les États qui les ratifient,
 - de recommandations aux gouvernements, textes de caractère politique définissant de grandes orientations communes,
 - d'analyses comparatives de la situation dans les différents États membres sur des sujets d'intérêt commun.
- Il convient également de souligner que de plus en plus se développe la pratique des conférences des ministres spécialisés**, dont les conclusions sans avoir de caractère contraignant définissent de grandes orientations politiques pour la définition des programmes d'activité du Conseil de l'Europe.

* Dans le domaine de la santé, a été mis en place, il y a 40 ans, le comité européen de la santé (CDSP).

** Depuis 1981, 4 conférences des ministres de la Santé ont déjà eu lieu sous l'égide du Conseil de l'Europe. La troisième s'est tenue en France en 1987 sur le thème de la transplantation d'organes.

Il a également organisé de nombreuses conférences ainsi que des cours européens de formation sur les thèmes suivants :

- histocompatibilité,
- transfusion sanguine,
- assistance médicale d'urgence,
- systèmes d'information,
- infections hospitalières.

Le caractère novateur

Lieu de dialogue privilégié, le Conseil de l'Europe joue souvent un rôle de pionnier, abordant des sujets nouveaux sur lesquels il définit de grandes orientations qui guident la réflexion et l'action des États membres, voire d'autres organisations internationales.

Ainsi, bien avant que ce thème ne soit tristement placé à la « une » de l'actualité, le Conseil de l'Europe a mis en place une coopération européenne dans le

domaine de la transfusion sanguine visant à assurer la disponibilité, l'autosuffisance et la qualité du sang et des produits sanguins dans le respect des principes de bénévolat et de volontariat.

Trois accords européens permettent l'échange en Europe des produits sanguins ainsi que des réactifs pour la détermination des groupes sanguins et tissulaires.

Le Conseil de l'Europe a adopté plus d'une dizaine de recommandations, élaboré un guide sur la préparation, l'utilisation et le contrôle de qualité des produits sanguins, mis en place, en 1968 à Amsterdam, une banque européenne de sang congelé de groupes rares, édité en 1993 un livre blanc sur la transfusion sanguine en Europe.

Dans le prolongement de ces travaux et tenant compte des orientations définies par la troisième conférence des ministres de la Santé qui s'est tenue à Paris en 1987, le Conseil de l'Europe a développé

une coopération dans le domaine de la transplantation d'organes (aspects organisationnels et éthiques).

Là encore, à côté des recommandations et des études, le CDSP a favorisé la création d'un réseau européen informatisé pour l'échange de foies pour des patients en état d'urgence absolue.

Citons aussi les travaux du Comité directeur sur la bioéthique (CDBI) qui est à l'origine de recommandations relatives à la recherche médicale sur l'homme (1990), au dépistage génétique anténatal (1990), aux tests et dépistages génétiques à visées médicales (1992), à l'utilisation des analyses ADN dans le cadre du système de justice pénale. Le CDBI élabore actuellement un accord cadre sur la bioéthique qui devrait être assorti de protocoles portant sur la transplantation d'organes, la recherche médicale sur l'homme.

Concernant le sida, le Conseil de l'Europe a joué le rôle de précurseur, dès 1983, dans une recommandation à l'attention des États membres sur la possibilité de transmission du sida par transfusion sanguine. Il a préconisé, dans une recommandation de 1985, le dépistage de la présence de marqueurs du sida chez les donneurs de sang.

Dans un autre domaine, celui de l'éducation à la santé, le CDSP a été à l'origine de la mise en œuvre (en coopération avec l'OMS et la Commission européenne) de projets pilotes d'éducation pour la santé. Ces projets pilotes ont permis la création d'un réseau européen d'écoles pour la promotion de la santé.

La promotion et la protection des Droits de l'homme

La protection des droits de la personne humaine est au cœur des préoccupations de l'organisation dont l'œuvre maîtresse est constituée par la Convention européenne des Droits de l'homme (CDEH).

La Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe qui est souvent considérée comme le pendant de la CEDH pour la protection des droits économiques et sociaux, est l'un des

Ne pas confondre

Conseil de l'Europe

Conseil européen ou sommet des chefs d'État et de gouvernement de l'Union européenne qui se réunit au moins 2 fois par an pour « donner à l'Union les impulsions nécessaires à son développement et en définir les orientations politiques générales ».

Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe

qui est composée de 234 représentants et de 234 suppléants et qui siège à Strasbourg

Parlement européen, organe parlementaire de l'Union parlementaire qui regroupe 567 députés des 12 États membres élus au suffrage universel. Le Parlement européen siège également à Strasbourg.

Comité des ministres, organe de décision du conseil de l'Europe composé des ministres des Affaires étrangères ou de leurs représentants

Conseil des ministres de l'Union européenne.

Domaines d'activité

- Démocratie, liberté et droits de l'homme, médias et communication
- Affaires sociales et économiques
- Santé
- Éducation, culture, patrimoine et sport
- Jeunesse
- Aménagement de l'espace et de l'environnement
- Démocratie locale
- Coopération juridique

premiers instruments internationaux à prévoir, dès 1961, dans son article 11 « le droit à la protection de la santé ».

Ce souci apparaît en filigrane dans tous les travaux du CDSP qui, de ce fait, constituent une référence internationalement reconnue.

Face à de nouvelles pathologies telles que le sida et de nouvelles technologies, par exemple dans le domaine de la transplantation d'organes, le CDSP s'efforce de répondre aux interrogations sur l'éthique médicale, la responsabilité médicale, les droits des patients, la nécessité de concilier la maîtrise des dépenses et le principe d'égalité dans la répartition de ressources, le respect de la confidentialité notamment dans la communication d'informations de santé, les aspects spécifiques liés aux soins de santé à certaines catégories de patients (populations en institution, personnes âgées, détenus, malades mentaux, porteurs du VIH...).

Dans le domaine du sida, le Conseil de l'Europe a favorisé une prise de conscience de la nécessité de promouvoir des politiques basées sur la formation et l'éducation s'opposant aux mesures restrictives incompatibles avec le droit à la liberté de mouvements, le respect de la vie privée et de la confidentialité grâce à plusieurs recommandations sur :

- une politique européenne commune

de santé publique de lutte contre le sida (1987),

- les incidences éthiques de l'infection VIH dans le cadre sanitaire et social (1989),

- l'intervention pharmacologique précoce contre l'infection VIH (1994).

S'agissant de la transfusion sanguine et de la transplantation d'organes, le Conseil de l'Europe a réaffirmé les principes de non-commercialisation des produits du corps humain.

Le programme de travail du Conseil de l'Europe dans le domaine de la santé pour 1995 est axé sur 3 grands thèmes d'actualité :

- droits des patients, le CDSP examinera les problèmes liés aux examens médicaux demandés par les employeurs ou les assureurs et finalisera son étude sur les problèmes de santé des familles monoparentales ;

- assurance de qualité dans les soins de santé ;

- équilibre entre efficacité et équité.

La prochaine conférence des ministres européens de la Santé qui se tiendra en 1996, portera sur « l'équité et le droit des patients dans le contexte de la réforme des systèmes de santé ».

Sommet des chefs d'État

Le premier sommet des chefs d'États et de gouvernement des États membres du Conseil de l'Europe qui s'est réuni à Vienne en 1993 a souligné la nécessité de mettre le Conseil de l'Europe en mesure de « contribuer à la sécurité démocratique, de relever les défis de société du XXI^e siècle en traduisant dans le domaine juridique les valeurs qui définissent notre identité européenne et favoriser l'amélioration de la qualité de la vie. »

Il a réaffirmé l'importance des engagements souscrits dans la Charte sociale européenne.

Au moment où les problèmes de santé deviennent de plus en plus des problèmes de société, où la crise économique, tout en accroissant le phénomène de pauvreté et de marginalisation rend plus que

jamais nécessaire la maîtrise des dépenses de santé, entraînant par la même des risques d'inégalité dans l'accès aux soins, où certaines pathologies comme le sida sont susceptibles d'entraîner des réactions d'exclusion et de discrimination, le Conseil de l'Europe a encore pour longtemps un rôle irremplaçable à jouer.

C'est en tout cas la conviction que j'aurai en soufflant les 40 bougies d'anniversaire du Comité européen de la santé². ■

¹ La conférence des ministres qui a eu lieu à Chypre en 1994 a porté sur la planification et la formation des personnels de santé.

² À cette occasion sera éditée une brochure à laquelle j'invite à se reporter tous ceux qui désirent en savoir plus sur le Conseil de l'Europe et la santé.

Agnès Leclerc

Adjoint au chef de la division des relations internationales au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville

De la « mesure » de la dépendance...

On estime à un million le nombre de personnes dépendantes sur les 4 millions de personnes âgées de plus de 75 ans. Comment évalue-t-on cet état de dépendance ? De quelles données dispose-t-on ? C'est ce qu'Henriette Gardent se propose de traiter dans cet article.

Un premier constat s'impose : le terme de dépendance est entré dans le langage courant. Il est très utilisé pour caractériser les personnes âgées. La catégorie *personnes âgées dépendantes* existe dans les représentations collectives. Elle est de construction récente. Elle apparaît alors que disparaissent les appellations de « vieillards », « incurables », « infirmes », « invalides »... Faisant abstraction du fait que la dépendance (ou l'interdépendance) est une caractéristique normale de l'homme en société, dans le domaine des personnes âgées, on parle de dépendance lorsqu'il y a « recours à une aide pour l'accomplissement des actes élémentaires de la vie courante ». Cette définition s'est progressivement imposée et fait maintenant l'unanimité. Consensus trompeur, car lorsqu'il s'agit d'évaluer la dépendance (le niveau de dépendance), on assiste à des glissements de sens, signes d'un flou conceptuel certain.

La dépendance des personnes âgées est considérée comme un problème important en santé publique, qui va s'am-

plifier au cours des prochaines années. Les médias évoquent souvent l'accroissement du nombre des personnes âgées et surtout celui des personnes très âgées, de leur dépendance ainsi que les besoins d'aide professionnelle ou d'institution d'hébergement qui en découleraient. On s'inquiète, et l'on inquiète les générations suivantes, du fardeau que cela représenterait pour le système de protection sociale.

Pour être réalistes, il convient d'examiner les données dont nous disposons pour cerner le phénomène.

Des données quantitatives...

Les données de base sont les données démographiques. En France, les projections démographiques sont d'excellente qualité. Elles s'appuient sur la structure actuelle de la population connue par les recensements (et leurs mises à jour à l'aide des données d'état civil pendant les périodes inter censitaires) et sont

construites à l'aide d'hypothèses portant sur les taux de fécondité, de mortalité et sur le solde des migrations extérieures. Les expériences anciennes des années 30 ont rendu les démographes prudents : l'Insee utilise actuellement une batterie d'hypothèses qui permettent de calculer plusieurs scénarios (voir page suivante) et aboutissent ainsi à des fourchettes de valeurs qui permettent de caler les prospectives.

Des données plus qualitatives...

Pour pouvoir répondre aux besoins de ces futures populations âgées dans leur grande diversité, les décideurs ont besoin de compléter ces perspectives quantitatives fournies par les démographes, par des informations plus qualitatives : quel sera l'état de santé de ces futures personnes d'âge élevé ? En d'autres termes : comment évolueront respectivement l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité ?

Dans les pays occidentaux industrialisés, la maîtrise des maladies infectieuses, la généralisation de la protection sociale, l'amélioration des conditions d'hygiène générale et l'élévation globale du niveau de vie ont contribué à augmenter la durée moyenne de vie et, par

Projections démographiques

Les scénarios actuels reposent sur :

- quatre hypothèses quant à l'évolution de la fécondité (nombre moyen d'enfant par femme de 1,5 ; 1,8 ; 2,1 ou 2,4, valeur supposée atteinte peu après 2000) ;
- deux hypothèses quant à l'évolution de la mortalité : soit le prolongement des tendances observées aux divers âges au cours des années récentes : c'est l'hypothèse « tendancielle », soit une évolution à la baisse, c'est l'hypothèse « basse » ;
- une hypothèse concernant les migrations extérieures : solde global annuel nul, avec, jusqu'en 1990, des soldes par sexe et âge cohérents avec ceux observés pendant la période 1975-1982, et au delà de 1990, une diminution progressive conduisant à des soldes nuls à partir de 2000.

Par exemple, l'hypothèse « basse » sur la mortalité conduit à prévoir, d'ici 2020, un gain sur la vie moyenne deux fois plus élevé que l'hypothèse « tendancielle » (2,1 ans contre 5,9 pour les femmes, et 2,1 contre 4,2 pour les hommes).

Récemment M. Dinh de la division des enquêtes et études de l'Insee a pu comparer pour 1990 les prévisions faites en 1985 aux données réellement observées. Il en conclut que la population âgée croît plus rapidement qu'on ne le pensait en 1985. Il constate que si la fécondité observée entre 1985 et 1990 est assez proche de l'hypothèse 1,8, l'essentiel de la baisse de la mortalité se produit au delà de 40 ans. Sur 1,5 années gagnées pour les hommes, les classes d'âge de 40 ans et plus, participent pour 1,29 années (1,18 sur 1,47 pour les femmes). C'est donc le scénario B18 (hypothèse de mortalité « basse » ; fécondité 1,8 enfant par femme) qui s'avère le mieux adapté aux projections futures. Ce scénario constitue la base adéquate pour la définition de politiques sociales de la vieillesse adaptées. Cependant, l'examen de la pyramide des âges de la population française nous montre que nous avons un temps de répit jusqu'en 2015, date à laquelle les générations nombreuses des baby-boomers, nés entre 1946 et 1973, arriveront à l'âge de 65 ans. Le reflux commencera en 2040 avec les générations moins nombreuses nées depuis la baisse de la natalité (entre 1974 et 1990). Ce temps de répit est à utiliser à mettre en œuvre une politique de la vieillesse adaptée.

conséquent, donné aux maladies dégénératives (maladies cardio-vasculaires et respiratoires, cancer, rhumatismes...) l'opportunité de se développer. Pour rendre compte de l'état de santé des populations, il est maintenant nécessaire de disposer d'indicateurs plus fins que les classiques taux de mortalité.

C'est dans ce contexte, que se sont développées les recherches d'indicateurs caractérisant l'état de santé global d'une personne ou d'une population. L'impossibilité de s'appuyer sur les pathologies, en raison de la fréquente polypathologie et de la chronicité des atteintes, a conduit à s'orienter vers la prise en compte des

conséquences de l'état de santé global sur la vie quotidienne, à chercher à évaluer les incapacités pour faire face aux nécessités quotidiennes que cet état de santé induit, indépendamment de la cause originelle.

Parmi les cadres conceptuels plus utilisés et sans doute les mieux définis, on peut citer l'approche de Katz en terme d'activités de la vie quotidienne, et celle de Ph. Wood développée à la demande de l'OMS pour mesurer les conséquences des maladies et des états chroniques (la séquence déficience - incapacité fonctionnelle et leur traduction sociale : le handicap (ou désavantage). Pour repérer ces conséquences sociales (*i. e.* le handicap) – bien évidemment très liées au contexte socioculturel – Wood propose de s'attacher à un petit nombre de dimensions communes (six) à tout homme vivant en société qu'il appelle « rôles de survie » : l'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie courante ; la mobilité physique ; les occupations de type social ; l'intégration sociale ; la suffisance économique ; l'orientation dans le temps et l'espace. Toute personne limitée totalement ou partiellement dans l'accomplissement de ces rôles de survie présente, par rapport à ses pairs, un désavantage (ou handicap). La dépendance est alors définie comme « la nécessité de recourir à un tiers pour l'accomplissement de ces rôles de survie ».

C'est en explorant ces dimensions par des questions appropriées, avec des échelles pertinentes et fiables que l'on évalue l'état de désavantage (handicap) ou le niveau de dépendance. Par exemple, les dimensions d'indépendance physique, de mobilité, sont explorées à partir de questions portant : d'une part sur les actes élémentaires de la vie courante : s'habiller, faire sa toilette, aller aux W.-C., contrôler ses sphincters, se déplacer (transfert lit/fauteuil, fauteuil/lit), manger ; d'autre part, sur les tâches permettant, dans le contexte des pays occidentaux industrialisés, de vivre seul dans un logement ordinaire.

C'est dans ce contexte que se situe le développement des instruments visant à mesurer la dépendance, généralement

dénommes « grilles de dépendance ». Elles se présentent sous des formes variées, mais fondamentalement ce sont des listes de questions dont les réponses sont notées par un (des) observateur (s). Construites de façon très pragmatique, souvent mosaïque d'instruments déjà existants, elles foisonnent, car chaque utilisateur (soignants, gestionnaires, tutelles) les adapte en fonction de ses préoccupations, sans cadre théorique ou méthodologique de construction ou de validation. On notera que, en l'absence d'étalon externe de mesure de la « dépendance », l'échelle d'évaluation est le plus souvent exprimée en terme d'aide (fait seul, avec l'aide d'une, de deux personnes...). Ce qui pose question sur l'utilisation qui est faite des résultats obtenus pour déterminer l'aide à apporter, le « besoin d'aide ».

Par construction, ces instruments ne permettent que des constats. Ils ne donnent par eux-mêmes aucune indication sur les causes de l'état constaté, et encore moins sur les réponses à proposer ou l'adéquation des réponses déjà offertes. Utiles pour préparer une décision, ils ne peuvent en aucun cas la dicter de façon univoque. Il n'y a pas d'automatisme de passage de ce que les grilles « mesurent » à ce dont les personnes, les établissements ou les services, ont besoin.

Par ailleurs, deux situations sont à distinguer. Au niveau individuel, la complexité des interactions entre les conséquences de la polypathologie, de la chronicité des atteintes, le contexte environnemental matériel et relationnel, et par dessus tout, les ressources propres de la personne pour faire face aux pertes qui accompagnent l'avancée en âge, rend une évaluation fine, pluridimensionnelle et pluriprofessionnelle indispensable. Dans ce cas, la diversité des instruments ne constitue pas un problème : l'important est qu'ils soient correctement construits et adaptés à l'usage et l'utilisateur. Par contre, au niveau collectif, pour les responsables d'établissement, les tutelles (centrales ou locales), les planificateurs, une grille détaillée est inutile. Ils recherchent des indicateurs « simples » résumant de façon statistiquement signifi-

ficative les multiples données recueillies au niveau individuel ou une méthodologie qui leur permette de classer la population, par essence très hétérogène, dont ils ont la charge, en grands groupes hiérarchisés par rapport à des critères pertinents en fonction de l'objectif poursuivi. Cet objectif varie avec l'utilisateur : répartition du personnel dans un établissement, allocation de moyens par l'administration, arbitrage entre le développement des services à domicile ou la construction d'établissements...

Quelles informations sur la dépendance ?

Au niveau de la population générale, que savons-nous de la « dépendance » des personnes âgées ? Sur quelles sources d'information s'appuyer ? Nous ne disposons pas ici, comme pour les don-

nées démographiques, d'observations continues spécifiques. Nous disposons d'enquêtes nationales comme l'enquête décennale « santé » (Insee, Credes, Sesi, Inserm, CNAMTS) et son extension en Aquitaine, l'enquête « Conditions de vie des Français » de l'Insee, d'une série d'enquêtes régionales dont plusieurs ont été réalisées selon des méthodologies semblables qui permettent d'agrégier les résultats ; d'enquêtes départementales, d'enquêtes en milieu institutionnels (Credes) ou à orientation particulière (Paquid, l'enquête transversale sur la démence de l'ORS Paca...) qui toutes contiennent des données sur l'état de dépendance des populations enquêtées...

L'une des difficultés majeures auxquelles se heurte l'évaluation du nombre des personnes âgées dépendantes, outre la « mesure » du niveau de dépendance, réside dans les faibles effectifs trouvés dans ces enquêtes pour les classes d'âge

Estimation des pourcentages de personnes âgées présentant différentes incapacités (selon le sexe et l'âge)

Tranche d'âge (ans)	Hommes			Femmes		
	65-74	75-84	> 84	65-74	75-84	> 84
Pourcentage avec une incapacité pour						
La cuisine	0,8	2,5	6,4	3,5	7,5	14,8
Les courses	5,1	9,8	20,3	20,9	31,9	41,5
La lessive	2,3	6,7	15,3	10,6	24,0	37,5
Les petites tâches ménagères	2,2	66,0	25,7	10,1	18,8	29,7
Les grosses tâches ménagères	6,2	13,7	12,8	33,0	45,6	49,0
La toilette	2,6	7,5	13,2	2,5	4,9	16,4
La lecture	3,2	8,1	19,7	2,3	4,9	11,2
Pourcentage avec une gêne pour						
Marcher	27,7	42,2	51,6	35,0	46,4	69,1
Monter un escalier	25,7	39,4	48,9	35,7	48,2	66,9
Descendre un escalier	20,1	32,8	45,2	28,9	42,6	59,7
S'asseoir	14,5	24,7	30,6	18,7	31,3	39,6
Se couper les ongles de pieds	25,0	41,9	61,1	34,3	52,5	73,1
Lacer les chaussures	18,8	33,4	43,3	22,4	37,1	56,3
Se coiffer/se raser	4,5	9,3	16,0	8,4	13,2	26,5

Source : Inserm Cij 88-12

très élevé. La plupart des données chiffrées dont nous disposons proviennent de l'agrégation de données de plusieurs enquêtes. Cet exercice difficile demande beaucoup de négociations et de rigueur mais permet de disposer d'effectifs suffisants aux âges élevés pour être significatifs. Pour scinder la population en groupes hiérarchisés de dépendance, le principe a été de ne retenir qu'un petit nombre de dimensions permettant d'identifier des groupes de personnes âgées répondant à des critères d'incapacité prédéterminés. Les groupes sont définis, au niveau de la population générale, sur des critères très simples faisant intervenir la mobilité physique (explorée par confinement au lit ou au fauteuil, sortie du domicile) et l'indépendance pour les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage) explorée par la dépendance d'un tiers pour leur accomplissement.

Sur ces critères, parmi les 7 529 000 personnes de 65 ans et plus, 180 000 personnes (2,4 %) font partie du groupe I, les « dépendants lourds », 233 000 (3,1 %) constituent le groupe II, 900 000 (12 %) le groupe III. D'autre part, 77 % des personnes du groupe I, les très « dépendants » vivent à domicile.

Ce constat chiffré était l'idée intuitive que les facteurs tels que la composition de la famille, les caractéristiques de l'entourage, les facteurs socio-économiques sont au moins aussi importants que le niveau de dépendance pour expliquer le maintien à domicile ou l'entrée en institution.

Ceci est conforté par les informations toujours tirées des mêmes enquêtes, sur la source de l'aide fournie aux personnes du groupe I. Cette aide provient dans 47 % des cas de la famille, dans 34 % des cas, de la famille et des professionnels, et dans seulement 19 % des cas, des professionnels seuls. L'enquête « conditions de vie » de l'Insee montre que la prise en charge par les proches est la plus fréquente pour les grands dépendants (87 % des cas du groupe I et seulement 15 % du groupe III) et que l'aide professionnelle ne paraît pas liée au niveau de dépendance (10 % quel que soit le niveau de dépendance). L'obtention de l'aide sub-

Estimation des pourcentages de personnes âgées dans différents groupes de désavantages (selon le sexe et l'âge)

Tranche d'âge (ans)	Hommes			Femmes		
	65-74	75-84	> 84	65-74	75-84	> 84
Confiné au lit ou au fauteuil	1,1	3,9	5,6	0,9	2,4	9,2
Non confiné au lit, mais ayant une incapacité pour s'habiller ou pour faire sa toilette	1,8	5,4	10,4	1,4	2,9	8,2
Ne sort pas seul*	3,4	9,1	19,0	10,5	17,6	36,3
Autres	93,7	81,6	65,1	87,2	77,1	46,3

* excluant les personnes des groupes précédents

Source : Inserm Cf 88-12

ventionnée paraît, dans cette enquête, plus liée au niveau de revenu qu'au niveau de dépendance (65 % des personnes qui en reçoivent ont un revenu proche du minimum vieillesse). Cette enquête met aussi en évidence le classique cumul des désavantages : les personnes âgées les plus dépendantes sont souvent les plus mal logées, les plus pauvres et les plus isolées.

Selon l'extension en Aquitaine de l'enquête « santé », la proportion des « dépendants » augmente avec l'âge : à tous les niveaux de dépendance, la proportion des « dépendants » dans le groupe des 75 ans et plus, est plus de trois fois supérieure à celle des 65-75 ans. Il est instructif de préciser que dans cette enquête, les niveaux de dépendance sont définis non seulement à partir du besoin d'aide mais aussi à partir d'un intervalle de temps : l'échelle de sévérité de la dépendance est ici fonction aussi de la fréquence des services à fournir.

Dans une optique de prospective, d'autres informations seraient à introduire. Par exemple, il convient de prévoir l'arrivée des générations nées avec la Sécurité sociale, qui ont des réflexes de « droits » à la santé. Les « 80 ans » actuels nés en 1910, avaient 20 ans lors des années 30, années de crise, alors que les « 80 ans » de 2010, nés en 1930, ont

démarré leur vie active dans les années 50 avec le système de protection sociale mis en place après la guerre de 39-45, et, pour les salariés du moins, ont toujours connu la couverture de l'assurance maladie. Calquer les comportements (autrement dit les attentes et les besoins de ces générations futures) sur celles des générations actuellement très âgées ne peut que conduire à une inadaptation des politiques. Il est donc d'une grande importance malgré les difficultés que cela représente, de recueillir des données longitudinales, permettant seules de repérer, sinon les facteurs d'entrée en incapacité, du moins l'évolution de l'état de santé global.

Deux idées à retenir. Premièrement : il existe des données ; deuxièmement : ces données sont contingentes, liées à leur mode de recueil, aux concepts et aux instruments de mesure (définition de l'indépendance, de l'incapacité, modalité d'évaluation). Si l'on veut parler de « dépendance », il serait bon de parler de « dépendance selon Katz », « dépendance selon Wood », « dépendance selon l'enquête de... ».

Henriette Gardent

Chargée de mission à la valorisation de la recherche sur la vieillesse
Fondation nationale de gérontologie

DEA méthodes d'analyse des systèmes de santé

Universités Lyon I, Aix-Marseille II, Rennes I, Toulouse III

Responsable

G. Duru
Directeur de recherche au
CNRS (Lyon 1)

Renseignements

M^{me} C. Terrenoire
Université Lyon 1
Bâtiment 101
29, boulevard du 11
Novembre 1918
69622 Villeurbanne Cedex
Tél. : (16) 72 44 82 93
Fax : (16) 72 44 05 73

Public

Cette formation rassemble des étudiants d'origines disciplinaires différentes (mathématiques appliquées, santé, économie, gestion...)

Modalités d'admission

La procédure d'admission se déroule à Lyon, début septembre ; elle comporte un test de connaissances (portant sur l'économie, la gestion, la santé publique, la statistique) suivi d'un entretien.

Organisation générale

Cette formation se déroule sur un an :

- quatre mois (temps plein) d'enseignements théoriques sous forme modulaire (entre octobre et février)
- un stage dans l'une des équipes d'accueil habilitées. Ce stage donne lieu à la rédaction et à la soutenance d'un mémoire.

Objectif

Formation à la recherche en gestion des systèmes de santé.

Plusieurs catégories d'acteurs expriment un besoin d'analyses et de travaux économiques en matière de santé et de systèmes de soins :

- les organismes de tutelle (administration et protection sociale) que ce soit au niveau national, régional ou local ;
- les organisations de santé et les structures de soins (notamment les établissements hospitaliers), suite aux difficultés en matière de structuration, d'organisation, de régulation et de financement de ces organisations et aux modifications observées dans la gestion de certaines structures ;
- les milieux industriels (médicament, matériel médical) ;
- les professionnels de la santé, médecins, pharmaciens, personnels paramédicaux.

Programme

Tronc commun

- Choix économiques dans les systèmes de santé •
- Théorie des organisations •
- Méthodes en santé publique •
- Méthodes quantitatives •
- Méthodes de l'évaluation •



Axe 1

Méthodes de recherche en santé des populations

- Module 1 •
Évaluation des programmes de santé
- Module 2 •
Régulation des politiques de santé
- Module 3 •
Analyse des représentations et pratiques de santé

Axe 2

Méthodes de recherche dans les institutions de santé

- Module 1 •
Perspectives historiques et évolution actuelle des institutions de soins
- Module 2 •
Gestion du système hospitalier
- Module 3 •
Planification et régulation

Débouchés

Les premiers doctorats de la formation méthodes d'analyse des systèmes de santé (habilitée en 1985) ont été soutenus durant l'année 1988-1989. Depuis cette époque, vingt et un étudiants ont défendu une thèse :

- deux sont en situation de post-doctorats en attente d'un emploi stable ;
 - quatorze ont été recrutés dans l'enseignement supérieur en France, au Canada et au Maroc au niveau maître de conférence ou professeur (gestion, économie, informatique et santé publique) ;
 - un travaille dans l'industrie pharmaceutique ;
 - deux ont intégré un grand organisme public de recherche (CNRS, Inserm) ;
 - deux occupent des postes dans des institutions nationales (ministère de la Santé) et internationales (Organisation panaméricaine de la santé).
- Durant deux années consécutives, la première et la seconde place du concours d'entrée au CNRS sur un poste fléché « économie et gestion de la santé » ont été attribuées à des docteurs de la formation doctorale méthodes d'analyse des systèmes de santé. Divers prix ont honoré les thèses de cette formation et les travaux de ses docteurs.

Santé et travail

Sommaire

- | | | | |
|------|--|---------|---|
| ■ II | La population active française | XV | De l'examen médical individuel à une approche de santé publique |
| ■ IV | Les origines, les acteurs, les indicateurs | XXI | Évolution de la réglementation |
| IV | Une approche historique | XXII | Épidémiologie et organisation du travail |
| VI | Le dispositif de prévention des risques professionnels | | |
| XI | Les indicateurs | | |
| ■ XV | Évolution du champ de la santé au travail | ■ XXIV | Tribune |
| | | ■ XXXII | Bibliographie Adresses utiles |

Le travail n'est jamais neutre vis-à-vis de la santé : ou il est pathogène, ou il est un opérateur privilégié de santé. Entre l'idéal d'une innocence organique ou psychique et les maladies subies, il existe un espace désigné par le terme *normalité*. Cet état réel, la normalité, où les maladies sont provisoirement stabilisées et/ou les souffrances sont relativement compensées n'est pas un état passif, mais un processus dynamique, une lutte individuelle et collective, jamais définitivement gagnée, contre des pathologies qui ne demanderaient qu'à s'exprimer. Non seulement la santé parfaite n'existe pas, mais encore elle n'est ni un don de la nature, ni un état de bien être dépourvu de souffrance. La normalité est – au moins, sinon plus que la maladie décompensée – une énigme.

