

15

juin 1996

Actualité et dossier *en* **santé publique**

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

dossier **Santé mentale**
l'individu, les soins,
le système

15
juin 1996

Actualité et dossier en santé publique

HC
SP

Haut Comité de la
Santé Publique

Ministère du Travail et
des Affaires sociales
Haut Comité de la santé publique
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves
télécopie 46 62 42 55

Président

Hervé Gaymard,
secrétaire d'État à la Santé et
à la Sécurité sociale

Vice-Président

Pierre Ducimetière

Rapporteur général

Guy Nicolas

Secrétaire général

Jean-François Girard,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

Actualité et dossier en santé publique

Directeur de la publication

Jean-François Girard

Rédacteur en chef

Patricia Siwek

Comité de rédaction

Ségolène Chappellon, Denis Couet, Lucie
Degail, Pierre Ducimetière, Jean-François
Dodet, Ruth Ferry, Geneviève Guérin,
Jean-Claude Henrard, Claudine Le Grand,
Guy Nicolas, Philippe-Jean Parquet

Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

Téléphone de la rédaction 46 62 42 61

Réalisation Philippe Ferrero

Secrétariat Myrielle Toi

Ont participé à ce numéro

Gérard Massé

Fernando Bertolotto, Thierry Danel,
François Derriennic, Gérard Dubois, Alain Fontaine,
Jean-François Lacronique, François Larue,
Philippe-Jean Parquet, Marc Schoene,
Annie Touranchet, Serge Volkoff, Delphine Antoine,
Jean-Pierre Aubert, Colette Barreteau, Christian
Bonal, Clément Bonnet, Gérard Bourcier, Alain
Braconnier, François Chapireau, Martine Clemente,
Serge Kannas, Viviane Kovess, Geneviève Laroque,
Hélène Laure-Mora, Joël Martinez, Gérard Massé,
Patrick Mordelet, Guy Nicolas, Jean-Claude
Pénochet, René Vezzoli, Jean-Paul Vincensini,
André Comte-Sponville, Philippe Jeammet,
Jean-Luc Roeland

Dépôt légal juin 1996 – ISSN 1243-275X

Le dossier « Santé mentale, l'individu, les soins, le
système » se trouve encarté entre les pages 16 et 17. Il est
numéroté de I à XL. 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° 15

Sommaire

- **1 Éditorial**, *Philippe-Jean Parquet*
- **2 Actualité**
Le tabac et le tabagisme en France en 1996,
Gérard Dubois
Traitement de la douleur, situation française en 1996,
François Larue, Alain Fontaine
- **9 Formation**
DEA de Droit médical
- **10 International**
Le sida aux États-Unis d'Amérique, un état des lieux,
Jean-François Lacronique
- **13 Organisme**
Société française de santé publique
- **14 Régions**
Santé publique et dynamiques de changement au
niveau local, le rôle des municipalités, *Fernando
Bertolotto, Marc Schoene*
- **17 Recherche**
Recherches épidémiologiques en neurologie et
psychopathologie
- **18 Statistiques**
Santé, travail et âge, résultats de l'enquête Estev 1990,
Annie Touranchet, François Derriennic, Serge Volkoff
- **24 Alcoologie**
Le syndrome d'alcoolisme foetal, un projet régional
dans le cadre d'une problématique nationale,
Philippe-Jean Parquet, Thierry Danel
- **26 L'actualité du Haut Comité**
Problèmes de santé publique et d'organisation des
soins liés à l'utilisation des produits humains et à
leurs produits de substitution.
Réforme de la protection sociale,
le rapport du Haut Comité.
Saisine Santé et précarité
- **28 Documentation**
- **31 Législation & réglementation**
- **33 Calendrier**

dossier

Santé mentale

L'individu, les soins,
le système

Dossier
coordonné
par

Gérard Massé

Malades et maladies mentales

Modifions les mentalités

Pensons et vivons autrement

Les malades mentaux souffrent d'une image très négative dans notre culture ainsi qu'après de l'ensemble de la population, et même au sein du monde médical... et pourtant ils souffrent. Pourquoi n'ont-ils pas la chance de bénéficier de la compassion de tous ? Quel mal ont-ils fait aux Dieux, car autrefois la maladie mentale appartenait aux Dieux, pour justifier le rejet dont ils sont l'objet ?

Ce rejet retombe aussi sur ceux qui les soignent et sur les dispositifs de soins et de réinsertion... Il y a quelques années, une association nationale, regroupant les familles d'enfants présentant des troubles mentaux a tenté de changer cette image, un des slogans disait : *si tu me rencontres, fais moi un sourire*. Cela veut dire que je te rappelle que je suis comme toi une personne humaine. Peux-tu me respecter comme je te respecte ? Pourquoi n'aurais-je pas droit à ta compassion ? La psychiatrie se doit de rappeler que le malade mental est une personne souffrante devant être respectueusement considérée. Changer les mentalités est un objectif légitime et nécessaire. Tous les malades, même les malades mentaux, ont droit à la compassion. Voilà, cet éditorial devrait ou pourrait en rester là.

Initiée par la psychiatrie, la politique de secteur a représenté une vraie démarche de santé publique : une même équipe pluridisciplinaire et compétente, au service d'une population donnée, sur une aire géographique déterminée, disposant d'une palette de structures de soins, de rééducation et de réhabilitation... et ceci sur l'ensemble du territoire français. Cette réforme a été une grande réforme.

Depuis vingt ans, nos savoirs ont beaucoup progressé. L'efficacité des thérapeutiques est maintenant prouvée, l'anxiété est gommée (quelquefois l'excès), les dépressions sont guéries, les troubles obsessionnels et compulsifs améliorés, la gravité des schizophrénies allégée, le délirium tremens bien traité n'entraîne plus la mort.

L'épidémiologie psychiatrique a fait d'énormes progrès depuis que les nosographies de l'Association de psychiatrie américaine et de l'Organisation mondiale de la santé sont utilisées, permettant de comparer les données des différentes études. L'enquête américaine *Environment catchment area* en po-

pulation générale sur la prévalence des troubles mentaux est un modèle de recherche épidémiologique. Il est vrai que ces efforts devraient être amplifiés surtout en France.

Des critères diagnostiques fiables sont établis pour presque tous les troubles mentaux, permettant de construire des cohortes homogènes de patients. Ceci permet d'expertiser l'efficacité des procédés thérapeutiques et notamment celle des psychotropes, tant décriés dans leur mesusage, mais si utiles.

Toutes les disciplines scientifiques ont concouru à développer notre connaissance du système nerveux, permettant d'aller au-delà des connaissances apportées par la psychologie, la psychanalyse, la sociologie et l'anthropologie. Un des aspects les plus brillants de notre époque est d'avoir permis une meilleure connaissance du fonctionnement du système nerveux central. Les données acquises par la biologie moléculaire et les sciences cognitives éclairent bien cette avancée.

Il convient que ces progrès puissent être utilisés par l'ensemble des personnels soignants, généralistes, psychiatres, et autres personnels œuvrant dans d'autres spécialités. La disparition de l'internat des hôpitaux psychiatriques, la formation des psychiatres à partir du concours unique de l'internat a été bénéfique. Il reste là encore beaucoup à faire, certes, pour augmenter les compétences de chacun.

La psychiatrie moderne a mis très tôt l'accent sur la nécessité d'une approche bio-psychosociale de la personne. Les maladies mentales multidéterminées dans le cadre d'une causalité en réseau sont beaucoup plus difficiles à maîtriser que les maladies à déterminisme unique.

Le multidéterminisme dans la genèse des troubles mentaux peut provoquer, il est vrai, un aspect flou ou sectaire des savoirs si on privilégie tel ou tel déterminant à l'exclusion d'une approche globale. Cela peut conduire à une hétérogénéité ou une incohérence des pratiques. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne, en France, les conduites de consommation de substances psychoactives. Cela gêne aussi la prévention primaire. Cependant, les actions préventives menées en psychiatrie infanto-juvénile ne sont pas dénuées d'efficacité. L'intérêt actuel porté aux dysfonctionnements des interactions précoces du tout-petit et de son environnement conduit à mettre en place des politiques de

prévention qui déjà portent leurs fruits, mais elles sont méconnues.

L'approche bio-psychosociale exige une activité partenariale avec la société, l'éducation, le monde du travail, beaucoup de choses sont en place et il reste beaucoup à faire. Les données acquises grâce au développement de la neurobiologie et de la pharmacologie ont contribué à rapprocher la psychiatrie du monde médical traditionnel, on pourrait donner comme illustration de cela l'implantation de services ou d'unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Le développement des sciences cognitives, une grande avancée de cette fin de siècle, a complètement renouvelé la conception de l'autisme et a rapproché la psychiatrie des sciences de l'éducation qui n'avaient avant que le déficit intellectuel comme zone de recouvrement. Mise très en évidence par la psychiatrie infanto-juvénile et la prise en charge des psychoses, l'articulation entre le médical et le social demeure un chantier difficile, toujours en évolution.

La politique de secteur a plus de trente ans, elle doit être profondément modifiée, mais pas détruite. L'évolution du dispositif de soins et de réhabilitation doit être envisagée. Ceci n'est plus à la hauteur d'une psychiatrie moderne.

Enfin la population, quant à sa santé mentale, a modifié ses exigences. Cela est bien, mais entraîne aussi quelques dérives. Le droit au bonheur, au bien-être, est légitime, mais pas à n'importe quel prix.

La psychiatrie est une discipline noble, en pleine mutation, qui a besoin de compétences, de moyens et de considération. Les malades mentaux ont besoin de soins, de compassion et de respect. L'alliance des professionnels de santé, des administratifs, des politiques, de l'ensemble de la population avec les parents et leur famille permettra cette évolution, le temps n'est plus comme dans la « nef des fous » où les fous étaient embarqués sur des nefes dérivant jusqu'à la mer et la mort, où attachés autour d'un arbre près du tombeau d'un saint comme au Maghreb, ou enfermés dans des cellules ou des hôpitaux perdus... et pourtant ces images demeurent dans les mentalités.

Pr Philippe-Jean Parquet

Université de la santé, Lille II, membre du Haut Comité de la santé publique

Le tabac et le tabagisme en France en 1996

Un fumeur sur deux meurt de son tabagisme. Deux tiers des Français fument à 18 ans. Diminuer la consommation est donc un objectif primordial de santé publique. Les mesures prises en France grâce à la loi du 10 janvier 1991 ont permis de diminuer de 7,3 % la consommation de tabac et de 9 % celle de cigarettes. Si la France est exemplaire pour l'interdiction de la promotion du tabac, les moyens consacrés à l'éducation et à l'information sont indigents, les plus faibles d'Europe. Il est possible d'accélérer la baisse de la consommation de tabac afin d'éviter que le nombre de décès annuels ne croisse de 60 000 aujourd'hui à 165 000 comme il est prévu en 2025 si rien n'est fait.

Les données scientifiques concernant le tabagisme sont parmi les plus nombreuses, les plus cohérentes et les plus universelles qui soient. Il est difficile d'enseigner l'épidémiologie sans recourir au tabac à titre d'exemple car il est peu de facteurs aussi démonstratifs dans l'intensité et la constance des effets : un fumeur sur deux meurt de son tabagisme¹. Il s'agit même d'un facteur de risque (suspect) qui remplit souvent les critères de causalité (coupable), comme avec le cancer du poumon.

Le tabagisme est aussi une cause de cancer des voies aéro-digestives supérieures, de mort subite et d'infarctus du myocarde, de bronchite chronique et d'emphysème. Chez la femme, il est lié

au cancer du col de l'utérus, à l'ostéoporose et, en association avec les contraceptifs oraux, il accroît les risques de thrombose vasculaire (cérébrale, myocardique, pulmonaire...). Il multiplie les grossesses extra-utérines², les avortements spontanés, diminue le poids de naissance et la stature de l'enfant, augmente la mortalité périnatale. Le tabagisme passif multiplie le risque de mort subite du nourrisson, par vingt en cas d'exposition intense³, accroît la fréquence et la gravité des infections respiratoires et ORL, notamment l'asthme de l'enfant⁴. Il est aujourd'hui démontré que le tabagisme passif est cancérogène⁵⁻⁶ et qu'il accroît de 30 % le risque de cancer du poumon des adultes⁵.

Un tiers (34 %) des Français sont fu-

meurs, 40 % des hommes et 27 % des femmes. La dimension du problème tabagique est sans égale en santé publique car 60 000 décès (dont 3 000 femmes) lui sont imputables annuellement en France, soit 165 morts par jour ou l'équivalent d'un Boeing 727 qui s'écraserait quotidiennement. Si rien n'est fait, le tribut à payer au tabac en 2025 s'élèvera à 165 000 décès (dont 55 000 femmes). Au total, il n'est pas d'exemple d'un autre produit d'usage banalisé, induisant une dépendance⁷ et ayant autant de conséquences aussi graves et diversifiées que le tabac, ce qui en fait une priorité absolue d'action de santé publique.

Principales difficultés

Diminuer le tabagisme devrait être un objectif prioritaire mais un certain nombre de facteurs rendent la tâche difficile : la dépendance au tabac, l'absence de perception intuitive du risque, les intérêts économiques.

Le tabac induit en effet une dépendance et si deux fumeurs sur trois désirent arrêter ils ne peuvent le plus souvent y parvenir qu'après plusieurs essais infructueux. Il existe de plus une association épidémiologique avec d'autres comportements induisant aussi une

dépendance (alcool, médicaments psychoactifs, drogues illicites) et les dépendances multiples sont encore plus difficiles à modifier.

Par ailleurs, le tabac est un tueur à crédit, donc masqué. Le temps qui sépare l'exposition au produit de la maladie n'aide donc pas à la perception directe du risque, même si celui-ci est intense. De plus, les décès sont dispersés et étiquetés sous des rubriques nombreuses (cancer du poumon, infarctus, artérite...) dont le point commun, le tabac, n'apparaît pas spontanément puisqu'il a dû être débusqué par les enquêtes épidémiologiques. Le risque mortel du tabagisme n'est donc pas perçu intuitivement.

Bien que l'analyse objective et indépendante des informations conduise à une interprétation sans équivoque et au-delà d'un doute raisonnable, au sens juridique, les cigarettiers mènent une stratégie mondiale et concertée pour défendre leurs intérêts financiers. Pour cela, ils nient jusqu'à l'absurde tout effet du tabac sur la santé, financent la recherche afin qu'elle évite le thème du tabac, financent des officines de désinformation qui se reconnaissent aux moyens sans limite et à une information toujours tronquée, incomplète, partielle, paradoxale et rendent dépendants de leur financement, dès qu'ils le peuvent, les partis, les corps intermédiaires et les médias qui parleront ensuite éventuellement pour eux.

L'état de la législation en France

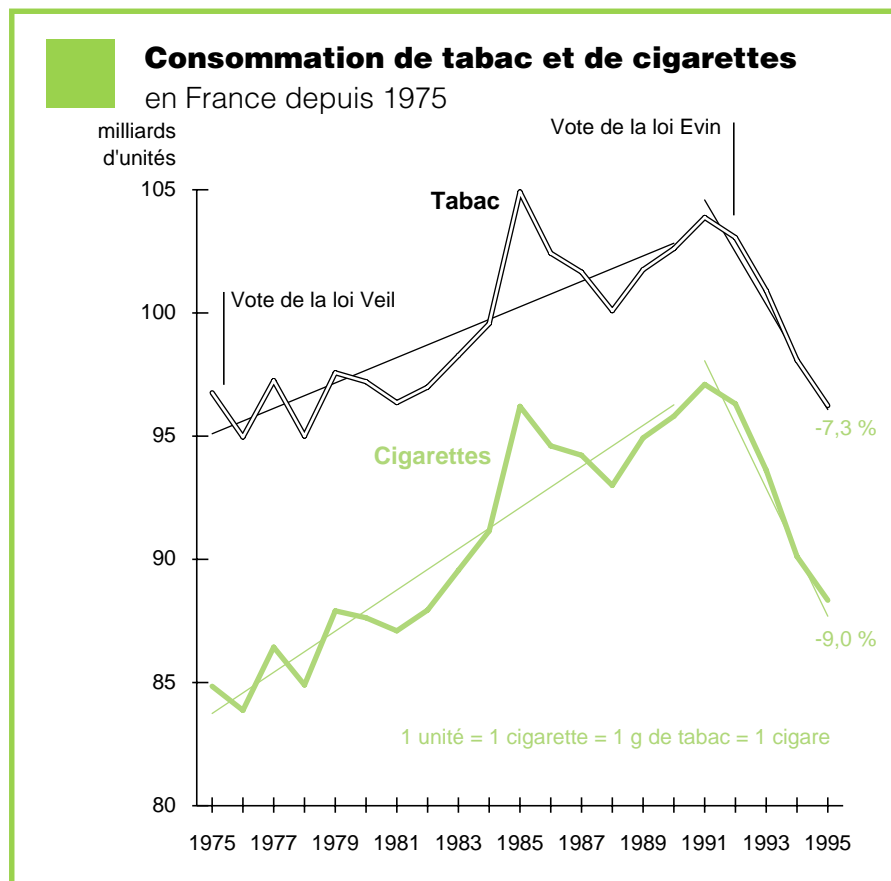
La France a été pionnière dans le domaine législatif grâce à la loi du 9 juillet 1976, dite loi Veil, qui limite la publicité pour le tabac, établit les premières interdictions de fumer et crée des mentions légales sur les paquets de cigarettes. Pionnière et courageuse, cette loi est cependant d'une portée insuffisante pour avoir un effet sur la consommation. En 1987, l'action publique menée conjointement avec Claude Got parvient à rétablir l'interdiction de la publicité pour l'alcool à la télévision alors qu'un rapport au ministre de la Santé sur le tabagisme⁸ reste sans suites. C'est la réunion des for-

ces dans un groupe de cinq personnes (Gérard Dubois, Claude Got, François Grémy, Albert Hirsch, Maurice Tubiana) menant une action publique qui permet dans un premier temps la rédaction d'un nouveau rapport⁹ sur la santé publique puis le vote d'une législation exemplaire et efficace, la loi du 10 janvier 1991, dite loi Evin du nom du ministre qui l'a défendue. Cette loi est votée par deux tiers des députés au terme d'une bataille médiatique et parlementaire. Elle interdit toute publicité directe ou indirecte pour le tabac, sort le tabac de l'indice des prix pour en permettre l'augmentation et protège les non-fumeurs de la fumée des autres (tabagisme passif) dans les lieux clos accueillant du public.