Le travail figure de longue date comme un agent susceptible de contrevenir à la santé. À l'inverse, nombreux sont ceux qui, dans des périodes de difficultés personnelles, ont fait

l'expérience ordinaire que travailler leur avait quasiment sauvé la vie. Le travail n'est pas l'emploi et il ne suffit pas d'avoir « un job » pour bénéficier *de facto* des conditions qui permettent la construction de la santé.

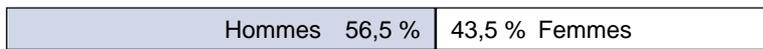
S'il suffisait de disposer d'un revenu pour construire sa santé, d'autres sources d'allocations que le travail pourraient se généraliser sans risque. La situation des chômeurs montre qu'il n'en est rien. L'argent n'est pas le seul facteur d'engagement dans le travail. L'individu a besoin de la reconnaissance du travail accompli, la reconnaissance que ce n'est pas facile, que ce n'est pas un loisir.

Dans cette perspective, le degré d'engagement dans le travail apparaît plus déterminant sur la santé que les inégalités individuelles, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique.

La santé au travail ne relève pas seulement d'une « spécialisation », mais d'une problématique pluridisciplinaire qui doit interroger la santé publique relevant de la société toute entière. ■

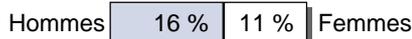
La population active

22 200 000 personnes exercent une activité professionnelle (mars 1993)



L'écart entre l'activité des hommes et des femmes se retrouve à toutes les tranches d'âge.

15 % ne sont pas salariés

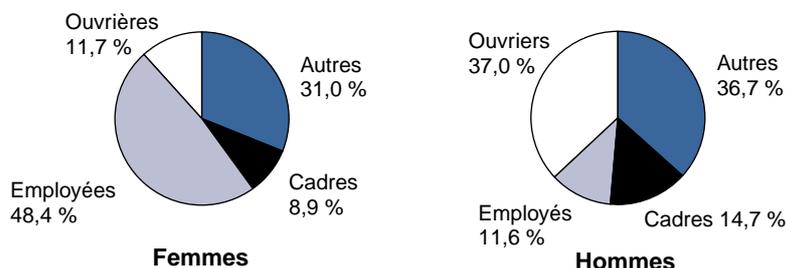


13,7 % travaillent à temps partiel



Les emplois temporaires (qui regroupent les contrats à durée déterminée, les contrats saisonniers, les contrats d'intérim) représentaient en 1992 près de 8 % des effectifs salariés, soit près du double par rapport à 1985. Le recours à des emplois non stables, considérés par le droit du travail comme « atypiques », tend à se généraliser, les contrats à durée déterminée par exemple devenant fréquemment un préalable à une embauche stable.

Catégories socioprofessionnelles



Mortalité spécifique et différentielle

La mortalité frappe elle aussi différemment les catégories socioprofessionnelles. La population active la moins exposée est représentée par les ingénieurs, les professions littéraires ou scientifiques ; leur mortalité entre 35 et 75 ans est deux fois plus faible que l'ensemble de la population. À l'inverse, la mortalité des manœuvres est supérieure à celle de l'ensemble de la population. Sur la période 1980-1989, la probabilité de décéder entre divers âges, pour la population masculine, révèle que les manœuvres et les salariés agricoles ont les risques les plus importants : leur probabilité de décès est de 5 à 10 % supérieure à celle de l'ensemble de la population masculine entre 35 et 60 ans. Viennent ensuite les ouvriers qualifiés et spécialisés ainsi que le personnel de service. La comparaison des probabilités de décès de 1960-1969 et 1980-1989 montre, qu'entre 35 et 60 ans, la probabilité de décès des hommes cadres moyens et supérieurs s'est réduite de 28 %, contre 16 % pour les catégories des ouvriers et employés. En ce qui concerne la population féminine active, aux âges de la vie compris en 35 et 75 ans, la mortalité la plus forte touche trois catégories

Espérance de vie et catégories socioprofessionnelles

Elle atteint aujourd'hui 73,1 années pour les hommes et 81,3 années pour les femmes. Cependant, les diverses catégories socioprofessionnelles ne bénéficient pas de façon égale de cet allongement de la durée de vie.

Pour les inactifs, l'espérance de vie s'établit à 64,6 années. À 35 ans, si les cadres supérieurs ont une espérance de vie de 44 années, elle n'est que de 35,8 années pour la catégorie d'ouvriers la moins qualifiée, les manœuvres. Cette différence se retrouve de la même manière dans l'espérance de vie à 60 ans qui se réduit à 21,7 années pour les cadres et 17,1 années pour les manœuvres.

L'évolution sur la période 1960-1989, montre que l'espérance de vie de la population masculine, à 35 ans comme à 60 ans

est en augmentation constante chez toutes les catégories socioprofessionnelles, mais dans des proportions bien différentes. Parmi les catégories socioprofessionnelles ayant une espérance de vie des plus faibles en 1960, les professions de l'agriculture, de l'artisanat et du petit commerce ont enregistré les augmentations les plus importantes (3,0 à 3,1 années), supérieures à celle des ouvriers (2,8 années). Les instituteurs, dont la situation sociale s'est dégradée, ont connu sur cette même période l'augmentation la plus faible, soit 0,7 année. Durant ces trente dernières années, l'espérance de vie à 35 et à 60 ans reste la plus basse pour les manœuvres (respectivement 35,8 et 17,1 années) et les salariés agricoles (38,6 et 18,3 années).

La **population active** est définie comme l'ensemble formé par les personnes ayant un emploi, les chômeurs et les militaires du contingent.

Le **taux d'activité** est le rapport entre la population active et la population totale.

Ces données sont extraites de **La santé en France**, rapport du Haut Comité de la santé publique. Paris : La documentation Française, novembre 1994, 333 p.



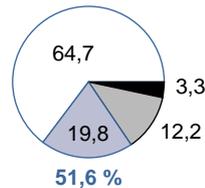
sociales : les ouvrières spécialisées ou manœuvres, les femmes de ménage, les autres personnels de service. Le taux de mortalité de ces catégories est supérieur (de 0,7 à 1,4 point selon les âges) au taux de l'ensemble des actives. Les écarts de mortalité des cadres avec ces mêmes catégories sont également de +2,4 points entre 35 et 60 ans.

Ces écarts de mortalité peuvent s'expliquer en partie par des différences liées aux conditions de travail (exposition aux risques, pénibilité plus importante du travail ouvrier), aux conditions de vie variables selon le niveau social. De la même manière que pour l'espérance de vie, les hommes inactifs non-retraités ont une mortalité supérieure à celle des actifs ou des retraités. Les retraités précoces, pour leur part, ont une mortalité plus élevée que celle des actifs, d'autant plus s'ils ont exercé un métier ouvrier.

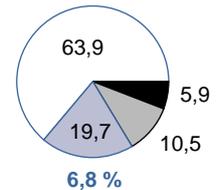
Précarité et risque d'exclusion en France

Le rapport du **Centre d'études des revenus et des coûts** (Cerc) de février 1994 a été effectué à partir des données d'une enquête réalisée par l'Insee en 1986 sur les situations défavorisées. Au regard de ce rapport, près de la moitié de la population active française serait aujourd'hui exposée au risque d'exclusion en vertu d'un « processus de disqualification sociale » ; soit 11,7 millions d'individus âgés de 18 à 64 ans. L'analyse du Cerc est faite en fonction du rapport à l'emploi des personnes interrogées. Cinq catégories sont définies.

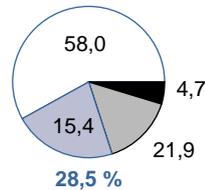
L'emploi stable non menacé correspond aux salariés sous contrat de travail indéterminé qui ne pensent pas que cette stabilité professionnelle soit menacée.



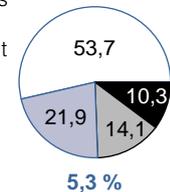
Le chômage de moins de deux ans touche 1,8 million de personnes.



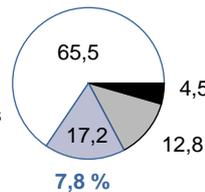
L'emploi stable menacé rassemble les salariés sous contrat indéterminé qui pensent que cette situation professionnelle est menacée.



Le chômage de plus de deux ans touche 1,3 million de personnes. Parmi eux, plus de 850 000 personnes sont susceptibles de rompre leurs derniers liens sociaux.



L'emploi instable regroupe les personnes dont la situation sur le marché de l'emploi est mobile et mouvante sans pour autant être toujours menacée d'un retrait de la vie active.



État de santé

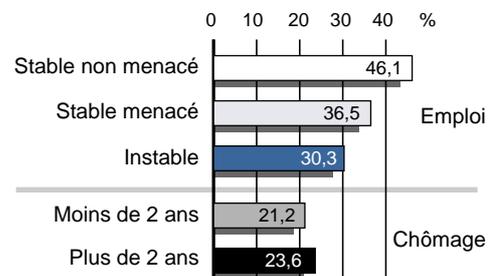


Pourcentage de la population active

Famille, vie conjugale et sociabilité

De fortes corrélations existent entre les difficultés de l'intégration professionnelle et l'instabilité familiale illustrant la forte inégalité dans la construction de la vie familiale, en particulier dans la constitution du couple en fonction du rapport à l'emploi. La précarité professionnelle s'accompagne également d'une réduction sensible de la sociabilité, que celle-ci soit familiale, relationnelle ou associative (voir ci-contre).

Participation à la vie associative selon la situation par rapport à l'emploi



Source : enquête Insee situations de la vie 1986-1987



Santé et travail

Les origines, les acteurs et les indicateurs

Parler du rapport santé-travail, c'est bien sûr présenter les institutions chargées de la prévention des risques et de la surveillance de l'état de santé des travailleurs : médecine du travail, CHSCT, organismes de sécurité sociale... C'est montrer aussi dans quel contexte historique, économique et social, elles ont été créés. Enfin, les indicateurs fournis à la fois par les enquêtes du ministère du Travail et des services de médecine du travail, et par les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie permettent de mieux appréhender le lien entre santé et travail.

Une approche historique

La question du rapport entre santé et travail plonge ses racines dans la plus haute antiquité, un papyrus de 2 500 ans avant Jésus-Christ contient la description dans l'ancienne Égypte du lumbago aigu survenu accidentellement chez un ouvrier ayant participé à la construction d'une pyramide. C'est au cours de la révolution industrielle du XIX^e siècle que cette question fut posée de façon la plus aiguë, conséquence du libéralisme effréné qui sévit à cette époque, la constituante ayant proclamé après la révolution de 1789 la liberté du travail, liberté sans limite.

Les rapports au travail reposent alors sur une base exclusivement contractuelle, l'État étant tenu de ne pas intervenir. Le contrat de travail fait naître à la charge de l'ouvrier une obligation d'exécuter le travail qui lui est confié, et à la charge de l'employeur, une obligation de payer le prix convenu. Il n'y a, ni dans le Code civil,

ni dans les textes de la première moitié du XIX^e siècle, d'obligation patronale d'assurer à l'ouvrier l'exécution de son travail dans certaines conditions légales de durée, d'hygiène, de moralité, ou d'indemniser l'ouvrier du préjudice résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Très vite, la misère totale autant physique que morale de la population ouvrière et les relations évidentes entre cet état et les conditions de travail vont être dénoncées aussi bien par les philanthropes, les statisticiens des populations que par les médecins.

Création de l'inspection du travail

Ces constats, associés aux révoltes ouvrières (révolte des canuts en 1830 et 1834 à Lyon, mouvement insurrectionnel de 1848) et aux enquêtes sur le recrutement militaire (en 1830, sur trois conscrits, le conseil de révision en réforme deux pour santé vraiment déficiente), vont amener l'État à légiférer en matière de durée du travail, d'hygiène et de sécurité, en créant un corps d'inspecteurs du travail, et à

mettre en place une obligation de réparation des dommages causés par le travail et enfin à mettre en place des services de médecine du travail.

La création de ce corps législatif va se faire à partir de l'année 1841, alimentée par la publication de nombreux ouvrages et travaux concernant le développement industriel et ses conséquences sur la santé des ouvriers tel le fameux rapport de Louis Villerme en 1840, fruit d'observations précises prises sur le vif.

Une série de textes législatifs concernant le travail des enfants fut promulguée, aboutissant à la création d'un corps de contrôle : l'inspection du travail. Ces mesures eurent beaucoup de difficulté à être appliquées, les moyens de contrôle étant très faibles.

Dans le même temps un courant de pensée dit « philanthropique » se développait du côté du patronat le plus avancé, des expériences de création de services de médecins d'usine orientés vers les soins d'urgence eurent lieu. Souvent y étaient associés des services en matière de logement, d'œuvre sociale, de santé, de scolarité.

Des médecins de plus en plus présents

La loi du 9 avril 1898 organise la réparation des accidents du travail sur une base qui est identique aujourd'hui. Elle détache l'accident de la notion de faute de la part de l'employeur ou du salarié, elle facilite l'indemnisation du salarié grâce à la réparation automatique et forfaitaire, mais elle n'astreint pas l'employeur à la mise en œuvre de mesures préventives.

Afin de pallier la responsabilité encourue par les employeurs, des sociétés d'assurances privées encouragent et aident financièrement les employeurs à créer des dispensaires, centres d'urgences et de petits soins médicaux et chirurgicaux.

Le meilleur moyen d'éviter les accidents, les maladies et intoxications est d'assurer à l'usine l'application de mesures hygiéniques et sanitaires appropriées, et d'entourer l'ouvrier d'une surveillance médicale méthodique.

Dans certaines entreprises le médecin va au-delà du rôle purement curatif puisqu'il procède à des visites d'embauche, à un contrôle de l'absentéisme et de l'aptitude. Avec ces examens s'ouvre la voie d'une médecine préventive, l'hygiène dans les ateliers ne relevant pas encore du service médical.

Cette organisation des services médicaux dans les entreprises est assez mal accueillie par le milieu ouvrier qui se méfie des initiatives

► Louis Villerme. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine, de soie*. 1840.

prises par le patronat, craignant la sélection de la main-d'œuvre par le médecin.

Ce n'est qu'au cours de la guerre 1914/1918 qu'apparaît la première instruction officielle sur le médecin dans l'entreprise, il s'agit de l'inspection médicale des usines d'armement. Un médecin est installé temporairement dans chaque établissement, travaillant en liaison étroite avec les techniciens, il entreprend des études parallèles du personnel, du matériel et de l'hygiène des ateliers.

Généralisation de la législation du travail

En 1906, le ministère du Travail est créé. Le Code du travail créé par la loi du 26 novembre 1912 fixe pour la première fois les principes généraux de salubrité des locaux et de protection des travailleurs. Il prévoit la déclaration de tout accident de travail et de toute maladie professionnelle ainsi que les mesures d'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité.

Des décrets généraux concernant tous les locaux de travail sont pris en 1913 (nettoyage des locaux, cubage d'air, éclairage, chauffage, etc.) ainsi que des décrets sur des dispositions relatives à des travaux « à risques » (l'intoxication saturnine, l'infection charbonneuse, etc.). C'est le 1^{er} octobre 1913 qu'un décret rend obligatoire la réparation des maladies professionnelles.

En 1934 est rendu obligatoire le contrôle médical de certaines catégories de travailleurs en situation de risque particulier, à l'embauche et périodiquement, protection spéciale qui va s'étendre progressivement à un grand nombre de salariés.

En 1937 a été créée l'inspection médicale du travail, alors que depuis 1936 l'inspection du travail jusque-là chargée de l'application des textes commence à intervenir comme médiateur dans les conflits.

Une nouvelle conception de la médecine du travail

Après la guerre de 1914/1918, l'importance du rôle du médecin dans l'industrie est soulignée. La préoccupation première est la main-d'œuvre. Diminuée dans sa quantité, il faut l'utiliser de la meilleure façon possible, c'est l'utilisation « physiologique » de l'ouvrier qui est préconisée. Les machines ne sont plus

◀ « Il faut placer le moteur humain dans les meilleures conditions de rendement possible » Docteurs Leclercq et Mazel *La main-d'œuvre nationale après la guerre* (Paris : Larousse, 1916, p. 70).

L'unique préoccupation des employeurs, le facteur humain est plus important, parce que plus fragile. Il devient indispensable de créer une science de la pathologie professionnelle et de la physiologie du travail. Peu à peu, les écrits médicaux insistent sur une médecine du travail préventive, associant visite d'embauche, visite d'aptitude, visite de détection de maladie professionnelle, mais pour mener à bien cette tâche, le médecin doit connaître le travail effectué dans l'entreprise, les conditions spéciales de ce travail et ses exigences, c'est pourquoi le médecin doit aller dans l'usine.

Une floraison d'écrits et de revues paraissent sur ce thème, ils constituent la doctrine de la médecine du travail dans les années 40. L'essentiel de celle-ci sera repris en 1946.

Des instituts français de médecine du travail sont créés. Ils vont avoir en charge la formation de ces médecins d'usines, la recherche scientifique, mais aussi un but social puisque la documentation, l'enseignement et la recherche seront à la disposition des travailleurs et des industriels. Un diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail est créé en 1933.

Les 21 et 23 juin 1930 se tient à Lille le premier congrès de langue française de médecine du travail et en 1937 les premières journées internationales de pathologie et d'organisation du travail organisées par Guy Hauser et sous le patronage de la Confédération générale du travail (CGT) et de la Confédération générale du patronat français (CGPF).

À la fin des années 30, la médecine du travail est née, une doctrine est élaborée, son enseignement est rendu possible et enfin, syndicats patronaux et ouvriers s'efforcent de démontrer aux employeurs et aux ouvriers les avantages d'un service médical à l'usine. Mais la médecine du travail n'est pas encore obligatoire, elle le deviendra sous le gouvernement de Vichy par la loi du 28 juillet 1942 reprenant une recommandation ministérielle du 1^{er} juin 1940 qui prévoyait l'organisation des services médicaux et sociaux du travail.

Une ordonnance du 22 février 1945 sur les comités d'entreprise stipule que le service médical est contrôlé par le comité d'entreprise.

Mise en place des structures de prévention

À la Libération, la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail constitue le texte de base de la médecine

Le premier institut français de médecine du travail est inauguré à Lyon en 1930

Les textes législatifs fondant la médecine du travail sont : la loi du 11 octobre 1946 et les décrets successifs du 26 novembre 1946, 27 novembre 1952, 13 juin 1966, 20 mai 1979, et 14 mai 1986 applicables à compter du 1^{er} janvier 1988.

La cotisation annuelle est en moyenne de 300 à 500 F par salarié

du travail, et reste valable de nos jours. Elle reprend l'esprit de la loi de 1942 promulguant l'obligation de la médecine du travail dans les entreprises. Elle attribue au médecin du travail un rôle exclusivement préventif.

Parallèlement, l'adoption de la loi des 11 et 30 octobre 1946 organisant la branche accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP) de la Sécurité sociale propose d'amorcer une véritable généralisation de la protection de la santé en milieu de travail.

En 1946, les trois institutions chargées de la santé au travail étaient en place : l'inspection du travail, chargée de faire appliquer la réglementation concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, la branche AT-MP de la Sécurité sociale, chargée de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et la médecine du travail chargée de la surveillance médicale des travailleurs, de la prévention dans les entreprises et de l'adaptation du travail à l'homme.

Le dispositif de prévention des risques professionnels

La médecine du travail

L'article 1 de la loi du 11 octobre 1946 définit la finalité de la médecine du travail, à savoir : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Organisation des services de médecine du travail

Suivant l'importance des entreprises, les services peuvent être autonomes, c'est-à-dire propres à une entreprise sous le contrôle du comité d'entreprise, ou interentreprises, communs à plusieurs entreprises. Ces services sont gérés par des associations loi de 1901, tenus par les employeurs et contrôlés par des commissions de contrôle composées de deux tiers de salariés, et d'un tiers d'employeurs.

Le service interentreprises offre ses services en échange d'une cotisation versée par les

employeurs. Actuellement, 80 % des entreprises sont suivies par des services de médecine du travail interentreprises.

Le temps alloué au médecin du travail pour assurer ses fonctions est d'une heure par mois pour 20 employés, pour 15 ouvriers ou pour 10 salariés exposés à des risques particuliers définis par arrêté.

Le contrôle administratif de ces services est assuré par le directeur régional du travail aidé par le médecin-inspecteur régional du travail, qui donne un agrément des services tous les cinq ans. Un rapport administratif et financier doit être établi par les services tous les ans.

Rôle du médecin du travail

Le médecin du travail est le conseiller, du point de vue de la santé, du chef d'entreprise, des partenaires sociaux de l'entreprise et des salariés.

L'activité du médecin du travail, médecin spécialiste, obligatoirement titulaire du CES ou DES de médecine du travail, se décompose en deux parties. L'une, dite *activité clinique*, pour les deux tiers de son temps, l'autre, dite *de tiers temps*, pour étudier les conditions de travail, d'hygiène, de sécurité dans les entreprises.

Activité clinique

Elle est constituée de visites médicales obligatoires pour le salarié. Ces visites sont :

- les visites d'embauche,
- les visites systématiques (annuelles ou bisannuelles suivant les risques auxquels sont exposés les salariés),
- les visites de reprise du travail après une absence de plus de huit jours suite à un accident du travail, une maladie professionnelle, ou un arrêt maladie de plus de trois semaines,
- les visites à l'initiative du salarié travaillant,
- les visites de pré-reprise également à l'initiative du salarié lors d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, la reprise du travail à son ancien poste devenant aléatoire. Cette visite de pré-reprise malheureusement pas assez utilisée devrait permettre de préparer la reprise du travail de ces salariés.

L'ensemble des visites obligatoires a pour conséquence un acte juridique, *l'avis d'aptitude*, qui seul permettra au salarié de poursuivre son travail. Il est donc fondamental puisque pouvant avoir des conséquences importantes sur son emploi. Cet avis certifie que la poursuite de son travail par le salarié n'est dangereuse ni pour lui-même ou ni pour les autres.

Principes de base

de la médecine du travail

- Généralisation de la médecine du travail à la plus grande partie des entreprises, certains secteurs professionnels étant dotés d'un régime spécial (agriculture, mines et carrières, transport, fonction publique d'État, territoriale et hospitalière).
- Caractère obligatoire de l'organisation de la médecine du travail, et mise à la charge des employeurs de sa gestion et des frais afférents.
- Orientation exclusivement préventive de l'action médicale en médecine du travail.
- Spécialisation des médecins du travail assortie d'une formation adaptée.
- Indépendance technique et respect de la déontologie médicale (en particulier respect du secret médical).
- Contrôle des services par les représentants salariés des entreprises.

Article L. 241.10.1
du Code du travail

Article L. 122.45
du Code du travail

Le législateur a prévu l'obligation pour le médecin du travail de proposer, en cas de problème au maintien à un poste de travail d'un salarié, de faire des propositions d'aménagement, de modification de poste ou d'horaires, ou de proposer des mutations à d'autres postes dans l'entreprise. L'employeur est tenu de prendre en considération les propositions du médecin du travail. Une voie de recours a été prévue par le législateur en cas de contestation par le salarié ou l'employeur de l'avis d'aptitude ou d'inaptitude, auprès de l'inspecteur du travail.

Cet avis est aussi le garant – cela a été confirmé par la loi sur la non-discrimination – que nul autre que le médecin du travail n'est habilité dans l'entreprise, à aborder avec les salariés les problèmes de santé individuels.

Ces visites centrées sur l'activité professionnelle permettent la surveillance de l'adaptation de l'homme à son travail et le dépistage aussi précoce que possible d'états pathologiques dus au travail et à l'exposition à certains risques.

Elles devraient permettre un développement des connaissances des pathologies professionnelles. Lors de ces examens systématiques sont souvent diagnostiquées par le médecin du travail, des pathologies non-liées au travail pour lesquelles une orientation vers le médecin traitant est fréquemment préconisée.

Le médecin du travail est habilité à demander des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail, au dépistage de maladie professionnelle et de maladie contagieuse.

Activité de tiers-temps

Le médecin du travail est astreint à passer le tiers de son temps dans l'entreprise à étudier l'hygiène, la sécurité, l'organisation du travail, à répertorier les expositions, à définir les risques, à analyser les postes de travail. Tour à tour toxicologue, hygiéniste, ergonomiste, il doit être à même de repérer l'ensemble des facteurs pouvant avoir un effet néfaste sur la santé des salariés. Sa surveillance clinique n'a de sens que si elle est basée sur la connaissance des risques qui existent dans l'entreprise. Pour ce faire le médecin a droit d'accès à tous les lieux de l'entreprise, d'information sur tous les produits et techniques de production utilisés, ainsi que sur toutes modifications pouvant intervenir dans le processus de production et cela suffisamment tôt pour pouvoir faire ses observations. Le médecin du travail est astreint au secret de fabrication comme au secret médical. Il a la possibilité de demander toutes les mesures et examens complémentaires nécessaires à la connaissance du milieu du travail.

Dans le cadre de ce tiers-temps et de la connaissance de l'entreprise qu'il acquiert, il doit faire et réactualiser régulièrement une fiche d'entreprise qui doit être présentée au comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, instance dont il est membre de droit.

Tous les ans, le médecin du travail est tenu de présenter devant le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, un plan d'activité où il précise, d'une année sur l'autre, les points concernant la santé au travail qu'il compte étudier en particulier.

Par l'intermédiaire de ce plan, mais aussi plus directement depuis 1986, le Code du travail incite les médecins du travail à participer à des études et recherches en ergonomie, épidémiologie, toxicologie, etc.

Tous les ans, le médecin du travail établit un rapport technique qu'il présente devant le comité d'entreprise dans le cas du service autonome, ou la commission de contrôle, si c'est un service interentreprises.

Dans les entreprises industrielles de plus de 200 salariés, et tertiaires de plus de 500 salariés, le médecin du travail est aidé dans l'ensemble

Médecins du travail *en chiffres*

En 1993, **6 255** médecins du travail dont 2 779 à temps plein ont surveillé 12 480 426 salariés du régime général couvert par la médecine du travail, en collaboration avec près de 9 000 personnels paramédicaux (infirmières, auxiliaires médicaux et autres personnels de prévention).

Coût de la
médecine du travail
4
milliards de francs

Coût de la
branche
accident du travail-
maladie profession-
nelle de la
Sécurité sociale
40
milliards de francs

Budget de la
Sécurité sociale
400
milliards de francs

de ses fonctions par des infirmières du travail. Dans les services interentreprises, il doit être secondé par une secrétaire.

Le médecin du travail est un salarié protégé, c'est-à-dire qu'il ne peut être licencié sans qu'il y ait accord du comité d'entreprise pour les services autonomes, ou les commissions de contrôle pour les services interentreprises. Ceci lui donne une garantie d'indépendance, tant vis-à-vis des employeurs que des salariés. De plus, il est totalement responsable et indépendant techniquement de ses employeurs, seul le médecin-inspecteur régional du travail peut exercer un contrôle technique de son activité.

La médecine du travail demain

Depuis peu se pose un problème de déficit en médecine du travail. Dans le cadre de l'harmonisation européenne, la spécialité en médecine du travail ne s'acquiert plus que par le passage par l'internat. Or, le nombre de places mises à disposition est loin de permettre de compenser le déficit de près de 400 médecins qui s'est creusé ces dernières années, il est d'ailleurs insuffisant pour couvrir le flux de médecins du travail partant en retraite. On assiste au paradoxe où l'État impose un certain nombre d'obligations aux entreprises mais ne forme pas suffisamment de professionnels pour assurer ces obligations.

Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Créés par un décret du 1^{er} août 1947, les comités d'hygiène et de sécurité (CHS) ont été jusqu'à une date récente, des organismes techniques consultatifs exerçant leur action sur les lieux de travail en vue d'améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité et de proposer toutes mesures visant à éviter les

accidents et les maladies professionnelles. Leurs compétences ont été élargies au cours des années 1970, avec le décret du 1^{er} avril 1974 qui précisait à la fois la composition du CHS et les missions qui lui étaient dévolues.

La loi du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a élargi encore les missions confiées à cette nouvelle institution représentative du personnel, obligatoire pour les entreprises de plus de 50 salariés. Elle a étendu la notion de risques professionnels en y incluant tout ce qui relève des conditions de travail.

À sa mission « originelle », contribuer à la protection et à la sécurité des salariés par l'analyse des risques professionnels encourus dans l'entreprise, s'est ajoutée une mission élargie à l'ensemble des conditions de travail. Le CHSCT a désormais compétence dans l'organisation matérielle du travail (charge de travail, rythme, pénibilité mais aussi élargissement et enrichissement des tâches), l'environnement physique (température, éclairage, aération, bruit, poussières, vibrations), l'aménagement des postes de travail (notamment au bénéfice des accidentés du travail et des handicapés), la durée et les horaires de travail (ceci en liaison avec le comité d'entreprise), l'aménagement du temps de travail.

Il est compétent dans le domaine de la protection et de la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires. Il réalise des contrôles et enquêtes à intervalles réguliers (au moins une inspection collective par trimestre), des locaux et des machines en service dans l'établissement.

Il est tenu d'enquêter à la suite de tout accident ayant entraîné ou pu entraîner des conséquences graves pour un salarié.

Il a aussi une fonction consultative. Il donne son avis sur le rapport annuel et le programme de prévention et d'amélioration des conditions de travail présenté au moins une fois par an par le chef d'établissement. Il peut proposer un ordre de priorité et l'adoption de mesures complémentaires dans le cadre de ce programme (art. R. 236.4 du Code du travail).

Enfin, il a un rôle important de sensibilisation des travailleurs à la sécurité. Il participe à la préparation des actions de formation à la sécurité qui consistent en une instruction des salariés aux précautions nécessaires à leur propre sécurité et à celle de leurs collègues.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

La CNAMTS est un établissement public géré par un conseil d'administration composé de membres désignés par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés.

En matière de prévention, elle a pour rôle de « promouvoir la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ». Elle émet un avis sur les projets de lois et de règlements élaborés dans les domaines de sa compétence. Elle assure la coordination entre les caisses régionales d'assurance maladie. Elle gère un Fonds national de prévention alimenté par un prélèvement d'environ 1,8 à 2,0 % des cotisations encaissées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pour l'élaboration de sa politique de prévention des risques professionnels et de la gestion du fonds de prévention, la CNAMTS est assistée par des organismes paritaires : la commission prévention et les centres techniques nationaux.

Le service de prévention des risques professionnels des caisses régionales d'assurance maladie

Organisme de droit privé, administré par un conseil d'administration composé de représentants des employeurs et des salariés, son rôle est de conseiller, contrôler et former les différents intervenants dans les entreprises.

Ce sont les ingénieurs-conseil et les contrôleurs de sécurité des services prévention des risques professionnels qui mettent en œuvre ces actions. Ils ont le droit de pénétrer dans tous

Utilisation des ressources du Fonds national de prévention

- Dotations aux caisses régionales d'assurance maladie pour leur action de prévention.
- Subventions à l'INRS.
- Subventions à différents organismes pour l'enseignement de la prévention et la formation à la sécurité.
- Avances et subventions aux entreprises pour faciliter le financement d'aménagements destinés à assurer une meilleure sécurité (cf. les « conventions d'objectifs » pour les entreprises de moins de 300 salariés).

les établissements assujettis au régime de la sécurité sociale, et de faire effectuer toutes les mesures, analyses et prélèvements d'atmosphère qu'ils jugent utiles.