Véritable épine irritative, elle a fait l'objet d'une contre-attaque à la mesure de son efficacité et des intérêts économiques auxquels elle nuit¹⁰. C'est ainsi que

les cigarettiers ont mis en œuvre toutes les modalités de désinformation pour créer la confusion dans les esprits :

- faire dire que la loi Evin permet la publicité indirecte et que c'est une association (lire : le Comité national contre le tabagisme), avec la complicité de quelques juges, qui crée une jurisprudence contraire à la volonté du législateur et qui nuit aux intérêts de cigarettiers ;
- déposer un texte de loi qui « défend la santé publique » en « limitant » la publicité directe aux cigarettes légères alors que toutes les cigarettes seront légères d'ici à fin 1997 grâce à une directive européenne ;
- dénoncer une prohibition du tabac, menace pour la liberté individuelle, alors que le tabac est en vente libre ;
- discourir sur le tabac pendant seize heures en deux colloques sans que le mot dépendance soit prononcé ;



- parler de contrainte étatique et politique apparentée à l'apartheid quand on protège les non-fumeurs de la fumée des autres (chacun peut apprécier la délicatesse de la comparaison quand il a fallu l'intervention d'un ministre noir de la santé pour interdire, aux États-Unis, la promotion d'une nouvelle marque destinée aux Noirs) ;

- nier la légitimité de l'intervention de l'État quand il interdit la publicité, mais situer le droit de propriété (des cigaretteurs) au-dessus du droit constitutionnel ;

- parler d'insécurité juridique et rechercher l'amnistie lorsqu'ils sont condamnés après avoir volontairement bafoué la loi au mépris de toutes les interprétations juridiques concordantes ;

- nier enfin l'existence même des effets du tabac sur la santé¹¹.

Des propos extraordinaires comme « les dommages causés par le tabac sont imaginaires », « l'interdiction de la publicité se traduit par une augmentation de la consommation de tabac », et « la loi Evin a créé une insécurité juridique » ont été prononcés avec sérieux lors de deux colloques organisés dans l'enceinte de l'Assemblée nationale française en 1994¹²⁻¹³.

Situation en France

Depuis plusieurs décennies, le tabagisme est reconnu par plus de 90 % des Français comme facteur de cancers (96 % Eurobaromètre 1995). Si le tabagisme des adultes français est à un niveau moyen en Europe, celui des enfants et des adolescents détient le record d'Europe. À 18 ans, 60 % des garçons et filles fument (enquête d'Ipsos pour la CNAMTS et le CFES, avril 1995).

Cependant, grâce aux mesures urgentes prises en 1991 (loi Evin) la consommation de tabac (source Seita) a depuis diminué de 7,3 % (voir encadré page précédente) et celle de cigarettes de 9 %, mais si l'on analyse séparément les modalités d'actions efficaces¹⁴ contre le tabagisme, l'image s'avère contrastée, ce qui signifie que l'on peut faire mieux.

L'interdiction de la publicité depuis 1993 a fait disparaître totalement la pu-

blicité directe et diminuer de 95 % la publicité indirecte (observatoire de la publicité illégale du Comité national contre le tabagisme). La publicité illégale persiste cependant bien que les trois principaux cigaretteurs aient été condamnés pénalement 29 fois en cinq ans. Ils n'ont cessé de tenter d'obtenir une modification de la loi, ce qui démontre combien la publicité est vitale pour recruter chaque semaine les 10 000 enfants et adolescents qui seraient nécessaires au simple maintien de la consommation tabagique en France.

L'augmentation du prix du tabac, possible depuis qu'il a été retiré de l'indice des prix, a d'abord été efficace grâce à des paliers d'au moins 10 à 15 %. Rapidement, les cigaretteurs ont obtenu du ministère des Finances une gestion concertée des prix avec des augmentations insuffisantes (6 % en 1995, 4 % en janvier 96) alors même que la France reste 11^e sur les 15 pays de l'Union européenne pour le prix de la cigarette la plus vendue (en tenant compte du pouvoir d'achat). Il est troublant de constater que le secrétaire d'État au Budget regrette dans une interview cette trop faible augmentation et que dans le même temps les cigaretteurs ont été les seuls à bénéficier d'un traitement de faveur lors de l'augmentation de la TVA à 20,6 %. En effet, en août 1995, une diminution conjointe des droits d'accise a limité l'augmentation du prix final à 6 %, niveau non dissuasif, au lieu de 9 %.

La protection des non-fumeurs de la fumée des autres est soutenue par 90 % des Français en 1994 (tableau ci-dessous),

en progression sur 1993 (84 %). Ce score inclut 86 % des fumeurs. Plus, le pourcentage de fumeurs favorables aux amendes en cas de non-respect des textes est passé de 39 % à 53 %, devenant ainsi un fait majoritaire, même chez les fumeurs. Ce sont aujourd'hui deux Français sur trois qui sont favorables aux amendes. La désinformation organisée n'a cependant pas permis jusqu'ici la mise en œuvre des textes, même simplement sur un plan éducatif. Une relance s'avère indispensable.

L'éducation et l'information sur le tabagisme, troisième axe d'action, sont à un niveau dérisoire en France comme chacun, ministres et parlementaires compris, l'a reconnu lors de la discussion du budget 1996. Le tableau ci-dessous montre l'indigence des moyens mis en œuvre.

Les maigres 1,9 MF consacrés par l'État à la lutte contre le tabagisme en 1995 (2,8 MF en 1994) sont à comparer aux 2 milliards de francs de taxes que

Dépenses d'État par habitant pour la prévention du tabagisme

Arizona	40,5 F
Massachusetts	29,3 F
Victoria	9,3 F
Californie	8,6 F
Canada	5,6 F
Danemark	2,2 F
Pays-Bas	1,0 F
Royaume-Uni	0,9 F
France	0,04 F

Données : Comité national contre le tabagisme

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

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

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

rapporte à l'État le seul tabagisme des enfants et adolescents. Il est heureusement d'autres intervenants comme la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (8 MF) mais rien qui soit à la dimension de la proposition de l'OMS qui est de consacrer 1 % des taxes sur le tabac à sa prévention, soit 560 millions de francs.

Éducation sanitaire et information à améliorer

Le Haut Comité de la santé publique¹⁵ a fixé en 1994 des objectifs ambitieux mais qui ne sont pas hors de portée : diminuer de 30 % la quantité de tabac vendu en France et de 25 % la proportion de fumeurs. Ils nécessitent une volonté politique continue et une action globale basée sur les cinq axes de propositions développés dans ce texte. Les exemples de l'État de Victoria en Australie et de la Californie aux États-Unis montrent alors une rupture de la consommation de tabac. Il en est de même en France mais, si la situation s'améliore, toutes les modalités d'action ne sont pas exploitées au mieux. Exemple en ce qui concerne la publicité, dernier de la classe en ce qui concerne les moyens d'éducation sanitaire, la France part d'une situation défavorable puisqu'elle a la population de jeunes qui fume le plus en Europe. Elle se doit donc de réagir promptement et efficacement afin d'obtenir la baisse de consommation de tabac la plus rapide possible, sinon l'estimation de 165 000 décès dus au tabac en 2025 contre 60 000 aujourd'hui se réaliserait. ■

Pr Gérard Dubois

Président du Comité national contre le tabagisme

Bibliographie

1. Doll R., Peto R., Weatherall K. et al. *Mortality in relation to smoking : 40 years observation on male British doctors*. BMJ, 1994, 309, 901-911.
2. Coste J., Job-Spira N., Fernandez H. et al. *Risk factors of ectopic pregnancy : a case-control study in France, with special focus on infections factors*. Am J Epidemiol., 1991, 133, 839-849.
3. Knoloff-Cohen H. S., Edelstein S. L., Lefkowitz E. S. et al. *The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk and sudden infant death syndrome*. JAMA, 1995, 273, 795-798.
4. Chilmonczyk B. A., Salmun L. M., Megathlin K. N. et al. *Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children*. N Engl J Med., 1993, 328, 1665-1669.
5. Respiratory health effects of passive smoking : lung cancer and other disorders. *Office of Health and Environmental Assessment, Office of Research and Development*. Washington DC : US Environmental Protection Agency A/600/6-90/006F, 1992.
6. Centre international de recherche sur le cancer. *La fumée de tabac*. Paris : Monographie IARC 38, 1986.
7. Kessler D. A. *Nicotine addiction in young people*. N Engl J Med., 1995, 333, 186-189.
8. Hirsch A., Hill C., Frossart M. et al. *Lutter contre le tabagisme*. Paris : La Documentation française, 1988.
9. Dubois G., Got C., Grémy F., Hirsch A., Tubiana M. *L'action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention. Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale*. Paris 1989. Santé Publique, 1992, 4, 3-30.
10. Dubois G. *Le tabac et le tabagisme : confusion, désinformation, communication*. Le Concours médical, 1994, 116, 2101-2102.
11. Glantz S. A., Barnes D. E., Bero L. et al. *Looking through a keyhole at tobacco industry. The Brown and Williamson documents*. JAMA, 1995, 274, 219-224.
12. Les libertariens : quelle légitimité pour une législation anti-tabac. Colloque organisé à l'Assemblée nationale. Paris, 30 mars 1994.
13. Faut-il réformer la loi Evin ? Colloque organisé à l'Assemblée nationale. Paris, 14 avril 1994.
14. Deuxième plan d'action pour une Europe sans tabac. Comité Régional pour l'Europe de l'OMS. Copenhague, 1992. Comité national contre le tabagisme. Sèvres, 1994.
15. *La santé en France. Rapport général*. Haut Comité de la santé publique. Paris : La Documentation française, 1994.



Traitement de la douleur

Situation française en 1996

En France, comme dans d'autres pays, la douleur et son traitement ont longtemps été négligés par les professionnels de santé. Une évolution favorable paraît toutefois s'amorcer. Dans cet article, nous tentons de décrire la situation et les principaux obstacles au traitement de la douleur puis d'analyser la portée des mesures récentes.

lent pas encore, et les personnes âgées qui ne peuvent plus s'exprimer. La fréquence de la douleur est donc mal connue dans ces deux populations. La reconnaissance de la douleur chez le jeune enfant a fait l'objet de travaux importants. Chez les personnes âgées, on manque encore

A fin de mieux connaître la fréquence de la douleur et de sa prise en charge, différentes enquêtes ont été réalisées entre 1991 et 1993 :

- après une intervention chirurgicale (audit un jour donné à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 473 patients), 46 % des opérés se plaignent d'une douleur forte ou très forte ;

- au cours du cancer (enquête multicentrique, 605 patients), 57 % des patients signalent une douleur liée à leur maladie ; la prévalence de la douleur est proche au cours de l'infection par le VIH (étude multicentrique, 314 patients) ;

- en médecine générale (2 703 patients dans 151 cabinets médicaux), une douleur est retrouvée chez 54 % des patients, toutes pathologies confondues. Elle dure depuis plus de 3 mois chez 15 % des malades interrogés.

La reconnaissance de la douleur repose sur l'interrogatoire des patients, impossible pour deux groupes spécifiques : les très jeunes enfants qui ne par-



Du volontariat à l'enseignement obligatoire

Un enseignement sur la douleur est inscrit dans la formation initiale des infirmières depuis mars 1992. Il faudra attendre la rentrée universitaire 1996 pour que cet enseignement apparaisse au programme de la formation médicale. La formation post-universitaire avait pris les devants en reconnaissant les soins palliatifs et le traitement de la douleur comme thèmes prioritaires depuis 1991 (Unaformec) ; un diplôme interuniversitaire sur la douleur et son traitement (enseignement de 3^e cycle ne donnant pas lieu à qualification) existe par ailleurs depuis 1992.

La circulaire DGES-DGS du 9 mai 1995 relative aux enseignements du premier et du second cycle des études médicales met en place des séminaires obligatoires. Le traitement de la douleur et les soins palliatifs constituent, aux termes de cette circulaire, des thèmes prioritaires pour les 4 ans à venir. L'enseignement de la douleur fait aussi désormais partie de l'enseignement obligatoire de thérapeutique.

En attendant l'application de ce texte, un fonds parlementaire non reconductible de 5 millions de francs a permis de financer, en 1995, quinze projets pilotes de formation des équipes médicales.

d'outils valides. Pourtant, la douleur affecterait jusqu'à 80 % des personnes âgées en institution.

La douleur est fréquente ; elle est souvent peu ou mal traitée. À peine plus de la moitié des personnes ayant souffert d'une douleur forte ou très forte dans les 24 heures postopératoires se disent satisfaites de la prise en charge de leur douleur ; 51 % des patients souffrant de douleur cancéreuse et 80 % des patients souffrant de douleurs liées à l'infection par le VIH ne reçoivent pas un traitement adapté à l'intensité de leur douleur.

Même si la situation a pu s'améliorer depuis la réalisation de ces enquêtes et la diffusion de leurs résultats, la prise en charge de la douleur dans notre pays paraît très insuffisante. Ceci n'est d'ailleurs pas une spécificité française. Les enquêtes réalisées à l'étranger révèlent les mêmes carences.

Les obstacles

Les principaux freins au traitement de la douleur se situent à trois niveaux.

La politique de santé : tant que les professionnels de santé ne reçoivent pas une formation initiale et/ou continue adéquate, et tant que les médicaments antalgiques efficaces, en particulier les morphiniques, restent difficilement accessibles, il ne peut y avoir de traitement correct de la douleur.

L'organisation du système de santé, la nature subjective de la douleur, les difficultés de son évaluation imposent une coordination particulièrement efficace entre équipes soignantes et au sein de chaque équipe. La coordination des soins reste encore très imparfaite, que ce soit en institution, en ville, *a fortiori* dans les rapports ville-hôpital.

Les résistances individuelles : certains patients (en particulier atteints de maladies graves) peuvent hésiter à signaler leur douleur par crainte de ce qu'elle peut signifier (aggravation, récurrence). Les soignants, médecins ou non, peuvent ne pas reconnaître la plainte du patient. Des mécanismes de défense psychologique peuvent intervenir, notamment pour les

La réglementation de la prescription de la morphine : des résultats ambigus

Les contraintes imposées à la prescription de morphine ont été mises en place après la seconde guerre mondiale pour faire face à la montée de la toxicomanie. À l'époque, les propriétés antalgiques de la morphine étaient moins bien connues qu'actuellement. Dès 1961, la convention unique sur les stupéfiants de l'Organisation des Nations-Unies insistait sur la double nécessité de lutter contre la toxicomanie et de permettre un accès facile aux morphiniques pour les patients qui souffrent de douleur intense. Cependant, la plupart des réglementations nationales ont évolué dans un sens toujours plus contraignant. Ce constat a conduit en 1989 l'Organisation mondiale de la santé et l'Organe international de contrôle des stupéfiants de l'Onu à demander à tous les pays signataires de vérifier que leurs réglementations respectaient bien les deux objectifs de la convention. C'est dans ce contexte que la France a engagé une réflexion sur sa propre législation, réflexion alimentée par un certain nombre de constats.

- Les règles de prescription de la morphine étaient et restent en France beaucoup plus contraignantes que dans d'autres pays européens.
- Les réglementations restrictives entraînent, indépendamment de leur effet sur la toxicomanie une baisse importante de la prescription de morphine à visée antalgique. En Europe, ce phénomène a été observé en Allemagne après l'instauration du carnet à souche (1974).
- Les effets des réglementations restrictives sur la toxicomanie sont discutés, mais ce n'est pas dans les pays où les contraintes sont les plus rigoureuses que la toxicomanie est la plus faible.
- Il est possible de faire beaucoup progresser la consommation de la morphine comme antalgique sans, dans le même temps, faire progresser la toxicomanie. Les exemples de la Suède et du Wisconsin le démontrent.

En France, des modifications réglementaires récentes vont dans le sens d'un assouplissement de règles jusqu'alors très contraignantes. Cette démarche, qui s'appuie sur le raisonnement plutôt que sur l'accumulation des craintes, doit être saluée. Souhaitons qu'elle soit rapidement suivie de la simplification du carnet à souche, et de sa plus grande accessibilité pour les médecins, réformes régulièrement annoncées... et toujours attendues.

soignants confrontés quotidiennement à des maladies graves, ce qui doit inciter à porter sur ces comportements un regard d'analyse plutôt que de simple critique.

Évolutions récentes de la politique nationale

La France met progressivement en place les éléments d'un programme national de

lutte contre la douleur. En 1994, le Haut Comité de la santé publique fixe pour objectif de « diminuer de moitié le nombre de malades déclarant souffrir au cours d'un cancer et au cours d'une intervention chirurgicale » d'ici l'an 2000 (rapport *La Santé en France*). Peu de temps après, la commission sociale du Sénat constitue un groupe de travail dirigé par le sénateur Lucien Neuwirth. Ce groupe de travail publie un rapport et

avance des propositions à l'origine de décisions politiques.

Certaines relèvent de principes généraux : la loi hospitalière stipule désormais que « les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement » (loi du 4 février 1995). Cet objectif est repris dans la Charte du patient hospitalisé. Le nouveau Code de déontologie médicale (septembre 1995) précise qu'« en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade ».

D'autres mesures ont une traduction concrète. L'enseignement du traitement de la douleur se développe et devient obligatoire dans les facultés de médecine à

partir de la rentrée 1996. Les règles de prescription de la morphine sont assouplies : la durée maximale de prescription de la morphine orale est portée à 28 jours. Des recommandations pour le traitement de la douleur postopératoire (Assistance publique) et cancéreuse (Andem et Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer) sont publiées.

Par ailleurs, une réflexion est engagée sur les structures de traitement de la douleur. Une enquête effectuée par la direction générale de la Santé (avril 1995) tente de les recenser. L'Andem propose des critères distinguant les consultations, les unités et les centres d'évaluation et de traitement de la douleur (novembre 1995). En octobre 1995, le ministre de la Santé annonce la mise en place prochaine

d'une « labelisation ». Toutefois, aucun moyen financier n'est prévu jusqu'ici pour mettre en conformité des structures dont le fonctionnement repose sur un volontariat important, le plus souvent sans moyens propres. La fonction pédagogique des équipes spécialisées au sein de leurs établissements reste par ailleurs une mission délicate tant que les activités transversales sont peu ou mal reconstruites dans l'organisation hospitalière.

Ce qui reste à faire

On ne peut douter qu'une évolution favorable est en cours. Ainsi, même si cet indicateur est imparfait, la consommation de morphine en France a été multipliée par 14 en dix ans. Mais le soulagement des patients reste insuffisant. Au-delà des structures spécialisées, la reconnaissance et la prise en charge de la douleur doivent impliquer l'ensemble des équipes soignantes.