Les caisses régionales de l'assurance maladie, qui jouent essentiellement un rôle de conseil, n'ont pas à faire référence à des textes réglementaires pour demander à un chef d'établissement de satisfaire à certaines mesures de sécurité. Elles peuvent l'inviter à prendre toutes mesures justifiées de prévention et disposent d'incitations financières négatives (majoration du taux de cotisation accident du travail-maladie professionnelle [AT-MP]) ou positives (minoration du taux de cotisation AT-MP, avances et subventions aux entreprises pour un investissement dans la prévention).

Les services de prévention des risques professionnels développent une importante politique de sensibilisation, d'information, et de formation auprès des acteurs de prévention (chef d'entreprise, CHSCT, salariés, animateurs de sécurité, médecins de travail...).

Seulement 10 % des entreprises fait l'objet d'une visite de la part des services de la Cram. En fait la Cram ne pénètre pas le tissu des petites entreprises.

L'Institut national de recherche et de sécurité

Cet institut a été constitué en 1968 par fusion, sous la forme d'une association à gestion paritaire, de l'Institut national de sécurité (fondé en 1947) centré sur l'information et la formation en matière de sécurité et du Cerpat (Centre de recherche installé à Vandœuvre-lès-Nancy).

Il bénéficie d'environ un tiers des crédits du Fonds national de prévention et emploie 600 personnes dont les activités se partagent entre études, recherches, assistance technique (il délivre les visas techniques des machines les plus dangereuses et contrôle la mise sur le marché de nouveaux produits chimiques), formation, information, documentation .

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

Créée en 1973, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) est un établissement public rattaché au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation

► Article L 422.4 du Code de la Sécurité sociale

◀ Le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels publie le *Bilan des conditions de travail* (rapport annuel)

► L'INRS publie trois revues : *Travail et sécurité*, *Documents pour le médecin du travail*, *Notes documentaires*

professionnelle. Elle est gérée paritairement par des représentants des organisations d'employeurs et des syndicats de salariés ainsi que des représentants de l'administration et des personnalités qualifiées.

L'Anact a trois missions principales : l'intervention de conseil en entreprise ; la production de méthodes novatrices pour le changement du travail ; l'information sur les expériences innovantes, les moyens mis en œuvre, les difficultés rencontrées.

L'Anact a une approche globale à partir de la réalité des situations de travail des salariés et des préoccupations des entreprises.

Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels

Composé de représentants des salariés et des employeurs, de personnes qualifiées et des représentants des administrations, c'est un organisme consultatif placé auprès du ministre du Travail qui lui propose toute mesure susceptible d'améliorer l'hygiène et la sécurité sur les lieux de travail, et de façon plus générale, les conditions de travail.

Il est consulté sur les projets de lois, de règlement, les orientations à donner aux organismes et institutions d'hygiène et de sécurité comme par exemple l'extension ou la modification des tableaux des maladies professionnelles. Il suscite et favorise toute initiative de nature à améliorer la prévention des risques professionnels.

L'inspection du travail

Les échelons régionaux et départementaux de l'inspection du travail ont en charge le contrôle et la coordination des sections d'inspection.

L'inspection du travail assure l'application effective au niveau de l'entreprise des différentes dispositions légales et réglementaires en matière d'hygiène et de santé. À ce jour, en France, 90 % des salariés sont employés dans des entreprises relevant du contrôle de l'inspection du travail. Les effectifs réels des services déconcentrés du travail et de l'emploi étaient de 7 748 personnes au 31 décembre 1992.

Rôle de l'inspection du travail

Les inspecteurs du travail veillent à l'appli-

tion des mesures concernant la prévention et les conditions du travail. Il faut noter que la situation actuelle de l'emploi les incite à intervenir davantage sur des problèmes d'emploi et de litige sur les contrats de travail.

Il est de plus en plus demandé à l'inspection du travail d'intervenir auprès des entreprises comme conseil ou négociateur. Malgré tout 921 856 infractions au Code du travail concernant l'hygiène et la sécurité ont été relevées en 1992, 284 921 entreprises ayant été visitées.

La loi du 6 décembre 1976, qui a élargi les pouvoirs des inspecteurs du travail prévoit qu'en cas de danger grave ou imminent, les inspecteurs du travail peuvent dresser immédiatement un procès-verbal. Elle prévoit également qu'ils peuvent intervenir dans le cas où le risque résulte non d'une infraction à une disposition réglementaire, mais de l'organisation générale du travail.

La loi du 31 décembre 1991 a introduit la possibilité pour l'inspecteur ou le contrôleur du travail de prescrire l'arrêt temporaire des travaux sur un chantier en cas de danger grave et imminent (sous certaines conditions).

L'inspection médicale du travail

Les directeurs régionaux du travail et de l'emploi sont assistés par des médecins inspecteurs, qui ont pour mission de veiller, en liaison avec l'inspecteur du travail, à l'application de la législation relative à l'hygiène et à la protection de la santé des travailleurs, et de contrôler le fonctionnement des services médicaux du travail.

Principaux moyens d'actions des inspecteurs du travail

- Libre-accès dans les établissements soumis à leur contrôle. Ils peuvent se faire accompagner des représentants du personnel lors des visites.
- Possibilité de demander, aux frais de l'employeur, toutes investigations utiles.
- Constatation des infractions à la législation, établissement d'observations et rédaction des procès-verbaux.

Les indicateurs

Les enquêtes

Si le ministère du Travail et le monde de la médecine du travail réalisent la plupart des enquêtes, d'autres formes d'indicateurs émergent tel le projet « paroles », recueil de témoignages, de monographies, sur la précarité par des médecins du travail...

Les enquêtes du ministère du Travail

Conditions de travail

Ces enquêtes directes auprès des salariés informent sur les risques et contraintes de travail perçus par les salariés. La dernière de ces enquêtes montre que la part des salariés concernés par les pénibilités, risques et nuisances, augmente fortement de mai 1984 à mai 1991. De plus en plus de salariés sont soumis à des délais, des consignes, des modes opératoires précis, 44 % d'entre eux déclarent que leur rythme de travail dépend de délais serrés. Ces traits caractérisent un travail de type industriel. Ces rythmes de travail, source de tension nerveuse, sont une contrainte fortement ressentie par les salariés, mais sa traduction diffère selon la place occupée dans la hiérarchie socio-professionnelle. Si dans l'ensemble le travail au sein du monde ouvrier est moins dur physiquement, le travail à la chaîne ne recule pas.

En fait en 1991, les salariés considèrent leurs conditions de travail comme moins supportables qu'elles ne l'étaient en 1978 et 1984. Le travail reste pénible dans le bâtiment et les travaux publics mais les risques et nuisances sont ressenties aussi dans les industries plus modernes et se propagent dans le tertiaire.

L'enquête sur la surveillance médicale des risques

L'enquête sur la surveillance médicale des risques (Sumer) a été réalisée en 1986-1987 par 600 médecins du travail ayant renseigné 50 000 questionnaires sur 6 mois. Une nouvelle enquête Sumer a démarré en 1994, plus de 1 200 médecins du travail devraient y participer et les premiers résultats devraient être diffusés en 1996. Cette enquête, renouvelée périodiquement, permettra d'avoir un indicateur de

l'évolution, des conditions du travail, des expositions aux nuisances et risques dans le monde du travail au fil du temps.

Pour l'année 1987, les salariés ont été exposés à au moins un risque, dans les proportions suivantes : 13 % pour les risques infectieux et parasitaires, 23 % pour les risques chimiques, 29 % pour les risques physiques et 41 % pour les risques autres parmi lesquels le travail sur écran et les horaires alternés.

D'autres indicateurs

Deux grandes enquêtes longitudinales lancées dans le monde de la médecine du travail permettent de mesurer l'impact du travail sur la santé telles l'enquête Estev sur vieillissement et travail, l'enquête Sted sur les relations entre l'état de santé des salariés et le travail en sous-traitance...

Les statistiques

La connaissance des accidents et maladies liés au travail

Le système d'information sur les atteintes à la santé dues au travail repose sur les statistiques nationales établies par la CNAMTS concernant les accidents du travail et maladies professionnelles reconnus et indemnisés.

Les accidents du travail

En 1992, pour les 15,5 millions de salariés du régime général de la Sécurité sociale, il y a eu 759 481 accidents du travail avec arrêt, dont 63 282 accidents ayant entraîné une incapacité partielle ou totale permanente, et 1 059 accidents mortels.

On assiste depuis 1987 à une augmentation régulière de la fréquence de ces accidents, suivant un rythme qui aura été deux fois plus rapide que celui de l'emploi (18,6 % contre 9,2 %). Seuls les chiffres de 1992 font apparaître un léger recul du nombre total des accidentés (moins 3,4 %) qui est plus important que le recul des effectifs salariés en 1992 (estimé à 0,8 %).

D'autres chiffres bruts montrent par ailleurs que l'accidentabilité n'est pas univoque selon le secteur professionnel, la taille de l'établissement, l'âge de la victime, sa qualification et son type de contrat de travail :

- certains secteurs professionnels sont plus

Précarité et santé

Effets et réglementation

- Depuis 20 ans, les entreprises ont de plus en plus recours aux contrats à durée déterminée et à l'intérim.
- Entre 1986 et 1991, le nombre d'intérimaires a triplé.
- 7 % des salariés ont un statut précaire.
- Ils sont victimes de 20 % des accidents du travail et de trajet.
- Le recours à la sous-traitance permet aux entreprises « donneuses d'ordre » d'extérioriser une partie des risques.
- En 1990, 20 000 salariés sont intervenus en sous-traitance dans les centrales nucléaires et ont reçu plus de 80 % des doses de rayons ionisants émises, part qui croît constamment depuis dix ans.
- La loi du 12 juillet 1990 qui vise « à favoriser la stabilité de l'emploi par l'adaptation du régime des contrats précaires » interdit l'emploi des intérimaires à certains travaux particulièrement dangereux, figurant sur une liste établie par arrêté. L'accent est mis sur la formation à la sécurité des titulaires de ces contrats.
- Le décret du 27 juin 1992 renforce la responsabilité légale des entreprises utilisatrices : le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est partagé entre l'entreprise d'accueil et l'établissement de travail temporaire.
- Le décret du 1^{er} février 1992, précise les obligations respectives de l'entreprise du travail temporaire et de l'entreprise utilisatrice relatives à l'examen médical d'aptitude surtout lorsque le salarié est affecté sur un poste à risque.
- Ces mesures ont contribué à une évolution des mentalités, notamment chez l'employeur désormais plus attentif à la sécurité des travailleurs précaires mais l'application ne se fait pas sans mal.

Les statistiques de la CNAMTS sont en fait des statistiques de réparation, elles ne reposent que sur ce qui est passé au travers du filtre de l'indemnisation.

touchés (bâtiment, industrie de la fonderie et du travail des métaux, bois et meuble) ;

- la taille des établissements intervient aussi. Les salariés travaillant dans les établissements de 10 à 49 salariés ont un indice relatif de taux d'accident de 127 alors qu'il est de 50 pour les établissements de plus de 500 salariés ;

- les ouvriers sont deux fois plus accidentés que l'ensemble des salariés, l'indice de taux d'accident est de 233 pour les ouvriers non-qualifiés, de 173 pour les ouvriers qualifiés, de 47 pour les employés, de 36 pour les professions intermédiaires et de 7 pour les cadres supérieurs ;

- les salariés à statut temporaire sont aussi beaucoup plus souvent accidentés. Leur indice

de taux d'accident est 3 fois plus élevé que celui des salariés ayant un contrat de travail à durée indéterminée. Par exemple, l'indice de taux d'accident des ouvriers intérimaires est de 610, alors qu'il est de 194 pour l'ensemble des ouvriers ;

- un accidenté sur quatre a moins de 25 ans, leur indice de taux d'accident est de 218, il est de 84 pour les autres ;

- l'ancienneté dans l'entreprise joue également un rôle puisque près d'un accidenté sur cinq a été embauché ou affecté au poste depuis moins de trois mois. L'absence d'information et l'insuffisance d'encadrement amplifient sans doute cet effet qui est aussi en partie lié à l'âge et au statut d'emploi.

Les maladies professionnelles

En 1991, le nombre de pathologies professionnelles indemnisées dans le cadre du régime général était de 5 080, soit une augmentation de 15 % par rapport à l'année précédente (4 417 en 1990).

Le nombre de décès entraînés par les maladies professionnelles a été de 164 en 1991, essentiellement dus à l'amiante (mésothéliome et cancer bronchique), au bois (cancer de l'ethmoïde), aux rayonnements ionisants, le benzène (hémopathie), à l'arsenic (sidérose et hépatite virale).

Du point de vue de la réparation, les affections les plus courantes sont les affections périarticulaires (1 342 cas), les affections dues au bruit (791 cas), à l'amiante (492 cas), au ciment (358 cas), les lésions eczématiformes de mécanisme allergique (305 cas), les pneumoconioses dues à la silice (302 cas). Ces affections représentent 61 % des maladies réparées en 1991.

Si l'analyse de ces statistiques de réparation de maladies professionnelles donne un reflet de la réalité du travail, celle-ci est relativement déformée. En effet, il y a une très grande sous-déclaration des maladies d'origine professionnelle.

Un système dominé par des logiques et pratiques restrictives

La réparation des maladies professionnelles représente pour la victime et sa famille une course d'obstacles semée d'embûches. Celles-ci sont liées tant à la conception même du système de réparation qu'aux pratiques des acteurs chargés de le faire fonctionner.

**Il est jeune.
Ouvrier intérimaire,
il travaille dans une
entreprise de moins de
50 salariés depuis
moins de trois mois...**

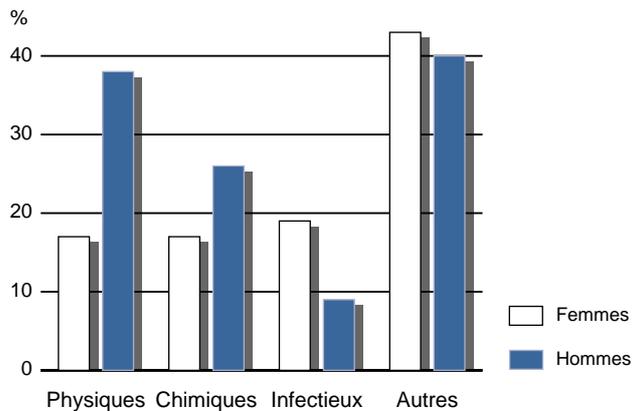
**Il a le plus de risque
d'avoir un
accident du travail**

Nombre de maladies qui ont donné lieu pour la première fois à un versement d'indemnité journalière et/ou d'une rente

- Le système des tableaux de maladie professionnelle est insuffisant et restrictif au regard des connaissances acquises par l'épidémiologie et la médecine concernant les effets du travail sur la santé. Il est inadapté à la réalité actuelle de nombreuses pathologies professionnelles (cancers, pathologies ostéo-articulaires, allergies, atteintes mentales, etc.) et à la mobilité croissante des salariés.

À l'origine, les tableaux ont été créés pour des maladies professionnelles apparaissant immédiatement après l'exposition à un agent causal spécifique du milieu de travail. Aujourd'hui, de nombreuses pathologies professionnelles sont plurifactorielles, avec des agents présents sur les lieux de travail et d'autres, non. Ces pathologies n'apparaissent qu'après un temps de latence qui peut être de plusieurs dizaines d'années. Dans l'intervalle, le salarié aura pu changer, à de nombreuses reprises, de poste de travail ce qui rend difficile

Exposition aux risques



Les différences entre sexes s'expliquent par les structures de l'emploi masculin et féminin. L'âge du salarié n'a pas d'influence particulière, les différences qui peuvent intervenir étant liées à la structure d'âge par catégorie socioprofessionnelle.

Il apparaît que la population des ouvriers, qualifiés ou non, est la plus exposée (35 % est exposé à un risque chimique et 52 % à au moins un risque physique, le bruit supérieur à 85 db pour 28 % d'entre eux). Les agents de service des collectivités et les professionnels de santé sont les plus exposés aux risques infectieux ou parasitaires (72 % et 66 %).

sinon impossible la mise en relation d'une pathologie et d'un travail et *a fortiori* d'en apporter la preuve.

Le cas des cancers professionnels est, à cet égard, très significatif : 15 tableaux reconnaissent actuellement des cancers comme maladies professionnelles indemnifiables, alors que la circulaire relative à la prévention des cancers d'origine professionnelle du 14 mars 1988 a établi une liste d'une centaine de substances et procédés cancérigènes devant faire l'objet de valeurs limitées d'exposition.

- Les pratiques des médecins et des caisses primaires d'assurance maladie apparaissent restrictives par rapport à la loi, souvent par absence d'information sur les risques professionnels pour les premiers ou en raison, pour les seconds, d'une crainte excessive de reconnaître des maladies non-liées au travail.

Les médecins déclarent peu ou pas du tout les maladies professionnelles. Ils n'identifient pas la pathologie comme telle ou délèguent la responsabilité de la déclaration aux seuls médecins du travail. Mais ces derniers sont eux-mêmes souvent réticents à établir un certificat de maladie professionnelle qui les mettra en position difficile... vis-à-vis de l'employeur et/ou du salarié (éventuellement contraint d'abandonner son métier par inaptitude médicale).

Deux exemples de cette sous-déclaration, les

cancers : 132 sont reconnus comme professionnels alors que les estimations sur le nombre de ceux-ci varient de 4 000 à 10 000 ; les asthmes professionnels : 206 reconnus en 1991 alors qu'ils sont estimés à environ 37 000.

De nouvelles pathologies

L'évolution de ces pathologies reconnues malgré tout peut donner une image de ce que l'on observe sur le terrain comme les troubles musculo-squelettiques. Recensés depuis peu, ces troubles musculo-squelettiques ont connu une véritable explosion, +160 % en trois ans, qui touche tous les pays industrialisés. Ils résultent de la combinaison de quatre facteurs : un mouvement répétitif, une force exagérée, un angle excessif et des cadences élevées. De nombreux cas sont recensés qui frappent, indifféremment dans l'industrie ou dans les services, dans l'agro-alimentaire, en câblerie, en montage, dans les saisies informatiques mais aussi parmi les caissières de supermarché et les journalistes.

La particularité de cette nouvelle pathologie est qu'elle concerne l'organisation du travail. De plus, la pression sur le personnel s'intensifiant avec la récession (en particulier l'augmentation des cadences), nombreux sont les salariés qui retardent le moment où ils révèlent leurs problèmes de peur de perdre leur travail, ce qui entraîne des conséquences graves sur le plan thérapeutique.

Ces problèmes d'organisation du travail, de pression, de travail en urgence, de récession ambiante entraînent aussi des pathologies dites de « stress », reflet d'un mal-être et pouvant aboutir à des décompensations psychiatriques, « burn out » et dépressions. L'ensemble de ces pathologies n'est pas reconnu comme « professionnel ».

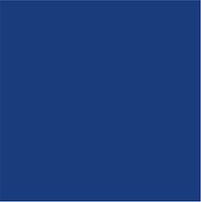
Dans ce cadre d'émergence de nouvelles pathologies, il faut aussi parler de l'arrivée sur le marché d'un grand nombre de nouvelles molécules chimiques qui entraînent à court terme une augmentation des pathologies allergiques d'apparition rapide à type de dermatose, d'asthme ou de rhinite. Mais on ignore les effets à long terme de ces produits au point de vue de la cancérogenèse ou de la mutagenèse. Par exemple, les 492 affections dues à l'amianté reconnues en 1991 correspondent à des expositions d'il y a 20 à 30 ans alors que, le risque étant méconnu, l'utilisation de l'amianté n'était pas contrôlée. ■

Comparaisons internationales

Les comparaisons internationales en matière de réparation des maladies professionnelles sont difficiles à établir compte tenu de la différence des législations et des pratiques en vigueur dans chaque pays. Cependant la comparaison entre la France et d'autres pays industrialisés à partir de données statistiques globales fait apparaître une situation peu favorable à la réparation dans notre pays.

En 1985, la France était parmi quatre pays de l'OCDE (France, RFA, USA, Suède) celui où l'on déclare et où l'on indemnise le moins de maladies professionnelles par million de salariés.

Au Québec, en 1990, pour 2 400 000 salariés, le nombre de maladies professionnelles indemnifiées était de 4 840, alors que la même année en France, pour 14 513 533 salariés (soit 6 fois plus), le nombre de maladies professionnelles indemnifiées était de 4 417.



Évolution du champ de la santé au travail

L'évolution de la médecine du travail depuis 1946 illustre l'évolution de la prise en compte de la problématique santé-travail tant dans les entreprises que dans la société. Elle est liée à la transformation des conditions de travail, à des connaissances scientifiques accrues grâce à l'épidémiologie, l'ergonomie et la psychodynamique du travail et à l'application récente des directives européennes relatives à l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail.

Depuis la création des services médicaux du travail en 1946, l'évolution du champ de la santé au travail en médecine du travail s'articule en quatre périodes.

1946-1960 : une approche individuelle

La médecine du travail va se développer dans l'immédiat après-guerre. C'est l'époque du *retrouvez vos manches !* Il s'agit d'accompagner la santé des travailleurs pour permettre la relance d'une économie dévastée, faire que chaque travailleur ne soit pas un danger pour son entourage (maladies infectieuses) et qu'il ne continue pas à être exposé à des nuisances professionnelles excessives.

C'est la période de la prévention médicale tertiaire, la vision de la prévention de la nation rejoint celle de l'entreprise ; en ce sens on peut parler d'une approche santé publique. Les facteurs de risques reconnus comme néfastes sont ceux qui entraînent des effets importants à court ou moyen terme. La bonne santé veut dire absence de maladie.

Versant professionnel, il s'agit de dépister les affections professionnelles très invalidantes

comme la silicose ou le saturnisme avéré. Versant santé publique, il s'agit de dépister la tuberculose (à cette époque, l'image de la médecine du travail était la radioscopie).

La médecine du travail s'exerce quasi exclusivement à travers des visites d'aptitude au cabinet médical, et son objet est de limiter les atteintes importantes à la santé, dans un environnement de travail plus ou moins hostile et pour lequel les possibilités d'amélioration en termes de prévention ne se dégagent que très progressivement.

1960-1975 : une prévention normative

Une fois l'économie redémarrée, va se développer progressivement un taylorisme flamboyant dans l'industrie. C'est dans celle-ci que paraissent être localisés les principaux problèmes de santé au travail. La conception des postes, des espaces et des lieux de travail se réfère à cette idéologie. La conception de l'homme moyen à la base de la normalisation en est issue. La référence préventive sur les lieux de travail est alors l'ingénieur de sécurité hygiéniste. Les conditions de travail nuisibles

pour la santé sont les facteurs de risque mesurables pour lesquels la normalisation semble un bon outil de prévention. Cette approche s'est développée parallèlement à celle employée pour les matériels techniques dans la prévention des accidents du travail. Les facteurs de risques physiques se prêtent bien à un mode de prévention fondé sur la mesure : éclairage, bruit, vibrations, charges, rayonnements etc. pour lesquels seront progressivement édictées des références tendant à limiter les nuisances engendrées. L'approche par facteurs de risque devient progressivement toute puissante, ceux-ci étant envisagés indépendamment les uns des autres. Si la normalisation et les moyens de l'entreprise le permettent, sera développée la prévention collective qui est ici plutôt du domaine de l'ingénieur de sécurité.

Le médecin du travail excellera du côté de la prévention individuelle par le développement de l'éducation sanitaire, et particulièrement par celui du port de protections individuelles contre les nuisances. L'aspect contraignant de ces dernières n'est généralement pas mis en rapport par le médecin du travail avec l'astreinte qu'elles entraînent, car il s'agit de protéger le salarié à tout prix. Il s'agit bien d'une démarche de prévention prescriptive.

En parallèle d'une approche préventive normalisée sur les lieux de travail, se développe dans un certain nombre de cabinets médicaux, une approche par profil d'aptitude, tel type de poste correspondant à tel profil d'individu. Dans ce système, l'aptitude médicale se transforme de fait en un système de sélection des salariés particulièrement « adaptés » à un ou plusieurs types de contrainte.

Ici, la conception du travail qui fait référence est un mal subi nécessaire devant lequel les hommes sont plus ou moins impuissants. La santé au travail n'est plus seulement l'absence de maladies professionnelles invalidantes, mais elle inclut progressivement la prévention des affections chroniques. La pratique médicale passe de la prévention tertiaire à la prévention secondaire à travers le dépistage plus ou moins précoce de processus morbides dans ce travail. Pour cette prévention secondaire, on commence à employer des moyens techniques nouveaux : audiométries, spirométries.

La prévention se construit dans l'entreprise en référence au normalisé et au réglementé. La circulation des informations concernant les risques du travail s'organise progressivement

dans l'entreprise : éléments du bilan social, du rapport annuel du médecin du travail, déclarations obligatoires des risques susceptibles d'entraîner des maladies professionnelles à la CPAM. Le cœur de la dynamique préventive en matière de santé au travail est ainsi situé à l'intérieur de l'entreprise, conçue comme une entité juridique privée, autonome, et isolée, couverte par le secret en tout ce qui la concerne, ce qui est à la base de la sortie du champ santé-travail de la santé publique. Cela a des répercussions négatives sur la recherche en matière de santé au travail, mais ne semble pas poser de problèmes dans le champ social, puisque le moteur des transformations positives en matière de conditions de travail est bien souvent en rapport avec les luttes sociales dont la réglementation capitalise les avancées.

1975-1985 : la faillite du modèle de l'homme issu du taylorisme comme opérateur de prévention

Les années 70 ont vu une forte remise en cause du système d'organisation du travail taylorien. Les ouvriers spécialisés remettent brutalement en cause leur statut et la santé qui en découle. Ainsi, on peut être en mauvaise santé et exclus de certains postes de production parce qu'on est trop vieux à trente ans du fait des exigences de la tâche ! La délivrance d'aptitude médicale au travail peut alors être ambivalente. Certains médecins se trouvent devant le dilemme de respecter ou le droit au travail, ou le droit à la santé.

Les apports de l'école d'ergonomie de langue française représentée par A. Wisner, vont avoir un poids déterminant dans le renouvellement de l'appréhension des questions santé-travail. Ils vont montrer la distinction fondamentale entre travail prescrit par les concepteurs, et travail réel où les opérateurs engagent et construisent leurs savoir-faire. Même dans les tâches les plus déqualifiées et taylorisées, il y a des activités de conception invisibles. C'est un autre regard sur le travail qui se construit. La nécessité apparaît alors de prendre en compte « l'activité » de travail des opérateurs dans tout projet de transformation des conditions de travail pour ne pas accroître le poids des contraintes et appuyer les propositions de transformation sur une réalité tangible. La problématique de l'analyse de la « demande » de

Ergonomie

L'ergonomie a connu un fort développement à partir du début des années 50. D'abord orientée dans les grandes industries vers l'amélioration du produit, elle a été peu à peu investie par la question de l'amélioration des conditions de travail, « pour adapter le travail à l'homme ».

C'est surtout au cours des années 70 que l'ergonomie est sortie des laboratoires pour aborder la réalité des « terrains », et qu'elle a construit une nouvelle description du travail. En s'appuyant sur la mise en évidence d'un écart irréductible entre la tâche prescrite (ce que l'on a à faire en appliquant des modes opératoires prédéfinis), et l'activité (comment on fait réellement pour parvenir à réaliser sa tâche), cette discipline a implicitement façonné un modèle de l'homme au travail qui s'est peu à peu écarté de ceux qui prévalaient auparavant :

- du côté de la médecine du travail, en opposant à l'alternative d'un homme sain ou malade, un homme agissant et cherchant à réguler ses efforts ;
- du côté de l'organisation du travail, en opposant au modèle taylorien d'un homme exécutant des consignes face à un système technique stable, un homme confronté à des variabilités internes et externes et dont la capacité d'invention est précieuse pour le travail au lieu de lui être dommageable. Sollicitée alors essentiellement pour l'amélioration des conditions de travail en vue de protéger la santé de l'homme et (ce faisant) d'améliorer aussi la production, l'ergonomie a produit des connaissances sur cette activité particulière qu'est le travail, sur la santé au travail, et enfin sur la méthodologie de mise en visibilité du travail.

En effet, le point de vue selon lequel l'homme n'est pas un simple exécutant de ce qui lui est prescrit, et qu'il gère des enjeux pour sa santé, a le mérite de réconcilier dans un modèle volontairement global de l'activité « la tête » et « le corps » de l'homme au travail.

Alors l'observation est une voie d'accès privilégiée de l'activité réelle, mais la part mentale de cette activité demeure inobservable, et accessible uniquement par des entretiens menés à partir des observations. Le travailleur est devenu l'interlocuteur

incontournable pour accéder à la réalité de son travail et à la manière dont il s'y prend pour le réaliser. Mais un tel dialogue se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord, le travailleur ne sait pas nécessairement dire ce qu'il sait faire. C'est même pour lui un exercice surprenant : ordinairement, on lui demande plutôt de se taire et les mots ne lui sont pas disponibles à brûle-pourpoint pour énoncer sa gestuelle, ses raisonnements, et par quel type d'attention il maîtrise son activité... De plus, c'est pour lui un exercice dangereux, qui revient à « avouer » qu'il opère autrement, qu'il s'écarte de la marche à suivre.

Si l'ergonomie a profondément modifié la représentation de l'homme au travail, sa mise en œuvre pose quelques questions et demande des garanties : quel usage est-il prévu de la mise en visibilité de l'activité ? Le soutien de l'inventivité nécessaire du travailleur ou la révélation de sa « désobéissance » ? Un assouplissement de ses marges de manœuvre ou une reconstruction plus rigide de la prescription ? Une meilleure prise en compte de la santé au travail, ou une intégration de ses trouvailles au seul bénéfice de la productivité ?

Pendant longtemps la demande d'intervention en ergonomie a été portée par les syndicats en vue de l'amélioration des conditions du travail. Mais l'augmentation massive du nombre de chômeurs est parvenu à poser comme indécente toute revendication sur les conditions de travail de ceux qui ont « la chance » d'en avoir un. Pourtant, les enquêtes les plus officielles révèlent que les nuisances ne disparaissent pas, ou pas autant qu'on est en droit de le souhaiter. L'intensité du travail, son amplitude temporelle, et la protection sociale au travers des statuts ne cessent d'empirer. Parallèlement, l'inégalité de l'espérance de vie à la naissance ne cesse de se creuser entre les plus favorisés et les plus mal traités par le travail...