Les mesures décidées au niveau politique doivent encore être suivies d'effet au niveau opérationnel, notamment en matière d'enseignement ; l'accessibilité des médicaments antalgiques efficaces (en particulier certains morphiniques) doit encore être améliorée. La reconnaissance du traitement de la douleur comme une priorité par les pouvoirs publics suscite des attentes auxquelles doit maintenant répondre l'allocation des moyens nécessaires. ■

Des références pour les pratiques, des centres spécialisés aux bonnes pratiques pour tous

Les consultations spécialisées ont pour but l'évaluation et le traitement des douleurs chroniques rebelles. Des critères de fonctionnement et d'évaluation de leur activité ont été proposés par l'Andem (novembre 1995). Ces critères distinguent les consultations, les unités et les centres d'évaluation et de traitement de la douleur : les unités permettent, en plus des consultations, l'accès à des lits spécialisés d'hospitalisation ; les centres ont une vocation régionale de référence et exercent obligatoirement une activité d'enseignement et de recherche ; tous doivent être constitués d'équipes multidisciplinaires. Mais le traitement de la douleur ne saurait se résumer à la mise en place d'équipes spécialisées. Toutes les équipes médicales doivent s'impliquer. L'American Pain Society recommande depuis 1991 l'application générale de « standards d'assurance qualité » pour le traitement de la douleur aiguë et de la douleur du cancer. Ces standards comportent la mise en œuvre de procédures pour améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur. L'application de ces procédures et leurs effets sur le soulagement des patients doivent être évalués régulièrement.

Les démarches d'assurance qualité en France sont encore relativement nouvelles dans le secteur de la santé. Une expérience en cours dans quatre cliniques de la Mutualité française porte sur le traitement des douleurs aiguës et des douleurs cancéreuses, en s'inspirant des standards de l'American Pain Society. Cette expérience doit servir de base à un programme généralisé.

François Larue

Médecin,
Institut mutualiste Montsouris, Paris

Alain Fontaine

Médecin de santé publique,
Faculté Bichat, Paris

Responsable

André Demichel
Professeur de droit public

Secrétariat

Martine Thierry
Bureau C230
Tél. : 49 40 66 26
2, rue de la liberté
93526 Saint-Denis
Cedex 02

Public

- Étudiants désirant préparer le concours de directeur des hôpitaux.
 - Étudiants voulant approfondir leurs connaissances dans le domaine de la santé (journalistes, avocats, informaticiens, économistes, travailleurs sociaux, enseignants).
 - Médecins voulant obtenir une qualification complémentaire.
 - Professionnels paramédicaux (surveillant, surveillant chef, infirmier principal...).
 - Syndicalistes, cadres de mutuelles de santé.
 - Élus municipaux, départementaux, régionaux.
- Le DEA accueille 70 auditeurs (40 étudiants en formation initiale et 30 salariés, des professions médicales et paramédicales).

Conditions d'admission

Sur dossier et entretien éventuel.
En ce qui concerne les étudiants en formation initiale, la priorité est réservée aux titulaires d'une maîtrise de droit et

Objectifs

Mener les recherches à un niveau encore peu exploré : celui de la microanalyse à travers l'étude de la décision médicale.

- opérer le lien entre théorie et pratique des différentes composantes de l'ensemble « santé » ;
- établir le lien entre les universitaires et les praticiens (enseignants de l'Université, directeurs d'hôpitaux, médecins...)
- rendre compte du lien existant entre les phénomènes objectifs et leur appréhension

d'AES. Les titulaires d'une autre maîtrise pourront être acceptés dans la limite des places disponibles et sous réserve de pré-requis.

Durée

Un an

Validation

Le contrôle des connaissances comprend trois éléments :

- des interrogations écrites ou orales portant sur les cours magistraux ;
- des notes de séminaire ;
- une note de mémoire

Les cours d'une part, les séminaires et le mémoire, d'autre part, équivalent chacun à la moitié des coefficients.

Le prolongement du DEA

- Pour les étudiants, le prolongement normal du DEA est l'élaboration d'une thèse ;
- Pour les enseignants, la participation au DEA est également conçue comme devant être le support de recherches individuelles et collectives.

mentale (étude du discours et de tous les facteurs traditionnels y compris ceux saisis sur le terrain comme les simples rumeurs, peurs, paniques, médecines parallèles, es-croqueries...)

- établir un lien entre différentes disciplines (approche juridique, sciences du langage, psychologie, psychanalyse, sociologie, économie...)
- inaugurer à ce niveau un lien entre formation initiale et formation continue.

Contenu pédagogique

• 4 cours de 25 heures (obligatoires)

Droit de la santé
Histoire de la santé
Le discours juridique en matière médicale
Droit et management hospitalier

• Un séminaire de 25 heures (obligatoire)

Initiation à la recherche

• Un mémoire (correspondant à 75 heures)

• Un module de 100 heures, choisi dans la liste ci-après :

Module **Gestion sanitaire**

Évolution de la médecine contemporaine : aperçus techniques. Le médicament. Le droit de la filiation. La santé dans les prisons.

Module **Décision médicale : les éléments de la prise de décision**

Les données informatiques de la gestion du malade. Psychologie de la décision. La décision médicale dans le contexte du financement de la santé. Déontologie médicale

Module **Éthique et idéologie**

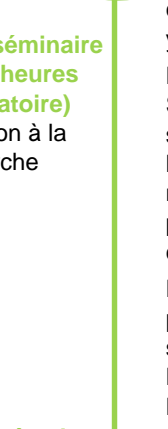
Éthique et modernité. Distinction entre le normal et le pathologique. Souffrance psychique, maladies du lien social : questions à la psychanalyse. « Il y a deux sexes ! et la démocratie... »

Module **Sociologie médicale**

Sociologie des religions et système de santé. Santé, égalité : approche philosophique. La demande sociale en matière de soins. Enquêtes sur des problèmes de psychopathologie sociale

Module **Environnement local, perspectives internationales et dimension historique**

Le droit communautaire de la santé. Les organismes internationaux. Le contexte urbain de la santé publique. Les compétences sanitaires des collectivités locales



Le sida aux États-Unis d'Amérique

Un état des lieux

Un million de personnes sont actuellement contaminées par le virus du sida aux États-Unis d'Amérique. La politique américaine de lutte contre ce fléau est très offensive. Elle se décline en une série de mesures et d'actions extrêmement variées.

Premier pays confronté à l'épidémie du sida, les États-Unis y ont sans doute payé le plus lourd tribut dans le monde, même si l'Afrique et l'Asie présentent, en prévalence, des chiffres de bien plus grande ampleur.

Le nombre de nouveaux cas marque une certaine stabilisation de l'extension de l'épidémie, mais le sida reste aujourd'hui la principale cause de mortalité entre 25 et 50 ans dans les très grande métropoles. Par ses conditions de contagion, par sa liaison avec le mode de vie, notamment sexuel, par le rôle qu'y joue l'usage de drogues intraveineuses, le sida est l'un des sujets les plus révélateurs des clivages raciaux, religieux et sociaux de ce pays.

Le président Clinton, en réunissant le 6 décembre 1995 une conférence nationale à la Maison blanche, a voulu montrer que ses intentions de lutter activement contre le sida, affichées pendant la campagne présidentielle, avaient bien été respectées.

Cet inventaire a pour intérêt d'illustrer toute la variété des facettes d'une politique de santé publique.

Les budgets consacrés au sida

Les trois budgets de recherche (essentiellement dans le cadre des National Institute of Health, NIH), de prévention (à travers le Center of Disease Control, CDC), et de soins, ont augmenté de 40 % en deux ans.

Cette augmentation est d'ailleurs l'objet d'une attaque de plusieurs parlementaires, au nom de lobbies médicaux représentant des spécialités cliniques, qui reprochent au Gouvernement de dépenser des sommes équivalentes à 36 763 dollars par décès dû au sida, tandis que les sommes consacrées au cancer seraient de 3 708 dollars par décès, celles consacrées aux maladies cardio-vasculaires de 1 032 dollars par décès.

À ces critiques, convoquées par le sénateur Bob Dole, le Président a répondu en indiquant qu'en additionnant les sommes incluses dans les différents programmes, notamment sociaux (Medicare et

Medicaid, Welfare programs), le sida ne bénéficiait que de 6 milliards de dollars de crédits annuels tandis que le cancer en consommait 17,5 et les maladies cardio-vasculaires 38.

Animation politique

Un comité Conseil présidentiel sur le sida et le virus VIH de trente membres a été créé, chargé de proposer au Président toute mesure utile pour lutter contre l'épidémie, particulièrement dans les domaines de la recherche, de la prévention et des soins. Une conférence annuelle nationale réunie pour la première fois en décembre 1995 a permis à 250 personnes, représentant 37 des 50 États, de confronter ses recommandations avec les réalisations locales.

Mais il n'existe pas, aux États-Unis, d'organisme indépendant comparable au Conseil national du sida français. La « politique de lutte contre le sida » est donc placée sous

l'autorité directe du Président, et incarnée par un membre spécialisé du cabinet, Mme Patsy Flemming, qualifiée par la presse de « Star du sida ».

La lutte contre la discrimination

Le « Justice department » mène de nombreuses actions contre la discrimination qui frappe les malades atteints de sida : 900 procès ont été instruits depuis janvier 1993, et 789 ont abouti à des réparations. La « Health care financing administration », qui gère les programmes fédéraux Medicare et Medicaid, a obtenu des réparations dans 20 cas de refus de soins à des personnes infectées.

La sécurité sanguine

Ce sujet est confié à l'autorité de la Food and Drug administration (FDA), qui s'est conformée aux recommandations d'un rapport rédigé par un panel d'experts de l'Institut de Médecine, branche de la National academy of Science. C'est le secrétaire d'État à la Santé, le Dr Philip Lee, qui est chargé de diriger le programme national de sécurité transfusionnelle.

Protection des consommateurs

Les malades du sida sont fréquemment l'objet de démarcheurs qui proposent des remèdes sans efficacité prouvée, dans des conditions qui sont le plus souvent délictueuses. Un système de protection, d'information et de recours

Les chiffres du sida aux États-Unis

- 250 000 Américains sont morts du sida depuis 1982, date des premiers cas signalés
- 1 million sont actuellement contaminés
- On estime l'incidence aux États-Unis à 40 000 infections par an
- Comme en France, les modes de contamination, en 1994, privilégient les rapports homosexuels et la toxicomanie, comme le montre le tableau suivant :

Toxicomanes	26,9 %
Hétérosexuels	10,3 %
Homosexuels	43,3 %
Enfants	1,3 %
Non identifiés	11,9 %
Autres	6,3 %

des malades a été mis en place, appuyé par une dizaine de « coalitions » financées sur crédits de la FDA.

Épidémiologie, collecte de bases de données

Le ministère de la Santé (HSS) a mis en place trois grandes enquêtes majeures destinées à mieux connaître les coûts et l'utilisation des services destinés à aider les personnes infectées par le virus du sida.

Soins dentaires

Un programme spécial destiné à procurer des soins dentaires gratuits aux personnes infectées par le virus VIH a été institué dans 124 écoles dentaires, en même temps que des précautions particulières étaient imposées aux dentistes pour éviter la reproduction

d'un cas de contamination professionnelle.

Conditions d'accès à des pensions d'invalidité dues au sida

La liste des manifestations cliniques conduisant à des compensations financières d'invalidité s'est étendue pour permettre aux malades atteints du sida de recevoir des pensions d'invalidité, et les procédures de constitution de dossier, notamment par les médecins, ont été simplifiées.

Autorisation de mise sur le marché des médicaments

Quinze médicaments nouveaux ont été mis sur le marché par la FDA, qui a mis au point plusieurs circuits rapi-

des d'évaluation pour qu'aucun retard ne soit apporté au soulagement des malades, notamment dans le traitement des complications du sida.

Mise au point des nouveaux médicaments

Le ministère de la Santé a créé une « National Task Force » sur le développement de nouveaux médicaments, formée en partenariat entre le gouvernement, l'industrie, les universités, les praticiens et les communautés de personnes infectées par le virus, pour étudier les meilleurs moyens de lutter contre le sida et ses complications. 45 recommandations ont été produites.

Traitement précoce

Une agence fédérale (Agency for health care policy and research ou AHCPR), proche dans ses objectifs de l'Andem en France, a publié des recommandations de pratique clinique pour une intervention précoce en cas d'infection VIH. Ce guide est destiné autant aux médecins qu'aux personnes infectées et leur entourage, et fait une part importante à la prévention diversifiée par type de communauté intéressée.

Soins à domicile

Les personnes infectées par le VIH deviennent fréquemment dépendantes de Medicaid, système d'assurance maladie pour les personnes en situation précaire. Un programme, auquel 15 États ont fait appel,

permet d'obtenir des dérogations spéciales étendant au sida les possibilités d'accès à Medicaid.

Logement

Des logements ont été réservés par le ministère chargé du Logement et du Développement urbain (300 millions de dollars pour des logements destinés aux malades atteints de sida). La volonté affichée par les Républicains de supprimer ce budget est citée par le Président Clinton comme l'une de ses raisons d'opposer un veto au budget proposé par le Congrès.

Coopération internationale

Les États-Unis apportent 120 millions de dollars par an en programmes bilatéraux sur le sida.

Medicaid

50 % des malades atteints de sida (90 % des enfants) bénéficient de l'assistance Medicaid. Les coupes proposées par le parti Républicain sur ce programme sont une autre raison opposée par le Président pour justifier son veto au budget 1996.

Santé mentale

260 000 séminaires de conseil aux malades atteints par le virus VIH ont été organisés en 1994. Les malades soignés pour troubles mentaux à la suite de cette infection sont approximativement 100 000.

Prévention

En janvier 1994, a été lancé le programme *Prevention Marketing Initiative*, par les CDC, destiné à convaincre les jeunes de 18 à 25 ans de changer leurs comportements sexuels. Ce programme utilise un abord direct du sujet, et propose autant le respect des règles d'abstinence que l'usage du préservatif.

Il faut cependant préciser que les campagnes sur ces thèmes sont particulièrement timides aux États-Unis, la plupart des États interdisant la publicité pour le préservatif à la télévision pour des raisons religieuses.

Ce n'est qu'en janvier 1996, qu'une décision de la Cour Suprême a débouté l'État du Maryland d'une plainte portant sur ce thème, qui va faire jurisprudence et permettre une extension de ces programmes de prévention.

Politique en faveur des minorités

Un congrès national sur le VIH dans les communautés raciales et ethniques a été organisé. Les NIH ont créé quatre groupes d'essais cliniques sur le sida dans des communautés minoritaires.

Droits des femmes

La progression particulière du sida chez les femmes, du fait de leur vulnérabilité spécifique, a nécessité la mise au point d'un programme de recherche en sciences du comportement humain, qui doit permettre aux femmes de se protéger plus efficacement.

Transmission périnatale

L'essai thérapeutique des NIH portant sur la transfusion congénitale du sida a montré que l'administration d'AZT à des mères séropositives réduit des deux-tiers la transmission du sida de la mère à l'enfant. Cette découverte a entraîné de nombreux changements dans l'attitude des médecins à l'égard du dépistage de l'infection chez les mères et à leur traitement précoce. Des conseils, des informations sur le dépistage de l'infection sont désormais systématiques, mais ce dernier reste volontaire.

Législation « Ryan White CARE Act »

Portant le nom d'un des premiers adolescents mort du sida, cette loi réserve des crédits pour les soins aux malades. Les crédits ont été doublés cette année. 360 000 personnes en ont bénéficié.

Anciens combattants

17 000 anciens combattants sont atteints du sida. 85 unités spéciales ont été créées dans la Veterans Administration (VA) pour traiter et aider ces malades. Des projets de recherche particuliers sont financés par la VA (30 millions de dollars).

Organisation de la recherche

Un programme national de recherche multidisciplinaire,

dirigé par le Dr William Paul, a été mis en place aux NIH.

Vaccins

Quatorze candidats sont actuellement en cours d'essais, aux NIH et au ministère de la Défense, chez le personnel militaire.

Traitements

72 000 composés supposés actifs ont été étudiés, dont 6 seulement ont été retenus pour des essais cliniques. Le nombre des malades infectés inclus dans des essais cliniques est de l'ordre de 45 000.

Dépollution de l'eau

Un programme particulier est développé pour éliminer le cryptosporidium, micro-organisme qui provoque des infections graves chez les immunodéprimés. ■

Jean-François Lacronique
Ambassade de France,
service des Affaires sociales



Société française de santé publique

Sigle

SFSP

Date de création

29 juin 1877

Statut

Association de la loi 1901 reconnue d'utilité publique le 8 mars 1910

Financements

Cotisations des membres

Prestations diverses

Ventes des éditions

Effectif

5 permanents
Nombreux membres adhérents actifs

Responsables

Président

Denis Zmirou

Délégué général

Daniel Oberlé

Secrétaires généraux

Marc Brodin

François Baudier

Vice-présidents

William Dab

Jean-Jacques Lottin

Bernard Pissarro

Trésoriers

Odile Kremp

Jean-Claude Meuriot

Président d'honneur

Bernard Festy

Coordonnées

2, avenue du doyen

J. Parisot

BP 7

54501 Vandœuvre-lès-Nancy

Téléphone : (16) 83 44 87 47

Télécopie : (16) 83 44 37 76

Courrier électronique

sfsp@cmp.u-nancy.fr

Missions

La SFSP offre aux différents acteurs de santé publique (professionnels ou bénévoles, décideurs politiques, acteurs économiques) un cadre et des moyens pour une réflexion collective et interprofessionnelle. Cette réflexion repose en particulier sur l'analyse des pratiques professionnelles et permet de formuler des propositions auprès des décideurs et d'éclairer l'opinion publique *via* les médias face aux décisions à prendre.



Adhérents

Personnes individuelles : 550

Personnes morales à vocation nationale : 12 organismes, instances ou associations

Groupements professionnels : 11 associations nationales

Sociétés régionales de santé publique : 6 associations qui développent localement leurs activités propres ; elles sont composées de professionnels et de non-professionnels.

Domaines de compétences

L'ensemble des thèmes de santé publique. La SFSP a sélectionné dix chantiers prioritaires sur lesquels elle souhaite porter un effort particulier à moyen et long termes :

- Réduire l'alcoolisme
- Combattre le tabagisme
- Entendre les toxicomanes
- Accompagner le grand-âge
- Prévenir la pollution atmosphérique
- Garantir l'accès aux soins pour tous
- Maîtriser les dépenses de santé
- Promouvoir la santé et la sécurité au travail
- Prévenir l'infection par le VIH et prendre en charge les malades
- La santé mentale...

Moyens d'actions pour la réflexion scientifique

Congrès (tous les 2 à 3 ans)

Colloques

Séminaires

Commissions thématiques

Interventions auprès des

« décideurs » (Parlemen-

taires, administrations

centrales, élus locaux,

acteurs économiques...)

Moyens de communication

La revue *Santé publique*

Revue trimestrielle pour la

recherche, l'analyse et

l'action. Elle publie aussi

bien les travaux des

chercheurs que ceux des

professionnels de terrain.

La lettre *Santé et société*

Outil de communication, à

la fois interne pour

l'échange, la formation, la

réflexion et externe vers

les « décideurs » et vers le

public *via* les représentants

des médias.

Ouvrages

La collection « santé et société »

Déjà parus

- *Les nitrates : effet de mode ou vrai problème de santé publique*

- *Santé et développement social*

À paraître

- *La pollution atmosphérique d'origine automobile*

- *Comprendre et vouloir : dix chantiers prioritaires pour la santé publique*

Autres publications :

- *Santé publique et territoires : 10 ans de décentralisation*

Autres publications :

- *Santé publique et territoires : 10 ans de décentralisation*

Autres publications :

- *Santé publique et territoires : 10 ans de décentralisation*

Autres publications :

- *Santé publique et territoires : 10 ans de décentralisation*

Communiqués de presse

Lettres ouvertes

Santé publique et dynamiques de changement au niveau local

Le rôle des municipalités

Comment la santé est-elle prise en compte par les municipalités ? Quels sont leurs outils d'intervention ? Les résultats d'une enquête effectuée auprès d'élus de villes de plus de 30 000 habitants sont présentés ici.

Ces derniers quinze ans, la France a connu une série d'évolutions socio-politiques aux conséquences croissantes sur l'évolution du champ de la santé publique, aussi bien du point de vue de son contenu que de son organisation générale et spatiale. Les lois de décentralisation, les changements importants sur le plan socio-économique, l'émergence de nouveaux besoins en matière de santé, sont des éléments déterminants des modifications opérées en santé publique, qui ont une forte expression au niveau local.

Chercheurs et praticiens, intervenants au niveau d'actions locales de santé, nous nous sommes interrogés sur la perception que pouvaient avoir de ces problèmes les responsables politiques municipaux, ainsi que des conséquences pratiques que les nouvelles situations pouvaient provoquer en matière d'intervention locale en santé. Nous avons adressé aux élus des 235 villes françaises de plus de 30 000 habitants, un questionnaire qui leur demandait de désigner les trois principaux problèmes de santé qui leur semblaient menacer le plus la santé des administrés, de préciser le type de solutions qui paraissait le plus

adapté, de présenter leur mode d'intervention en matière de santé et de préciser l'écart entre souhaits et réalisations, ainsi que la forme la plus appropriée de le réduire.

Après la publication des principaux résultats de la première phase de l'enquête¹, nous présentons ici les conclu-

sions du travail (réalisé avec le soutien du Réseau national de santé publique et de la délégation interministérielle à la Ville²), qui intègre les résultats d'une enquête qualitative, menée auprès d'élus de dix villes représentatives des 113 ayant répondu au questionnaire initial, visant à approfondir la réflexion sur les enjeux santé des villes, leurs méthodologies et outils d'intervention en santé publique, leurs besoins en matière de formation et d'aide extérieure, l'impact local des nouvelles politiques publiques, enfin

Vers un nouveau rôle des municipalités en matière de santé publique ?

Le champ santé — au sens défini par l'OMS — investi par les municipalités devient très large, du fait de leur intervention sur un grand nombre des déterminants de la santé. Se pose alors la question de la définition du champ, sans le limiter et sans le diluer dans une approche non maîtrisable, qui pourrait dériver vers la médicalisation des problèmes sociaux.

Malgré la richesse et la créativité des villes en matière de santé, de nombreux points montrent aussi que leur intervention santé reste fragile, ce qui dans une optique de santé publique limite la portée des actions et induit la question de *(re)construire un dispositif de santé publique local*.

l'incidence des facteurs internationaux sur l'expression des problèmes de santé au niveau local.

Les mutations locales du champ de la santé publique

L'analyse qualitative confirme les déplacements repérés dans la première phase, qui semblent modifier sensiblement l'homéostasie du champ sanitaire local, et dont le regain d'intérêt des villes pour les problèmes de santé, accompagné d'une volonté politique de jouer un rôle en santé publique, ne sont pas les moins significatifs.

On peut cependant constater que l'image de l'intervention municipale en santé souffre d'une distorsion considérable lorsqu'elle est définie à partir de variables « objectives », comme le statut des élus à la santé, la situation des services de santé dans les organigrammes administratifs, les moyens mobilisés directement ou le type d'actions santé menées.

Le modèle biomédical dans l'élaboration des stratégies d'action municipales, semble être dépassé, au profit d'une vision plus globale de la santé. Les actions concrètes enregistrées dans le champ de la santé, se situent à de multiples endroits (cadre de vie, sécurité, action sociale, emploi, logement, transports, loisirs,...).

Les élus santé souhaitent que les villes bénéficient d'une plus grande reconnaissance de leur intervention en santé, afin de mieux négocier les conditions de leur (ré)investissement dans le champ, et de mieux les situer à l'intérieur du dispositif de santé.

L'expérience cumulée ces dix dernières années par les villes montre que la proximité de l'administration communale au quotidien des citoyens favorise une meilleure connaissance des besoins de santé de la population, et permet d'y apporter des réponses parfois plus adaptées que celles proposées habituellement par le dispositif sanitaire.

L'intervention des municipalités en santé révèle qu'une partie des problématiques de santé, prise en charge avec efficacité, se situe dans un secteur de l'ac-

Les problématiques de santé jugées prioritaires

La précarité

Les élus rencontrés confirment l'incidence de la précarisation des conditions de vie dans la dégradation de l'état de santé de leurs administrés. Ils sont préoccupés par les effets déstabilisants qu'ils induisent dans le fonctionnement du système sanitaire et social local.

L'alcoolisme

Même si les appréciations des responsables politiques sont très variées, tous insistent sur la nécessité de redéfinir la stratégie globale de lutte contre le fléau en l'adaptant davantage aux réalités locales. Sans réclamer des responsabilités spécifiques, élus et cadres locaux se reconnaissent des compétences dans la mise en place de programmes de lutte contre l'alcoolisme.

La santé des jeunes et des enfants

Reflets de la réalité sociale locale, les situations décrites apparaissent contrastées, allant d'une perception relativement sereine (absence de problèmes graves, mais nécessité d'une prise en compte du risque d'exposition au sida et à la toxicomanie), jusqu'à une vision assez désespérée (démultiplication des situations individuelles très vulnérables, inefficacité des dispositifs).

Sida et toxicomanie

Ils mettent les responsables politiques municipaux dans une situation de presque obligation d'intervention. Le sida semble plus facilement « abordable » que la toxicomanie, parce que beaucoup plus « populaire », grâce aux campagnes d'information et d'éducation. Sur la toxicomanie, les élus chargés de la santé cherchent davantage à maîtriser les aspects sécuritaires.

tion sanitaire et sociale relativement abandonné par les institutions qui en ont la compétence réglementaire, celui de la prévention primaire, qui suppose l'utilisation de méthodes d'intervention proches de celles utilisées habituellement par les municipalités.

Le partenariat apparaît comme la clé de voûte du dispositif municipal, matérialisant la place centrale de la commune dans la réalité locale, et sa capacité à mobiliser les principales ressources susceptibles de participer à la résolution d'un problème de santé.

La participation des habitants aux actions de santé est souvent un objectif important. La participation de la communauté est même envisagée comme un

moyen d'améliorer les capacités de réponse des institutions qui, de par leur rigidité ou l'absence de conditions objectives, ne peuvent pas appréhender ou répondre aux besoins des populations. C'est le secteur associatif qui est le plus souvent utilisé pour formaliser le soutien à l'action des habitants.

L'évolution des besoins de santé des populations pose aujourd'hui la question de l'adéquation des capacités techniques des municipalités aux actions développées. Des besoins nouveaux sont apparus nécessitant la constitution de nouvelles compétences, notamment de médiation, capables d'opérer à l'interface des systèmes de services et de la nouvelle demande sociale.

Le besoin d'aide extérieure se fait sentir dans les services municipaux qui ne trouvent pas toujours, en interne, les compétences nécessaires à leur action. Le déficit de la fonction publique territoriale dans ce domaine, se révèle par l'inflation du recours aux « chargés de mission », spécialisés et difficilement intégrables aux grilles salariales. Des professionnels d'un nouveau type sont alors nécessaires, sachant comprendre les nouvelles problématiques, pour pouvoir conseiller les élus et suivre les programmes.

Le retour des municipalités sur le champ de l'action en santé est influencé par les effets des nouvelles politiques publiques (RMI, politique de la ville, lutte contre la toxicomanie, la délinquance, le sida...) qui ont notamment aidé à rendre visibles des problèmes de santé inégalement repérés par les services municipaux, et ont permis l'élaboration de dispositifs de prise en charge inédits, les approches pluridisciplinaires et participatives.

Des critiques sont cependant émises sur les dispositifs sanitaires et sociaux du fait du caractère complexe et précaire de leurs financements.

Le recours aux réseaux de villes ou d'institutions et aux relations internationales semble relativement nouveau pour les municipalités qui, si elles se déclarent intéressées, ne semblent pas trouver tous les arguments nécessaires à l'exploration de ces réalités récentes. ■

¹ Voir encadré « Les municipalités et la santé publique, un champ d'action politique local réinvesti », in : *Actualité et dossier en santé publique* n° 12, septembre 1995, p. XXVII

² Bertolotto Fernando, Schoene Marc : « Santé publique et collectivités locales : Le cas des villes de plus de 30 000 habitants », Rapport final au RNSP et à la Div, Resscom, octobre 1995

Fernando Bertolotto

Sociologue, directeur de recherche, association Resscom

Marc Schoene

Médecin, directeur de la Santé, Ville de St-Denis, président de l'Institut Renaudot

Pour une meilleure intégration des municipalités au système de santé publique

Conformément aux termes du cahier des charges de la recherche, nous avons cherché à traduire les enseignements de ce travail en orientations opérationnelles en santé publique, susceptibles de contribuer à la meilleure prise en compte des besoins de santé des populations concernées.

Recommandation n° 1

Améliorer la connaissance de la ville et de la problématique ville-santé

- Promouvoir les travaux de recherche permettant de mieux comprendre la problématique ville-santé.
- Améliorer l'accès des municipalités à l'information sanitaire et sociale locale.

Recommandation n° 2

Privilégier l'intégration des municipalités au système de santé au niveau du secteur primaire

- Éclaircir les attentes des institutions ayant compétence en matière de santé à l'égard des municipalités.
- Promouvoir l'adhésion des municipalités à la stratégie des soins de santé primaires.

Recommandation n° 3

Améliorer la prise en compte des spécificités locales dans la conception des programmes de santé publique

- Promouvoir le développement de programmes de soins de santé primaires pouvant être délégués aux villes par le biais du conventionnement.
- Prendre en compte la spécificité de l'espace communal dans la planification et l'action sanitaire.
- Consolider les niveaux intermédiaires de coordination et de suivi des programmes de santé publique.
- Améliorer l'accès et le contrôle de l'utilisation des moyens d'intervention en soins de santé primaires des municipalités.

Recommandation n° 4

Accompagner, par un soutien technique et stratégique, l'investissement des villes en santé

- Créer une instance technique chargée de promouvoir l'intégration des municipalités au secteur primaire du système de santé.
- Promouvoir la constitution de pôles municipaux de prévention et promotion de la santé.
- Améliorer l'offre de compétences en santé publique, aussi bien au niveau de la formation initiale que de la formation permanente des professionnels de l'action sanitaire et sociale territoriale.
- Consolider les dispositifs de proximité participant aux soins de santé primaires.

Santé mentale

L'individu, les soins, le système

Sommaire

- | | | | |
|-------|--|---------|--|
| ■ II | La santé mentale et la psychiatrie en quelques chiffres | ■ XXIII | La demande du patient et les réponses |
| ■ VI | Prévention et soins | ■ XXVII | Le sujet guéri ou conforté |
| ■ XIV | L'offre des structures et des soignants | ■ XXX | Tribune |
| | | ■ XL | Bibliographie Adresses utiles |

La santé mentale fait encore peur, et ceci au sein même du dispositif sanitaire. La réponse généralement donnée pour expliciter une telle réticence demeure au pire une opacité au mieux une grande complexité. Est-ce si vrai ? D'où l'intérêt de ce dossier qui rappelle que 30 % des actes de soins, dans un pays comme le nôtre, relèvent uniquement ou de façon prépondérante du relationnel. La psychiatrie s'impose donc comme étant bien plus qu'une simple discipline médicale. Elle infiltre de façon « horizontale » les pratiques de soins mais se situe également en amont par une réelle capacité préventive.

Bien des problèmes persistent. L'offre de soins — dans et hors institutions — peut paraître insuffisante aujourd'hui. La prévention primaire, celle qui serait susceptible d'agir sur l'incidence, reste balbutiante. La prévention secondaire parvient à réduire l'évolution et la durée de la maladie en fonction du développement des diverses composantes publiques, libérales et associatives, variable selon les lieux. La prévention tertiaire apparaît victime de l'articulation médico-sociale défaillante : la présence de réseaux véritablement coordonnés avec les dispositifs sociaux et la pratique médicale privée demeure l'exception. Les perspectives de restructuration et d'avenir reposent sur une conception datant de plus de trente ans qui, si elle demeure valable sur bien des points, n'a pas supprimé un dispositif général hétéroclite et profondément inégalitaire.

Cette situation va de pair avec une image profondément négative à la fois des malades mentaux et de ceux qui les soignent. Elle n'échappe heureusement ni à la réflexion ni aux remises en cause, ce qui a déjà conduit à une importante diversification des modalités de prise en charge, au souci d'informer les sujets citoyens, à la création d'associations de patients etc.

Il est grand temps que notre système de soins psychiatriques soit pensé en termes de demandes et de flux de patients et non pas en termes d'institutions. Les acteurs de santé mentale, notamment, doivent se situer quant à leurs intérêts professionnels, en affirmant leurs champs de compétence et de responsabilité.

L'enjeu apparaît de taille car il s'agit de permettre, à tout citoyen de ce pays un abord global de ses problèmes de santé incluant sa souffrance psychique, adapté, modulable et souple, en raccourcissant le plus possible le temps passé entre l'émergence de sa souffrance et l'offre de soins, dans le respect du libre choix et si nécessaire dans la continuité.

Si cela ne peut advenir, un scénario déjà observé dans d'autres pays ne pourra que s'imposer, la psychiatrie se cantonnant essentiellement alors dans de petits services de courts séjours, avec un extrahospitalier amenuisé.

Ce dossier montre que la psychiatrie française a à sa disposition tous les atouts nécessaires pour éviter une telle issue.

La santé mentale et la psychiatrie en quelques chiffres

La sectorisation instaurée dans les années soixante avait pour but de faire sortir la psychiatrie de sa structure asilaire, en confiant à la même équipe l'ensemble de la filière de soins, de la prévention à la réinsertion.

La France est donc découpée en 1 123 secteurs (812 adultes et 311 infanto-juvéniles), dont 58 % sont rattachés à un centre hospitalier spécialisé, 33 % à un centre hospitalier général et 9 % à un hôpital privé faisant fonction de service public. Si le service hospitalier a longtemps été le pivot du secteur, ce rôle est désormais dévolu au centre médico-psychologique, autour duquel s'articule l'ensemble des structures médico-sociales.

Cette ouverture sur la ville a permis le développement progressif des alternatives à l'hospitalisation à temps complet (hôpitaux de jour et de nuit, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique...) dont on a ainsi vu régulièrement diminuer le nombre de lits.

Nombre de pathologies qui entraînaient l'internement sont maintenant prises en charge en ambulatoire ou en temps partiel. L'hospitalisation complète n'est indiquée que pour des séjours courts, mais parfois répétés, ce qui explique la stagnation du nombre des entrées mais aussi la diminution constante du nombre de journées d'hospitalisation (figures 1 et 2).

On note cependant de grandes disparités régionales. Le nombre de lits varie de 8 à 30 pour 10 000 habitants, et ce inversement à la présence des alternatives.



Figure 1 Nombre d'entrées en hospitalisation complète

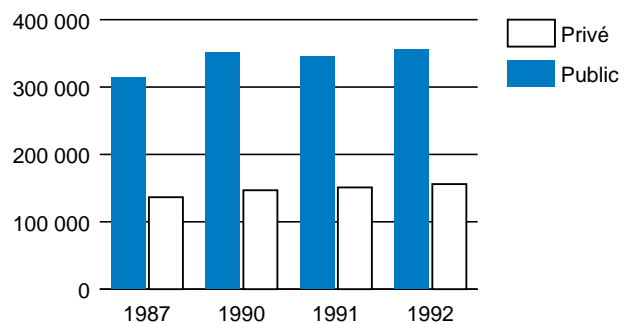
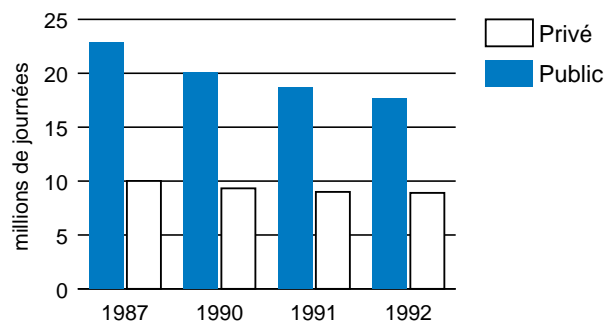


Figure 2 Nombre de journées d'hospitalisation complète



Une tentative d'harmonisation a bien eu lieu. À la définition d'indices fixant le nombre de lits (10 à 18 pour 10 000 habitants) et la part que doivent prendre les alternatives dans l'équipement global (50 %), s'est ajoutée l'obligation d'élaborer des schémas départementaux et régionaux d'organisation. Ils doivent fixer les objectifs de la politique du secteur (diminution du nombre de lits, création des hôpitaux de jour...). 64 départements ont élaboré un service départemental d'organisation, et 30 seulement l'ont chiffré.