Mais, de plus en plus, les demandes visent la conception, et non plus comme auparavant la correction des situations. Or, c'est par les directions d'entreprise que sont posées ces demandes que l'ergonomie reçoit en terme de conduite de projet. Le

développement des connaissances se fait peu à peu sur des questions formulées par l'ingénierie, plutôt que par les représentants des travailleurs. Il s'en suit parfois un nouveau morcellement dans ce que le concept d'activité avait conquis : dès lors que l'homme est à l'abri des efforts physiques que le travail réclamait de lui, c'est un peu comme si son corps n'était plus mobilisé par le travail. Désormais, il ne s'agit plus que d'assurer le confort d'un corps au repos, présent mais quasiment passif, en quelque sorte extrait de l'activité. De même que l'activité physique n'était guère nourrie par la réflexion, la réflexion ne serait guère nourrie par le corps : le modèle de l'homme issu des sciences cognitives est à nouveau réductionniste, il est « mentalisé ».

Est-ce la mise en perspective de la gravité de la réalité et de la précarisation massive au travail, telles qu'elles nous sont décrites par exemple par les médecins du travail, qui explique l'embarras vis-à-vis d'une prise en compte de la subjectivité des travailleurs ? Du côté de l'ergonomie, sous l'emprise des modèles cognitivistes, elle est soit niée, soit jugée irrecevable en situation de travail : siège du déraisonnable, facteur d'incertitude encombrante, tremplin des transgressions à la norme organisationnelle. Elle figure par excellence dans le registre de ce qu'on a souvent prié les travailleurs de « laisser au vestiaire », c'est-à-dire dans le registre des manifestations vivantes que le travail récuse d'avoir à gérer, en ce qu'elles seraient presque, par nature, hostiles au travail. C'est probablement pourquoi l'inter-subjectivité des opérateurs en équipe est *a fortiori* soit évacuée, soit suspecte et combattue.

Là se trouve en tout cas une manifestation des limites de l'ergonomie, limites en termes de « nécessité de preuves ». Au nom de quoi pourtant craindre d'entendre ce que les travailleurs ressentent dans leur travail ? La question ne peut pas être qu'ils se trompent de ressentir ce qu'aucun fait ne semble corroborer, ou ce qu'aucune mesure ne peut jauger, la question est que le fait qu'ils ressentent ce qu'ils ressentent est un fait. ■

transformation des conditions de travail modélisées par les ergonomes aura une influence déterminante par rapport à l'approche normalisatrice de la prévention. C'est à la prise en compte des problèmes d'enchevêtrement des contraintes de travail et à l'identification des questions d'organisation du travail sous-jacentes que vont s'atteler certains médecins du travail, qui commencent alors à sortir de l'approche prescriptive.

Parallèlement, les comités d'hygiène et de sécurité voient s'adjoindre à leurs prérogatives le champ des conditions de travail dans la dynamique des lois Auroux en 1982. Ce qui donne un cadre paritaire à l'appréhension des rapports santé-conditions de travail.

Du point de vue de la clinique médicale, la description de leurs conditions réelles de travail effectuées par les opérateurs à l'occasion des entretiens cliniques systématiques apparaît comme essentielle pour pouvoir hiérarchiser les déterminants de santé qui pèsent sur eux. Cette démarche n'est pas sans répercussion sur la façon d'aborder les problèmes de toxicologie (ergotoxicologie), et sur le regard porté sur les protections individuelles du point de vue de leurs astreintes pour les travailleurs. C'est d'ailleurs parce que le suivi clinique est systématique et que la prise en compte des problèmes de santé est globale, au sens de non-limitée aux pathologies avérées et connues, mais abordant l'infirmité et investigant les contraintes organisationnelles qui peuvent être une entrave à la santé, que la clinique médicale du travail est déjà repérée par certains comme pouvant jouer un rôle essentiel en prévention primaire.

À côté de ce nouveau champ encore balbutiant, les progrès des connaissances interpellent les pratiques des médecins du travail. Y contribue un développement de l'épidémiologie des risques professionnels. Le modèle unicausal prend eau, et c'est une conception polyfactorielle de la genèse des atteintes à la santé au travail qui semble généralement pertinente. Ce point de vue fait découvrir le rôle des mauvaises conditions de travail dans des pathologies pour lesquelles on n'envisageait pas leur responsabilité : il en est ainsi des pathologies d'hypersollicitation articulaire (les TMS), des cancers professionnels, des troubles de la reproduction. La notion de santé de l'OMS, comme état de complet bien-être physique, psychique et social, supplante pro-

gressivement celle d'absence de maladie, de silence des organes. Mais les nouvelles technologies, les nouvelles formes d'organisation du travail, le développement de la taylorisation dans de nouveaux secteurs, le début des restructurations des entreprises sous la poussée de la crise économique ne sont pas sans répercussion sur les dynamiques de prévention internes aux entreprises.

Depuis 1985 : santé publique et travail

Au début de cette période la crise économique a pris une importance considérable. Pour être viables, les entreprises se devaient d'être flexibles. Ceci a entraîné de très fortes modifications dans l'organisation du travail, dans les entreprises vis-à-vis de leurs salariés, mais aussi dans la structure des entreprises elles-mêmes.

Apparaissent la polyvalence, les horaires anormaux, atypiques, de très fortes amplitudes horaires. Pour un travail parfois de plus en plus court, c'est une fraction de la vie personnelle de plus en plus importante qui est assujettie. C'est le règne en maître de « l'urgence productive », on voit se distinguer deux populations : celle qui est surchargée de travail et celle, exclue de tout travail. En parallèle, on assiste à une intensification du travail avec les systèmes d'organisation dit à *flux tendu* qui laissent de moins en moins la possibilité aux salariés de gérer, même si c'est *a minima*, leur temps, l'absence de stock tampon supprimant toute possibilité de souplesse dans la production.

Si le taylorisme n'est pas mort et envahit de nouveaux secteurs comme le tertiaire (en témoigne le développement des troubles musculo-squelettiques), se développe une autre conception de l'organisation du travail, « l'autonomie contrôlée », où seul le résultat est prescrit. Le salarié se prescrivant ses propres contraintes dans le cadre de marges de manœuvre souvent aussi rigides que des rails de chemin de fer condamnés à ne jamais diverger de la direction assignée.

Le recours de plus en plus important à la sous-traitance est un exemple de cette délégation de contrainte. Si elle concernait, au début, les travaux qui n'étaient pas du « métier » de l'entreprise tel le gardiennage ou le nettoyage, très vite ont été sous-traités les travaux à risques et actuellement l'on assiste à la sous-traitance du travail concret lui-même, l'entreprise se

Psychodynamique du travail

La psychopathologie du travail, dénommée récemment plus largement : psychodynamique du travail se construit depuis les années 70 à l'initiative de Ch. Dejours. Elle se définit comme l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail. Dans cette perspective, le modèle de l'homme est celui de la théorie du sujet : sujet d'une histoire singulière, porteur d'espoirs, de désirs.

L'approche psychodynamique a pour objet la mobilisation de l'intelligence et de la personnalité des agents ; celles-ci concourent à surmonter ce que la réalité leur oppose en terme d'aléas et de contradiction au sein de leur travail. En d'autres termes, le travail est « ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation théorique du travail », tout ce que les hommes et les femmes s'ingénient à inventer pour trouver les meilleurs compromis entre ce qu'il doivent faire, ce qui leur est possible de faire, et ce qu'ils souhaiteraient faire, compte tenu de ce qu'ils pensent être le juste ou le bien.

Il n'est pas question ici de reprendre les travaux qui ont été publiés pendant ces vingt dernières années en psychopathologie du travail. Ils étaient consacrés à l'analyse des conduites insolites, paradoxales, voire dangereuses, des opérateurs confrontés aux situations de travail impliquant des risques pour la sécurité ou la sûreté.

On peut montrer que, presque toujours, ces conduites sont le résultat de stratégies subtiles et délicates élaborées par les travailleurs. Ces stratégies collectivement construites ont une vocation défensive contre la souffrance et la peur au travail. Elles sont nécessaires à ces travailleurs pour continuer à faire face à la souffrance qu'implique le rapport au risque. Contrairement à ce qu'affirment de nombreuses publications, il n'est pas vrai que les opérateurs soient trop sûrs d'eux-mêmes. Les enquêtes de psychodynamique du travail montrent qu'à l'inverse, dans toutes les situations à risques, les ouvriers et techniciens éprouvent une inquiétude chronique. Ni intrépides, ni téméraires, ils craignent le plus souvent de ne pas être capables de maîtriser la situation si le

process venait à passer en situation dégradée. Aussi pour eux l'inquiétude, voire la peur, font-elles partie du travail.

C'est donc pour lutter contre cette peur que les travailleurs construisent des stratégies collectives de défense, impliquant souvent d'afficher des attitudes de dérision, d'insolence voire de défi aux risques, et qui renversent symboliquement leur position subjective par rapport à ces risques : de victimes potentielles, passivement exposées à un risque non-contrôlé, ils deviennent acteurs volontaires d'une pantomime dont ils maîtrisent, cette fois, le scénario. Grâce à ces stratagèmes, d'ailleurs coûteux psychologiquement, ils parviennent à s'affranchir de la perception constante et douloureuse du risque et de l'incertitude. C'est à ce prix qu'ils peuvent continuer à travailler. Sous la loupe clinique, il s'avère d'autre part que l'organisation du travail est en fait un compromis issu de négociations ininterrompues entre « exécutants » et encadrement. C'est ce qui fait dire que l'organisation du travail évolue au rythme des rapports sociaux de travail.

Aujourd'hui, le décalage entre technique et pratique est d'autant moins reconnu que certaines entreprises privilégient dans la formation et le recrutement des compétences en matière de gestion et de *management* à des compétences de métier, d'expérience et de savoir-faire professionnel. Si donc l'essentiel des agents est requis pour des tâches de management et de gestion, qui va faire « le travail » proprement dit ? La psychodynamique du travail observe qu'un véritable processus d'euphémisation du travail est en train de se mettre en place. Les directives économiques encouragent à le sous-traiter, c'est-à-dire à l'extraire de l'expérience des entreprises donneuses d'ordres ; et les directives managériales encouragent à reconstruire la mobilisation et la collaboration du personnel sur des bases psychoaffectives, c'est-à-dire à côté du travail.

Pourtant la santé est enracinée dans le rapport au travail. À partir du travail, elle se construit dans l'investissement de l'intérêt qu'il offre, ou elle se terre défensivement dans l'opposition aux risques qu'il impose.

Avec l'euphémisation du travail, la base même de cette alternative est en train de voler en éclats, et ce vide (de sens) associé au trop plein (de travail), et à l'obligation de modes artificiels de mobilisation, menace très dangereusement la santé des personnes dans le travail, et hors travail, en termes de violence sociale. La violence des rapports sociaux de travail qui excluent de plus en plus l'authenticité des relations, ouvre en effet à la violence des rapports sociaux dans leur ensemble : dans la famille, dans la cité, dans l'exercice de la citoyenneté ordinaire.

Si la souffrance n'apparaît pas de façon aussi spectaculaire qu'on pourrait s'y attendre de prime abord, c'est que chacun s'emploie à tout faire pour parvenir à la contenir. En conséquence, le vécu au travail, pour ce qu'il recèle de la souffrance, ne saurait être un objet de recherche comme un autre. Chaque fois que nous sollicitons les autres pour parler de leur vécu, nous ne pouvons ignorer les effets en retour de cette parole sur leur économie psychique.

C'est pourquoi la psychodynamique du travail a construit une méthodologie rigoureuse qui examine les conditions de faisabilité d'une enquête. Cette démarche n'est jugée légitime que si les travailleurs, de quelque niveau hiérarchique que ce soit, la sollicitent pour élucider leur propre souffrance au travail, en toute indépendance d'intermédiaires, d'observateurs, ou de représentants mandatés. Les chercheurs se refusent clairement à porter, à l'issue de l'enquête, les enjeux de transformation du travail que l'élucidation de la souffrance a pu révéler. Mais, il est de leur responsabilité de ne pas déborder, au nom de connaissances ou de « vérités », le seuil d'intelligibilité des situations que les travailleurs ne cessent de positionner eux-mêmes au fil de l'enquête.

Cette méthodologie, encore « étrange » dans le champ des sciences du travail, apparaît pourtant la seule garantissant à la fois l'autonomie des travailleurs et celle des chercheurs, dans la collaboration temporaire qu'ils contractent sous forme d'une enquête. ■

transformant uniquement en gestionnaire de délégation d'ordre.

Flexibilité veut dire aussi développement des diverses variétés d'emplois atypiques qu'il faudrait maintenant présenter comme la nouvelle norme. Sur l'envers du travail, où sont concentrés contraintes, risques et précarités disparaissent les possibilités d'améliorer la santé au travail.

De fait, les populations les plus touchées par les contraintes d'organisation du travail sortent des lieux où pouvait se développer encore une dynamique de transformation des conditions de travail favorables à leur santé. Ce mouvement d'éclatement, d'atomisation des collectifs de travail est celui de l'effondrement du droit du travail dont le socle reposait sur l'emploi stable, et ceci malgré le développement en parallèle de multiples textes réglementaires concernant la prévention pour ces nouveaux types d'emplois, qui ne paraissent que comme des alibis, tant leur mise en œuvre est difficile, voire impossible.

Dans ces secteurs, l'aptitude médicale au travail a perdu toute signification, puisque la moindre restriction d'aptitude dans un objectif de sauvegarde de la santé risque d'entraîner la perte de l'emploi. Les questions posées pour la santé en rapport avec les effets négatifs de l'organisation du travail prennent ainsi plus d'acuité.

Or, depuis les années cinquante, un certain nombre de médecins confrontés aux effets du taylorisme sur la sphère mentale étaient à la recherche de maladies mentales professionnelles spécifiques (Le Guillant, Bégouin...). Cette recherche s'est progressivement trouvée dans une impasse jusqu'au renouvellement de ses perspectives au début des années 1980 par Ch. Dejours, qui s'intéresse alors à la souffrance psychique en rapport avec l'organisation du travail, et aux procédures défensives empêchant qu'une majorité d'agents ne bascule dans des maladies psychosomatiques ou des décompensations psychiatriques. L'impact de cette nouvelle approche de psychodynamique du travail sera progressivement déterminante en santé au travail et pour les pratiques des médecins du travail.

Du point de vue d'une démarche préventive interne à l'entreprise, l'apport de la psychodynamique du travail permet le développement d'une prévention compréhensive, montrant les limites et impasses d'une prévention pres-

criptive. Mais que faire de la parole du sujet souffrant dans des entreprises atomisées, étranglées économiquement, où les collectifs de travail disparaissent. À l'évidence, la clef d'une dynamique de prévention ne réside plus systématiquement dans l'entreprise.

Ce nouveau contexte va obliger les médecins du travail à coopérer par-delà leur responsabilité individuelle dans le suivi des agents. Cette coopération s'avère indispensable pour :

- construire les règles d'une nouvelle professionnalité du fait du changement complet du contexte dans lequel se posent maintenant les questions de santé au travail ;

- faire progresser les connaissances, comme par exemple avec le développement de nécessaires études épidémiologiques pour mieux appréhender les interrelations complexes entre la santé et le travail, comme la question du vieillissement et de l'usure professionnelle, comme l'élucidation des effets de la précarisation du travail sur la santé, comme celle des effets à long terme et des interactions entre nuisances différentes... ;

- témoigner dans l'espace public de l'évolution des questions de santé au travail et des problèmes que cela pose en termes de santé entendue comme la possibilité pour chaque sujet de tracer son propre chemin, d'être acteur de sa propre destinée, d'être enfin citoyen, terme pourtant trop souvent tabou dans les entreprises.

Aujourd'hui les éléments existent semble-t-il pour réhabiliter ou reconstruire une nouvelle approche de la santé publique en santé au travail tant il est vrai que de nombreuses questions de santé qui trouvent leur genèse dans l'entreprise y sont dans l'impasse. Cette nouvelle approche est d'autant plus nécessaire que les nouvelles questions posées par le développement de la précarisation au travail pour la santé sont généralement passées sous silence. Le travail est, croyons-nous, élément fondamental de construction de la santé de chacun, facteur d'insertion sociale, de construction identitaire, socle de la citoyenneté. Le paradoxe aujourd'hui des effets délétères de la précarisation du travail ne fera pas pour autant rejeter la question essentielle de la centralité du travail, débat essentiel en santé publique, et pratiquement absent. La visibilité des effets de la précarisation du travail sur la santé y est une question majeure ; elle concerne chercheurs et praticiens.

Voir le récent ouvrage
de témoignages de soixante
médecins du travail :
*Souffrances et précarités au
travail*, Syros 1994.

Évolution de la réglementation

La prévention a reposé pendant longtemps sur des mesures de sécurité « rapportées » (par exemple rajout des mesures de protection sur les machines). C'est en 1976 que le concept de sécurité intégrée a vu le jour, avec ses deux volets : dans la conception des machines (l'intégration technique) et dans l'organisation du travail (l'intégration organisationnelle).

Le concept d'intégration technique a été traité avec un certain succès (les machines sont, davantage qu'autrefois, conçues dès l'origine, pour fonctionner de façon sûre, et les produits chimiques sont mieux étiquetés), mais malheureusement le concept d'intégration organisationnelle est resté limité aux grands chantiers et à la sous-traitance. De même l'obligation de formation à la sécurité introduite dans le Code du travail a été un demi-échec car non-prévu dans les formations qualifiantes.

Dans ce contexte, les directives européennes permettent d'aborder les problèmes de santé et de sécurité au travail sous un jour nouveau.

Elles demandent aux chefs d'entreprise de faire une évaluation des risques dans leurs établissements et d'établir un plan de résorption de ceux-ci. Il ne s'agit pas seulement d'une nouvelle recette, mais d'une démarche tout à fait nouvelle en droit français qui pourrait avoir des conséquences dans le domaine pénal, car l'obligation de procéder à une estimation du risque relativise tout à la fois les obligations réglementaires et crée en même temps des obligations nouvelles.

Une conséquence prévisible de cette subjectivité nouvelle des règles de droit est de placer celles-ci dans le champ de la négociation : entre employeurs et représentants du personnel, entre les entreprises et l'administration. Puisque les règles de droit ne prétendent plus donner réponse à tout (on invoque l'état de la technique et les contraintes de production pour ne pas appliquer strictement l'obligation réglementaire et prévoir des mesures compensatoires) celles-ci perdent en grande partie leur caractère d'ordre public pour devenir des objectifs négociables. Les entreprises sont amenées à définir, au cas par cas, de nouveaux points de repères

Médecine du travail et Europe

Conception anglo-saxonne

La médecine du travail est envisagée comme un simple prolongement du service national de santé fortement développé. Le cadre réglementaire en est extrêmement réduit, imposant seulement que les conditions de travail ne nuisent pas à la santé, sans obligation de médecine du travail, d'examen médical ou d'infirmière du travail.

Il s'agit donc d'une obligation de résultats donnée par les textes réglementaires et non d'une obligation de moyens comme en France. La priorité est donnée à la prévention primaire tendant au risque zéro et disposant de moyens multidisciplinaires pour étudier les conditions de travail.

La fonction d'hygiène et de sécurité au travail est donc peu médicalisée, traitée sous l'angle pluridisciplinaire de l'hygiène industrielle.

Conception française

La conception française de médecine du travail repose en premier lieu sur la prévention secondaire. Elle est très médicalisée, dominée par l'idéologie médicale traditionnelle axée sur la réparation.

La médecine du travail en France est régie par une réglementation d'*obligation de moyens confiés* en totalité au médecin du travail, spécialiste, réalisant d'une part des examens systématiques réguliers de l'ensemble des personnels, d'autre part le tiers-temps visant à la prévention primaire.

Position européenne

Elle oscille entre ces deux pôles avec :

- La recommandation de la Commission du 20 juillet 1962 « relative à la médecine du travail dans l'entreprise », proche de la conception française.

- À partir de 1984, une évolution vers la conception de l'Organisation internationale du travail (démédicalisation des instruments normatifs et multidisciplinarité des services de santé au travail) et anglo-saxonne est très perceptible.

- L'avis d'initiative pris le 18 septembre 1984 par le Comité économique et social insiste sur la nécessité pour tous les travailleurs d'être couverts par les services de médecine du travail, mais aussi sur le fait que les examens médicaux ne doivent en aucun cas constituer la seule fonction de la médecine du travail, que les services de médecine du travail doivent avoir un caractère multidisciplinaire, le médecin du travail n'étant qu'un membre de cette équipe.

- Les trois programmes d'actions des communautés européennes de 1978, 1984, 1988, ainsi que les deux directives cadres de 1980 et 1989, sont en fait des prises de position sur la primauté de la prévention primaire à l'égard des risques du travail portant sur le milieu de travail, l'évaluation des risques liés au travail, et le travailleur.

- À noter cependant l'adoption d'une liste européenne de maladies professionnelles, à venir, qui est un élément déterminant de prévention secondaire et tertiaire (réparation).

considérés comme les « meilleurs compromis acceptables à un instant donné ». Seule une démarche participative ou partenariale peut mener cette tâche à terme.

L'hygiène et la sécurité du travail apparaissent il y a encore peu de temps comme le champ réservé de l'ordre public social ; la sécurité n'était pas négociable. L'Europe nous amène aujourd'hui à entreprendre dans ce domaine une vaste démarche participative, devant laquelle risqueraient de s'effacer, si l'on n'y prend pas garde, les règles de droit.

Dans un contexte où se multiplient les situations de précarité et où l'accélération de la libéralisation des échanges menace les entreprises qui ne pratiquent pas le dumping social, la crédibilité de la réglementation repose à la fois sur la confiance que les acteurs sociaux peuvent avoir en elle, et sur la volonté politique d'appliquer le noyau dur de cette réglementation.

Quand les capacités d'intervention des autorités publiques pour faire appliquer leur politique se trouvent diminuées, on peut se demander pendant combien de temps encore le garde-fou réglementaire nous protégera contre les dérapages incontrôlés ?



Droit et précarité

Depuis 1975 environ, le droit du travail tend à légaliser la précarisation et l'exclusion. Ainsi, toutes les formes de recours à l'emploi précaire, de location de main-d'œuvre, de sous-traitance, ont fait l'objet de législations qui en introduisant, certes, des limites à leur usage incontrôlé, a cependant permis de les institutionnaliser, mettant ainsi en cause les garanties, en termes d'emploi et de protection sociale, assorties au contrat de travail... Parallèlement, on assiste à un effondrement de pans entiers du droit qui ne sont plus appliqués et applicables dans les conditions actuelles parce que c'est un droit qui a été construit sur la relation typique de travail, c'est-à-dire un employeur, un salarié, un seul lien de subordination, un seul site. De moins en moins de salariés entrent dans cette définition du contrat de travail ou de l'emploi.

Épidémiologie et organisation du travail

L'épidémiologie est une science qui se fixe pour objet la recherche des causes des altérations de la santé en étudiant les fréquences de ces altérations dans des groupes de population humaine. C'est un outil parmi d'autres, ergonomie, économie, sociologie, médecine qui permet de découvrir, d'interpréter un discours, un regard, des observations sur la santé de ces populations.

La recherche épidémiologique en santé-travail, demeure peu développée. Il ne faut donc pas s'attendre à des moissons extraordinaires sur tous les fronts : limite d'exposition, effets aux faibles doses, processus temporels, et ceci dans tous les champs : cancers, pathologies respiratoires, circulatoires, ostéo-articulaires, mentales, etc.

Une forte évolution se fait sentir dans la compréhension des rapports santé-travail avec l'apparition de modèles multifactoriels qui prennent en compte ce qui est physique et visible dans le travail (charges, postures, nuisances telles la chaleur, le froid, les poussières, les vibrations...) et l'invisible omniprésent et structurant formé par l'organisation du travail (contraintes de temps, exigences de rendement excessives...), par les paramètres psychosociaux relatifs à la monotonie, à l'intérêt du travail, au choix dans la manière de conduire sa tâche, aux relations interindividuelles avec l'encadrement, avec les collègues et même avec le milieu familial. Des percées nouvelles sont apparues en particulier en étudiant les altérations de la santé, qui n'ont pas encore le statut de maladies, comme les douleurs articulaires, les troubles du sommeil, les perturbations des paramètres circulatoires, au point qu'il paraît impensable de proposer des stratégies de prévention qui ne seraient pas elles-mêmes multifocalisées à la fois sur les contraintes physiques et sur les paramètres psychosociaux associés au travail. Ces avancées sont encore balbutiantes, elles laissent de côté dans la quasi-totalité des cas :

- les aspects évolutifs (difficulté spécifique des approches longitudinales...), notamment les effets en termes de vieillissement (dans les deux sens de la relation entre âge et travail) ;

- les interactions entre les différentes composantes de la vie professionnelle.

On attend les études qui porteraient sur les relations entre la santé et le parcours de vie professionnelle alors même que s'opèrent des mutations considérables sur les modes d'entrée et de sortie de la vie active.

On attend aussi plus d'information sur les effets à long terme durant la période post professionnelle des expositions, des contraintes et des conditions de travail sur les déficiences physiques ou mentales qui empêchent que les gains d'espérance de vie obtenus ces cinquante dernières années le soient en termes de vie sans dépendance, sans incapacité. Il s'agit là d'une question de santé publique.

De la difficulté à évaluer les conséquences de la précarité

Le travail se modifie, à tel point que les bases pour dénombrer apparaissent impalpables. Sur les lieux de travail, la flexibilité des horaires, des tâches (polyvalence) complexifie la notion de facteur d'exposition (ce n'est pas toujours le même, il y a de multiples facteurs à considérer). Le statut des populations au travail se ramifie (qui est actif, qui ne l'est pas ? qui est en stage, au chômage, en préretraite, qui est au travail ?...). Veut-on saisir telle ou telle catégorie que toute enquête voit ses sujets entrer et sortir de son champ de définition, que toute enquête voit une partie de ses sujets soustraits à l'analyse avant même que l'interrogation s'opère.

La précarité devient une donnée importante du rapport au travail, une question capitale pour les recherches à venir en santé-travail. Se saisir de la précarité comme champ d'observation de la relation travail-santé est méthodologiquement difficile à aborder. Les instruments d'observation statistiques sont pauvres. Peut-être peut-on incriminer telle ou telle faiblesse de l'appareil statistique, telle ou telle faiblesse liée à une faible perception des problèmes.

Mais peut-être aussi faut-il penser différemment les protocoles d'analyse. Nous sommes confrontés de plain-pied à des phénomènes dynamiques d'entrée-sortie dans des états de précarité.

Tous ces états de précarité, qu'on peut s'accorder à désigner comme les hauts lieux des effets combinés des risques et des contraintes

professionnelles, des stress accrus, des contenus appauvris de travail, ne peuvent voir leurs effets saisis à un instant et à un endroit donnés, des effets pouvant se révéler à long terme, une fois que le temps de latence nécessaire aux processus psychologiques, psychiques et somatiques se sera écoulé.

Le développement d'analyses longitudinales est indispensable afin d'identifier les facteurs d'entrée, de maintien, de sortie des états de précarité et leurs effets combinés.

Le suivi doit être assorti des délais nécessaires pour assurer un minimum de puissance statistique, c'est-à-dire de capacité à détecter les troubles physiques, psychologiques ou psychiques reliables aux différentes périodes passées dans des états de précarité.

Il est donc nécessaire de plaider :

- pour la mise en place de projets pluridisciplinaires et coopératifs sur des études de suivis prospectifs longs ;

- pour lever les obstacles, financiers certes, mais également dans les esprits pour rendre accessibles les observations sur l'emploi, les conditions de travail et les déplacements des populations et de la main-d'œuvre au travail.

À défaut, il ne nous resterait une fois de plus qu'à constater macroscopiquement que certains ont une espérance de vie moindre que d'autres, que les déficiences organiques sont plus prévalentes chez certains que chez d'autres et que toutes ces différences peuvent être reliées au travail. Mais, faute de plus de précisions et face à des facteurs nouveaux qui peuvent aggraver les constats précédents, la nécessaire prévention n'aura pas de base pour concevoir les actions indispensables. ■

Un constat **inquiétant**

Le travail est un lieu où le salarié engage sa santé pour le meilleur et trop souvent pour le pire.

Il n'est pas besoin d'être un expert de la santé au travail pour se rendre compte, en effet, que beaucoup de contraintes supportées par les salariés à l'occasion de leur travail ont des conséquences néfastes sur la santé, qu'il s'agisse d'accidents ou de maladies¹. Et pourtant, le travail n'est toujours pas reconnu par les professionnels de la santé, les décideurs politiques et le public en général, comme un déterminant essentiel de la santé.

Des atteintes sous-estimées

L'absence de visibilité sociale des effets du travail sur la santé nous paraît expliquer en grande partie cette situation.

On ne peut, en effet, se fier aux statistiques des maladies professionnelles diffusées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Ces statistiques reflètent la pratique médico-administrative des caisses primaires d'assurance maladie. D'autre part, l'absence de données sur la nature et les niveaux d'exposition à des facteurs de risque dans les entreprises ainsi que sur les populations concernées contribuent à rendre opaque la relation travail-santé. Les atteintes à la santé résultant des conditions de travail sont ainsi gravement sous-estimées. Sans

données pertinentes, comment envisager une politique de prévention ? Cette méconnaissance risque de durer encore longtemps et cela pour deux raisons :

- les nouvelles techniques de gestion de la force de travail, que cela soit le volant du chômage, le recours à la sous-traitance, la précarisation des emplois ou la cessation anticipée du travail rendent très compliqué le suivi sanitaire de ces populations à partir du simple observatoire qu'est la médecine du travail² ;
- la pathologie professionnelle s'est progressivement modifiée du fait des changements dans les conditions de travail et des effets des actions de prévention. Les effets à long terme (affections respiratoires, cancéreuses, rhumatismales etc.) prennent une place de plus en plus importante dans la morbidité professionnelle. Comment ne pas s'étonner que le suivi post-professionnel des salariés, après la retraite, ne soit toujours pas organisé alors qu'il est réclamé par de nombreux experts depuis plus de vingt ans³.

Il faut donc que cesse cette pratique qui consiste à masquer la réalité des effets du travail sur la santé. Pour cela, on peut envisager la création d'un véritable observatoire des effets du travail sur la santé ou plus simplement incorporer des données concernant le travail dans les différents systèmes de surveillance sanitaire actuellement en fonctionnement. Ainsi, on ne sera plus dans la situation

actuelle qui consiste, par exemple, à considérer que les cancers professionnels n'existent quasiment pas en France, puisqu'ils ne représentent que près de 140 cas par an (nombre de sujets indemnisés chaque année) alors que les spécialistes évaluent à près de 100 000 le nombre de cancers, chaque année, en rapport directement avec les conditions de travail⁴.

Le recueil de ces données facilitera d'autre part les recherches, notamment épidémiologiques, concernant de nouvelles relations entre le travail et la santé. Mais c'est peut-être cela que l'on souhaite ne pas mettre en évidence, compte tenu du fait que cette visibilité risque de déboucher sur une réparation à la charge des employeurs.