Les pathologies mentales dans la population générale

Les chiffres avancés sur la santé mentale de la population générale proviennent d'études sur des échantillons réduits. La nature des critères diagnostiques retenus pour l'établissement des questionnaires (exclusivement symptomatiques puisque reposant sur le *diagnostic on statistical manual of mental disorders*, références nord-américaines), ouvre un biais d'interprétation des résultats. De plus, ils ne tiennent pas compte des particularités culturelles, sociales et psychologiques individuelles, alors que le même symptôme peut être ressenti différemment par deux personnes. Il en résulte de grandes variations dans les résultats. Nous citerons deux études à titre d'exemple : d'un côté, l'enquête du CreDES — qui mène depuis 1988 des enquêtes sur la santé et la protection sociale (ESPS), enquêtes annuelles auprès de ménages dont un membre au moins est assuré social —, sur les années 1988-1991, regroupant 30 000 personnes ; de l'autre, l'enquête sur la santé et les soins médicaux effectuée par l'Insee en 1991-1992. Les résultats comparés sont les suivants :

Taux de personnes atteintes	CreDES	Insee
d'au moins un trouble mental ou du sommeil	11,5 %	17,8 %
d'un trouble du sommeil	5,4 %	6,5 %
d'un syndrome dépressif	4,3 %	4,9 %
d'anxiété	1,0 %	4,7 %

Les résultats de l'enquête ESPS 1994 du CreDES retrouvent des chiffres comparables à ceux de 1988-1991.

La pathologie mentale et le secteur

En 1991, la file active des secteurs adultes était de 760 000 personnes, soit une augmentation de 15 % en 10 ans. On dispose sur ces patients de renseignements assez précis, notamment grâce à une étude de l'Inserm en 1993.

La répartition par tranche d'âge et par sexe est à peu près équivalente à celle de la population générale, malgré une surreprésentation de la tranche des 35-54 ans. Les moins de 20 ans représentent moins de 2 % de l'ensemble.

Les diagnostics les plus souvent retrouvés sont les schizophrénies (23 %), les dépressions (12 %), les troubles délirants (8 %), les troubles du comportement et de la personnalité (8 %) et l'alcoolisme (7 %). On note une prédominance féminine pour les dépressions, et masculine pour les schizophrénies et l'alcool. Les névroses, étant éclatées en de multiples sous-catégories, n'apparaissent pas dans cette hiérarchie. Les psychoses représentent un tiers des pathologies traitées par le secteur.

La sectorisation a permis une diversification des modes de prise en charge : 50 % des schizophrènes sont désormais suivis en ambulatoire, 19 % à temps partiel et 31 % en hospitalisation à temps complet ; ils représentent actuellement 43 % des hommes et 20 % des femmes suivis en ambulatoire. Pour les dépressifs, ces chiffres sont respectivement de 79 %, 7 % et 14 %.

Ainsi, en 1990, sur les 760 000 patients de la file active, 432 000 étaient suivis strictement en ambulatoire, 258 000 à temps partiel, 60 000 à temps complet et 165 000 bénéficiaient d'une prise en charge mixte. Mais même si la part de l'hospitalisation a diminué, 40 % des patients hospitalisés le sont depuis plus d'un an et 15 % depuis plus de 10 ans.

Une approche sociologique du secteur montre que, malgré certaines variations entre les différents modes de prise en charge, il y a plus de célibataires, plus de gens vivant seul et une moins bonne insertion socioprofessionnelle que dans la population générale.

La pathologie mentale et l'hôpital

Une enquête du CreDES réalisée entre le 1^{er} avril 1991 et le 31 mars 1992 auprès d'un échantillon de 1 174 services hospitaliers a permis de définir la part de chaque grand groupe de maladie

à chaque étape de l'hospitalisation : motifs d'entrée, diagnostics posés à l'entrée et diagnostics patents un jour moyen de l'année. On entend par diagnostic patent la totalité des maladies dont souffre le patient le jour de l'enquête, y compris les maladies associées.

Nous nous intéresserons uniquement aux deux types de pathologie les plus fréquents : les troubles mentaux et les maladies cardio-vasculaires (figure 3).

La part représentée par chaque diagnostic varie donc selon le moment considéré. Mais le nombre de diagnostics posés par patient se modifie également, passant en moyenne de 1,5 motifs d'entrée à 1,9 diagnostics d'entrée puis 2,9 diagnostics patents. Ainsi, même si leur part diminue, le nombre absolu des diagnostics de troubles mentaux est multiplié par 1,6.

Les maladies mentales sont le premier diagnostic avant 64 ans, et le deuxième chez les personnes âgées.

Si on s'intéresse au taux de prévalence selon le type de maladie (nombre de patients concernés par un type de maladie par rapport à l'ensemble des patients), en différenciant diagnostics principaux et associés, on trouve les chiffres résumés dans le tableau suivant :

	Patients		diagnostic	
	concernés		principal	associé
Troubles mentaux et du sommeil	38,8 %		25,9 %	12,9 %
Maladies cardio-vasculaires	37,7 %		12,5 %	25,2 %

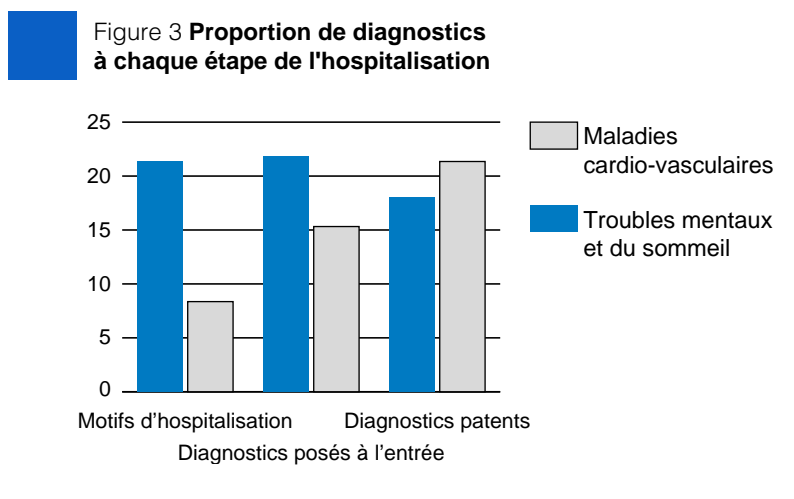
Les maladies cardio-vasculaires représentent plus de diagnostics patents que les troubles mentaux (cf. figure 3) mais, comme elles s'associent souvent chez le même individu, leur taux de prévalence est moins élevé.

Globalement, les troubles mentaux et du sommeil représentent deux fois plus de diagnostics principaux que les maladies cardio-vasculaires, et trois fois plus que les tumeurs ou les traumatismes. Ils concernent plus d'un tiers des patients hospitalisés, avec une légère prédominance masculine.

La pathologie mentale et la médecine libérale

La psychiatrie est la spécialité médicale la plus

Figure 3 Proportion de diagnostics à chaque étape de l'hospitalisation



exercée en secteur libéral. Les 6 000 psychiatres représentent 18 % des spécialistes libéraux. Présents dans 2,5 % des communes, ils ont l'une des meilleures couvertures du territoire, juste derrière les ophtalmologues (3,1 % des communes), les radiologues (3,0 %) et les gynécologues (2,9 %).

L'enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) menée par IMS-France en 1991-1992 permet de mieux connaître les motifs de recours aux médecins libéraux.

Tous médecins confondus, les troubles mentaux et du sommeil sont la troisième cause de consultation (14 % des séances), derrière les maladies cardio-vasculaires (27 %) et les problèmes ORL (16 %). Cette hiérarchie diffère si on distingue généralistes et spécialistes (figures 4 et 5).

En 1992, 43 millions de séances ont été motivées par un trouble mental ou du sommeil : 28 millions (65 %) chez un généraliste et 15 millions (35 %) chez un spécialiste. Ils ne prennent cependant pas en charge les mêmes pathologies (figure 6).

Selon cette même étude, la fréquence des motifs psychiatriques augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans, puis diminue jusqu'à 79. Ensuite, elle diminue pour les femmes et augmente pour les hommes.

Une approche sociologique montre, ici comme au niveau du secteur, que plus l'insertion socioprofessionnelle est faible, plus le nombre de troubles mentaux et du sommeil retrouvés pour 100 séances est élevé.

Figure 4 **Les motifs de recours aux généralistes**
(nombre de motifs pour 100 séances)

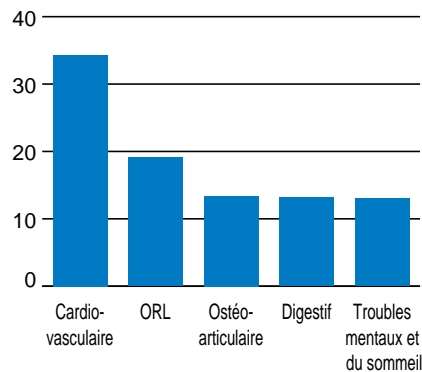


Figure 5 **Motifs de recours aux spécialistes**
(nombre de motifs pour 100 séances)

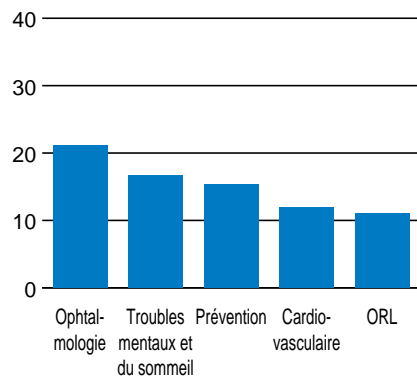
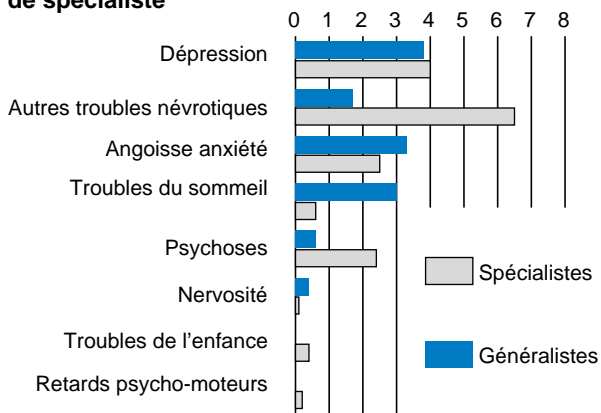


Figure 6 **Nombre de troubles mentaux ou du sommeil pour 100 séances de généraliste et 100 séances de spécialiste**



La pathologie mentale cause de décès

Le taux de mortalité par pathologie mentale n'a pas évolué depuis une dizaine d'années. Cette constatation ne tient pas compte des décès par suicide, dont seuls 30 à 40 % seraient en relation avec un trouble psychopathologique.

Les pathologies mentales (toujours hors suicide) sont cependant la dixième cause de décès chez l'homme et la huitième chez la femme.

Le taux de mortalité par suicide était évalué en 1992 à 32/100 000 habitants. Quant aux tentatives de suicide, elles sont mal connues et sous-déclarées. On les estime cependant à environ 100 000 par an, soit plus de 10 % des causes d'accident.

La pathologie mentale et la prescription médicamenteuse

Comme le souligne le professeur Zarifian dans son récent rapport, « la prescription de psychotropes devrait correspondre exclusivement aux besoins sanitaires de la population », mais « il n'existe pas d'étude épidémiologique faite dans des conditions satisfaisantes et sur une très grande échelle dans notre pays. » Ces études devraient non seulement porter sur l'évaluation des pathologies nécessitant des psychotropes, mais également sur l'adéquation diagnostic-traitement.

Devant cette incapacité à définir ces besoins, nous devons nous contenter de constater que la France a le plus gros volume de vente de médicaments psychotropes parmi les pays européens.

En prenant comme référence le nombre de boîtes vendues, le marché des psychotropes a augmenté de 1,01 % par an entre 1990 et 1994. Il faut néanmoins distinguer les antidépresseurs, dont les ventes ont augmenté de 5,63 % par an sur la même période, des autres psychotropes dont le marché a stagné ou diminué.

Les trois-quarts de la consommation totale sont dus au 11 % d'adultes consommateurs réguliers (au moins une fois par semaine depuis plus de 6 mois). Et si la durée des traitements n'est pas connue, on peut considérer que 57 % d'entre eux sont traités depuis plus de cinq ans, et un tiers depuis plus de dix ans.

On peut enfin signaler qu'un hypnotique ou un anxiolytique est prescrit sur 15 % des ordonnances.

Jean-Paul Vincensini



Prévention et soins

Comment et pourquoi a-t-on recours au système de soins psychiatriques ? Y a-t-il un lien entre accès aux soins psychiatriques et catégories socioprofessionnelles ? Après avoir décrit l'importance de la prévention des troubles mentaux, ce chapitre présente les différentes entrées possibles en psychiatrie : consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, urgence, hospitalisation...

La prévention des troubles mentaux des adolescents

La délimitation et la classification des désordres mentaux à l'adolescence sont complexes. Le souci de distinguer ce qui est normal de ce qui est pathologique doit cependant être maintenu. De même, une évaluation diagnostique et pronostique ne peut être évacuée dans une entreprise clinique et thérapeutique, même si cette évaluation amène parfois à se tromper.

La question du normal et du pathologique

L'aspect normal ou pathologique d'une conduite ne dépend :

- ni de l'aspect quantitatif des conflits, « des

crises aiguës, violentes annoncent souvent le développement d'une personnalité riche et sensible » ;

- ni de l'aspect de rupture, « une fugue isolée, de courte durée, sans autre trouble psychopathologique est dénuée de caractère de gravité que seul un milieu environnant particulièrement anxieux peut activer » ;

- ni de l'aspect de dysharmonie, « un attachement hétérosexuel déjà très affirmé peut survenir sur une personnalité encore très mal assurée où la représentation de soi demeure peu cohérente » (D. Widlocher, 1976) ;

- ni enfin de l'aspect de crise, l'originalité juvénile décrite par M. Debesse avec ses corollaires, la rébellion contre le milieu environnant et la recherche d'une affirmation de soi, ne sont pas pathologiques.

Par contre la dimension pathologique peut s'affirmer sur plusieurs éléments :

- la répétition des conduites : une colère, une prise de drogue même « dure », et peut-être même une tentative de suicide ne prennent un aspect franchement pathologique que si elles se répètent. La multiplication des passages à l'acte

signe toujours un processus pathologique débutant dont la dynamique intrapsychique est souvent la tendance de l'adolescent à ne pas reconnaître en lui les conflits et à les déplacer sur un conflit avec l'entourage ;

- le développement de certaines d'entre elles : une conduite, quelle qu'elle soit, peut disparaître ou, au contraire, évoluer et laisser la place à une organisation pathologique interne (état névrotique, *border line* ou même état psychopathique ou psychotique) qui se cristallise et perd tout lien avec la situation réelle du contexte de la conduite initiale.

- enfin les réactions de l'entourage : le glissement d'une conduite vers un état pathologique dépend en grande partie de la capacité de l'entourage familial, social ou scolaire à tolérer cette conduite. Pourtant cette conduite doit le plus souvent être comprise, soit comme un appel à l'aide soit comme un malaise interne de l'adolescent qui par ce biais demande, beaucoup plus qu'on a tendance à le reconnaître, une consultation médicopsychologique. Le refus initial de l'adolescent à ce type de consultation teste souvent la capacité de l'entourage à s'intéresser à son monde intrapsychique.

La question du normal et du pathologique d'une conduite ou d'un ensemble de conduites à l'adolescence nécessite donc une triple démarche :

- étudier la personnalité de l'adolescent,
- évaluer les critères potentiellement pathologiques,
- établir un lien entre cette personnalité et ces critères, d'une part, et le(s) geste(s) de rupture, d'autre part.

Les écueils et les risques d'un diagnostic

Le diagnostic psychiatrique à l'adolescence est à la fois dangereux dans certaines situations et difficile dans beaucoup de cas.

Dangereux par le sens qu'il peut parfois prendre pour toutes les personnes concernées. Pour le patient d'abord, à qui il est proposé un modèle d'identification négative dont il aura parfois bien du mal à se dégager, il s'en dégagera souvent par un déni apparemment total de son épisode psychiatrique, surtout si celui-ci a été grave, accusant alors ses parents ou les psychiatres de l'avoir traité de force. Pour l'entourage, le psychiatre et l'équipe soignante qui ris-

La prévention en psychiatrie libérale

Il est maintenant bien connu que la défaillance psychique d'un parent peut porter gravement préjudice au développement mental de l'enfant ; y remédier rapidement constitue une démarche authentique de prévention primaire fréquente en pratique libérale. Elle est réalisée par le traitement rapide et précoce des pathologies ayant pour conséquence le désinvestissement psychique et affectif de l'enfant, que ce désinvestissement soit massif et brutal comme dans les dépressions, les tentatives de suicide, les décompensations de pathologies mentales etc. ou chronique comme dans un fonctionnement mental perturbé de la mère ou du père. Le traitement des parents préviendra la survenue de pathologies graves chez l'enfant.

Grâce aux progrès récents, des prises en charge ambulatoires sont devenues possibles dans des pathologies sévères ce qui était impensable il y a seulement vingt ans. Le psychiatre libéral, en « accompagnant personnellement » son patient, lui permet d'éviter chronicité et rechutes, de se maintenir dans son milieu de vie, de conserver une estime de soi suffisante, d'entretenir une certaine qualité de vie et de travailler par lui-même à sa restauration psychique éventuelle. Ce travail de restructuration psychique (éprouvant pour le psychiatre) se traduit par une réduction appréciable des manifestations pathologiques, et évite au patient le passage à la chronicité. La prévention tertiaire se limite souvent à orienter et soutenir le patient dans l'utilisation des moyens mis à sa disposition par la société. Elle se caractérise alors par l'obligation pour le sujet d'être l'acteur de sa propre réadaptation ce qui la rend certainement plus difficile mais aussi beaucoup plus solide.

Colette Barreateau et René Vezzoli

Border line ou état limite (border line)
Trouble de la personnalité entre névrose et psychose

queront de perdre leur enthousiasme et leur énergie face à un diagnostic évoquant par exemple une maladie chronique (schizophrénie, psychopathie par exemple).