Un système de prévention en roue libre

Si au niveau de la société, on ne cherche pas réellement à connaître les relations entre le travail et la santé, cette attitude est également présente au niveau des entreprises.

Le monde du travail se modifie en profondeur depuis une vingtaine d'années. Les entreprises modifient la gestion de leurs salariés et cherchent à transformer les conditions et l'organisation du travail. Mais c'est la logique économique et financière qui prime et incidemment celle de la santé des salariés. Dans le contexte économique actuel, tout est bon pour accroître la productivité au travail. Agir sur la santé des salariés en est un des moyens, le plus souvent sans considération pour les effets à moyen ou à plus long terme. Cela peut se traduire, par exemple, par la mise en préretraite des salariés jugés trop âgés pour s'adapter à l'intensification du travail. De toutes les façons, ceux qui restent dans l'entreprise doivent faire un compromis entre garder leur travail et préserver leur santé.

Il est vrai d'un autre côté que l'on n'a jamais donné les moyens au système de prévention des risques professionnels de participer pleinement au développement des entreprises et à la promotion de la santé des salariés. En effet, parallèlement

à cette vision à courte vue, les dysfonctionnements du système sont nombreux. Comme on l'a dit, la surveillance des ambiances du travail reste embryonnaire. Les professionnels qui doivent assurer l'application de la réglementation, inspecteurs et ingénieurs, sont d'autre part en nombre insuffisant et disposent de peu de moyens. L'indépendance des médecins du travail est un combat de tous les jours. Enfin, les informations sanitaires sont l'apanage de milieux spécialisés et restent, le plus souvent, inaccessibles aux salariés⁵.

C'est la loi du plus fort qui domine. Tantôt ce sont les salariés qui en font les frais, tantôt c'est l'entreprise. Tout cela concourt également à ce qu'il n'y ait pas de véritable politique de santé publique dans le champ de la santé au travail.

Des réformes indispensables

Les difficultés à faire reconnaître le travail comme un déterminant essentiel de la santé et à favoriser la présence de la problématique « santé-travail » dans les débats sur les nouvelles formes d'organisation du travail nous paraissent, en définitive, relever principalement de trois insuffisances :

- celle de l'État en premier qui devrait retrouver son rôle d'arbitre dans le domaine des risques professionnels et faire prévaloir l'intérêt général. Obnubilé par la crise de l'emploi, il est prêt à brader le système de prévention des risques professionnels ou du moins certaines de ses fonctions contre la promesse de quelques emplois. Des pans entiers du droit du travail se sont effrités ces dernières années. L'équilibre employeurs/syndicats de la branche « accident du travail-maladie professionnelle » de la CNAMTS va être remis en question avec la réforme récente de la Sécurité sociale. On ne voit pas en quoi ces mesures vont favoriser l'intégration de la problématique santé-travail dans les entreprises.

- celle de la démocratie dans l'entreprise. Il faut repenser les conditions de la citoyenneté dans l'entreprise. Donner réellement aux salariés les moyens

d'intervenir, par l'intermédiaire des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou des délégués du personnel notamment, doit permettre de dynamiser la prévention des risques professionnels et asseoir le développement de l'entreprise à moyen terme sur de bonnes bases.

- celle de la conception du travail et de la santé. Ces concepts ne doivent pas être réduits, pour le premier, à l'environnement du travail et pour le second aux modes de vie. En ne nommant aucun expert du domaine de la santé au travail au Haut Comité de la santé publique, le ministre de la Santé de l'époque traduisait le fait que dans notre société, la santé est avant tout une affaire privée et que le rôle de l'État se résume à fournir une offre de soins de qualité et également répartie sur le territoire.

Il est pourtant inconcevable de vouloir définir une politique de santé publique cohérente concernant en particulier la population des 16-60 ans sans reconnaître la place centrale qu'occupe le travail dans la construction et la déconstruction de la santé. Mais cela suppose une volonté politique qui ne craint pas de s'opposer aux intérêts particuliers pour faire prévaloir l'intérêt général. Pour l'instant, cette volonté fait défaut. ■

• Références

¹ Cassou B. et coll. *Les risques du travail*. Paris : La Découverte, 1985.

² *Paroles de médecins du travail, souffrance et précarité au travail*. Paris : Syros, 1994.

³ Brugère J. et coll. *Cancers professionnels : connaissance, réparation et prévention*, in *Bulletin du cancer*, 1994, n° 81, p. 14-21.

⁴ Cassou B. *Travail et vieillissement*, in *Gérontologie et Société*, 1985, cahier n° 45, p. 6-12.

⁵ Cassou B. *La prévention des risques professionnels : un système à dynamiser*, in *Après-demain*, 1990, n° 320-321, 50-52.

Docteur Bernard Cassou

Professeur en santé publique
Université René Descartes (Paris V)

Il faut relancer le débat

Vis-à-vis de la santé, le travail a mauvaise réputation, et l'on s'accorde en général à le tenir pour un malheur socialement généré. Pourtant les arguments ne manquent pas pour affirmer dans le même temps que « le travail, c'est la santé ». Il n'est que de penser aux maladies redoutables associées au chômage voire à la retraite pour s'en convaincre. Le travail peut être « bon » pour la santé. Mais au delà de ces considérations de sens commun, on est en mesure aujourd'hui de montrer, autrement que par la négative – le chômage – à quelles conditions le travail peut s'intégrer dans la dynamique de l'accomplissement de soi et de la construction de la santé. Même si les connaissances sur le plaisir et la santé au travail sont moins répandues que les connaissances sur les maladies et les accidents du travail, ce n'est pas l'ignorance qui fait principalement obstacle à la reconnaissance du rôle du travail dans la santé.

Absence d'intérêt et déni de la réalité

Les obstacles les plus sérieux sont de deux ordres : l'absence d'intérêt ou de curiosité d'une part, le déni de la réalité d'autre part. L'absence de curiosité sur la place du travail dans la santé est particulièrement repérable chez les praticiens de la santé. Médecins généralistes et

médecins spécialistes, psychiatres, psychanalystes, psychologues tiennent le travail pour une « spécialité ». Sous ce prétexte, ils se délestent de l'analyse du rapport travail-santé sur les seuls médecins du travail, par ailleurs marginalisés de la communauté médicale en raison des spécificités de leur exercice sur des terrains bien différents de ceux de la médecine conventionnelle. De même les concepteurs, les ingénieurs, les psychologues du travail, les anthropologues des techniques, etc. témoignent généralement d'une indifférence certaine pour les relations travail-santé qu'ils écartent de leurs analyses et de leurs préoccupations.

Quant au déni, il s'agit là d'un obstacle beaucoup plus redoutable qui consiste à opposer un désaveu face à la perception de la réalité. Le travail, pour beaucoup de cadres, de praticiens et de dirigeants d'entreprises, ne présenterait que peu de danger pour la santé, parce qu'il serait sans mystère, maîtrisable, rationalisable sinon totalement rationalisé, toujours plus simplifié, toujours plus assisté, toujours plus automatisé et robotisé avec le progrès technique qui épargne l'effort, etc.

Une telle conception du travail, bien que dominante depuis quelques années est fautive mais triomphe parce qu'il n'y a plus de forces organisées capables de soutenir la contradiction en produisant une description alternative et moins lénifiante du travail (affaiblissement des syndicats). Ceux qui ont un emploi, sujets

à la honte de se plaindre quand le chômage fauche tant de gens autour d'eux, n'osent plus prendre la parole pour décrire l'aggravation des conditions de travail et la régression du respect du droit du travail. Le recours à la sous-traitance et à la précarisation de l'emploi permet d'assourdir la voie de la souffrance au travail et d'effacer les traces ou les stigmates du travail sur les corps et les têtes en écartant à volonté ceux des contractuels qui pourraient témoigner.

En déniait les difficultés inhérentes au travail ordinaire, on affirme son innocuité et l'on assigne plus facilement la causalité des maladies à une fragilité biologique ou mentale venue d'ailleurs, en particulier de l'espace privé. C'est pourtant l'inverse qui est plus souvent vrai et l'on a maintenant des arguments pour penser qu'une bonne part de la pathologie des enfants et des conjoints (notamment la pathologie mentale) est la conséquence du rapport malheureux au travail de ceux qui dans la famille affrontent des contraintes professionnelles.

Ainsi est-on conduit à conclure que pour faire reconnaître le travail comme déterminant important de la santé, il faut relancer le débat sur le travail, en priorité, avant même le débat sur l'emploi ou sur la santé.

Accroître la recherche sur le rapport « santé-travail »

Dans ce contexte, favoriser la présence de la problématique santé-travail dans les débats sur les nouvelles formes d'organisation du travail apparaît comme une gageure. La « bonne santé » physique et mentale des travailleurs a-t-elle une incidence favorable sur la qualité, la productivité, la sûreté des installations ? Si l'on disposait de données permettant de démontrer cette corrélation, il y a sans doute longtemps que les politiques industrielles et économiques cesseraient de soutenir des orientations dont on sait qu'elles sont nuisibles à la santé de ceux qui travaillent (comme le recours aux emplois précaires qui altèrent tous les indicateurs de santé, ou le *just in time*, les

flux tendus, et le modèle japonais, qui génèrent surmenage et *karoshi* {mort subite par overdose de travail}, etc.).

On sait pourtant que le travail n'est pas toujours générateur de malheurs physiques et psychiques et qu'il peut même être un puissant médiateur de la santé. La contradiction entre rationalité économique et rationalité par rapport à la santé n'est donc pas antagonique. Mais on ne peut faire de progrès dans la construction des conditions de travail permettant un compromis favorable entre les deux termes de la contradiction sans une forte adjonction de volonté politique. Cette dernière toutefois, pour se former, a besoin d'une réouverture de l'espace public au débat sur le travail et la santé. Ce débat n'a jamais été très florissant en France si on compare avec d'autres pays européens (Allemagne, Italie, Suède par exemple).

Comment réouvrir le débat ? Dans la phase actuelle d'affaiblissement des syndicats et de recul du droit du travail, la seule voie possible consiste à renouveler les arguments, à enrichir les connaissances sur les conséquences des nouvelles technologies sur la santé (non seulement en France et en Europe, mais sur les incidences de la division internationale du travail sur la santé des travailleurs des pays en voie de développement). Il s'agit avant tout de forger de nouvelles rhétoriques pour affronter le débat. Atteindre l'espace public, cela passe d'abord, dans le contexte actuel, par la communauté scientifique car c'est le premier espace de discussion sur les rapports santé-travail dans les nouvelles organisations. Mais à quelles conditions cette dernière peut-elle se sentir impliquée par les relations entre santé et travail ? À quelles conditions peut-elle se sentir responsable ?

La première condition est que les chercheurs, les équipes et les laboratoires qui s'occupent de santé au travail soient légitimés par rapport aux autres secteurs de la recherche ; qu'ils bénéficient d'une aide et de financements substantiels au lieu d'être presque systématiquement laissés pour compte ; qu'ils bénéficient de soutiens politiques et d'incitations

économiques et aussitôt ils deviendront une source de curiosité et d'intérêt pour les autres chercheurs et pour la communauté scientifique tout entière. Adopter une politique en faveur de la recherche sur les rapports santé-travail c'est sans doute aussi faire des choix et diminuer les ressources d'autres axes de recherche tenus pour prioritaires. Nul doute que de telles orientations politiques seraient de nature à relancer le débat jusque dans l'espace public, tant des mesures de cet ordre auraient un caractère inhabituel et combien mobilisateur ! On voit mal, en tout cas, comment faire remonter de façon significative la problématique santé-travail dans les débats sur les nouvelles formes d'organisation du travail sans passer par de telles mesures politiques. D'autres incitations peuvent certes être envisagées (formation, sensibilisation, etc.) mais elles ne peuvent fonctionner qu'à titre de mesure d'appoint ou de synergie, pas à titre de succédané. ■

Christophe Dejours

Professeur titulaire de la chaire, Centre national des arts et métiers

L'indispensable élargissement d'un débat

En dépit du morcellement des acteurs institutionnels, des pressions multiples contribuent à la reconnaissance du travail comme un facteur essentiel de la construction de la santé. Qu'il s'agisse des débats sur les facteurs professionnels contribuant aux cancers, du constat des multiples implications du travail sur la santé mentale ou de ce que l'on a parfois pu appeler une épidémie de troubles musculo-squelettiques, il est clair que les seuls risques professionnels reconnus ne constituent plus qu'une fiction juridique qui ne recouvre qu'une partie mineure des atteintes à la santé que l'on peut rapporter au travail. Mais une telle reconnaissance est susceptible d'interprétations très variées. Une vision centrée sur l'individu et ses responsabilités (voire sa culpabilité) débouche sur des pratiques de promotion de la santé sur les lieux de travail qui risquent de multiplier les prescriptions sur ce qu'il convient de faire et font l'impasse sur les déterminants sociaux des conduites individuelles¹. Lorsqu'elles se combinent avec des stratégies d'assurance – de plus en plus diffuses en raison de l'affaiblissement des systèmes de protection sociale – elles entrent dans des logiques d'intrusion inadmissible dans la vie privée et d'exclusion. Il suffit de penser aux pratiques de certains groupes anglais ou nord-américains en ce qui concerne le contrôle de la consommation de drogues illégales parmi leurs salariés voire aux

programmes de diététique et de gymnastique de relaxation qui sont supposés réaliser une prévention efficace de maladies cardio-vasculaires ou du stress. À terme, de telles pratiques contribuent beaucoup moins à la construction de la santé des groupes concernés qu'à la sélection d'une main-d'œuvre saine et docile.

Une vision élargie du travail

Nous pensons, au contraire, que la reconnaissance du travail comme facteur essentiel de la santé passe par une vision élargie de ce qu'est le travail et par le dépassement d'un certain nombre de concepts hérités de l'hygiène industrielle. Le travail ne consiste pas uniquement en une succession (ou une combinaison) d'expositions d'un même individu à un certain nombre de facteurs de risques physiques, chimiques, biologiques, etc. qui peuvent être identifiés et éliminés ou contrôlés. Le travail est essentiellement un rapport social dans lequel un grand nombre de facteurs qui ne constituent pas nécessairement, de façon intrinsèque, des risques, peuvent, selon les circonstances, contribuer à la construction de la santé ou, au contraire, porter atteinte à celle-ci. Cette vision du travail en tant que rapport social implique que les pratiques de prévention ne peuvent se résumer à des règles hétéronomes sur ce qu'il convien-

draît de faire ou de ne pas faire, mais passent par le renforcement des stratégies des personnes et des groupes rendant possible cette activité intentionnelle qu'est la construction de la santé².

D'autre part, dans une telle optique, le travail ne se résume évidemment pas au seul travail salarié visible. Le développement de multiples formes atypiques de travail, l'existence d'un immense travail non rémunéré de reproduction et de soins qui est réalisé pour l'essentiel par les femmes, le fait que, pour un nombre croissant de personnes, le travail socialement reconnu peut être entrecoupé de multiples périodes de chômage, voilà autant de facteurs qu'une réflexion sur le rapport entre santé et travail se doit de prendre en considération. Dans l'ensemble des pays industriels, la plupart des données disponibles sur la santé des femmes sont marquées par un paradoxe. Leur espérance de vie dépasse celle des hommes de plusieurs années tandis qu'une partie des facteurs de morbidité et des modes de vieillissement handicapant dénotent souvent des atteintes majeures à la santé dont l'explication ne peut être ramenée aux seules différences biologiques. Sans prétendre tout expliquer par le travail, il nous paraît clair que le fait que les femmes accomplissent la partie la plus importante du travail global (salarié et non-salarié) contre des rémunérations et une reconnaissance sociale nettement inférieures à celles des

hommes constitue un des éléments d'explication de cette situation. De plus, la ségrégation professionnelle place généralement les femmes dans des activités où les atteintes à la santé sont beaucoup moins visibles que pour les activités à prédominance masculine³.

Socialiser les stratégies de prévention

C'est pourquoi, une simple amélioration des procédures de coopération entre la médecine du travail et les acteurs de la santé publique ne peut constituer à elle seule une stratégie efficace. Certes, elle est indispensable ne fût-ce que pour renforcer la visibilité des problèmes à travers des recherches d'épidémiologie systématiques. Mais ce qui nous semble essentiel, c'est le développement de la socialisation de la prévention. Cette socialisation se présente sous une double dimension. Il s'agit pour les différents acteurs professionnels et institutions intervenant dans le domaine de la santé de se doter de moyens communs de connaissance et d'intervention. À cet égard, les aspects les plus novateurs de l'expérience de la santé publique italienne dans les quelques régions où la réforme sanitaire de 1978 a été réalisée peuvent contribuer à nos débats de même que l'expérience des fonds pour le milieu de travail des pays scandinaves. Il n'est pas inutile de rappeler qu'avec une population dix fois inférieure à celle de la France, la Finlande s'est dotée d'un institut de santé au travail possédant un nombre de chercheurs comparable à celui de l'INRS. Mais il ne s'agit pas uniquement des moyens mis en œuvre. La recherche scandinave frappe par l'élargissement des thèmes étudiés dans le cadre du rapport entre santé et travail. Il suffit de rappeler la prise en compte de la subjectivité dans les recherches consacrées aux effets des solvants, de l'intérêt très fort marqué pour la qualité du travail en termes d'autonomie et de réalisation dans ses rapports avec la santé, de l'attention portée à la division sexuelle du travail. Chacun de ces exemples démon-

tre que le succès d'une coopération multidisciplinaire dépend étroitement de la demande sociale.

L'autre dimension de la socialisation se trouve dans les rapports entre les acteurs professionnels, les collectifs et les personnes qui construisent leur santé quotidiennement. L'illusion que l'on puisse faire une prévention efficace en définissant les priorités et les conduites à adopter sans la participation des personnes et des groupes directement intéressés, l'idée que l'indépendance professionnelle implique une sorte de neutralité équidistante dans les rapports sociaux se heurtent au constat que le champ traditionnel de la prévention ne correspond pas au champ – beaucoup plus large – de la construction de la santé. Le rapport entre la santé et le chômage en fournit une excellente illustration. Les effets désastreux du chômage sur la santé des personnes ne sont plus à démontrer. Par contre, il n'existe que peu d'études sur la manière dont les conditions de travail antérieures contribuent au chômage (et à la spirale de l'exclusion) entre autres à travers ce qu'elles ont impliqué comme atteintes à la santé⁴. Mais il apparaît avec évidence que ce lien très fort entre le chômage et la santé ne permet pas de passer à une prévention médicale ou sanitaire du chômage. Autrement dit, il existe un écart entre les connaissances que l'on peut avoir de l'impact de l'exclusion du travail sur la santé et la possibilité de passer à des pratiques de prévention. Dans ce domaine, ce que la socialisation des politiques de prévention peut produire, c'est une contribution aux débats sociaux sur le caractère acceptable ou non du chômage, sur la nécessité (et les stratégies possibles) de son abolition ou sur la recherche de simples formules d'accompagnement social (et sanitaire) de celui-ci. Il en est de même dans les débats sur les nouvelles formes d'organisation du travail. Une simple politique d'accompagnement sanitaire de celles-ci risque d'être très frustrante. Certes, l'on peut constater l'impact sur la santé mentale et psychique des personnes de politiques de flexibilité qui renforcent la subordination des besoins humains à

la compétitivité des entreprises. De même, l'on peut étudier les conséquences du travail posté, du travail nocturne ou du travail répétitif sur la santé. Mais il est douteux que les seules institutions chargées de la santé publique et de la santé au travail puissent infléchir de façon significative ce qui relève de choix de société. ■

• Références

¹ Comment ne pas évoquer cette intervention d'un haut responsable du ministère belge de la Santé qui, à l'occasion de la journée antitabac s'indignait du fait que les infirmières qui sont en contact quotidien avec les patients fument beaucoup plus que la moyenne des femmes ? Il semblait y voir une sorte de perversion inexplicable et ne songeait pas à établir un lien quelconque entre les conditions de travail des infirmières (et le fait qu'il s'agit d'une des rares catégories professionnelles principalement féminine à travailler massivement la nuit) et leur consommation de tabac.

² Sur cette notion d'activité intentionnelle de construction de la santé, nous nous référons en particulier à Ch. Dejours, *Problématiser la santé en ergonomie et en médecine du travail* (exposé présenté au Congrès de la Self à Genève en 1993).

³ La notion d'invisibilité du travail féminin a été développée par des chercheuses québécoises. Voir K. Messing, *L'invisible qui fait mal : impact du travail sur la santé des femmes*, Montréal (multicopié), 1993. Sur la santé des femmes et le travail, on se reportera notamment à un rapport de synthèse récent de l'OCDE: *Women, work and health. Synthesis report of a panel of experts*, Paris, 1993 et à une thèse de doctorat: B. de Macedo, *En tissant voiles et linuels. Le rapport travail-santé des ouvrières de Rio Tinto (Nordeste Brésil) : une analyse en termes de rapports sociaux de classes et de sexes. 1924-1991*, Thèse pour un doctorat de sociologie du travail (Université Paris 7), Paris, 1993.

⁴ Voir D. Dessors, J. Schram et S. Volkoff, Du handicap de situation à la sélection exclusion. Une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques, *Travail et Emploi*, n° 48 (1991), p. 31-47.

Laurent Vogel

Chargé de recherche au Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité (Bruxelles)

La médecine du travail

Une pratique de plus en plus complexe

Préserver la santé de l'homme au travail est une mission complexe et atteindre cet objectif nécessite une connaissance du salarié et de son environnement, de l'entreprise qui l'emploie, du poste de travail qu'il occupe.

Ce trépied fondamental est indispensable pour émettre un avis pertinent sur l'aptitude au travail, pour mettre en œuvre une surveillance adaptée et pour comprendre et analyser une situation de travail afin de tenter d'améliorer les conditions de travail.

C'est en regroupant toutes ces informations que l'on peut passer de la dimension individuelle des problèmes de santé au travail à la dimension collective concernant la population surveillée.

La consultation médicale permet d'appréhender la dimension individuelle de la santé et du risque, d'interpréter les symptômes inaccessibles à d'autres disciplines et de prodiguer des conseils personnalisés. Il est de nombreux cas où le médecin du travail aide l'individu à supporter son handicap et à « construire » son aptitude pour se maintenir au travail tout en évitant les altérations les plus graves pour sa santé.

L'activité sur les lieux de travail permet de comprendre la situation de travail, d'établir le constat et de construire le message de prévention, destiné aux salariés et décideurs en la matière.

Les textes réglementaires déterminent, en fonction des risques ou des situations, les conditions dans lesquelles le médecin du travail doit intervenir, donner ses avis et

faire des propositions. Mais il y a parfois loin de la réglementation à la pratique quotidienne.

Dans notre pratique de médecin du travail, les choix s'accroissent mal de la logique rigoureuse d'un algorithme et nos décisions, en matière d'aptitude notamment, sont souvent le fruit de compromis. Compromis entre les règlements, les conventions, les bornes de la connaissance, les obstacles à notre information, les entraves à nos actions et l'avis de l'intéressé concerné au premier chef.

Le médecin est alors seul à choisir le poids à donner à chaque argument, médical, professionnel et social pour proposer une solution.

Précarité du travail : une surveillance médicale aléatoire

La précarisation du travail remet en cause le recueil des données qui fondent nos décisions :

- difficulté (voire absence) de suivi du salarié, en raison des changements d'entreprise, d'emploi, de secteur d'activité ;
- méconnaissance de l'entreprise (prêt de main-d'œuvre, sous-traitance en cascade...);
- connaissance insuffisante du poste de travail (degré de compétence nécessaire, pénibilité, risques professionnels, multiplicité des tâches...).

Le suivi individuel des salariés devient aléatoire, nous privant d'une des sources d'information sur l'état de santé, les conditions de travail et le vécu et nous privant du même coup de la possibilité de faire le lien entre l'individu et le collectif dans les problèmes de santé au travail.

Si la déclaration des risques auxquels sont exposés les salariés incombe aux employeurs, dans la pratique force est de constater que le médecin du travail est rarement tenu informé comme le prévoient les textes. En fait les multiples nuisances sont recensées par l'interrogatoire au cours de l'examen médical et lors des visites des lieux de travail. Ainsi, dans certains secteurs d'activité, l'évaluation des risques (en durée, périodicité, intensité) déjà rendue difficile par l'extrême variabilité des situations de travail devient impossible dans ces conditions de précarisation.

L'avis d'aptitude : une décision difficile

Pivot de l'activité du médecin du travail, la formulation de l'aptitude, comme moyen de préserver la santé des salariés, apparaît dans bien des cas illusoire.

Cet avis d'aptitude peut être lourd de conséquences, surtout dans ce contexte de crise. Le médecin du travail peut être confronté à une alternative dramatique : droit à la santé ou droit au travail. Il devra aider le salarié à trouver une solution acceptable

pour lui, sans oublier qu'elle doit être acceptable pour la collectivité.

Or, face à la nouvelle donne imposée par la précarisation du travail, nos moyens deviennent inopérants et notre marge de manœuvre se rétrécit dangereusement.

Du fait de la précarisation, le droit au travail pour tous est compromis et les inégalités s'accroissent. Dans un tel contexte, pour bon nombre de travailleurs, le droit au travail prime sur tout, y compris sur la santé.

Face à l'individu et à son histoire singulière, le médecin va trancher au delà des recommandations réglementaires dans le but espéré de préserver la personne. Formuler une aptitude n'est jamais un acte de routine. C'est toujours prendre une décision, même s'il s'agit de décider de ne pas soulever des problèmes « gérés » par d'autres : *par le salarié*, qui compose avec le risque à prendre pour sa santé et la perte de salaire qu'il est éventuellement prêt à accepter, *par l'équipe de travail* qui va assumer une part supplémentaire du travail par solidarité, *par l'employeur*, parfois tolérant et compréhensif.

La détermination de l'aptitude est déjà un exercice difficile dans les cas favorables, il n'y a pas de salarié en parfaite santé, pas plus que de travail sans risque, et de notre décision peut dépendre le maintien ou la rupture d'un contrat de travail.

Dans un contexte de précarisation du travail, comment « négocier » notre décision, dès lors qu'on n'en sait plus assez sur le travail, et que selon toute vraisemblance, nous ne verrons plus le salarié ? Comment ajuster, temporiser, évaluer ?

Ceci montre bien le processus de dégradation induit par la précarisation.

Pour le salarié, le travail précaire rend encore plus fragile son équilibre, établi sur un temps très court et menacé par le moindre dysfonctionnement, pépin de santé ou difficulté dans le travail, sans aucune possibilité de se « rattraper » puisqu'il n'y a plus rien de solide ou de durable sur quoi s'appuyer. Il faut tenir, sinon c'est l'exclusion assurée au bout du chemin.

Pour le médecin du travail, c'est une difficulté supplémentaire. Comment, dans un tel contexte, faire émerger les restrictions d'aptitude potentielles ? Au pire le salarié sur la défensive ne nous dit plus rien, au

mieux, il nous supplie de ne rien dire et surtout de ne rien faire. Beaucoup de restrictions d'aptitude ne seront pas formulées. Dans certains cas, pourtant, à défaut de pouvoir prescrire pour chacun le poste de travail adapté, des réserves ou une inaptitude, peut-être abusives, seront prononcées.

Ainsi, le médecin se trouve dans l'incapacité de remplir sa mission de prévention. Pire, dans certains cas, il devient lui même un agent supplémentaire de précarisation ! Le médecin du travail se trouve confronté à des choix auxquels préside une autocensure de plus en plus pesante, source de réels problèmes éthiques. Mais déroger, interpréter, contourner la réglementation et les obstacles pour tenter de préserver l'individu n'est pas sans conséquence pour la collectivité. Toutes ces décisions individuelles, toutes ces dérives additionnées prennent du poids et risquent d'entériner des situations inacceptables.

En s'autocensurant délibérément, le médecin du travail ne joue plus son rôle de sentinelle et de descripteur. Il faut lutter contre tous ces débuts de compromission qui faussent la réalité et bloquent la remontée de l'information, car si nous avons une responsabilité face à l'individu, nous en avons également une, majeure, face à la collectivité.

Permettre de construire sa santé au travail

Nous sommes dans la zone de danger car les textes réglementaires ne prennent pas en compte les difficultés pratiques d'application. La complexité, la précision et la rigidité des textes sont elles-mêmes source de difficultés et ouvrent la porte à des dérives et à des dérogations incontournables si on ne veut pas se trouver piégé dans une fonction de triage qui serait de décider : « apte » ou « inapte ». Cela constituerait la dérive ultime vers une médecine du travail de sélection qui est irrecevable d'un point de vue éthique.

La finalité de la mission du médecin du travail est bien plus large que de permettre simplement au plus grand nombre d'accéder et de se maintenir au travail, elle est de lui permettre de construire sa santé et son équilibre psychosomatique au travail.

Il nous semble que se pose là, à terme, la place des médecins du travail dans notre société. Doivent-ils être les garants de la « normalité » de l'homme au travail et de la cohérence du système dans lequel il évolue ?

Il s'agit ici de la « normalité » au sens donné par Ch. Dejours : c'est-à-dire en tant que « processus actif, édifice fragile, fondamentalement précaire, résultat de stratégies complexes autant que rigoureuses contre la souffrance générée par les contraintes délétères de l'organisation du travail. »

Sans nul doute la réponse est négative. Mais nous avons, c'est certain, un rôle d'expert et de sentinelle et nous nous devons de témoigner de ce que signifient pour l'homme au travail tous les compromis nécessaires pour le maintien de cette « normalité ». C'est pour nous un devoir éthique.

Seuls les médecins du travail peuvent avoir une approche globale des liens entre la santé et le travail, et se doivent d'être clairement du côté de la santé. C'est l'approche médicale particulière de l'homme et des lieux de travail qui constitue notre spécialité.

Il nous faut « rester avant tout médecin, clinicien, ouvert à l'homme au travail, à l'homme qui se prépare au travail, dans un monde qui bouge et où risque de s'accroître le décalage entre les aspirations de l'individu et les exigences de la société » (G. Lambert). Au médecin de dire ce qui est bon ou ce qui est nuisible pour la santé, mais à la société de choisir ce qu'elle veut privilégier. Nous n'avons pas à cautionner l'évolution de notre société dans ce qu'elle comporte comme failles. La société est responsable de ses choix et doit en assumer les conséquences. On peut se demander, si, en essayant d'élargir la notion de médecine du travail à celle de santé au travail, on se fait l'outil de la promotion de la productivité ou si on essaie bien d'allier harmonieusement la santé de l'entreprise à la santé de l'individu. Il faut redouter une démedicalisation de notre exercice qui rendrait vaine une politique efficace dans le domaine de la prévention secondaire, alors même qu'elle n'est pas compensée par une prévention primaire opérante. ■

Claudie Lebaupain
Médecin du travail

Bibliographie

L'organisation de la prévention sur les lieux de travail. Un premier bilan de la mise en œuvre de la directive cadre communautaire de 1989, L. Vogel. Bruxelles : Bureau technique syndical européen pour la Santé et la Sécurité, 1994.

Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail, Mutualité française, Mission interministérielle de recherche et expérimentation (Mire), Caisse régionale d'assurances maladie du Centre : Service Prévention, Paris : Syros, 1994, Collection Alternatives sociales.

Travail : usure mentale, (Réédition augmentée de *De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail*). Ch. Dejours. Paris : Bayard, 1993.

La psychodynamique du travail, D. Dessors, P. Molinié in *Cahiers de l'ANVIE, Sciences humaines*, n° 40, p. 34-37.

La médecine du travail, Rapport du Conseil économique et social présenté au nom de la section du travail par M. Rochaix le 22 juin 1988.

Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Sous la direction de B. Cassou, D. Huez, M.-L. Mousel, C. Spitzer, A. Touranchet. Paris : La Découverte, 1985.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles. Analyse et prévention, Rapport du Conseil économique et social présenté par M. Fabre. Paris : Direction des Journaux officiels, 1994.

La reconnaissance des maladies professionnelles, A. Thébaud-Mony. Paris : la Documentation française, 1991. Série *Document travail et emploi*.

Conditions, organisation du travail et nouvelles technologies en 1991 : résultats de l'enquête conditions de travail, première partie, *Dossiers statistiques du travail et de l'emploi*, juin 1993, n° 90-91-92.

Les horaires de travail en 1991 : résultats de l'enquête conditions de travail, deuxième partie. *Dossiers statistiques du travail et de l'emploi*, octobre 1993, n° 98-99.

Conditions de travail : des difficultés à prévoir pour les plus de 40 ans, A.-F. Molinié, S. Volkoff in *Données sociales 1993*. Paris : Insee, 1993.

Les accidents du travail en 1992, résultats de l'Observatoire des risques professionnels, *Premières synthèses*, janvier 1994, n° 38.

Plaisir et souffrance dans le travail, Ch. Dejours. Paris : CNRS, 1987.

Dossier réalisé par **Nicolas Sandret**, médecin inspecteur du travail, en collaboration avec **Dominique Dessors**, psychodynamicienne du travail, **Ghislaine Doniol-Shaw**, ergonome, **Pascale Molinier**, ergonome, **Maryse Salou**, médecin inspecteur du travail, **Annie Thébaud-Mony**, sociologue, **Francis Derriennic**, épidémiologiste, **Dominique Dufumier**, inspecteur du travail et **Dominique Huez**, médecin du travail. Merci à **Claudie Lebaupain**, **Bernard Cassou**, **Christophe Dejours** et **Laurent Vogel**, pour leur tribune.

Ministère du Travail
1, place Fontenoy
75700 Paris
Tél. : 40 56 60 00

Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels
1, place Fontenoy
75700 Paris
Tél. : 40 56 60 00

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
40, quai Fulchiron
69005 Lyon
Tél. : (16) 72 56 13 13

Institut national de recherche et de sécurité (INRS)
30, rue Olivier Noyer
75014 Paris
Tél. : 40 44 30 00

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
66, avenue du Maine
75694 Paris cedex 14
Tél. : 42 79 30 30

Adresses utiles

Les travailleurs sociaux face aux conduites d'alcoolisation

Dans leurs pratiques quotidiennes les travailleurs sociaux sont confrontés aux problèmes liés aux alcoolisations. Comment abordent-ils ces problèmes ? Se sentent-ils bien armés pour répondre à leurs publics ? C'est l'objet d'une étude effectuée dans deux régions à la demande du Haut Comité de la santé publique.

Il est habituel dans notre pays de dire que les problèmes liés aux alcoolisations sont importants. Des chiffres de mortalité et de morbidité sont publiés chaque année. Les dommages physiques sont bien identifiés et leur traitement est normalement confié au corps médical appartenant au réseau alcoologique ou non. Les travailleurs sociaux sont plutôt confrontés aux incidences sociales des conduites d'alcoolisation, ceci, bien souvent lorsque les nuisances sociales ou familiales sont importantes. Ils se situent dans des champs professionnels très divers et en œuvrant sur les implications des conduites d'alcoolisation, ils participent à leur traitement. Pour mieux les connaître, le Haut Comité de la santé publique a donc souhaité enquêter sur leurs pratiques dans deux régions différentes : l'Alsace et le Nord-Pas-de-Calais. L'enquête a été confiée à l'Institut régional du travail social de Lille en liaison avec l'Université des sciences humaines de Strasbourg.

Si l'analyse comparée des résultats entre les deux régions permettra de définir des orientations utiles pour les structures d'intervention et le développement des partenariats, un certain nombre de constats s'imposent déjà.

En Alsace : un large recours à l'orientation

Plus de la moitié des travailleurs sociaux rencontrés sont confrontés à des cas où l'abus de consommation de boissons alcooliques intervient de manière régulière. RMIstes, jeunes, personnes isolées, femmes en difficulté figurent en bon rang parmi les publics affectés. Jeunes diplômés et population musulmane relèvent des publics découverts.

Les principaux facteurs déclenchant des conduites d'alcoolisation excessive sont, d'après les enquêtés, l'absence de perspectives d'avenir et les ruptures familiales. Les facteurs renforçateurs sont

la « faiblesse » psychologique, l'absence de soutien, l'isolement. La prise en charge est très majoritairement individuelle. Les actions sont le plus souvent à dominante curative. Elles s'inscrivent dans un projet institutionnel. Ces professionnels disposent d'une marge de manœuvre importante. Le travail en équipe apparaît peu répandu. Un résultat à souligner est la place exceptionnelle de l'orientation : 80 % des enquêtés y ont largement recours avec, de plus, beaucoup de partenaires : centres d'alcoologie, centres hospitaliers, centres de cure et de postcure, associations d'anciens buveurs, médecins... mais bien peu d'actions en réseaux...

Dans le Nord-Pas-de-Calais : une orientation après analyse des difficultés

Parmi les enquêtés, 66 % sont confrontés de manière régulière et de très longue date à des conduites d'alcoolisation qui n'apparaissent cependant que très marginalement en raison première de leur intervention. Si une intervention sur deux concerne une alcoolisation au long cours demandant beaucoup d'investissement, une sur quatre est liée à une alcoolisation avec ivresse ponctuelle ou, au contraire,

effectivement à risque mais sans trouble immédiat (20 %). Si les enquêtés ont une perception multidéterministe des raisons de l'alcoolisation, ils distinguent les facteurs culturels (essentiellement locaux) des facteurs environnementaux : facilité d'accès au produit, contexte socio-économique et environnement peu stimulant. Ils sont sensibles aux facteurs initiateurs « amenant le sujet à consommer » : reproduction des modèles familiaux (44 %), pression des groupes d'amis et du groupe professionnel. Ils repèrent en priorité les conséquences comportementales (agressivité, violences, passivité) et les incidences sociales (perte des rôles sociaux et familiaux) bien avant les conséquences physiologiques (seulement 20 % des citations). Il est remarquable de constater que les travailleurs sociaux n'orientent les personnes ayant un problème d'alcool qu'après prise de conscience de leurs difficultés. Ils font appel pour cela à toutes les techniques de travail social et à un certain nombre de révélateurs spécifiques (les enfants, le budget, la santé, le travail...) ou de révélateurs externes opportunément saisis, tels le recours au groupe, l'envoi en formation, l'orientation vers un bilan de santé et même la mise au travail imposant une abstinence de six à huit heures ! L'orientation vers les structures spécialisées se fait à parité vers la cure médicale ou vers une association, ce qui souligne une nouvelle fois l'imputation sociale de la problématique d'alcoolisation.

Dans l'objectif de stabiliser l'abstinence, les deux tiers des enquêtés proposent des activités régulatrices : loisirs, travail, actions sur l'entourage, restauration des rôles sociaux... Enfin plus de la moitié des travailleurs sociaux s'engagent en prévention privilégiant l'action collective innovante : atelier théâtre, actions ponctuelles Rue-Santé, restaurant convivial sans alcool, formation de relais...).

Des éléments communs pour améliorer le travail en alcoologie

Ainsi les travailleurs sociaux s'impliquent largement en alcoologie et développent des stratégies spécifiques d'actions. Ils militent pour une approche globale multidimensionnelle fondée sur la dédramatisation et la valorisation de la personne visant à lui faire recouvrer sa dignité en la responsabilisant et en respectant son libre choix. Cette démarche se veut partagée avec des partenaires et s'inscrit dans la durée, elle vise à protéger la famille autant que la personne.

L'essentiel des savoirs mis en œuvre trouvent leur origine dans le vécu professionnel, la formation initiale et la formation continue confirmant ici leurs carences. Cependant c'est au niveau des réponses pour leur public que vont la majorité des souhaits des travailleurs sociaux : amélioration de l'efficacité partenariale, augmentation de la qualité des structures d'accueil et de soins,

développement des actions préventives et d'une démarche intégrée, mise en œuvre d'une « vraie politique anti-alcool ». Cette vision volontariste s'accompagne du désir d'améliorer les connaissances et les pratiques en psychologie et en techniques d'entretien. Enfin, il est intéressant de voir chez les enquêtés un véritable esprit d'ouverture aux autres partenaires allant jusqu'à souhaiter une culture commune en alcoologie avec les médecins et les psychologues, soulignant l'utilité de la clarification personnelle de son rapport à l'alcool pour améliorer sa crédibilité.

Ainsi, en développant la sensibilisation des travailleurs sociaux à l'approche des problèmes d'alcoolisation, en améliorant leur formation, en encourageant leur créativité, le réseau alcoologique spécialisé peut espérer trouver auprès de ces partenaires autant de relais capables d'amplifier la politique de santé publique mise en œuvre pour réduire les conséquences de ces conduites d'alcoolisation. ■

Patrick Dourdent

Alcoologue
Conseiller socio-éducatif
Centre d'alcoologie de Dunkerque

Claude Régnier

Faculté des sciences sociales
Université des sciences humaines de
Strasbourg

Membres de la Commission
permanente alcool et santé publique du
Haut Comité de la santé publique

La recherche en épidémiologie des risques professionnels à l'Inserm

Les recherches en épidémiologie des risques professionnels concernent des pathologies ou des problèmes spécifiques : cancers, troubles ostéo-articulaires, reproduction... des nuisances ou des populations professionnelles particulières. Certaines enquêtes se déroulent au sein d'entreprises où existent des risques spécifiques, d'autres dans la population générale où les conditions de travail et les expositions professionnelles des personnes incluses dans une étude sont prises en compte. Plusieurs équipes de l'Inserm se consacrent à la recherche en épidémiologie des risques professionnels. Il s'agit souvent de chercheurs spécialisés dans un domaine qui n'est pas directement orienté vers les problèmes de risques professionnels, mais qui entreprennent des études où certains facteurs de risque liés au travail peuvent intervenir, comme la reproduction, la santé respiratoire, la santé mentale, etc. Trois unités de recherche Inserm se consacrent de façon exclusive ou majoritaire à l'étude des problèmes de santé d'origine professionnelle.



U 240

Épidémiologie, santé, travail

Directeur

Jean-Marie Mur

- Étude des altérations de la santé respiratoire (pneumonioses, bronchopneumathies chroniques obstructives, asthme, cancer) liées à certaines expositions professionnelles (mines de charbon, agriculture, travail du bois, exposition aux isocyanates, travail en atmosphère climatisée).
- Étude des handicaps, des facteurs étiologiques professionnels et des conséquences des handicaps sur l'exercice d'une activité professionnelle, ainsi que l'étude du vieillissement accéléré par certaines expositions professionnelles (approche d'épidémiologie biologique, explorant l'hypothèse du mécanisme du stress oxydatif dans les processus de vieillissement).
- Élaboration d'un logiciel informatique de reconstitution des histoires professionnelles et d'évaluation des risques qui y sont associés (système d'intelligence artificielle), et d'autre part la recherche des facteurs contributifs dans la genèse des accidents du travail (bâtiment et travaux publics, établissements d'enseignement technique, accidents mortels du travail).

U 88

Santé publique et épidémiologie sociale et économique

Directeur

Marcel Goldberg

- Rôle étiologique de certaines nuisances de l'environnement professionnel dans l'apparition de certains cancers : cancers nasosinusiens, cancers respiratoires, leucémies...
- Facteurs de risques professionnels de la pathologie ostéo-articulaires (lombalgies, affections péri-articulaires) et évaluation des méthodes de prévention.
- Morbidité générale ou la santé mentale dans des groupes professionnels particuliers, personnels hospitaliers, personnels de l'administration pénitentiaire, par exemple.

Coordonnées Inserm Unité 88

Hôpital national de Saint-Maurice
14, rue du Val d'Osne
94410 Saint-Maurice
Tél. : 40 77 96 04
Fax : 45 83 83 02

Inserm Unité 170

16, avenue Paul Vaillant
Couturier
94807 Villejuif Cedex
Tél. : 45 59 50 37
Fax : 45 59 51 51

Inserm Unité 240

Avenue de la Forêt de la Haye, BP 184
54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Tél. : 83 59 25 97
Fax : 83 59 25 96

U 170

Recherche épidémiologique et statistique sur l'environnement et la santé

Directeur

Denis Hémon

- Les expositions physico-chimiques présentes dans le milieu de travail et leurs éventuelles répercussions sur les risques de malformations congénitales, de cancers (tumeurs cérébrales, cancers du poumon, leucémies) ou de néphropathies. Les expositions professionnelles abordées dans cet axe incluent notamment les solvants organiques, les hydrocarbures aromatiques, les pesticides et les fibres minérales.
- Les conséquences des contraintes physiques, organisationnelles et mentales de l'environnement de travail sur la survenue de déficiences, incapacités et handicaps et tout particulièrement sur l'accélération de la vitesse d'apparition de ceux-ci avec l'âge. D'un point de vue méthodologique, l'unité 170 attache une importance particulière aux éléments clef de la puissance des enquêtes épidémiologiques que sont le choix et la mesure des paramètres d'exposition, d'atteintes précoces, d'atteintes spécifiques et de sensibilité personnelle. Les connaissances produites visent à identifier les facteurs de risque, préciser les relations dose-effet et, plus généralement des circonstances à « haut risque ».

Le Sros de Haute-Normandie

Depuis la loi hospitalière de juillet 1991, les régions sont tenues d'élaborer leur schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). Il s'agit d'adapter l'offre de soins aux besoins réels de la population, en tenant compte de principes généraux comme l'accessibilité aux soins, la proximité, les urgences... En Haute-Normandie, le Sros résulte en outre d'une approche par filières de prise en charge, par spécialité.

Comment partir des besoins de la population pour faire évoluer le système de santé régional, pour adapter l'offre de soins ? telle est la problématique à l'origine de l'élaboration des Sros.

L'aboutissement formel et réglementaire de la démarche de l'élaboration des Sros est un arrêté préfectoral qui marque la conclusion d'une mobilisation importante des acteurs locaux.

Méthode d'élaboration

La méthode d'élaboration du Sros repose sur quelques principes :

- *Partir des besoins de la population*
L'approche populationnelle a été, le premier temps, indispensable à toute réflexion sur le système sanitaire. La population, l'ensemble des patients potentiels et leur répartition dans l'espace, leurs déplacements (attractivité des villes) conditionnent la répartition dans l'offre. Cette démarche permet de

renverser la perspective habituelle et par exemple de poser en filigrane une question iconoclaste : *s'il n'y avait pas d'hôpitaux dans la région, où faudrait-il en construire, selon quels critères... ?*

Le respect de ce principe impose que la logique d'organisation de l'offre de soins soit cohérente avec ce constat démographique.

- *Assurer une équité d'accès au dispositif des soins*

Pour respecter un des fondements de notre société (égalité des citoyens), mais aussi plus concrètement pour assurer l'égalité des chances dans certaines situations concrètes (urgences par exemple).

- *Organiser prioritairement les éléments les plus structurants du système de soins*

On peut définir comme élément structurant, une activité ou un équipement dont la présence (ou l'absence) induit fortement l'organisation d'activités connexes (par exemple, l'accueil des urgences suppose une bonne organisation de l'ima-

gerie). L'accueil des urgences et la réanimation ont été les bases de la réflexion sur l'organisation hospitalière :

- en interne : car ils établissent des liens avec l'ensemble du plateau technique de l'hôpital.

- en externe : car la sécurité et la qualité des prises en charge imposent la construction d'un réseau hospitalier basé sur la hiérarchie des compétences et des moyens.

- *La mise en compte de problèmes de santé spécifiques*

Le cancer, les maladies cardio-vasculaires et la psychiatrie ont nécessité une réflexion particulière compte-tenu des résultats du bilan régional qui a été intégré dans le Sros.

- *Assurer la continuité des prises en charge et le déplacement « fluide » du patient dans le système*

Les soins de suite et de réadaptation après les séjours dans les services de soins aigus ont été une priorité du Sros.

- *Assurer la qualité et la sécurité des prises en charge*

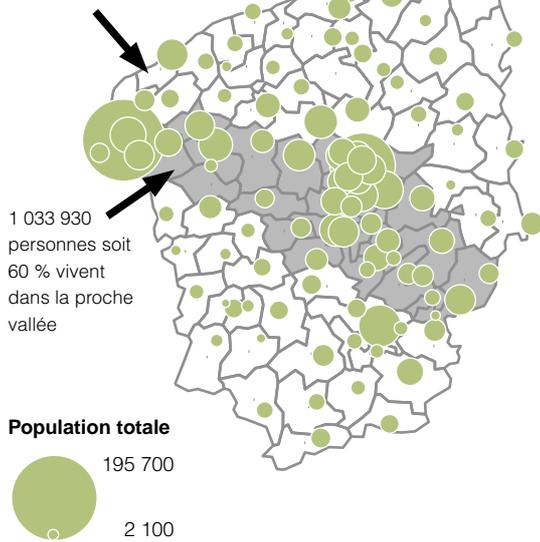
Cet objectif de santé publique a primé dans la définition des orientations qui n'était confrontée qu'*in fine* aux contraintes budgétaires.

- *Évaluer*

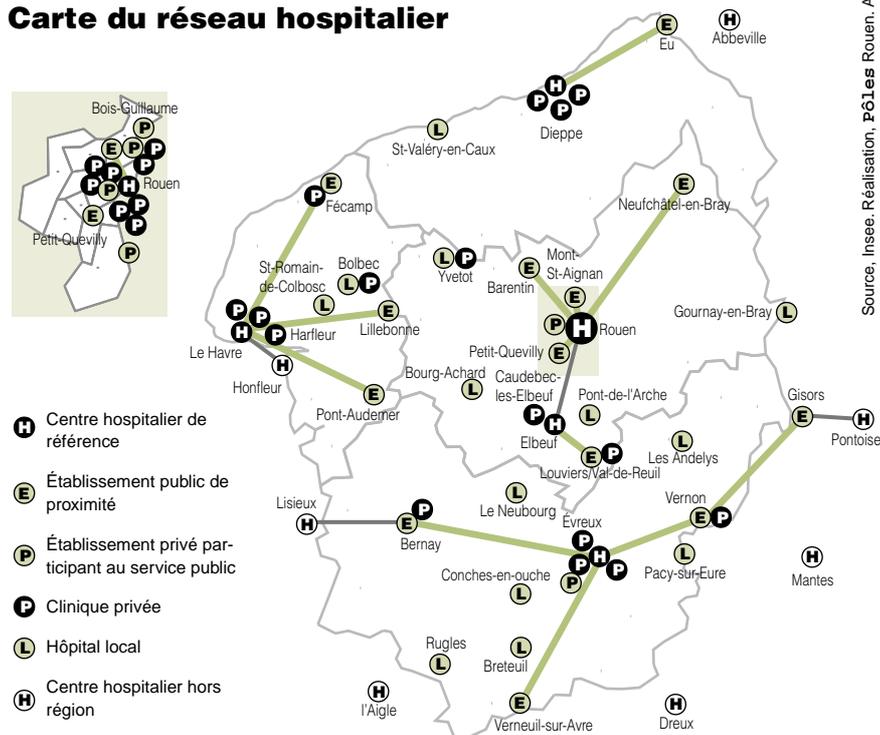
Le principe de l'évaluation était posé dès le départ aussi bien en ce qui concerne l'atteinte d'objectifs en terme d'état de santé (réduction de mortalité...), que

Le poids démographique de la Vallée de la Seine

1 419 377 Hauts-Normands vivent dans cette zone d'aménagement de la Basse-Seine, soit 81 % de la population totale en 1990



Carte du réseau hospitalier



La Haute-Normandie en chiffres

Population

1,7 million d'habitants (3,1 % de la population française sur 2 % du territoire)

Départements

Seine-Maritime et Eure

Caractéristiques socio-économiques

Taux de chômage élevé
Faiblesse du taux de diplômés de l'enseignement supérieur

Indicateurs sanitaires

Surmortalité (après standardisation) par cancers, maladies cardio-vasculaires, suicides

de fonctionnement de structures (délais d'attente aux urgences...) ou de restructuration hospitalière.

Les résultats

La carte du réseau hospitalier est l'expression la plus synthétique du Sros de Haute-Normandie (voir ci-contre). Ce Sros a les caractéristiques suivantes.

- Le réseau hospitalier épouse fidèlement la répartition de la population.
- Les réseaux ne sont pas une simple déclaration d'intention mais recouvrent une réalité concrète qui est parfois contraignante. Le partage des compétences médicales aboutit pour certains établissements et pour certaines activités (urgences...) à une perte d'autonomie des hôpitaux de proximité (soins courants) au profit des hôpitaux de référence (soins spécialisés ou très spécialisés). Le partage d'activité entre les secteurs « public » et « privé » dans certaines disciplines (cancérologie par exemple), figure dans le Sros, de même que la co-utilisation d'équipements lourds.
- Des référentiels nationaux (urgences, réanimation...) ou régionaux (soins de suite...) serviront à garantir la qualité des prises en charge.
- L'obligation d'évaluer est omniprésente et les indicateurs les plus importants et les plus robustes sont inscrits dans le Sros et donc opposables aux acteurs.
- Une politique volontariste a été décidée pour conforter les métropoles d'équilibre (Dieppe, Evreux) par rapport à l'axe traditionnel de la vallée de la Seine.
- La démarche d'élaboration du Sros a permis en Haute-Normandie une prise de conscience, jusque là inexistante, des problèmes de santé régionaux. La petite taille de la région, son faible rayonnement au plan national ont également permis l'élaboration d'un Sros parfois plus directif, plus contraignant qu'ailleurs. ■

Bernard Basset

Responsable de la filière des médecins inspecteurs de santé publique, ENSP

Source : Insee. Réalisation : P&I Les Rouen. Adaptation : AdSP.

Livres reçus

 ce pictogramme signale les ouvrages qui font l'objet d'une note.

ALCOOL

 **NE LAISSEZ PAS L'ALCOOL PRENDRE LE VOLANT**
Guide d'information sur l'alcool au volant

Paris-La Défense : La Sécurité routière, juillet 1994, 31 p.

ENFANCE

 **SANTÉ ET APPRENTISSAGE**

Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, groupe permanent de lutte contre l'illettrisme, La documentation Française, 1994, coll. En toutes lettres, 358 p.

 **1, 2, 3... SANTÉ. Éducation pour la santé en milieu scolaire**
Sous la direction de Brigitte Sandrin-Berthon, Anick Lestage, François Baudier, Alain Monnot
Vanves : CFES, coll. La santé en action, 1994, 218 p.

ÉTHIQUE

 **POUR UNE CRITIQUE DE LA RAISON BIOÉTHIQUE**

Lucien Sève
Paris : Odile Jacob, mars 1994, coll. Philosophie, 418 p.

Par Henri Verdier

OBSERVATION

 **PROBLÈMES DE L'ENFANCE, STATUT SOCIAL ET SANTÉ DES ADULTES**

Georges Ménahem
Paris : Credes, 1994, n° 1010, 221 p.

DISPARITÉS DE CONSOMMATION MÉDICALE ET ÉTAT DE SANTÉ EN FRANCE

Andrée et Arié Mizrahi
Paris : Credes, septembre 1994, n° 1034, 27 p.

LA CLIENTÈLE ET LA PRESCRIPTION PHARMACEUTIQUE DES MÉDECINS DES SECTEURS 1 ET 2

Philippe Le Fur, Catherine Sermet, Fabienne Aguzzoli
Paris : Credes, juin 1994, n° 1028, 28 p.

PERSONNES ÂGÉES

LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
Enquête EHPA 92

Paris : Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Sesi, septembre 1994, coll. Documents statistiques, n° 206, 143 p.

L'ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE De la théorie à la pratique

Robert Leroux
Rennes : ENSP, 1994.

PRISE EN CHARGE FAMILIALE DES DÉPENDANTS ÂGÉS DANS LES PAYS DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Luxembourg : Communautés Européennes, 1994.

PERSONNES HANDICAPÉES

 **Personnes handicapées INSERTION ET MODES DE VIE**

In Solidarité santé, n° 2, avril-juin 1994, Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Sesi, 83 p.

PRÉVENTION

 **PRATIQUES ALIMENTAIRES ET SANTÉ**

In Prévenir, n° 26, 1^{er} trimestre 1994, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, 238 p.

PROFESSIONS SANITAIRES ET SOCIALES

LES PROFESSIONS DE SANTÉ au 1^{er} janvier 1993 par département

Paris : Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Sesi, août 1994, coll. Documents et statistiques, n° 205, 111 p.

LA FORMATION AUX PROFESSIONS DE LA SANTÉ EN 1993-1994

Paris : Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Sesi, septembre 1994, coll. Documents statistiques, n° 207, 88 p.

LA FORMATION AUX PROFESSIONS SOCIALES EN 1993-1994

Paris : Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Sesi, septembre 1994, coll. Documents statistiques, n° 208, 56 p.

PROMOTION DE LA SANTÉ

HEALTH PROMOTION, FOUNDATIONS FOR PRACTICE

Jennie Naidoo, Jane Wills
Baillière Tindall, 1994,
304 p.

PROTECTION SOCIALE

LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE 1991, 1992, 1993

Paris : Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Sesi, juillet-août 1994, n° 202, 37 p.

SANTÉ ET TRAVAIL

SOUFFRANCES ET PRÉCARITÉS AU TRAVAIL Paroles de médecins du travail

Paris : Mutualité française, Syros, 1994, coll. Alternatives sociales, 356 p.

L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION SUR LES LIEUX DE TRAVAIL Un premier bilan de la mise en œuvre de la directive-cadre communautaire de 1989

Laurent Vogel
Bruxelles : Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité, 1994, 425 p.

 ce pictogramme signale les ouvrages qui font l'objet d'une note.

SANTÉ MENTALE

RAPPORT SUR L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE

Henri-Jean Lebeau, Gérard Sarazin
Paris : Inspection générale des affaires sociales, mars 1994, n° 94047.

LA PSYCHIATRIE ÉCLATÉE Histoire, politique, philosophie, sociologie

In *Sociologie Santé*, n° 10, juin 1994, Éditions de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, Centre aquitain de recherche, 173 p.

SANTÉ PUBLIQUE

DICTIONNAIRE DE L'INFORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE À L'USAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Emmanuel Rusch, Bertrand Thélot
Paris : Frison Roche, 1994, 261 p.

IMAGES DE LA SANTÉ

Alphonse d'Houtaud
Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1994, coll. Santé Publique et Communautaire, 222 p.

SIDA

SIDA LES ENJEUX ÉTHIQUES

Catherine Manuel, Jean-Louis San Marco
Paris : Doin éditeurs, 1994, 276 p.

UN CHERCHEUR CONTRE LE SIDA

Pierre Cornuet
Paris : Syros, 1994, 166 p.

LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, CROYANCES ET COMPORTEMENTS DES FRANCILIENS FACE AU SIDA Résultats de l'enquête 1992

Isabelle Grémy
Paris : ORS Île-de-France, Conseil régional de l'Île-de-France, Préfecture d'Île-de-France, septembre 1994, 111 p.

AGIR POUR PRÉVENIR

Vanves : Agence française de lutte contre le sida, Mutualité française, mai 1994, coll. Sida et entreprise, 41 p.

SYSTÈMES DE SOINS

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

A. Béresniak, G. Duru
Masson, 1994, 157 p.

L'HÔPITAL AUJOURD'HUI

Monique Hérold, Micheline Bernard, Béatrice Frinsighelli, Brigid Maigret, Lucien Bouis, Nicolas Brun
Paris : Ligue des droits de l'Homme, Union nationale des associations familiales, octobre 1994, 38 p.

L'HOSPITALISATION À DOMICILE Un tour d'horizon en Europe, aux États-Unis et au Canada

Nadine Raffy-Pihan
Paris : Credes, 1994, n° 1045, 187 p.

MANAGER AUTREMENT Les outils du management hospitalier

Jean Louis Léonard
Paris : TSA éditions, septembre 1994, coll. Dominantes, 239 p.

40 ANS DE RECHERCHE EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ Rétrospective des travaux du Credes depuis 1954

Paris : Credes, 1994, coll. Bibliographie thématique illustrée, n° 1000, 153 p.

PRÉSENT ET PERSPECTIVES DU RÔLE DE L'HÔPITAL PUBLIC/ PRIVÉ FACE AUX BESOINS SANITAIRES, AUX ASPIRATIONS INDIVIDUELLES ET AUX INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES Éthique et évolution des coûts

Laure Com-Ruelle, Marie-Jo Sourty-Le Guellec
Paris : Credes, septembre 1994, n° 1044, 20 p.
Intervention présentée au colloque : la santé, son éthique et ses contraintes, 27 avril 1994.

TOXICOMANIE

LIVRE BLANC DES ÉTATS GÉNÉRAUX DU NORD Lutte contre la toxicomanie

Lille : Comité de direction du contrat départemental d'action de prévention de la toxicomanie, Préfecture du Nord, Conseil général du département du Nord, Fondation de France, Délégation Nord-Pas-de-Calais, 1994, 200 p.

ALCOOL**NE LAISSEZ PAS
L'ALCOOL PRENDRE
LE VOLANT****Guide d'information sur
l'alcool au volant**

Paris : La Sécurité routière,
juillet 1994, 31 p.

« Savoir conduire, c'est savoir... vivre ». Parce que l'on a tendance à assimiler alcool au volant et alcoolisme, la Sécurité routière lance une campagne de communication pour accompagner l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation abaissant le seuil maximum autorisé de 0,8 à 0,7 g/l d'alcool dans le sang (soit de 0,40 à 0,35 mg/l d'air expiré).

Par des conseils/recommandations, des chiffres qui montrent l'importance du problème, des tableaux/graphiques qui visualisent la situation, la Sécurité routière entend inciter les conducteurs à toujours plus de vigilance, pour ne pas dépasser leur limite de consommation d'alcool avant de prendre le volant. Pour connaître leur limite en évitant de prendre des risques... Douze questions et un jeu pour connaître tous les risques de l'alcool au volant sont proposés sous la forme d'un petit livre qui peut très bien avoir une place de choix dans votre voiture.

ENFANCE**SANTÉ ET
APPRENTISSAGES**

Paris : La documentation
Française, 1994, coll. En
toutes lettres, 358 p.