Difficile en raison du processus même de l'adolescence qui, quelle que soit la pathologie mentale présentée, influence l'expression de cette pathologie. À l'adolescence il est plus fréquent d'observer des organisations mentales instables (comme une confusion d'identité) ou des mutations d'organisation (comme des états pathologiquement bien structurés (comme des psychoses maniaco-dépressives). Une autre dif-

difficulté pour porter un diagnostic à l'adolescence est la labilité expressive du sujet selon qu'il est vu en consultation ou en famille, seul ou en groupe, en psychodrame ou en situation de tests psychologiques. Enfin, une difficulté de diagnostic commune aux autres âges de la vie est le risque d'attribuer à un symptôme, à une structure partielle, le pouvoir de rendre compte de l'ensemble de la personnalité du sujet. Il est par exemple assez fréquent, face à un adolescent qui se drogue, d'être obnubilé par cette conduite et de porter un diagnostic de toxicomanie qui va réduire la saisie, non seulement de l'éventail des conduites du sujet, mais également de ses possibilités variées de fonctionnement psychique. Il peut s'agir par exemple d'un adolescent déprimé ou d'un adolescent qui lutte désespérément contre un envahissement psychotique ou d'un adolescent à la recherche d'une nouvelle identité.

La démarche diagnostique est cependant nécessaire

L'expérience montre que vouloir se passer de toute catégorisation diagnostique comporte deux risques : soit renoncer à toute organisation quelque peu synthétique des données, en se contentant d'attitudes spontanées, ce qui implique de renoncer à tout projet et à toute décision réfléchie mais aussi critiquable ; soit, éventuellement très fréquente, recourir à des catégories qui ne se désignent pas comme telles, non reconnues explicitement, parce qu'elles restent sous forme de notations impressionnistes, de référence à l'expérience antérieure de cliniciens ou de l'institution.

Au contraire, toute démarche diagnostique bien conduite doit permettre, d'une part, de repérer les signes potentiels d'un trouble grave, d'autre part, de choisir des attitudes thérapeutiques adaptées aux difficultés éventuelles.

Un exemple de l'intérêt de cette démarche diagnostique nous est fourni par la tentative de suicide de l'adolescent. Ce geste est fréquemment rencontré parmi les manifestations symptomatiques de l'adolescence. Il a été souvent estimé comme un passage à l'acte, en définitive assez banal et sans lien avec un état psychopathologique franc. Des travaux récents infirment cette position : « je n'ai pas connaissance de tentative de suicide d'adolescent qui ne soit ancrée dans une psychopathologie et, le

F. Ladame, 1981 « plus souvent, une psychopathologie sévère ». Face à toute tentative de suicide, une démarche diagnostique psychopathologique est donc nécessaire. Cette démarche est d'autant plus intéressante qu'elle permet éventuellement de prévenir une récurrence pour laquelle on sait le risque vital plus grand que pour le premier geste suicidaire.

Au total, la prévention des désordres mentaux à l'adolescence, action centrale de l'hygiène mentale de l'adolescence, passe d'abord et avant tout par la prévention des récurrences de tout geste de rupture à cet âge de la vie. Le rôle du psychiatre d'adolescents est ici au premier plan.

Alain Braconnier

Les déterminants socio-économiques de l'entrée du sujet en psychiatrie

La question des déterminants socio-économiques de l'entrée en psychiatrie mérite d'être posée à plus d'un titre alors même que notre système de santé est en principe accessible à tous. Nous aimerions l'étendre à celles des déterminants socio-économiques des soins en psychiatrie, en particulier aux modalités de soins proposées suivant les catégories sociales voire le suivi des personnes après leur entrée dans le système de soins.

L'entrée en psychiatrie peut signifier l'entrée du sujet dans le système de soins pour un problème de psychiatrie ou, dans une définition plus restrictive, celle de l'entrée du sujet dans le système de soins spécialisé en psychiatrie, qui est quantitativement beaucoup moins fréquente. Aussi, dans une optique de santé publique, nous choisirons la définition la plus large.

Dans la très grande majorité des cas l'entrée du sujet en soin se fait sur sa demande. Cependant la demande de soins en psychiatrie est l'aboutissement complexe dans lequel interviennent de nombreuses variables personnelles et sociologiques et souvent d'autres soignants qui œuvrent en amont.

Entrée en soins psychiatriques : la voie du généraliste

Le médecin généraliste, de par sa position dans le dispositif sanitaire, est nécessairement un point de passage fréquent vers une prise en charge psychiatrique. La littérature sur sa place dans les filières de soins psychiatriques est pourtant étonnamment pauvre. Cet article n'est que le témoignage personnel d'un généraliste de quartier confronté au soin et à l'accompagnement dans la maladie mentale. À l'issue de cette pratique, quatre questions doivent être posées.

La formation clinique

La formation initiale des généralistes en psychiatrie est très faible. Il en résulte des erreurs dans l'orientation psychothérapeutique : prises en charge médiocres, par le médecin généraliste seul, de patients nécessitant en fait un accueil institutionnel, ou au contraire orientations trop « lourdes » de patients dont la psychiatrisation peut être une forme de chronicisation.

La faiblesse de sa formation initiale en psychiatrie prédispose le généraliste à des difficultés diagnostiques, pouvant aboutir à des erreurs médicamenteuses pour les patients gérés par le médecin

généraliste seul : surprescriptions de tranquillisants, mauvaise utilisation des antidépresseurs, méconnaissance des traitements thymorégulateurs (lithium, carbamazépine...), craintes devant l'utilisation des neuroleptiques.

La coordination avec le secteur psychiatrique

L'immense majorité des généralistes français éprouve à l'égard des secteurs psychiatriques, au mieux une simple indifférence, au pire une franche hostilité. L'existence et les modalités de fonctionnement des équipes de secteur restent très mal connues des généralistes. Il faut dire à leur décharge que lesdites équipes fonctionnent dans une large autarcie, allant parfois jusqu'à exclure le médecin traitant de sa relation au patient.

La gestion des urgences

Le médecin généraliste, soignant de premier recours qui ne rechigne pas à se rendre au domicile, est confronté à des situations d'urgence parfois très difficiles à gérer, où ses seuls interlocuteurs fiables restent la police et les pompiers. Sauf situations encore exceptionnelles sur le territoire français (centres de crise, Smur

psychiatriques) il est matériellement impossible d'obtenir l'intervention d'un psychiatre privé ou public en urgence, en particulier au domicile.

Les dépendances

Le dispositif sanitaire spécialisé, qu'il soit libéral ou public, reste inadapté à l'accueil des alcoolodépendants, et plus encore des usagers de drogues. La création de réseaux Ville-Hôpital Toxicomanie peut modifier profondément l'ensemble de la coordination des soins psychiatriques en France. Malheureusement, les acteurs les plus mobilisés dans la construction de ces structures restent encore les généralistes et les intervenants en toxicomanie. Leur succès réel ne sera possible que lorsqu'elles associeront également les psychiatres libéraux et les structures de secteur, pour un accompagnement coordonné des sujets dépendants, non seulement dans la voie accidentée de la substitution et du sevrage, mais aussi dans une prise en charge psychologique plus vaste, articulée avec le soin des graves affections somatiques qui touchent ces patients.

Jean-Pierre Aubert

Cette demande de soin implique tout d'abord de la part du sujet la prise de conscience d'une souffrance exagérée qui serait reconnue par lui-même comme un problème de santé et désignée par exemple comme nervosité ou dépression. Or, par exemple dans le cas d'un des problèmes de psychiatrie les plus fréquents, celui de la dépression sévère qui touche presque une personne sur cinq au cours de sa vie et à tout moment 6 % de la population, les relations entre la dépression, telle que décrite dans les principales classifications admises par le corps mé-

dical et la dépression, telle que perçue par les sujets, sont très variables en particulier suivant les catégories sociales.

Enquête conditions de vie des défavorisés Insee 1986-1987

Ainsi lors d'une enquête auprès de personnes vivant dans des conditions sociales difficiles seul un quart des personnes considérées comme déprimées suivant les critères d'un épisode dépressif majeur DSMIII se déclaraient déprimées à une question directe sur cet état. La plupart des troubles ressentis : perte d'appétit, du sommeil, d'envie de vivre, culpabilité excessive n'étaient pas vécus comme des signes

de dépression. Cette « sous-estimation » de la dépression varie d'une classe sociale à l'autre. Dans une population de mutualistes de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) la relation s'inverse : on trouve plus de personnes se déclarant déprimées que de personnes présentant les signes cliniques reconnus de cet état.

On doit ensuite prendre en compte l'attitude par rapport au système de soins. Pour formuler une demande de soin, il ne suffit pas au sujet de concevoir qu'il a un problème, il lui faut également admettre que ce problème peut se soigner. Or nombreuses sont les personnes qui

pensent que les troubles de santé mentale sont incurables ou encore, à l'opposé, qu'ils s'amélioreront d'eux-mêmes avec le temps. Si la possibilité d'une amélioration apportée par des soins est acquise, et envisagée par le demandeur, celui-ci devra ensuite décider s'il s'adresse à un médecin généraliste, un psychologue ou, plus rarement, à un psychiatre.

La consultation faite auprès du médecin généraliste peut aboutir à un diagnostic psychiatrique et le généraliste peut, s'il le juge utile, décider d'adresser ce patient au système de soin spécialisé, public ou privé. Parfois, cette même consultation ne donne pas lieu à la reconnais-

Bilan de la loi du 27 juin 1990

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation prévoyait une évaluation du texte dans les cinq années suivant sa promulgation.

L'évaluation a été mise en place par une circulaire de la direction générale de la Santé en date du 8 février 1995, qui prévoyait :

- le recueil au niveau régional des observations de tous les acteurs intervenant dans l'application de ce texte.
- la mise en place par le ministère d'un groupe de travail chargé de réfléchir sur les problèmes posés par l'application de la loi à partir des bilans d'activités des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques et des évaluations régionales.

Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ont fait un certain nombre de remarques qui s'articulent autour de 3 thèmes principaux :

- Le rôle de la commission départementale des hospitalisations psy-

chiatriques est à mieux définir dans les textes.

- les conditions d'hospitalisation et l'information des patients.
- L'application de la loi.

Le groupe de travail national

Ce groupe, présidé par Mme Hélène Strohl, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), est composé de professionnels, de représentants de malade et de leur famille et de représentants des ministères concernés (Santé, Justice et Intérieur).

Chacun des acteurs doit pouvoir faire valoir son point de vue et chaque organisation représentative qui le souhaite peut être reçue par le groupe de travail qui se réunira jusqu'en octobre 1996.

Une demande de collaboration a été faite en direction du Comité consultatif national d'éthique pour éclairer les réflexions du groupe qui doit travailler sur les thèmes du consentement aux soins en psychiatrie, de l'information des patients, et rechercher des modalités de dispositif de soins permettant à

la personne d'être soignée en dehors de l'hôpital.

Le groupe se réunit chaque mois depuis octobre 1995 jusqu'à la fin 1996 et a commencé à réfléchir sur des modifications du texte de loi actuel, notamment :

- l'utilité du deuxième certificat médical pour l'admission en hospitalisation à la demande d'un tiers ;
- les formes que doivent revêtir l'information à la personne et les modalités de notification ;
- l'établissement d'une période d'observation avant la prise de décision d'hospitalisation sans consentement ;
- la possibilité d'une seule forme d'hospitalisation sans consentement sous la responsabilité d'une autorité administrative ;
- la nécessité de définir un tiers pouvant défendre les intérêts du patient ;
- la nécessité de définir des protocoles de soins pour le recours à l'enfermement ;
- la possibilité de poursuivre des soins sans consentement hors de l'hôpital.

Martine Clemente

sance du diagnostic psychiatrique par le médecin généraliste. Cette reconnaissance dépend, en effet, elle aussi de nombreux facteurs tels que le style d'entretien (directif, centré sur les symptômes physiques), l'intérêt éprouvé par le praticien pour le domaine de la psychiatrie, sa formation, la présentation du patient et sa propre réticence à aborder ses problèmes de santé mentale. À tous ces stades, les déterminants sociaux sont présents en particulier dans la façon dont le patient présente ses plaintes et dans la perception qu'en a le médecin.

Des déterminants sociaux importants pour l'entrée en psychiatrie

Ceci sans aborder les problèmes d'accessibilité plus ou moins difficiles aux soins : présence ou éloignement des spécialistes, listes d'attente parfois assez longue voire perte des droits à la protection sociale.

Dans une enquête de santé mentale faite dans la population de l'Île-de-France on constatait que, si le pourcentage des personnes prises en charge pour une dépression sévère était d'environ 75 %, des différences très importantes étaient trouvées entre Paris et la banlieue quant à l'identité de l'intervenant : à Paris le tiers des personnes déprimées étaient prises en charge par les psychiatres tandis que ce pourcentage n'est que de 15 % en banlieue où 65 % des patients sont suivis par des médecins généralistes. Cette différence peut être interprétée à la fois comme une conséquence de l'offre, puisque le nombre de psychiatres est beaucoup plus élevé à Paris qu'en banlieue, et comme une conséquence de déterminants sociaux, puisque la composition socio-démographique de Paris est différente de celle de la banlieue.

Cet effet s'accroît quand on compare l'accès aux soins en cas de dépression sévère d'une population défavorisée comme celle des allocataires du RMI. Ainsi dans cette même enquête, 54 % des RMIstes vivant à Paris recevaient des soins médicaux comparés aux 75 % des parisiens. Cette différence témoigne d'une sorte d'accumulation des barrières d'accès aux soins que nous venons de décrire.

On voit aussi combien les déterminants socio-économiques influencent la prise en charge des problèmes qui atteignent le plus fréquemment les personnes, à savoir les problèmes dépressifs.

Adhérents MGEN de la région parisienne et secteurs de psychiatrie publique desservis par cet organisme

Qu'en est-il des problèmes plus rares tels que les psychoses délirantes chroniques comme la schizophrénie ? De nombreuses études semblent établir que les types de soins ne sont pas les mêmes suivant les catégories sociales : les personnes des milieux défavorisés étant par exemple plus souvent hospitalisées que celles des milieux favorisés ; ces dernières étant plutôt traitées en ambulatoire pour certaines pathologies.

Une étude récente faite sur une population relativement hétérogène montre qu'effectivement il existe une tendance à hospitaliser plus fréquemment les personnes des catégories les plus défavorisées (ouvriers et personnels de service) que celles des catégories de type cadres supérieurs ou professions libérales. Cette relation globale ne concerne pas les patients souffrant de schizophrénies ou de psychoses délirantes chroniques mais plutôt les patients souffrant de dépressions psychotiques ou névrotiques. On remarque qu'en ce qui concerne les hospitalisations pour dépression névrotique ce sont les cadres, les ouvriers et personnels de service qui sont les plus fréquemment hospitalisés tandis que ce sont les enseignants qui le sont les moins fréquemment. Cette constatation est d'autant plus intéressante, que dans l'étude de population francilienne, c'étaient les femmes des catégories dites intermédiaires qui recevaient proportionnellement le plus d'antidépresseurs en cas de dépression et que c'étaient les cadres et les ouvriers qui en recevaient le moins.

Par conséquent si les déterminants sociaux sont d'une grande importance dans l'entrée en psychiatrie, on voit que les relations entre classes sociales et entrée en soin sont complexes et peuvent varier suivant les problématiques.

Il reste encore à évoquer le problème particulier des personnes vivant la grande pauvreté comme les sans abri pour lesquels le système de soin de la psychiatrie publique semble dysfonctionner, puisqu'une grande partie de ceux qui ont des problèmes psychiatriques ont été en contact avec ce système mais ont interrompu leur prise en charge.

On ne peut que conclure ce trop bref survol sur l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux dans l'organisation des soins en psychiatrie.

Viviane Kovess

Les urgences psychiatriques : une difficile organisation

On ne peut séparer la situation des urgences psychiatriques en France, ni son évolution, de son contexte plus large : l'environnement sanitaire et les urgences en général d'une part, les idées et les pratiques en psychiatrie d'autre part.

En ce qui concerne l'environnement sanitaire, force est de constater que, en dehors du domaine de l'enfance, la politique sanitaire française a peu privilégié la prévention, et donc les urgences, qui en sont l'un des moyens potentiels.

À l'exception de la mise en place des Samu, la grande misère organisationnelle technique, matérielle, conceptuelle dans le domaine des urgences a été dénoncée dans maints rapports. La prise en charge de l'urgence psychiatrique, bien qu'elle représente 20 % des urgences totales, ne fait donc que refléter les faiblesses et les incohérences du dispositif sanitaire français.

D'autre part, en psychiatrie l'évolution des idées et des pratiques sur ce sujet est lente. Pour l'essentiel, le dispositif sectoriel français est orienté vers la prise en charge des patients psychotiques au long cours, à propos de laquelle les concepts, le tempo, la mise en œuvre, sont à l'opposé de ce qui est nécessaire dans le cadre de l'urgence. Il existe en psychiatrie deux textes mais qui n'ont jamais été appliqués.

► Rapports Steg et Barrier notamment

► Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale et circulaire du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences psychiatriques

Des concepts opposés

La situation actuelle est donc marquée par une hétérogénéité très grande des réponses. Elles vont de l'absence totale (30 % du territoire) à des solutions singulières, suivant qu'elles émanent des hôpitaux généraux : il peut s'agir d'une réponse ponctuelle et limitée à la demande, dans une optique de régulation quantitative et qualitative des flux perturbateurs, privilégiant le tri, l'orientation et une thérapeutique brève, à une activité individualisée au sein d'un service d'urgence autonome, comportant des lits-porte spécialisés en lien ou non avec le secteur psychiatrique. Ces réponses peuvent aussi émaner du secteur hospitalier spé-

cialisé lui-même dont le fonctionnement 24 heures sur 24 est assimilé à un service d'urgence, au centre médico-psychologique en semi-programmé pendant les heures ouvrables pour les patients connus, aux centres de crise, qui privilégient plutôt l'accueil que l'urgence, en passant par certaines expériences ponctuelles (équipe rapide d'intervention de crise de l'hôpital Charcot (Éric), Poitiers etc.). Dans la majorité des cas, ces réponses, d'où qu'elles viennent, sont peu intégrées au dispositif ambulatoire des Samu et des généralistes.

La situation actuelle est en train d'évoluer sous l'influence de plusieurs paramètres :

- il existe un intérêt croissant pour la psychiatrie des urgences ou en situation de crise, de catastrophe ou de victimes. Des associations comme l'Association francophone des études et de la recherche sur les urgences psychiatriques (Aferup) en sont un vivant témoignage ;
- les différents rapports (cf. *supra*) ont, semble-t-il, amené les pouvoirs publics à annoncer et concrétiser la mise en place, au niveau national, du début d'une véritable organisation hiérarchisée des urgences générales, au sein de laquelle la prise en charge des urgences psychiatriques est reconnue et affirmée comme un élément indispensable.

S'il est encore trop tôt pour apprécier si la politique des services d'accueil et d'urgences et des antennes d'accueil et de coordination des urgences (Anacor) s'appliquera, tant les moyens nécessaires sont importants, les responsables des hôpitaux généraux sont maintenant convaincus que l'excellence de leur plateau technique passe par l'existence d'une réponse spécialisée en matière d'urgence psychiatrique en leur sein. Ils sont donc demandeurs auprès des secteurs psychiatriques, des CHS, d'un rapprochement opérationnel. Celui-ci, même s'il pose de nombreux problèmes idéologiques, juridiques, pratiques, apparaît comme inéluctable dans les années qui viennent.

Serge Kannas

Les représentations sociales en psychiatrie

Un déficit d'information

Bien que constituant une des premières causes d'hospitalisation et de consultation en France (20 % en moyenne des urgences de l'hôpital général), la psychiatrie est une discipline peu connue, qui fait peur irrationnellement et qui souffre d'un déficit majeur de communication.

Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène ancien et qui plonge au plus profond de notre société :

- La représentation sociale des maladies mentales repose encore largement sur la folie et la dangerosité.
- La discipline est complexe et utilise une lexicographie d'autant plus inaccessible au grand public que les professionnels eux-mêmes, en fonction de leur école, ne font pas consensus sur de nombreuses définitions.
- Enfin, la maladie mentale elle-même s'exprime le plus souvent par la rupture avec la réalité et le lien social.

L'image particulièrement négative de cette discipline est gravement pénalisante pour les prises en charge :

- l'accès aux soins s'en trouve entravé, ce qui aggrave la difficulté de traitement ;
- les politiques alternatives à l'hospitalisation sont souvent délicates à mener, notamment en matière de recherche de structures extra-hospitalières, car rejetées par la cité, le voisinage etc ;
- la réinsertion (sociale, familiale, professionnelle) est considérablement freinée compte tenu de l'image négative que conserve tout malade mental.

C'est à partir de ces bases objectives que les quatre hôpitaux spécialisés du département de Paris

(Esquirol, Maison-Blanche, Perray-Vaucluse, Sainte-Anne) ont décidé de se réunir dans un syndicat interhospitalier de communication externe : le Psycom 75 dont l'objectif est de « mieux informer de la réalité des maladies mentales, de mieux faire connaître l'organisation des soins pour qu'elle puisse être mieux vécue et acceptée ».

Afin de définir une stratégie de communication appropriée, il a tout d'abord été décidé d'effectuer une étude, la première du genre (1992), confiée à une société spécialisée qui a concerné plus de 1 000 personnes selon un échantillonnage statistiquement éprouvé*.

Un secteur mal connu

On y découvre, entre autres, que pour plus d'un médecin généraliste sur deux le manque d'information conduit à ne pas orienter vers les structures psychiatriques publiques. 75 % des médecins pensent qu'hospitaliser en psychiatrie est synonyme d'impossibilité de continuer à suivre le patient. Qu'il s'agisse des médecins généralistes ou des assistantes sociales, l'ensemble s'accorde à dire que le poids de la maladie mentale dans leur pratique est important (60 à 75 %) et qu'il va en s'alourdisant. Seul 25 % des médecins connaissent à peu près le dispositif de soins existant à proximité de leur cabinet. Plus inquiétant peut être, la majorité des médecins généralistes déclarent que les « ponts sont coupés » entre leur pratique et celle de l'institution publique.

Si ce constat est particulièrement inquiétant, il existe toutefois des voies de progrès. Les associations de familles, les assistantes sociales de ville montrent une extraordi-

naire motivation à vouloir travailler différemment avec l'institution, pour peu qu'elle les informe mieux et les associe. 15 à 20 % des médecins généralistes apparaissent également comme des partenaires efficaces et prêts à s'engager davantage dans le travail de secteur. Il apparaît de façon lancinante, combien le manque d'information est cruellement ressenti dans un système jugé complexe et trop replié sur lui-même.

Une autre étude réalisée par le Psycom 75 auprès des professionnels hospitaliers montre que l'image des maladies mentales n'est pas très différente chez eux de celle qu'en a l'opinion publique. Plus grave certainement encore, une récente enquête conduite par un cadre soignant (M. Marc Livet) pointe que plus de 70 % des personnels infirmiers déclarent qu'ils n'hospitaliseraient pas quelqu'un de leur famille dans leur propre établissement. L'institution, ses professionnels, doivent donc également évoluer.

Devant ce constat, plusieurs actions d'information et de communication ont été mises en œuvre : édition d'un guide de la psychiatrie publique à Paris, mise en place d'un service minitel, enfin un journal trimestriel est édité à l'intention des médecins généralistes, des assistantes sociales et des mairies d'arrondissement pour donner les informations utiles sur le fonctionnement du dispositif de santé parisien et les évolutions thérapeutiques.

Joël Martinez

* L'ensemble des résultats de l'enquête peuvent être consultés en contactant le service Communication-Documentation du PsyCom 75 au 43 96 60 37



L'offre des structures et des soignants

Les services de psychiatrie publics sont organisés en secteurs, entités sanitaires qui couvrent les besoins d'une population déterminée sur une aire géographique délimitée. Des secteurs distincts existent pour l'accueil des enfants de moins de seize ans et des adultes. Parallèlement, l'activité de la psychiatrie libérale est en constante progression.

Né sous l'impulsion de quelques-uns, repris par l'ensemble des psychiatres d'exercice public, le secteur de psychiatrie figure, aujourd'hui encore, comme un modèle thérapeutique original. Il a été mis en place dans le courant des années soixante-dix dans l'esprit de la politique de secteur telle qu'elle fut définie par la circulaire du 15 mars 1960.

La politique dite de secteur s'appuie sur quatre principes inscrits explicitement dans la circulaire du 15 mars 1960 : traiter à un stade aussi précoce que possible, assurer un suivi évitant les rechutes, séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu, accueillir tous les malades d'une région donnée. Le secteur, conformément à la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, doit :

- garantir l'égal accès de tous aux soins qu'il dispense ;
- être ouvert à toutes les personnes dont l'état nécessite ses services, ce qui n'est pas incompatible avec le libre choix ;
- assurer une permanence d'accueil ;
- dispenser des soins préventifs ou curatifs.

L'organisation des secteurs de psychiatrie est distincte selon l'âge des personnes qui y ont recours. L'enfant et l'adolescent de moins de seize ans sont accueillis dans le cadre des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile alors que les adultes sont pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale.

Textes de référence

- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
- Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.
- Circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

Le secteur pour quoi faire ?

Le secteur n'est plus aujourd'hui que l'arbre qui cache la forêt de la nécessaire rénovation de notre politique de santé mentale. Les blocages actuels de cette politique portent sur des points de fond qui transcendent la notion de secteur. Notre référence rituelle à la politique de secteur n'est qu'un moyen d'éviter toutes ces questions fondamentales. Les logiques d'équipement, de bunker ou de fief viennent occulter les objectifs de santé publique.

Certes, depuis 1970 de nombreux progrès se sont fait jour : proximité, responsabilité, continuité des équipes soignantes et de leurs actions. En 1950, 200 lits d'hospitalisation par secteur, en 1990 : 80. En 1970, 240 jours de durée moyenne d'hospitalisation ; 65 jours en 1990...

Mais ce sont d'autres paramètres qui ont le plus influencé nos pratiques et nos résultats.

- Les mouvements anti-psychiatriques du début des années soixante-dix mettant l'accent sur le risque et le discrédit de solutions majoritairement institutionnalisantes.
- La loi de 1970 portant réforme hospitalière, puissant facteur de rénovation de l'appareil hospitalier psychiatrique.
- La loi de 1975 sur les handicapés, allouant des ressources stables à de nombreux malades et transformant leur trajectoire.
- La création d'un corps de médecins des hôpitaux, accélérant la croissance démographique médicale hospitalière. Quels sont donc aujourd'hui les principaux blocages au développement des objectifs de santé mentale ?

L'évolution des populations cible

L'activité de l'appareil psychiatrique reste centrée sur la prise en charge des psychotiques.

L'urbanisation, la perte du lien social et familial et la crise économique font émerger des patients en crise nécessitant des hospitalisations courtes, in-

tenses et répétitives qui ne sont souvent accessibles que par les urgences.

Il en est de même pour l'incidence psychiatrique du sida, de l'exclusion sociale et de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux... Allons-nous éviter cette prise en charge, comme nous l'avons fait pour la toxicomanie ?

Insuffisance de notre politique de prévention

La responsable en est la « bunkerisation » de l'appareil psychiatrique — y compris dans sa partie extrahospitalière. Cet appareil apparaît comme opaque, peu accessible et disponible aux familles, aux hôpitaux généraux, aux urgences, aux réseaux de généralistes... Pourquoi des partenariats spécifiques avec les familles ne se développent-ils pas comme les relations avec les appareils communaux et sociaux ?

La quasi-inexistence de la réinsertion et de la réhabilitation

Le modèle médical et individuel de la maladie mentale refoule la réinsertion hors du champ sanitaire.

Il s'agit d'une activité « sociale » : la différence des sources de financement aggrave la situation. La France est un des pays développés où la réinsertion est la moins professionnalisée.

Le surdimensionnement de l'appareil hospitalier

Malgré les fermetures et les reconversions, deux tiers des secteurs consacrent aujourd'hui les trois quarts de leurs moyens à l'appareil hospitalier et les ratios de lits varient de 1 à 12 sur le territoire national. De nombreux pays développés en sont — sans fanfare — à des taux d'hospitalisation, à population égale, deux à trois fois inférieurs à la moyenne française.

C'est une question centrale pour la politique de santé mentale, pour les pratiques, pour les coûts, pour les incidences sociopolitiques. Or les pou-

voirs publics ont parfois contribué à freiner les ardeurs modernistes !

L'enseignement, la formation, la recherche

Après l'espoir né en 1970 d'une fertilisation mutuelle des universités et des pratiques hospitalières par la participation des psychiatres des hôpitaux, un grand renfermement s'est produit. Le modèle d'enseignement et de formation est aujourd'hui exclusivement biologique au détriment du psychothérapeutique. La recherche clinique est le reflet de ce modèle.

Les inégalités de répartition des moyens entre secteurs

Les secteurs qui sont « partis » vite en 1970, ont vu leurs moyens augmentés de façon importante et durable ; les circulaires financières, dix ans plus tard, ont refroidi l'ardeur des retardataires. Les inégalités se sont amplifiées d'un secteur à l'autre. Certaines portions de territoire national sont hors de prise en charge. La correction ne peut venir que de politiques régionales ou interrégionales et de solidarités multi-sectorielles.

Le secteur comme moyen

Il ne s'agit pas de jeter le bébé du secteur avec l'eau du bain de ses imperfections.

Les trente dernières années ont représenté un réel progrès. Nous n'oublions pas l'espoir et le souci de participer et de contribuer à une évolution constante.

Les trente glorieuses du secteur se terminent. La question essentielle devient « le secteur pour quoi faire ? ». Ma réponse est que les patients et leurs familles doivent rester le centre de nos réseaux de soins. Le secteur reste donc une réponse possible, parmi d'autres. Le secteur est un moyen, non une fin.

Serge Kannas

Psychiatrie générale

Les

Le terme de « secteur de psychiatrie générale » est préférable à celui de « secteur de psychiatrie adulte » afin d'insister sur la nécessité d'un exercice qui embrasse de façon coordonnée tous les besoins d'une population âgée de plus de seize ans et sur l'intérêt du maintien de l'unité de la discipline.

À partir d'un plateau technique associant structures intra et extrahospitalières, l'hospitalisation n'est qu'un temps du traitement, la continuité des soins étant assurée par une même équipe médico-sociale sous la responsabilité d'un médecin-chef devenu chef de secteur. On peut parler de révolution psychiatrique car la notion d'hospitalocentrisme est radicalement remise en cause. La circulaire du 15 mars 1960 appelle secteur une aire géographique délimitée correspondant, selon les normes de l'époque, à 67 000 habitants, chaque secteur devant être doté des moyens extrahospitaliers indispensables.

Était visée une situation hospitalière marquée par des services pléthoriques sous-équipés et réservés aux malades d'un seul sexe. La reconversion architecturale, hôtelière et thérapeutique (développement et primauté de l'extrahospitalier et des soins en réseau) se trouvait ainsi impliquée. L'offre des équipes pluridisciplinaires de secteur vis-à-vis de la communauté peut être décrite selon deux axes que nous emprunterons successivement : celui des institutions du secteur, celui des partenaires habituels.

Les institutions du secteur

Tout en reconnaissant un aspect schématique voire réducteur, étant donné la multiplicité des expériences, il peut paraître utile d'énumérer les équipements définis par l'arrêté du 14 mars 1986. Les centres médico-psychologiques doivent s'imposer comme la

véritable plaque tournante du dispositif sectoriel. Lieu privilégié pour recevoir les signalements, consulter, propice aux déplacements rapides, proche de la population concernée, il peut par une organisation harmonieuse réunir une équipe diversifiée dans ses compétences.

Les centres d'accueil ouverts 24 heures sur 24, habilités à répondre à l'urgence, disposent d'une permanence téléphonique reliée aux organismes d'aide médicale urgente et organisent l'accueil, l'orientation et les soins ambulatoires et à domicile. Ils peuvent comporter des lits pour les prises en charge inférieures à 48 heures. La présence croissante d'équipes psychiatriques de secteur au sein des services d'urgence médicale sera probablement amenée à faire repenser le rôle de ces unités.

Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel visent à maintenir ou favoriser une existence autonome. Citons les hôpitaux de jour, les ateliers thérapeu-

tiques, l'hospitalisation à domicile...

Les équipements comportant hébergement :

- les unités d'hospitalisation à temps complet ;
- les centres de crise disposant de quelques lits permettant des soins intensifs et brefs, en réponse aux situations d'urgence de détresses aiguës ;
- les appartements thérapeutiques ;
- les centres de post-cure, lieux de réadaptation ;
- les services de placement familial thérapeutiques.

Les partenaires de l'équipe de secteur

Le secteur permet un travail spécifique relationnel en réseau avec des interlocuteurs naturels et nombreux. Outre la facilité qu'ils connaissent d'alerter l'équipe médico-sociale de secteur en fonction des problèmes qu'ils rencontrent, ces derniers participent à la réinsertion. À ce niveau, prévention, traitement et continuité des soins sont difficilement dissociables.

Service public au service du public, le secteur doit être en osmose avec la communauté qu'il dessert. Les pratiques diffèrent nécessairement selon les données socio-économiques et culturelles locales.

Nous ne pouvons ici que citer les principaux interlocuteurs, qu'ils soient médicaux — médecins généralistes, secteur de psychiatrie infanto-juvénile, psychiatres libéraux, autres spécialistes consultants ou hospitaliers (dans le cadre de la psychiatrie de liaison et des urgences) — ou non médicaux — services sociaux, collectivités (foyers, maisons de retraite...) —, circuits d'aide (ANPE, Cotorep...) et bien évidemment élus, tribunaux, police, associations de famille et de malades...

Gérard Massé

Qu'en est-il aujourd'hui ?

On observe, depuis quelques années, une baisse régulière de l'hospitalisation complète, en nombre et en durée moyenne de séjour (hospitalisations en grande majorité en service libre).

Les quatre cinquièmes des patients, vus au moins une fois dans l'année, ont bénéficié de prises en charge ambulatoires dont plus de 20 % de visites à domicile. La pluralité des lieux d'intervention se développe (notamment les institutions substitutives au

domicile) mais en nombre insuffisant. 30 % des secteurs ont 100 lits et plus (et 10 % ont 150 lits et plus). Une enquête réalisée en 1991 a montré que sur environ 59 000 présents plus de 28 000 l'étaient depuis plus d'un an.

Tous les secteurs disposaient en 1991 d'au moins un centre médico-psychologique (dans 90 % des cas ouvert au moins 5 jours), près de 80 % utilisaient des hôpitaux de jour. 50 % un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Alors que les structures de soins ambulatoires sont situées de plus en plus souvent hors de l'hôpital, environ 30 % des secteurs sont rattachés à des hôpitaux généraux.

Une évolution constante des pratiques nécessite de développer des approches nouvelles (pour faciliter la perception de certains problèmes de santé mentale jusque-là méconnus ou nouveaux) et de modalités particulières d'organisation notamment intersectorielles.

secteurs

Psychiatrie infanto-juvénile

Les objectifs de la politique de secteur sont autant préventifs que thérapeutiques. La préoccupation de maintenir l'enfant dans son milieu familial et scolaire chaque fois que cela est possible du point de vue médical et social constitue une orientation de travail fondamentale. Il en est de même pour l'importance accordée au travail avec les parents. Il s'agit d'organiser le travail des professionnels dans un registre de continuité : dans le domaine des soins pour un patient donné, et plus largement par la recherche d'une action cohérente dans un secteur donné au plan des soins mais aussi de la réadaptation et de la prévention ; c'est dire toute l'importance du travail partenarial et de la dimension de réseau.

C'est en ce sens que le secteur psychiatrique se définit par l'action d'une équipe dans une aire géographique donnée : un secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspondant en moyenne à trois secteurs de psychiatrie générale c'est-à-dire à 210 000 habitants. Cette inscription géodémographique du service public de psychiatrie n'étant pas incompatible avec la notion de libre choix des services par les familles.

Les institutions du secteur

Dans une présentation schématique il faut distinguer les centres médico-psychologiques, les unités de soins à temps partiel et l'accueil à temps complet.

Les centres médico-psychologiques (CMP)

Ce sont les éléments de base du dispositif. Ils ont une double fonction d'accueil et de soins, mais aussi de coordination et d'élaboration au sein de l'équipe et avec les partenaires extérieurs. Il est évidemment souhaitable qu'ils existent en nombre suffisant (CMP ou antennes), qu'ils soient accessibles également grâce à des horaires d'ouverture suffisamment amples, et que plus généralement s'y organise une disponibilité suffisante vis-à-vis des patients, des familles et des partenaires.

Unités de soins à temps partiel

C'est bien entendu l'hôpital de jour qui accueille des enfants souffrant de troubles graves de la personnalité, le plus souvent à temps complet, avec cependant un souci d'insertion sociale maximum pour les enfants accueillis. Ce sont aussi les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) qui se développent depuis une quinzaine d'années selon des formules très diverses (soins intensifs du soir, clubs thérapeutiques du mercredi, soins séquentiels dans la semaine...) s'efforçant de maintenir au maximum l'inscription sociale (scolaire en particulier) des patients. Ces CATTP s'adressent souvent à de très jeunes enfants mais ils peuvent concerner également des enfants plus grands ou des adolescents.