Cet ouvrage collectif (plus de cinquante chercheurs et praticiens y ont collaboré), publié par le groupe permanent de lutte contre l'illettrisme, s'inscrit dans une approche préventive s'attachant à promouvoir tout ce qui peut être fait en amont, avant l'installation de situations d'exclusion liées à

la non-maîtrise des savoirs de base. Comme dans *École et réussite, des atouts pour tous* et *Petite enfance, éveil aux savoirs* édités dans cette même collection.

Conçu comme un outil d'information et de réflexion destiné à des lecteurs d'horizons multiples, l'ouvrage propose une exploration didactique et critique des relations qui s'établissent d'une part entre la santé des enfants et des jeunes et d'autre part leurs potentialités d'accès aux apprentissages.

Chacun des concepts – santé et apprentissage – est abordé dans son acception la plus large au travers d'un vaste panorama d'études, de témoignages et d'initiatives les plus diverses, sans pour autant que soit dressé un « catalogue » des innombrables troubles de l'enfance. Toutefois, le manque d'études sur la qualité de vie des enfants malades, par exemple, est fréquemment déploré par les auteurs eux-mêmes.

Cette réflexion devrait être prolongée dans un second volume qui abordera l'incidence de la santé sur l'illettrisme, et réciproquement, chez les jeunes et les adultes.

**1, 2, 3... SANTÉ
Éducation pour la santé
en milieu scolaire**

Sous la direction de
Brigitte Sandrin-Berthon,
Anick Lestage, François
Baudier, Alain Monnot
Vanves : CFES, coll. La
santé en action, 1994,
218 p.

Un bien joli titre pour le dernier-né de la collection *La santé en action* lancée en décembre 1992 par le CFES et qui compte à présent sept ouvrages à son actif.

Comme l'indique explicitement le sous-titre de la collection (guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé), les ouvrages publiés doivent cadrer à la fois la réflexion et

l'action du lecteur. 1, 2, 3... *santé* respecte bien la règle et en confirme tout l'intérêt.

Un premier chapitre théorique expose les concepts en jeu et leur évolution au cours du temps, rappelle les spécificités des enfants et des adolescents en matière de santé, explique les textes régissant la santé en milieu scolaire et enfin, propose un schéma théorique simple d'intervention.

Le second chapitre est entièrement consacré au récit d'expériences de terrain concernant divers thèmes de santé (alimentation, abus sexuels, hygiène bucco-dentaire, sommeil, médicaments, alcool, toxicomanie), divers publics (élèves de maternelle et du primaire, collégiens, lycéens) et diverses approches dont l'approche par les pairs.

Une préface signée Georges Vigarello et une bibliographie générale indiquant revues et organismes ressources et textes réglementaires en vigueur complètent judicieusement cet ouvrage véritablement destiné à tous les acteurs de la promotion de la santé en milieu scolaire.

OBSERVATION**PROBLÈMES DE
L'ENFANCE, STATUT
SOCIAL ET SANTÉ DES
ADULTES**

Georges Ménaheim
Paris : Credes, juin 1994,
n° 1010, 221 p.

Un enfant mal aimé deviendrait un adulte en mauvaise santé. Telle est la conclusion de ce rapport du Credes résultant de l'exploitation statistique d'une étude des conditions de vie, réalisée par l'Insee en 1986-87, auprès d'un échantillon représentatif de 13 154 personnes.

Le rôle de l'environnement familial et des problèmes affectifs pendant l'enfance est déterminant dans l'apparition des

ÉTHIQUE**POUR UNE CRITIQUE
DE LA RAISON
BIOÉTHIQUE**

Lucien Sève
Paris : Odile Jacob, mars
1994, coll. Philosophie,
418 p.

La « bioéthique » suscite quantité d'ouvrages, souvent confus, parfois contradictoires, et presque toujours rapidement dépassés.

C'est, nous dit l'auteur, que ce mot maladroit désignant la réflexion éthique sur les problèmes posés par la *recherche* biomédicale et les *pratiques* qui en résultent, désigne au moins trois réalités : la réflexion sur des dossiers d'actualité, ancrée dans les pratiques scientifiques et vieillissant avec elles ; la recherche de consensus sur des notions générales telles que la liberté, la personne, ou le respect qui lui est dû ; et enfin, la réflexion philosophique, sur des questions essentielles de ce domaine, qui sont simplement éclair-

maladies et des troubles à l'âge adulte. D'après l'auteur du rapport, Georges Ménaheim, les personnes ayant vécu de graves difficultés familiales avant 18 ans, déclarent 43 % de plus de maladies à l'âge adulte que celles qui n'en ont pas connu. Plus de la moitié des personnes interrogées a le souvenir de problèmes familiaux graves ou de difficultés marquantes avant leur majorité.

rées d'un jour nouveau par la recherche biomédicale.

C'est à cette dernière « bioéthique » que s'attaque Lucien Sève. Normalien, agrégé de philosophie, philosophe marxiste renommé, membre actif du CNCE (Centre national consultatif d'éthique) depuis sa fondation, il articule dans ce livre, avec rigueur et clarté, l'aspect proprement philosophique de ces débats. La tâche qu'il se fixe est à la fois limitée et ambitieuse : « conscience de philosopher en position seconde par rapport à l'expérience et à la connaissance, visée radicale de l'explicitation du sens de ce qu'on dit et de ce qu'on fait, et par là, contribution possible à une prise plus lucide de responsabilité. » C'est là œuvre de philosophe : on chercherait en vain, dans ce livre, trace des dernières polémiques en vogue ou des conseils précis et complets sur des dossiers particuliers.

La philosophie critique, au sens où Kant employait ce terme, vise à « définir

clairement les pouvoirs de la raison pour lui épargner des errements sans issue et l'aider à bâtir sur un pied plus solide. » Quels problèmes pouvons-nous penser ? Quels sont ceux qui échapperont toujours à nos catégories mentales ? Une telle démarche emploie deux types d'outils : l'*analytique*, qui examine les éléments à partir desquels les problèmes sont pensés, puis la *dialectique*, qui recherche les contradictions qui surviennent lors de l'emploi de ces concepts.

Ces deux procédés sont brillamment employés dans ce livre, qui se limite volontairement à l'analyse de deux notions, et à la description de deux contradictions (c'est pourquoi d'ailleurs il ne s'intitule pas *Critique de la raison bioéthique*).

Les deux notions explorées dans cette analytique sont les concepts, fondamentaux, de « personne » et de « respect ». Concepts centraux, toujours employés, rarement définis, et plus rarement encore saisis dans toutes leurs tensions et

leur complexité. Au fil de cette argumentation solide, la nature de ces deux notions se dessine, et le lecteur qui a été confronté à des débats de bioéthique se sent progressivement mieux armé pour y participer à nouveau.

La dialectique examine deux anciens débats philosophiques, aujourd'hui réactualisés : la « querelle du progrès » (les progrès scientifiques sont-ils, en théorie, compatibles avec le respect de l'exigence éthique ?) et les « questions d'argent » (qui pèsent lourdement sur toutes les questions de dons d'organes, de tissus ou même de gamètes). Dans cette dernière partie, ce ne sont pas seulement des outils que nous livre l'auteur, mais aussi des questions qui restent ouvertes et dont les solutions engagent l'ensemble de notre système biomédical.

Henri Verdier

Quatre grands types de problèmes sont recensés : « le grand manque d'affection », « le conflit des parents », « l'absence prolongée des parents » et « la maladie grave, le handicap ou l'accident d'un des parents ». Cependant l'expérience précoce du décès d'un parent, ou de leur séparation, atténue les déséquilibres associés aux problèmes de sa jeunesse. Par exemple « quand un

individu a vécu dans sa jeunesse le conflit de ses parents ou un grand manque d'affection, il déclare 42 % de plus de maladies, mais seulement 17 % de plus s'il a vécu en même temps la mort d'un parent ou leur séparation.

Parallèlement, le nombre de maladies déclarées associé aux conditions sociales des enquêtés est trois fois moins important que celui correspondant aux pro-

blèmes affectifs vécus avant 18 ans.

Enfin les modes de vie « à risque » sont plus fréquents : par rapport à une personne n'ayant connu ni problème affectif ni choc dans son enfance, un individu fume 2,4 fois plus de cigarettes par jour et boit 1,9 fois plus de vin (ou d'équivalent en alcool) s'il a déclaré avoir connu la mésentente de ses parents.

PERSONNES HANDICAPÉES

Personnes handicapées INSERTION ET MODES DE VIE

In Solidarité santé : études statistiques, n° 2, avril-juin 1994, ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Sesi, 83 p.

Solidarité santé se penche sur l'insertion et les modes de vie des personnes handicapées.

On apprend, en cinq chapitres illustrés, que près de cinq millions et demi de personnes vivant à domicile déclarent être handicapées ou ressentir une gêne dans la vie quotidienne, qu'un million souffrant de déficience motrice, de troubles physiques ou de déficiences intellectuelles, bénéficient d'une aide financière spécifique aux personnes handicapées avec une majorité d'hommes adultes d'âge actif.

Au 1^{er} janvier 1992, existaient 1 574 établissements d'éducation spéciale accueillant 112 000 enfants/adolescents. Le droit d'être éduqué étant gratuit (loi d'orientation du 30 juin 1975) les CDES (Commissions départementales d'éducation spécialisée) ont la responsabilité de déterminer en raison de chaque individu l'orientation nécessaire au développement de sa personnalité.

Les dépenses relatives aux prestations versées au titre de l'invalidité et des accidents de travail s'accroissent (34 % en francs constants entre 1981 et 1992) en raison de revalorisations successives mais également de l'accroissement du nombre de bénéficiaires.

L'obligation pour les entreprises de plus de 20 salariés d'employer 6 % de travailleurs handicapés a permis une augmentation de l'insertion professionnelle des handicapés...

Cinq spécialistes étayent de leurs connaissances l'action que mène le ministère de tutelle à l'égard de cette population.

PRÉVENTION

PRATIQUES ALIMENTAIRES ET SANTÉ

Prévenir : *Cahiers d'études et de réflexion, édité par la Coopérative d'édition de la vie mutualiste, 1994, 238 p.*

Les cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste nous propose dans leur livre *Prévenir* un ensemble de textes regroupés sous le terme de *pratiques alimentaires et santé*.

Il convient déjà de saluer le titre donné à cet ouvrage qui vise à souligner que les comportements qui tournent autour de l'ingestion d'aliments se trouvent au carrefour de l'affectif, du culturel et du social. Ils s'inscrivent dans de multiples dimensions qui ne doivent pas être abordées de manière réductionniste, que l'ensemble des déterminants doivent être pris en compte.

La dimension historique permet de bien saisir le poids des différents déterminants et la manière dont ils sont hérités et transmis.

Le reste de cet ensemble de travaux est centré autour des pratiques alimentaires de groupes identifiables (populations d'enfants, d'étudiants, de sportifs, populations faisant partie de cultures différentes). Ce parti pris, d'utiliser un des facteurs déterminants pour comprendre les pratiques alimentaires, montre là, à la fois, toutes ses limites et toute sa fécondité.

La troisième partie de cet ouvrage est plus physiologique. C'est probablement la partie qui est la moins originale à une exception majeure près qui justifie les recommandations que l'on peut faire de lire cet ouvrage : les rapports entre santé et aliment sont posés là, dans une perspective de santé publique. Quand on regarde la diversité des propositions qui sont faites par les nom-

breux auteurs qui ont collaboré à ce travail, on peut être logiquement inquiet par la somme des messages, que chacun d'entre nous doit intégrer pour se maintenir en bonne santé, d'autant plus que certains messages semblent contradictoires.

La quatrième partie montre que les producteurs de produits alimentaires, qu'ils soient industriels ou restaurateurs ont sur les pratiques alimentaires, un point de vue qui leur est bien personnel. La plupart du temps, ces points de vue ne sont pas cohérents avec les aspects qui ont été développés au cours des pages précédentes.

Ce livre est à recommander à tous ceux qui sont intéressés par les pratiques alimentaires, quelle que soit leur formation professionnelle d'origine. Mais, il est à recommander aussi aux acteurs de santé publique et à ceux qui souhaitent, dans ce domaine, faire œuvre de communication.

P.-J. P.

PROMOTION DE LA SANTÉ

HEALTH PROMOTION, FOUNDATIONS FOR PRACTICE.

Jennie Naidoo, Jane Wills
Baillière Tindall, 1994, 304 p.

Rien de bien nouveau dans le contenu de cet ouvrage qui vise à fournir le cadre théorique indispensable aux promoteurs de la santé désireux d'être transparents et lucides sur leurs intentions et les résultats qu'ils attendent lorsqu'ils s'engagent dans des interventions de promotion de la santé. Ses trois sections traitent de la théorie de la promotion de la santé (concepts, déterminants, indicateurs...), des dilemmes de la pratique (éthique, partenariat, implication de la communauté...) et des schémas de la mise en œuvre d'interventions.

Pourtant sa présentation rend cet ouvrage remarquable. Chacun des 14 chapitres s'ouvre sur un préambule précisant les enjeux de la question qui va être traitée ensuite, propose au fil du texte des encadrés correspondant à des exemples, des points-clés ou des thèmes de discussion possibles et se conclut par un résumé et des propositions de lectures complémentaires. Un index matières très riche offre un accès rapide et précis à l'information recherchée.

Cet ouvrage est à considérer comme un véritable manuel à la lecture à la fois agréable et efficace.

SANTÉ MENTALE

RAPPORT SUR L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE

Henri-Jean Lebeau,
Gérard Sarazin

Paris : Inspection des affaires sociales, mars 1994, n° 94047

À la demande de la direction des Hôpitaux, une mission de l'Igas dresse un bilan de l'accueil familial thérapeutique. Cet accueil est destiné à des mineurs, aux adultes séparés de leur famille naturelle. Il a la particularité, par rapport aux autres formes d'accueil familial, d'apporter une technique de soins dans le traitement de certaines affections mentales. Cette forme de placement n'existe que dans 74 départements. Elle s'est développée de façon inégale : quinze départements seulement comptent plus de dix patients placés pour 100 000 habitants.

Le rapport présente la réglementation qui régit ce type de placement et en étudie les limites et les faiblesses. L'Igas formule des propositions, notamment :

- créer un accueil familial médicalisé, les malades mentaux ne nécessitant plus une hospitalisation à temps complet ;
- valoriser la fonction d'ac-

cueil par la mise en place d'un véritable statut d'assistant en accueil familial inspiré de celui des assistantes maternelles.

SANTÉ ET TRAVAIL

SOUFFRANCES ET PRÉCARITÉS AU TRAVAIL

Paroles de médecins du travail

Paris : Syros, 1994, coll. Alternatives sociales, 360 p.

C'est à l'initiative de l'association santé et médecine du travail qu'a été mis en place le projet *Paroles* : accumuler des témoignages, des portraits, des situations, de la souffrance, qui, sortis de l'entreprise, seront diffusés aussi largement que possible afin d'alerter les pouvoirs publics. Là où il y a silence, instaurer la parole. Celle d'une soixantaine de médecins du travail pour lesquels l'éthique du témoignage c'est de refuser de se taire.

Ce recueil de monographies témoigne en effet d'un processus global et profond de précarisation : précarisation du travail (chômage, contrats à durée déterminée, sous-traitance, temps partiel, etc.), des conditions de travail (accumulation des contraintes organisationnelles), tant pour les salariés du « noyau stable » que pour les autres (femmes, jeunes, handicapés, immigrants, etc.), précarisation de la santé (atteintes physiques, psychiques et sociales), précarisation de la médecine du travail aussi.

Que constatent les médecins du travail ? Un recul du droit au travail et du droit de la santé au travail, de multiples formes de discrimination sociale, un divorce profond entre droit et pratique du droit. Ils s'interrogent aussi sur leurs pratiques médicales et sur la manière dont ils se situent par rapport à ce qui peut

tendre à devenir des « rites » préventifs, coupés de sens par rapport à la santé individuelle et collective.

Bien des questions sont soulevées dans ce livre qui dérange et bouleverse. Elles ne sont pas seulement du ressort du médecin du travail, mais relève de la res-

ponsabilité de chaque citoyen. Cet ouvrage se situe dans la filiation d'un travail collectif *Les risques du travail* publié en 1984, qui, à sa manière, essayait de mettre à la disposition du plus grand nombre des informations sur les effets du travail sur la santé, en intégrant déjà les réper-

cussions de l'organisation du travail.

L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION SUR LES LIEUX DE TRAVAIL Un premier bilan de la mise en œuvre de la directive-cadre communautaire de 1989

Laurent Vogel
Bruxelles : Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité, 1994, 425 p.

Panorama comparatif de la transposition de la directive-cadre 89/391 adoptée en 1989 à l'initiative de la Confédération européenne des syndicats. Ce texte fixe une obligation générale de sécurité à la charge de l'employeur. Mais le cadre législatif des différents pays ne permettait pas toujours de disposer des instruments juridiques nécessaires à la transposition. Au 31 décembre 1993, la Belgique, le Danemark, la France, l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal et le Royaume-Uni avaient transposé la directive. Le système national de protection du travail des pays où la directive n'a pas été transposée est également étudié.

En France, la transposition de la directive a été effectuée par la loi du 31 décembre 1991 sur la prévention des risques professionnels. Cependant, l'intégration des différentes compétences professionnelles de l'entreprise dans la mise en œuvre de la prévention n'est pas chose aisée, et l'article 7 qui concerne cette disposition n'a pas été transposé. Cette difficulté est révélatrice d'un problème partagé par les différents pays membres : l'application de la directive se heurte moins à des inadéquations techniques qu'à des enjeux sociaux. La législation produit des normes sans s'interroger sur les impératifs de compétitivité et de flexibilité du travail induits par la logique économique.

SANTÉ PUBLIQUE

DICTIONNAIRE DE L'INFORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Emmanuel Rusch,
Bertrand Thélot
Paris : Frison-Roche, 1994, 261 p.

« Risque, Otarie, intervalle de confiance, PMSI, polysémie », autant de termes variés, usités par certains et peu compréhensibles pour d'autres, qu'ils soient usagers ou acteurs du système de santé. L'importance croissante de l'information en santé publique, la diversité des disciplines qu'elle met en œuvre ainsi que la multiplicité d'organismes auxquels elle a recours, ne sont pas toujours maîtrisées par les professionnels de santé qui n'y sont pas nécessairement formés. L'acquisition de notions de base en santé publique paraît pourtant indispensable à la compréhension et à la communication au sein du système de santé. Ce dictionnaire de l'information permet de donner un sens précis à nombre de concepts, structures ou expressions utilisés en santé publique.

IMAGES DE LA SANTÉ

Alphonse d'Houtaud
Nancy : Presses universitaires de Nancy, Coll. Santé publique et communautaire, 1994, 222 p.

À un moment donné où la politique de santé est plus imprégnée de logique gestionnaire que de logique sociale, et contre toute attente, la nouvelle collection présentée par les Presses universitaires de Nancy associée à l'École de santé publique de l'Université de Nancy I donne la parole aussi bien aux professionnels de la santé, de l'action sociale, de l'éducation, aux élus qu'à ceux pour qui ils travaillent, recherchent, décident..., aux citoyens. Dans cet ouvrage, les citoyens/usagers sont invités à

REVUE MULTIDISCIPLINAIRE

POUR LA RECHERCHE ET L'ACTION

Sommaire n° 3/1994

Éditorial

1995 : les facultés de médecine découvrent que l'homme vit en société, J.-P. Deschamps.

Pratiques

- Comment s'élabore un consensus ? Œstrogènes et risque fracturaire, le cas de la conférence française sur la médicalisation de la ménopause, D. Broclain.
- Évaluation des besoins de la population âgée dans trois cantons du Nord, O. Carissimo, F. Parée, P. Fournier, T. Lebrun, E. Étienne, X. Lenne.

Études

- L'aide apportée aux personnes âgées dépendantes par les épouses, les filles et les belles-filles, H. Bocquet, F. Berthier, A. Grand.
- Mise en place d'une unité d'accueil et d'orientation des personnes âgées dans un hôpital de court séjour : conséquences sur les filières de soins intra-hospitalières, C. Chouaid, C. Chansiaux, J.-M. Despoisse, L. Teillet, M. Cosquer, M. Roger, P. Yeni, C. Blum-Boisgard.
- Enquête de dépistage du saturnisme infantile d'origine hydrique dans les Vosges, H. Thiriart-Delon, J. Steffann, D. Nicolas, M. Duc.

Politiques

- Contribution de l'assistant social à la santé au Bénin : les causes d'un échec et les leçons à en tirer, E.-B. Fayomi, Th. Zohoun, A. Ibrahim.
- Prise en charge de la santé des populations immigrées, étude comparative en France et en Angleterre, C. Thayer.

Opinion

Le partenariat patient-médecin plus difficile et plus nécessaire que jamais, J. Martin.

Lectures

Santé publique,
BP 7,
2, avenue du
Doyen J. Parisot,
54501
Vandœuvre-lès-
Nancy Cédex,
téléphone
(16) 83 44 87 00

donner leurs avis, à participer aux débats d'idées sur la santé, à l'organisation des soins ou de la protection sociale. Ils en profitent pour manifester leur profonde insatisfaction qu'engendrent le fonctionnement, le coût des services de santé.

Dans cet ensemble de réflexions, de débats, de recherches, il semble que le militantisme social de quelques mouvements soit dépassé, que pointe à l'horizon l'émergence d'un modèle alternatif de conception mutuelle de politique de santé, entre les professeurs, les politiques de santé (acteurs) et les autres (citoyens/usagers).

SIDA

SIDA : LES ENJEUX ÉTHIQUES

Catherine Manuel,
Jean-Louis San Marco
Paris : Doin Éditeur, 1994,
276 p.

L'apparition de la pandémie du sida a bouleversé nos croyances et nos acquis.

Dans une société où le risque naturel, d'infection ou de famine, semblait avoir disparu, elle a représenté une explosion anachronique ayant ramené des schémas archaïques et oubliés.

À travers les nombreux articles, textes de lois ou prises de position, publiés depuis le 5 juin 1983, date du premier rapport du Center for disease control, Catherine Manuel et Jean-Louis San Marco tentent d'analyser l'impact de la maladie sur nos références éthiques, aussi bien :

- vis-à-vis de l'individu : respect de la personne, information, devoir d'assistance,
- vis-à-vis de la « cité » : politique de dépistage, prévention, affaire du sang contaminé, exclusion, choix économique,
- vis-à-vis du problème posé par le respect du droit médical.

La gravité des problèmes sou-

levés méritait une réflexion approfondie abordant l'ensemble des aspects du problème, réunis pour la première fois dans ce livre.

LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, CROYANCES ET COMPORTEMENTS DES FRANCI- LIENS FACE AU SIDA

Isabelle Grémy
Paris : ORS Île-de-France,
Conseil régional de l'Île-de-France, Préfecture d'Île-de-France, septembre 1994,
111 p.

Cette étude s'inscrit dans le programme recommandé par l'OMS de surveillance des connaissances et attitudes de la population face au virus du sida, éléments déterminants pour l'élaboration des politiques de prévention.

Cette enquête reprend les mêmes thèmes que l'enquête de 1990, à savoir :

- les connaissances sur le sida : transmission, groupes à risques, moyens de protection ;
- les attitudes et opinions à l'égard des séropositifs et des malades : tolérance, confiance, exclusion ;
- l'activité sexuelle et les préservatifs : nombre de partenaires, opinion, utilisation et facteurs d'utilisation des préservatifs ;
- la prévention : test de dépistage, perception du risque, campagnes d'information.

Si le niveau des connaissances semble avoir progressé, l'évolution des attitudes, de la tolérance, de la gestion du risque reste limitée. Les opinions se sont cependant affirmées, avec moins de réponses sans avis.

Les Franciliens semblent toujours aussi nombreux à penser que la transmission est possible (oui ou peut-être) en buvant dans le verre d'une personne contaminée (26 %), dans les toilettes publiques (24 %), par piqure de moustique (32 %) ou en donnant

du sang (43 %). Cela semble davantage en relation avec la perception personnelle de la maladie qu'avec un niveau réel de connaissance.

L'utilisation systématique des préservatifs semble avoir progressé chez les hommes multipartenaires alors qu'elle est restée stable chez les femmes. Ces progrès restent toutefois insuffisants, trop d'hommes multipartenaires se considérant avec un risque inférieur à la moyenne.

L'ensemble de ce constat doit aider à mieux adapter, diversifier et cibler les différents messages des campagnes d'information auprès du grand public et des populations à risque.

AGIR POUR PRÉVENIR

Vanves : Agence française de lutte contre le sida, Mutualité française, mai 1994, coll. Sida et entreprise, 41 p.

Née de la collaboration d'acteurs de la prévention et du monde du travail, cette brochure en cinq parties est destinée aux dirigeants d'entreprise soucieux d'organiser une action de sensibilisation et d'information sur le sida.

Un exposé des données épidémiologiques montre que c'est la classe d'âge professionnellement active qui est la plus atteinte (les 20-49 ans). Après un rappel des connaissances actuelles sur le virus et la transmission de la maladie, le droit du travail est examiné en regard de la pathologie : aucune règle n'est spécifique au VIH, mais d'autres dispositions telle que la loi sur la non-discrimination peuvent s'appliquer aux personnes atteintes. Les deux derniers chapitres présentent les conditions d'une action au sein de l'entreprise et les outils de prévention adaptés au monde du travail. Des adresses utiles donnent des indications sur les organismes pouvant assurer une information ou des intervenants.

SYSTÈME DE SOINS

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

A. Béresniak, G. Duru
Masson, 1994, 157 p.

L'économie de la santé a pris une place de plus en plus prépondérante en médecine. En effet, le contrôle des dépenses, le souci de rentabilité, le coût des différents actes, sont des préoccupations de plus en plus présentes chez les professionnels de santé.

Deux facteurs ont principalement contribué à ce développement :

- l'augmentation constante des coûts, due à l'élargissement des champs, au vieillissement de la population et à l'utilisation de technologies de pointe ;
- la crise économique, qui exige une gestion plus fine.

Ce sont naturellement les économistes, « habitués à étudier le problème des besoins illimités face à des ressources limitées », qui les premiers ont développé cette discipline, publiant de nombreux travaux.

Ces travaux restent cependant trop souvent inaccessibles aux professionnels de santé peu habitués aux notions d'économie, alors qu'ils sont les principaux acteurs du contrôle des dépenses.

Cet abrégé réalise une synthèse des différents concepts, mécanismes et outils entrant en jeu dans l'économie de la santé. Son approche didactique permet une compréhension des notions économiques par les non-économistes.

L'HÔPITAL AUJOURD'HUI

Ligue des droits de l'Homme, Union nationale des associations familiales, octobre 1994, 38 p.

Le système de santé a acquis une technicité qui l'a éloigné des dimensions humaines. Telle est la

constatation de l'enquête réalisée sur l'hôpital aujourd'hui.

Cette constatation, bon nombre d'usagers l'avaient déjà faite avant ce jour. Accueil médiocre, attente insupportable, communication sommaire, atteinte à la dignité, l'hôpital est de plus en plus devenu un lieu de dés-humanisation, les prestations humaines étant trop souvent considérées comme annexes. L'effort est centré sur le soin et non sur le malade.

L'enquête a été réalisée à partir de 825 réponses à un questionnaire recueillies dans tous les départements à travers les réseaux de l'Unaf et de la Ligue des droits de l'Homme. Ce questionnaire a été conçu en tentant de suivre le parcours d'une personne dès son arrivée à l'hôpital. Les thèmes abordés sont variés : l'égalité quant à l'accès aux soins, la prise en charge de la douleur, l'information, l'accueil, les conditions de vie...

Bien que globalement les usagers soient satisfaits, il apparaît clairement que beaucoup de progrès restent à faire pour améliorer l'accueil, l'écoute et le dialogue.

Les auteurs proposent une réflexion ainsi que leurs solutions dans une optique d'humanisation de l'hôpital et de respect de l'usager.

L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Un tour d'horizon en Europe, aux États-Unis et au Canada

Nadine Raffy-Pihan
Paris : Credes, octobre 1994, n° 1045, 187 p.

Ce rapport est issu des résultats d'une enquête du Credes réalisée en France en 1992 et 1993 et du dépouillement d'un questionnaire envoyé à des collaborateurs étrangers.

La notion d'hospitalisation à domicile (HAD) est l'objet d'un flou terminologique (elle recou-

vre aussi les soins à domicile en Allemagne et aux États-Unis) et d'un flou juridique (sauf en France, en Allemagne et aux États-Unis). Formule peu répandue, l'hospitalisation à domicile est différemment développée selon les pays.

Trois groupes se distinguent : les pays fondateurs sont les États-Unis (1947) avec 7 800 unités, et la France (1951) avec 41 unités. D'autres pays sont en train de développer cette alternative à l'hospitalisation classique : la Grande-Bretagne, l'Allemagne et l'Espagne. La Suède, le Canada, la Grèce, l'Italie et les Pays-Bas pratiquent l'HAD seulement depuis les années 1980 et d'une façon expérimentale.

Le fonctionnement, la clientèle et le mode de financement de l'hospitalisation à domicile sont examinés dans plusieurs pays. La présence ou non d'une équipe salariée est le facteur le plus discriminant dans le fonctionnement de l'HAD : les centres français et américains travaillent en collaboration avec le secteur libéral, tandis qu'en Grande-Bretagne on fait appel au personnel du District nursing service. Si généralement ce mode de soins s'adresse aux personnes âgées, les trois centres québécois qui développent ce mode de prise en charge accueillent une population très jeune. À noter également, la particularité du Home health care américain qui se distingue par la grande part de dépenses supportée par le patient. ■

Hafosa Ali, Catherine Lavielle, Claudine Le Grand, Nicolas Nathan, Philippe-Jean Parquet, Patricia Siwek et Marie-Josèphe Strbak ont rédigé ces notes.

Législation & réglementation

ORGANISATION

Organisation de la direction générale de la Santé (modification de l'arrêté du 22 décembre 1992)
Arrêté du 17 octobre 1994
JO du 22 octobre 1994

OBSERVATION

Crédits de fonctionnement des Observatoires régionaux de la santé
Circulaire DGS/VS1 n° 54 du 25 juillet 1994
Non paru au JO

MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, protection sociale des détenus et situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire
Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994
JO du 28 octobre 1994

SANTÉ PUBLIQUE

Programme pluri-annuel de santé publique « allergie respiratoire-asthme-environnement »
Circulaire DGS n° 67 du 25 août 1994
Non parue au JO

Établissement français des greffes
Décret n° 94-870 du 10 octobre 1994
JO du 11 octobre 1994

Conditions d'information sur la qualité de l'eau distribuée en vue de la consommation humaine
Décret n° 94-841 du 26 octobre 1994
JO du 1^{er} octobre 1994

SIDA

Mise en place d'un programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes malades du sida
Circulaire DGS n° 65 du 17 août 1994
Non parue au JO

La santé en France



Le rapport du Haut Comité de la santé publique sur l'état de santé des Français vient d'être rendu public. Ce rapport dresse un bilan de l'état de santé de la population française et établit seize thèmes prioritaires pour les actions à entreprendre. Bernadette Roussille, coordonnateur et rédacteur de ce rapport en présente les principales conclusions.

Le plus frappant dans cette étude est la médicalisation de la population. Elle est très poussée : 6,4 séances de médecine et 37 boîtes de médicament par personne en 1991. Entre 1980 et 1991, elle a progressé en moyenne de 2 % en volume par an, surtout dans ses aspects les plus techniques (analyses et examens +7 % par an, radios +4,4 %). Aussi ne faut-il pas s'étonner que le nombre de maladies déclarées ait considérablement augmenté (1,6 maladie par personne un jour donné en 1970 à 2,9 en 1980 et 3,3 en 1991). Mais cette croissance n'est pas le signe d'une détérioration de l'état de santé puisque les indicateurs globaux (durée de vie, taux de satisfaction de la population) sont en progression.

La surmédicalisation

D'où vient-elle ? D'une plus grande « propension » à déclarer (il serait plus facile qu'avant de se dire dépressif ou

cancéreux), de progrès dans le dépistage (l'hypercholestérolémie, l'hypertension...), d'une plus grande intolérance par rapport à toute forme de mal-être ? On peut dire qu'aujourd'hui, l'homme bien portant (et surtout la femme) est un malade qui s'ignore de moins en moins, mais la seule réalité dont nous soyons sûrs est que la consommation augmente...

Une mortalité prématurée préoccupante

Autre caractéristique frappante : la longévité des Françaises. Elles sont après les Japonaises (81,7 ans), les championnes en espérance de vie (81,1 ans). Elles vivent 8,2 ans de plus que les hommes. La surmortalité masculine est une caractéristique de la situation française.

La surmortalité prématurée (avant 65 ans) est nettement plus accentuée en France que dans les pays voisins. Elle

explique pour l'essentiel la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes qui est une spécificité française très marquée. Elle touche 120 000 personnes (sur les 525 000 décès en 1991). La moitié de ces décès sont considérés comme « évitables ». Une réduction des comportements à risque entraînerait une diminution de 40 000 décès. Un meilleur fonctionnement du système de santé, notamment le dépistage aurait un effet réducteur de 20 000 décès. De ce constat découlent des domaines des priorités dont on s'étonne qu'elles soient en définitive peu affirmées : la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et les excès de vitesse.

French-paradox, cancer et sida

La position de la France en matière de mortalité cardio-vasculaire est exceptionnelle. Le taux de décès, tous âges par maladie du système circulatoire est inférieur de plus d'un tiers à la moyenne de l'Union européenne. Le *french paradox* qui étonne les épidémiologistes étrangers s'explique-t-il par la consommation de vin, « bu avec modération » ?

La mortalité par cancer a peu augmenté depuis 10 ans, 44 600 morts avant 65 ans en 1991 contre 42 700 en 1981. Mais son évolution recouvre deux tendances : la baisse au long cours des cancers de l'estomac et de l'utérus, l'augmentation du cancer du poumon, inexorable pendant des dizaines d'années encore, en raison des effets retard d'une consommation de tabac qui n'a ralenti sa progression que depuis 1980.

La place du sida est très faible dans les causes de mortalité : à peine 3 500 décès en 1991 soit 0,7 % du total des décès. Ce résultat est masqué par le décompte épidémiologique des cas cumulés depuis 1982 (40 000 environ).

La vieillesse n'est plus ce qu'elle était

Au cours des dix dernières années l'espérance de vie à la naissance « sans



Objectifs pour améliorer la santé

Réduire les décès évitables dus

- aux accidents
- aux cancers
- au sida
- aux maladies cardio-vasculaires
- au suicide
- aux affections périnatales
- au tabagisme
- à la consommation excessive d'alcool

Lutter contre

- la toxicomanie
- les mauvais traitements à enfants
- les accidents des traitements médicamenteux
- les infections nosocomiales
- le mal de dos

Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades

Réduire les inégalités face à la santé entre

- les femmes et les hommes
- les catégories sociales les plus favorisées et les moins favorisées
- les régions

incapacité » a progressé de 2,6 ans alors que l'espérance de vie a progressé de 2,5 ans. Cela est rassurant : contrairement à ce qu'avaient prédit certains, la progression de l'espérance de vie ne se fait pas au détriment de la qualité de la vie. D'autre part, le différentiel d'incapacité atténué un peu la différence entre les deux sexes. À 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité des hommes rattrape en partie celle des femmes : 10,1 ans contre 12,1 (enquête décennale 91). Les hommes vivent moins longtemps mais ils vivent en meilleure santé. Ces chiffres sont également intéressants parce qu'ils montrent que les incapacités (même modérées) interviennent de plus en plus tard. La « vieillesse » que l'on confond trop avec la retraite, n'est plus ce qu'elle était. La « dépendance » des personnes âgées est moins répandue qu'on ne le croit : au-delà de 90 ans, la population de

personnes confinées au lit ou au fauteuil ou ayant besoin d'aide pour sortir est inférieure à 50 %.

Autre indicateur de « qualité de vie », la proportion de la population qui en 1992, perçoit son état de santé comme très satisfaisant ou satisfaisant est de 23 % et de 61 %. Même des personnes très âgées et objectivement handicapées peuvent juger leur santé satisfaisante : la santé est perçue avant tout comme une bonne insertion sociale.

Améliorer la qualité de vie des malades et des personnes handicapées

En sens inverse, notre pays s'intéresse faiblement aux questions d'incapacité de handicap et de dépendance. Dans ce domaine, l'épidémiologie est particulièrement

rement en retard. Est-ce parce que le modèle biomédical curatif, qui est le cadre de référence de notre système de santé, a rejeté dans l'invisibilité du social tout ce qui ne relève pas du guérissable ? De ce déni découle la faible attention apportée aux problèmes de qualité de vie des malades. La France est au 40^e rang dans le monde pour la consommation des produits morphiniques. L'environnement est mal adapté aux personnes souffrant d'une incapacité, une attention insuffisante est apportée aux suppléances lourdes ou légères, à l'appareillage et aux prothèses.

La santé au travail : de nouveaux problèmes

Autres aspects défavorables : la détérioration de la santé au travail. On assiste à l'intensification des problèmes de santé mentale et à l'accroissement des pathologies dorso-lombaires. Le chômage et l'exclusion ont eux aussi des effets mal mesurés. Le rapport souligne la persistance des écarts d'état de santé entre groupes socioprofessionnels et l'influence croissante de clivages sociaux d'un type nouveau. Ceux-ci se fondent moins sur la catégorie socioprofessionnelle que sur la présence, par exemple, d'un environnement familial, d'un réseau social, et aussi sur l'isolement ou la précarité de l'emploi.

Dorsalgies, allergies, insomnies et dépressions en hausse

Les enquêtes faisant le lien entre l'état de santé et le vécu de l'enfance commencent à être publiées en France (G. Ménahem et M. Choquet) et témoignent de l'importance de cette dimension psychoaffective. Il est surprenant de constater que la persistance voire l'accroissement des inégalités entre groupes socioprofessionnels ne s'accompagnent pas, d'une réduction quantitative des écarts en matière de consommation de soins. Ceci conforte l'hypothèse du rôle réduit du système de soins en tant que déterminant de la santé.

On assiste à une progression, des dorsalgies, des allergies – de l'asthme en liaison avec les conditions de travail et l'environnement et du mal-être psychologique et social. Insomnies, dépressions, anxiété touchent 23 % des femmes et 13 % des hommes, avec une consommation de psychotropes 1,8 fois plus élevée chez les chômeurs que dans la moyenne de la population.

Si la croissance de certaines pathologies est le reflet de la médicalisation, la diminution d'autres pathologies est *a contrario*, le signe certain d'une baisse de la prévalence. C'est le cas des maladies digestives et hépatiques, des hernies et des caries dentaires. L'amélioration de la santé bucco-dentaire en dix ans, est d'autant plus remarquable qu'elle n'est pas un effet du système de soins. L'accès au dentiste ne s'est guère amélioré du fait des mauvais remboursements mais d'une amélioration de l'hygiène chez les enfants et de la diffusion du sel fluoré. L'action préventive et la prévention grâce à l'intervention sur l'environnement sont plus efficaces, moins chères et moins douloureuses pour l'individu...

La décennie est caractérisée par la place croissante, voire la « pandémie », des *maladies chroniques*, des maladies liées au vieillissement de la population des incapacités et des handicaps. C'est un défi majeur pour un système de soins qui est plus adapté au « guérir » qu'au souci de soulager, d'accompagner et d'insérer.

L'état de santé en France aujourd'hui est le produit des années de prospérité d'après-guerre, sans qu'il soit possible d'isoler un déterminant principal. Ce n'est que dans 20 à 40 ans que se déploieront les effets de la crise de la dernière décennie, avec notamment les implications de la dualisation de la société et de ses conséquences en termes d'insertion sociale.

Prévention insuffisante des comportements à risques

Si nous regardons de plus près deux déterminants très directement impliqués : les conduites à risque et le système de

La santé en France Rapport général



333 pages, 75 francs*

- **Avant-propos**
- **Introduction**
- **Première partie : Synthèse**
- **Chapitre 1**
Les concepts de référence : santé, santé publique, déterminants, indicateurs, système de santé
- **Chapitre 2**
En moyenne, la santé de la population est bonne et s'est améliorée en dix ans
- Le bilan de l'état de santé en France est contrasté
- Description
 - L'espérance de vie à la naissance : une des plus longues du monde
 - L'espérance de vie sans incapacité : élevée et en progrès
 - La perception de l'état de santé : un jugement positif
 - « La meilleure santé » : une exigence paradoxale
 - Les soins : le progrès des techniques médicales
 - Au regard de certaines pathologies, la France a une position privilégiée ou en voie de nette amélioration
 - La santé de certains groupes est satisfaisante
 - *Les femmes*
 - *Les personnes âgées*
 - *Les nouveau-nés et les enfants*
- **Éléments d'explication**
 - Les déterminants généraux
 - Quelques déterminants spécifiques
 - *Les conditions de vie*
 - *Le système de santé*
- **Conclusion générale**
- **Chapitre 3**
La santé en France comporte néanmoins des faiblesses structurelles et est menacée de détériorations
- Description
 - Mortalité prématurée et évitable : une situation préoccupante

- Le poids des maladies chroniques et liées au comportement
Les pathologies liées aux comportements
Le mal-être psychologique et social
Les maladies chroniques
Les maladies iatrogènes

- La qualité de la vie des personnes malades et handicapées : une insuffisance structurelle
La lutte contre la douleur
Les conditions de vie des personnes en situation de handicap ou de dépendance

- Des inégalités persistantes
Les inégalités sociales
Les différences inter-régionales
- Des groupes de populations fragiles ou fragilisés

- Le sexe masculin*
La santé au travail
Les populations défavorisées
Les jeunes et jeunes adultes

■ Facteurs explicatifs

- Les facteurs généraux non spécifiques
Facteurs économiques et sociaux
Facteurs démographiques
L'environnement
- Les facteurs spécifiques
La persistance des comportements à risque
Les déficiences du système de santé

■ Chapitre 4 Ces menaces ainsi que le niveau des dépenses de santé rendent nécessaires les choix de santé publique

- Le coût de la santé milite en faveur de la prise de choix de santé publique
- La dépense de santé en France est l'une des plus élevées du monde
Combien dépense-t-on en France pour la santé ?
La France dépense-t-elle plus que les autres pays ?
- La progression des dépenses de santé est forte et mal maîtrisée
- L'efficacité en termes de santé, de la dépense de santé n'est pas évidente.
- Les points faibles de l'état de santé en France constituent un défi pour la santé publique.
- La surmortalité prématurée
- La prise en charge, l'accompagnement, les soins palliatifs et l'insertion des malades chroniques et des personnes handicapées
- La réduction des inégalités
- Il faut donner droit de cité à la santé publique
- Le retard en santé publique
- Les objectifs d'une politique de santé publique en France

■ Conclusion

■ Deuxième partie : Propositions d'objectifs et indicateurs

■ Introduction

■ Chapitre 1 Des objectifs d'amélioration de la santé

- Les grands buts d'une politique de santé à moyen terme

- Des objectifs spécifiques pour des problèmes de santé prioritaires

- Les accidents de la voie publique
- Les accidents de la vie courante
- Les accidents de travail
- Les cancers
- Le sida et les MST
- Les maladies cardio-vasculaires
- La santé mentale
- Les handicaps et la dépendance
- La toxicomanie
- La périnatalité

- Les accidents des traitements médicamenteux et les infections nosocomiales

- Les mauvais traitements à enfants
- La douleur
- Le mal de dos

- Des objectifs spécifiques pour des déterminants prioritaires

- Les consommations d'alcool
- L'usage du tabac
- Précarité, insertion et santé
- Difficultés d'accès aux soins et à la prévention

- Conforter les acquis

- Les maladies infectieuses
- L'environnement
- La nutrition

■ Chapitre 2 Implanter la démarche de santé publique

- Structurer la politique de santé publique
- Se donner les moyens de la mettre en œuvre
- Faciliter la conception, le suivi et l'évaluation des programmes de santé par l'amélioration des systèmes d'information et d'aide à la décision
- Agir avec les individus, les familles, les milieux de vie et les professionnels de santé avec lesquels ils sont en relation
- Prendre en considération les options qui précèdent dans la réorganisation du système de santé

■ Liste des sigles employés

■ Bibliographie générale

■ Remerciements

La santé en France

Travaux des groupes thématiques



576 pages, 190 francs*

■ Avant-propos

■ Groupe 1 La santé, une pluralité d'acteurs, de savoirs et de pratiques

- *Présidente* : Janine Pierret
- *Rapporteur* : Françoise Bouchayer

■ Groupe 2 L'information sur la santé en France

- *Présidents* : Bertrand Garros, François Grémy
- *Rapporteur* : Laurence Chérié-Challine

■ Groupe 3 La durée de vie en France

- *Président* : Albert Hirsch
- *Rapporteur* : Éric Jouglu

■ Groupe 4 La qualité de la santé

- *Président* : Étienne Caniard
- *Rapporteur* : Gérard Badeyan

■ Groupe 5 Les grandes pathologies

- *Présidents* : Jean-François Lacronique, Patrick de la Selle
- *Rapporteur* : Anne Tallec

■ Groupe 6 La santé de certaines populations spécifiques

- *Président* : D^r Jean-Daniel Rainhorn
- *Rapporteur* : D^r François Baudier

■ Groupe 7 Les déterminants de la santé et de la maladie

- *Président* : Jean-Claude Henrard
- *Rapporteur* : Alain Jourdain

■ Groupe 8 Aspects économiques de la santé

- *Président* : Jean-Claude Saille
- *Rapporteur* : Patrick Gardeur

■ Liste des sigles

■ Table des matières

* Les deux volumes 230 francs. Ce rapport est édité à La documentation Française.

santé, on est frappé par le décalage entre les politiques menées et les constats du rapport.

40 000 décès avant 65 ans sont des effets directs de comportements à risque : tabagisme, alcoolisme, vitesse excessive, tentatives (réussies) de suicide, toxicomanie, conduites sexuelles à risque. Au regard de l'impact de ces risques en terme de mortalité et de handicaps mais aussi de retentissement psychologique et social, les politiques de prévention sont encore bien insuffisantes. Ainsi par exemple, l'alcoolisation excessive de toute une partie de la population (2 ou 3 millions de personnes) fait-elle l'objet d'un déni social et administratif majeur.

Si l'on donnait plus de moyens et des moyens plus diversifiés (politiques de substitution, politiques sociales, actions ciblées) à la réduction des risques – même s'il n'est ni légitime, ni souhaitable, ni possible d'aller trop loin, l'on obtiendrait « par surcroît » des effets majeurs en termes de réduction des inégalités sociales et régionales car, pour partie, ces comportements sont des marqueurs sociaux.

Le système de soins et la santé publique

En dehors d'effets reconnaissables en matière de mortalité infantile, de maladies guérissables et de qualité de vie des malades, le système de soins ne joue que dans une mesure limitée pour expliquer l'état de santé de notre population. Ce système de soins est dans notre pays, relativement coupé du système de prévention et d'accompagnement médico-social.

Il est mal armé pour faire face aux problèmes de l'heure. La lutte contre la surmortalité prématurée relève avant tout de la prévention. L'amélioration de la qualité de vie des personnes malades ou handicapées ne passe pas par le développement quantitatif du système de soins, mais par une meilleure organisation (moins de cloisonnements internes entre l'hôpital et médecine de ville – entre généralistes et spécialistes etc.) et par une

La santé : un concept difficile à cerner

Le concept de santé est si extensif qu'il en devient flou. On oscille entre le « tout-santé », qui renvoie non seulement au mal-être mais au bien-être voire au mieux-être et à la performance, et tend à englober des domaines comme la sexualité ou le comportement en société, et le « rien », la non-maladie, le silence des organes, le « quand on l'a, on l'oublie » de Descartes.

Les instruments qui permettent de décrire la santé

Ils sont très limités. et très étroits. Les principaux indicateurs portent sur la mortalité. On a peu d'indications sur la morbidité en population générale et encore moins en suivi longitudinal, rien sur la morbidité ressentie, plus sur la morbidité diagnostiquée qui dépend donc de l'offre de soins, peu de données permettant de croiser les informations sur les diagnostics, les soins et les dépenses.

Des déterminants multiples, intriqués et interactifs

Les déterminants vont de l'infiniment grand (l'environnement, national, international...) à l'infiniment petit (le virus porteur d'épidémies), de la sphère sociale la plus large (le développement économique, la cohésion sociale) à la sphère la plus intime (la sexualité, le « souci de soi »). Il n'y a pas de « modèle », ni même de cadre de référence pour expliquer l'état de santé et son évolution : pourquoi l'espérance de vie continue-t-elle à progresser de plus de 3 mois par an, pourquoi les femmes vivent-elles plus longtemps que les hommes, pourquoi la consommation de soins progresse-t-elle à un tel rythme ?

articulation renforcée avec la prévention et les dispositifs sociaux.

Le système de soins est organisé pour concilier les intérêts des usagers et des producteurs avec une maîtrise de plus en plus nécessaire des dépenses. Il n'est articulé avec la sphère de la santé publique qui est sous-développée dans notre pays. Il devient même, d'une certaine manière, contre-productif car il multiplie les effets iatrogènes et surtout il nuit au développement d'autres fonctions collectives qui sont des déterminants plus importants.

Pour préserver nos acquis et faire face aux problèmes du moment, nous devons donner véritablement droit de cité à la santé publique. Il nous faut organiser autour d'objectifs de santé publique

(nous proposons 18 priorités), ces instruments essentiels que sont les systèmes d'information sur la santé, la politique de prévention, la formation des professionnels, l'enveloppe des biens et des services, la planification et les modes de rémunération. ■

Bernadette Roussille

Inspecteur général des affaires sociales
Délégué général du CFES

Nomination au CFES

Bernadette Roussille, inspecteur général des affaires sociales vient d'être nommée délégué général du Comité français d'éducation pour la santé. Elle remplace à ce poste **Jean-François**

Lacronique qui devient conseiller aux Affaires sociales de l'Ambassade de France à Washington.

Âgée de cinquante ans, mariée, mère de trois enfants, Bernadette Roussille exerçait, depuis janvier 1993, ses fonctions de membre de l'Igas au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.

Titulaire d'une licence de lettres, diplômée de l'Institut d'études politiques de Paris et de l'École nationale d'administration, elle a successivement occupé les fonctions de chef de projet sur l'habitat au ministère de l'Équipement et du Logement (1970/1979), de membre de l'Inspection générale de la Sécurité sociale au ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale (1979-1985), et de sous-directeur de la Maternité, de l'Enfance et des Actions spécifiques de santé (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme) à la Direction générale de la santé de 1986 à 1992. Plus récemment, elle était rapporteur général du groupe *La santé en France* mis en place par le Haut Comité de la santé publique.

AdSP change de tête

Rédacteur en chef d'*AdSP* depuis sa création, Ségolène Chappellon a quitté le Haut Comité pour l'ORS des Pays de la Loire, où elle est chargée d'études depuis septembre dernier.

Ségolène Chappellon a joué un rôle pilote dans la définition du projet éditorial de la revue, elle en a construit avec passion et ténacité les numéros 1 à 8 (on lui doit notamment les dossiers *Europe communautaire* et *Collectivités locales*). À n'en pas douter, ces qualités seront également précieuses à l'équipe qu'elle vient de rejoindre.

Bienvenue à **Patricia Siwek**, jusqu'alors rédacteur en chef d'*Échanges santé-social*, revue trimestrielle du ministère des Affaires sociales, qui va apporter à *AdSP* une expérience et un style différents, au service d'un objectif, qui est, rappelons-le, de fournir des repères juridiques, statistiques, économiques, politiques et institutionnels aux acteurs de la santé publique. **G. G.**

Nouvelle publication

La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance Pour un plan périnatalité

C'est dans une perspective globale de suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance que le Haut Comité a élaboré ce rapport, en intégrant d'une part les dimensions psycho-affective, sociale et culturelle de la sécurité à la naissance, et d'autre part l'organisation du système de soins et de prise en charge de la mère et de l'enfant. Le plan gouvernemental 1995-1999 pour la périnatalité, annoncé en avril 1994, a repris l'ensemble des recommandations formulées par le groupe de travail.

Rennes : ENSP, collection *Avis et rapports du HCSP*, 256 p. Ce rapport est disponible auprès du HCSP.

Le Centre français de documentation en santé publique

Le Haut Comité et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) coordonnent leurs forces documentaires pour créer une synergie au service de l'information en santé publique. Le Centre français de documentation en santé publique (CFDSP) qui a ouvert ses

portes au public le 2 janvier 1995

continuera naturellement à couvrir les domaines

jusqu'alors traités par les centres des deux organismes (promotion de la santé, politiques de santé, alcoologie), mais il s'ouvrira également à de nouveaux thèmes tels que droit sanitaire, système de santé, pratique médicale et soins, indicateurs de santé... Il proposera ses propres produits sur abonnement ou commande : revue de presse hebdomadaire, sélection bimestrielle d'ouvrages, dossiers documentaires et bibliographies (dix par an), et, tous les deux ans, un répertoire d'organismes. Pendant une période transitoire, le HCSP et le CFES continueront à alimenter de façon distincte la *Banque de données en santé publique*.

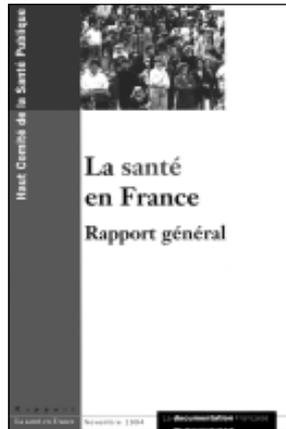
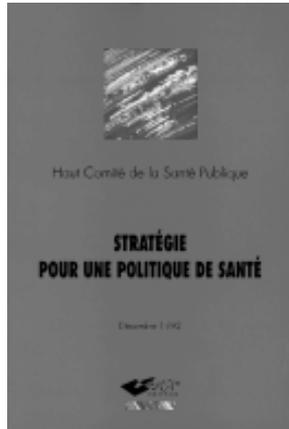
Centre français de documentation en santé publique

Hafosa Ali
Claude Jouglard
Catherine Lavielle

Ouvert sur rendez-vous
du mardi au vendredi
de 13 h à 17 h 30
aux professionnels de santé,
étudiants, chercheurs,
journalistes, et, pour
l'alcoologie, également aux
travailleurs sociaux et
associations.

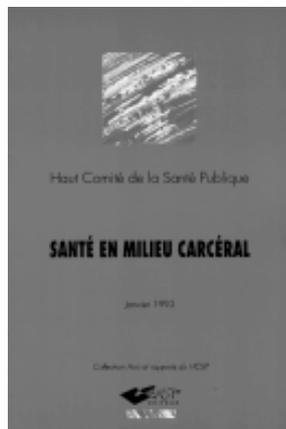
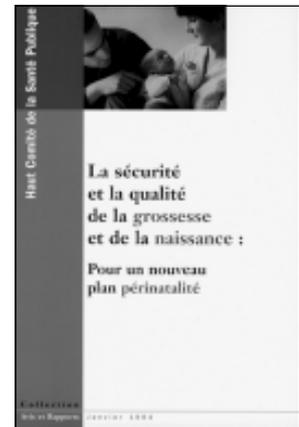
2, rue Auguste Comte 92170 Vanves

Tél. 46 38 79 52



Depuis trois ans, le Haut Comité a remis au ministre de nombreux rapports, éléments essentiels d'aide à la décision qui ont conduit dans la plupart des cas à des mesures législatives et réglementaires

- Stratégie pour une politique de santé, décembre 1992
- La santé en France, novembre 1994
- Dépistage de l'infection par le VIH, mars 1992
- Santé en milieu carcéral, novembre 1992
- Sécurité anesthésique, novembre 1992
- Rapport sur le dépistage du cancer du sein et du col, mars 1993
- La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : plan périnatalité, décembre 1993
- Rapport sur l'assurance de qualité en radiothérapie, décembre 1994



Nantes

Les 18 et 19 janvier 1995

Colloque urbanisme, architecture et santé

Colloque organisé à l'occasion du centenaire de la création du bureau municipal d'hygiène de la ville de Nantes, devenu la direction de la protection de l'environnement et de la santé publique, par l'Ordre des architectes, le conseil régional de Loire et la mairie de Nantes

Renseignements

Yves Poinneau

45, rue de Bretagne

44880 Sautron

Téléphone : (16) 40 63 25 05

Nancy

Les 20 et 21 janvier 1995

Urgences psychiatriques et réseaux de soins

Journées de l'Association francophone d'études et de recherches sur les urgences psychiatriques.

Renseignements

M^{mes} D. Calla, C. Durand

Unité d'accueil des urgences psychiatriques

Hôpital central

54035 Nancy Cedex

Téléphone : (16) 83 85 20 88

Paris

Le 21 janvier 1995

Alcool et cancer

Réunion de la Société française d'alcoologie

Renseignements

SFA

16, rue Nicot

75116 Paris

Téléphone : 47 04 44 97

Rennes

Les 25 et 26 janvier 1995

Décentralisation et santé publique: analyse critique et perspectives

Journées organisées par la SFSP, l'ENSP, le Pir Villes, le CNRS et le CreDES

Renseignements

SFSP

BP 7

54501 Vandœuvre Cedex

Téléphone : 83 44 39 17

Télécopie : 83 44 37 76

Paris

Du 25 au 27 janvier 1995

Hôpitaux et géographie des soins

Quatrième colloque organisé par le CreDES (colloque géographie et socio-économie de la santé)

Renseignements

CreDES

1, rue Paul Cézanne

75008 Paris

Téléphone : 45 63 57 42

ou 40 76 82 15

Paris

Les 27 et 28 janvier 1995

Asthme et travail

Journées thématiques organisées par la Société française de médecine du travail

Renseignements

Asthme et travail

Margaux Orange

46, rue de la Clef

75005 Paris

Téléphone : 45 35 89 89

Page réalisée avec la collaboration du

Comité français d'éducation pour la santé

Toulouse

Du 1^{er} au 3 février 1995

Alcool & ville

Congrès national organisé par l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme

Renseignements

ANPA

20, rue Saint Fiacre

75002 Paris

Téléphone : 42 33 51 04

Télécopie : 45 08 17 02

Paris

Du 16 au 18 février 1995

Ruptures : sociétés en crise et santé mentale

Congrès organisé sous le patronage du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.

Renseignements

Mercure communication international

9, avenue Matignon

75008 Paris

Téléphone : 42 99 17 70

Bruxelles (Belgique)

Du 28 février au 1^{er} mars 1995

Promotion de la santé

Colloque organisé par la section éducation à la santé et prévention de la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale

Renseignements

M. Thierry Lahaye

Secrétaire de la section

Commission communautaire française Bruxelles-Capitale

Avenue Louise 166

1050 Bruxelles

Belgique

Téléphone : 02 643 03 29

Rouen

Les 16 et 17 mars 1995

Le questionnement social

Colloque international organisé par le CNRS et l'Université de Rouen

Renseignements

J. Richard-Zappella

4B, rue de Sébastopol

76130 Mont-Saint-Aignan

Téléphone : (16) 35 14 60 58

Mauriac

Du 30 mars au 1^{er} avril 1995

Festival international du film médical

Thèmes abordés : « santé et environnement » le 30 mars, « éducation pour la santé » le 31 mars et « film médical scientifique » le 1^{er} avril.

Renseignements

Secrétariat du festival

14, place Georges Pompidou

BP 53

15200 Mauriac

Téléphone : (16) 71 67 37 37

San Francisco (USA)

Du 16 au 18 mars 1995

Festival international du film sur la santé et la médecine

Festival organisé par « the Academy of medical films »

Renseignements

The 1995 international health an medical film festival

4020 Palos Verdes Drive

North

Suite 120

Rolling Hills Estates

CA 90274

États-Unis

- **1 Éditorial**
- **2 Actualité**
Les programmes de dépistage du cancer du sein en France, *Nicole Mamelle, Hubert Allemand, Anne Lacour*
Plan de lutte contre les infections nosocomiales
- **8 International**
Le système de santé britannique : cinq ans de réforme, *Laurent Chambaud, Marc Duriez, Diane Lequet*
- **11 Organisme**
Agence du médicament
- **12 Europe**
Le Conseil de l'Europe et la protection de la santé, *Agnès Leclerc*
- **16 Statistiques**
De la « mesure » de la dépendance..., *Henriette Gardent*
- **20 Formation**
DEA méthodes d'analyse des systèmes de santé
- **21 Alcoologie**
Les travailleurs sociaux face aux conduites d'alcoolisation, *Patrick Dourdent, Claude Régnier*
- **23 Recherche**
La recherche en épidémiologie des risques professionnels à l'Inserm
- **24 Régions**
Le Sros de Haute-Normandie, *Bernard Basset*
- **26 Documentation**
- **33 Législation & réglementation**
- **34 L'actualité du Haut Comité**
La santé en France
AdSP change de tête
Le Centre français de documentation en santé publique
- **41 Calendrier**

Santé et travail

Dossier coordonné par *Nicolas Sandret*

- **II La population active**
- **IV Les origines, les acteurs, les indicateurs**
IV Une approche historique
VI Le dispositif de prévention des risques professionnels
XI Les indicateurs
- **XV Évolution du champ de la santé au travail**
XV De l'examen médical individuel à une approche de santé publique
XXI Évolution de la réglementation
XXII Épidémiologie et organisation du travail
- **XXIV Tribune**
- **XXXII Bibliographie Adresses utiles**

*haut
comité
de la
santé
publique*

*2, rue Auguste Comte
92170 Vanves*

téléphone *46 62 42 80*

télécopie *46 62 42 55*