L'accueil à temps complet

Il peut revêtir des formes diverses :

- l'hospitalisation en service de

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile aujourd'hui

On peut souligner la mise en place d'offres de soins de plus en plus nombreuses en direction des très jeunes enfants et des adolescents, et l'amorce de réalisations communes à plusieurs secteurs (accueil en urgence, accueil familial thérapeutique...). Suivent quelques chiffres pour contri-

buer à dresser l'état des lieux des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (référence 1991) :

- il existe 301 services sectorisés de pédopsychiatrie dont 38 % sont rattachés à un hôpital général ;
- 250 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans sont suivis chaque année (la file active a augmenté de 20 % en 5 ans) ;
- 90 % des soins ont lieu en ambulatoire (CMP) ;
- l'hôpital de jour concerne 5 % de la file active et l'hospitalisation à temps complet 3 %.

psychiatrie : à temps complet certes mais aussi de façon séquentielle (hospitalisation de semaine, de fin de semaine) ; pour des cures de longue durée mais aussi pour des séjours brefs (unités d'urgence, centres de crise...)

- soins pédopsychiatriques dans le cadre d'une hospitalisation en pédiatrie ;
- accueil familial thérapeutique, etc.

Les partenaires de l'équipe de secteur

Qu'il s'agisse d'actions de soins ou de prévention, l'équipe de secteur est en situation de collaboration avec de très nombreux professionnels. Dans le cadre de cette courte présentation nous nous bornerons à citer les principaux partenaires avec lesquels

se constitue notre réseau : le milieu scolaire (réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, commission de circonscription préélémentaire, commission départementale d'éducation spécialisée, etc.), les circonscriptions d'action sociale (service social, aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile), les structures municipales de la petite enfance, les services de justice (juges pour enfants, associations mandatées...), l'hôpital général, les médecins libéraux, les centres médico-psychopédagogiques, les centres d'action médicosociale précoce, les institutions médico-pédagogiques et professionnelles.

Gérard Bourcier

Le management des établissements psychiatriques

Ya-t-il une spécificité de management des établissements psychiatriques ? *A priori*, les hôpitaux recevant des malades mentaux sont soumis à la même législation que les hôpitaux généraux, sont dirigés par les mêmes responsables et répondent aux mêmes règles administratives et comptables que les autres établissements. L'hospitalisation sous contrainte d'un nombre important de malades et la place des incapables majeurs dans la population prise en charge constituent bien des particularités propres à la psychiatrie mais ne modifient pas la nature même du management de ces établissements.

Par contre, l'application de la politique de secteur, qui associe prévention, soins ambulatoires, hospitalisation et post-cure, actions réalisées par des équipes médico-sociales intervenant à la fois dans l'hôpital et dans la communauté, fait du management des établissements publics de psychiatrie un mode de gestion original dans le paysage hospitalier français. Il convient dès lors de parler de gestion des services de santé, et non plus de gestion hospitalière.

La réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique intervenue en 1985 (loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985) a concrétisé, au niveau du management, les profondes modifications intervenues à partir de 1960 dans le fonctionnement des services de soins aux malades mentaux.

De l'hôpital aux services de santé

C'est notamment le cas de l'unification du financement qui permet à un établissement de répartir librement les moyens financiers et humains entre l'hôpital — il conviendrait de dire l'hospitalisation — et les activités communautaires. Concrètement, le gestionnaire de l'établissement et le psychiatre chef d'un secteur de psychiatrie ne sont plus soumis à des contraintes juridiques ou financières qui imposeraient une répartition ou un pourcentage déterminé

d'activité, et donc de moyens, à l'hospitalisation. Au contraire, l'administration et le corps médical ont la possibilité de privilégier une prise en charge communautaire, de créer des petites structures d'hospitalisation en dehors des grands hôpitaux psychiatriques traditionnels, de préférence dans les hôpitaux généraux, et de développer les activités communautaires, en réduisant corrélativement les activités, et donc les moyens financiers et humains, à l'intérieur de l'hôpital.

Cette politique de santé communautaire, privilégiant les actions précoces, la prévention, les soins primaires et la prise en charge ambulatoire, implique un recentrage de l'hospitalisation sur sa vocation thérapeutique, et une meilleure insertion sociale des malades mentaux. Ce recentrage est également nécessaire car la psychiatrie doit répondre, sans moyens financiers supplémentaires, à de nouveaux besoins (urgences, augmentation de la toxicomanie, psychiatrie de liaison, interface psychiatrie-pathologie sociale), au risque d'être cantonnée à la prise en charge des malades psychotiques, dans des hôpitaux psychiatriques dont la conception date de plus d'un siècle.

Il existe un décalage important entre la dimension communautaire de la psychiatrie publique, pleinement ouverte sur la cité, fonctionnant dans une logique de réseau de soins, et le management des établissements qui demeure

Une nouvelle architecture de l'établissement public de santé

Le projet d'établissement de l'hôpital de Maison Blanche, concrétisé par un contrat d'objectifs signé avec l'État et la sécurité sociale, prévoit le transfert progressif, sur cinq ans, de la plus grande partie des activités de soins concentrées aujourd'hui dans un hôpital psychiatrique traditionnel datant du début du siècle.

- Cinq services d'hospitalisation seront implantés au sein des secteurs desservis, dans des hôpitaux généraux ou directement dans la communauté (acquisition de cliniques).
- Prise en charge des urgences, par la collaboration avec les hôpitaux généraux dotés de services d'accueil des urgences (SAU).
- Mise en place de réseaux de soins avec les médecins libéraux et les partenaires du secteur médico-social.
- Développement d'actions vers des populations cibles (toxicomanie, sida, interface sanitaire-social).
- Déplacement du siège social et de l'administration, de l'hôpital vers les secteurs desservis.

Patrick Mordelet

largement centré sur l'hôpital, maître du jeu : les activités de secteur se sont développées à partir de l'hôpital et en référence à l'institution hospitalière qui a conservé dans la plupart des cas sa prééminence. L'hôpital psychiatrique demeure le pôle principal d'activité, mais également le centre névralgique de l'établissement de santé, et les activités communautaires apparaissent comme autant de satellites gravitant autour d'un axe principal constitué par l'hôpital.

Les administrations et responsables des établissements psychiatriques doivent prendre conscience de la spécificité du management de la psychiatrie de secteur, et faire vivre cette dimension communautaire en privilégiant les « services de santé », et non pas l'hôpital.

Patrick Mordelet

L'offre libérale

Autrefois *dernier recours* imposé, la psychiatrie est très souvent devenue aujourd'hui le *premier secours* car celui qui souffre de troubles psychiques sait qu'il trouvera auprès du psychiatre « installé en privé » près de chez lui, une compétence disponible, une écoute attentive et une totale discrétion.

L'offre en psychiatrie libérale a toujours existé à côté de la psychiatrie asilaire, puis hospitalière avant d'être marginalisée par la sectorisation administrative des soins. Peu développée au début elle permettait aux « neurologues » de l'époque, d'offrir aux riches des traitements plus personnalisés, mais de même nature que ceux proposés en psychiatrie publique. Son élargissement résulte de la conjonction de plusieurs facteurs : *la chimiothérapie* qui autorise des soins ambulatoires impensables il y a trente ans, le développement de *la psychanalyse* qui a permis une meilleure compréhension des troubles mentaux et offert de nouvelles possibilités de traitements psychothérapeutiques mieux adaptés, *le progrès social* enfin qui a rendu les soins accessibles au plus grand nombre, alors que dans le même temps l'évolution des mentalités autorisait un regard moins rejetant sur les malades mentaux.

Le mode d'exercice des 5 600 psychiatres libéraux s'est adapté à la demande d'offre de

Intersectorialité

Un complément nécessaire

Parallèlement au déploiement de la politique sectorielle, une meilleure connaissance des facteurs en cause et des stratégies thérapeutiques a conduit à l'essor des prises en charge adaptées et spécifiques. La demande s'est également modifiée : le niveau de l'intensité des troubles déclenchant le recours aux soins s'est abaissé. L'extra-hospitalier a éloigné le spectre de la folie et permis l'expression d'une demande jusque-là anxieusement contenue. En intra-hospitalier, une partie de la population refuse l'obligation de promiscuité liée à la diminution du nombre des lits.

Ainsi, les demandes d'aide s'accroissent, tandis que chaque équipe n'a plus les moyens suffisants d'offrir les réponses thérapeutiques les plus adéquates.

L'intersectorialité, fondée sur la spécialisation et la mise en commun de moyens, est une réponse logique à une question de choix d'opportunités. Elle représente une évolution organisationnelle permettant le développement de techniques spécifiques de soins aux objectifs ciblés, déployés par un secteur ou par un ensemble de secteurs et mis à la disposition de l'ensemble des patients. Chaque équipe peut trouver dans l'intersectorialité la possibilité de proposer des actions alternatives complémentaires en favorisant une réponse thérapeutique adaptée. Il en va ainsi de l'accueil en urgence, de l'accueil mère-enfant, des malades difficiles, des soins aux patients alcooliques et toxicomanes, des pathologies névrotiques anxieuses et dépressives, des pathologies de l'adolescence, des soins aux patients autistes, des actions de réadaptation etc. À la condition d'éviter l'extrasectorialité par la création d'entités totalement indépendantes de l'activité sectorielle et une hiérarchisation des soins tournant le dos à l'optique égalitaire du secteur, l'intersectorialité devraient permettre l'adaptation souple, évolutive et coordonnée de techniques de soins spécialisées et complémentaires aux activités généralistes du secteur.

Jean-Claude Pénochet

soins de proximité (on en trouve fréquemment dans des villes de 10 000 habitants) ; souvent installé seul, parfois en groupe quelquefois pluridisciplinaire, le psychiatre fait très peu de visites. Ses consultations sont généralement de longue durée, ce qui ajouté au caractère éprouvant de son travail, explique le faible revenu moyen de cette spécialité. Il choisit préférentiellement le secteur 1, en raison des ressources modiques de la majorité de ses patients et moins souvent le secteur 2 qui permet une plus grande souplesse de fonctionnement en psychothérapie. Certains ont opté pour un exercice mixte, trouvant dans le temps partiel en institution, clinique ou hôpital, un complément de revenu et dans le travail d'équipe un remède à la solitude du cabinet.

La formation se caractérise par une très grande diversité où il n'est pas facile de se repérer, car après l'obtention du diplôme universitaire, la majorité des psychiatres privés opte pour une orientation particulière (enfants, adolescents, personnes âgées, adultes exclusivement, mais aussi, toxicomanies, éthylisme, névroses, psychoses etc.), associée ou non à une formation psychothérapique spécifique (psychanalyse et thérapies dérivées, relaxation, thérapies comportementales et cognitives etc.). L'absence d'un document permettant au patient de s'orienter dans toute cette diversité ne constitue pas un handicap important, car il existe une base commune : la consultation psychiatrique.

Ce « colloque singulier » qu'il soit initial ou

support d'un travail psychique, est toujours une relation interindividuelle à laquelle le malade, encore libre de son choix, peut aujourd'hui accéder aisément. Dans cette relation le psychiatre privé ne peut ni diluer la prise en charge, ni partager sa responsabilité. Son indépendance totale, garantie de confidentialité, permet au patient d'exprimer les éléments qu'il connaît de sa maladie, mais aussi, et c'est là un élément essentiel, d'exposer en confiance les troubles même de sa personnalité. Quand il choisit cette écoute particulière le psychiatre entend la personne et non exclusivement la maladie. Il est alors en mesure de réaliser un travail qui va au-delà des manifestations symptomatiques.

La réponse à la demande du patient associe

Formation et exercice de la médecine au quotidien

La question de savoir si la pensée médicale appartient au domaine de l'art ou à celui des sciences est un vieux débat qui certes reste ouvert sur le plan intellectuel et qui peut encore alimenter de brillantes déclarations académiques, mais ce débat paraît totalement dépassé lorsqu'on redescend au niveau des réalités quotidiennes. Qu'attendent en effet du médecin qu'ils consultent la plupart des patients ? sur le plan scientifique des connaissances et de la compétence, cela va de soi, mais ils viennent aussi et peut-être avant tout pour être écoutés, entendus, compris. Le quotidien, pour beaucoup de médecins, ne requiert pas un niveau scientifique élevé car il est fait de petits maux, de mal-être, c'est-à-dire d'une pathologie (mais le mot est déjà trop fort) qui réclame avant tout de la patience, un grand bon sens et une bonne connaissance du secteur social.

La question est alors de savoir si au terme de sa longue formation universitaire, le jeune médecin est capable de répondre à l'attente de ses patients et la réponse, malheureusement, ne peut être que nuancée.

Oui, le jeune spécialiste appartenant à une discipline hautement scientifique domine parfaitement les techniques auxquelles il a été formé et il peut sans délai s'intégrer dans une équipe et par-

ticiper utilement à la meilleure connaissance des pathologies les plus difficiles ou à la recherche dans tel ou tel secteur d'actualité. Cet étudiant là a été bien formé.

Mais qu'en est-il des autres ? c'est-à-dire de la majorité d'entre eux, spécialistes ou généralistes confrontés aux pathologies courantes, où dominent les troubles fonctionnels et qui réclament avant tout un bon bagage d'humanisme. Ces étudiants-là sont-ils vraiment bien préparés pour affronter le quotidien ? la réponse est malheureusement négative. C'est alors que l'on assiste dans les spécialités qui s'y prêtent et qui sont très prisées, à une dérive pseudo-scientifique vers la multiplication des examens complémentaires prescrits avant d'avoir vraiment écouté les doléances du patient. La médecine de l'image a alors précédé la médecine clinique et la technique a remplacé le dialogue singulier. Réalisé de cette façon et dans cet ordre, l'acte médical se résume à une succession d'actes techniques que le malade subit sans réellement participer et dont parfois il pâtit.

Pour infléchir la pente sur laquelle dérive dangereusement la médecine actuelle, il faut donner aux étudiants en médecine la culture de base nécessaire pour exercer une médecine clini-

que et humaine dans laquelle le malade est écouté, considéré comme un partenaire dont la participation est indispensable et non comme un anonyme incapable de comprendre et qui doit simplement subir et obéir.

Pour réussir cette mutation, il faut avant tout accepter de considérer que la situation actuelle est insupportable et ensuite avoir la volonté d'y remédier. La solution ne passe pas par l'obole de quelques heures de " sciences humaines " administrées à un moment donné du cycle universitaire, mais en un enseignement progressif délivré tout au long des études et destiné à inculquer à tous les étudiants des notions sur la connaissance de l'individu et du monde social dans lequel il évolue.

Un récent article paru dans la presse médicale (6 avril 1996) focalise la réflexion sur le mode de sélection des étudiants en médecine et fournit une analyse pertinente sur ce point. L'idée est intéressante, mais la démarche à entreprendre doit dépasser largement cette période initiale, car le but à atteindre est d'obtenir que tous les médecins aient une véritable culture médico-sociale. Ainsi sera peut-être réalisée l'harmonieuse symbiose entre l'art et la science.

Guy Nicolas

souvent médicament et psychothérapie et est graduée : brève lorsque quelques entretiens suffisent à la résolution d'une souffrance et qu'une aide ponctuelle peut éviter un enkystement des troubles ou l'installation d'une pathologie difficile à traiter plus tard, comme dans les deuils, les dépressions réactionnelles ou les traumatismes. Parfois plus longue (plusieurs mois à quelques années) pour des personnalités fragiles et/ou des pathologies plus graves, comme dans certaines dépressions. Très longue enfin pour les malades chroniques non autonomes qui trouvent dans cet accompagnement la possibilité de vivre sans décompenser gravement et maintiennent ainsi un certain équilibre familial, social et professionnel. Autrefois certains ont pu reprocher au psychiatre libéral de ne traiter que des gens riches et non malades, mais la réalité d'aujourd'hui fait de lui un élément important du dispositif de soin qui intervient à tous les stades de la maladie et possède une activité préventive spécifique non négligeable.

Les relations du psychiatre avec les autres acteurs de la santé (médecin généraliste et psychiatre public) sont relativement aisées pour ce qui concerne le traitement de la maladie, mais elles deviennent difficiles lorsqu'un traitement de la personnalité interfère.

Il en est souvent de même avec l'entourage familial et s'il est clair que la confidentialité de l'entretien doit être respectée, l'intérêt du patient impose parfois que le psychiatre aide la famille, qui souffre de la charge que représente pour elle un malade mental.

Les cliniques

Les cliniques ont répondu lors de leur création à un besoin de classe certes, mais aussi au besoin d'aborder « autrement » l'hospitalisation en psychiatrie : les soins y sont plus personnalisés, le psychiatre plus directement accessible, les structures plus légères, plus souples et plus confortables, que les structures hospitalières publiques. Les malades y acceptent habituellement mieux l'hospitalisation.

Ces services proposent des soins diversifiés : chimiothérapie, psychothérapie individuelle et psychothérapie institutionnelle. Ils reçoivent toutes les catégories de malades, sauf (à quelques exceptions près) les malades traités contre leur gré. Certaines structures se sont spécialisées dans les troubles dépressifs et les

décompensations réputées mineures, mais d'autres accueillent des psychotiques pour des traitements d'assez longue durée, certaines ne reçoivent que des enfants ou des jeunes adultes, d'autres des personnes âgées... La plupart des cliniques sont conventionnées et pratiquent le tiers-payant, les frais de séjour étant alors payés directement par l'assurance maladie.

Colette Barreteau et René Vezzoli

Évolution des métiers de la santé mentale

Les demandes de soins en santé mentale apparaissent de plus en plus diversifiées et cette discipline doit apprendre à travailler avec de multiples secteurs de la cité (ex : Éducation nationale, médecine libérale, police, prison etc.).

Cette ouverture implique une évolution des métiers, une présence dans de multiples lieux, sans dispersion, ni perte de professionnalisme.

Traditionnellement, quantitativement, l'équipe soignante s'organise autour des infirmiers. Des clivages forts existent entre les différents métiers. Les identités d'infirmiers, de psychiatres, de psychologues sont fortes alors que les conditions d'exercice des métiers dépendront des frontières des champs d'intervention non hermétiques, ni homogènes.

Une des forces du secteur est de clairement poser en préalable la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire. Cette notion est déclinée de plus en plus comme une formation diversifiée à l'intérieur de métiers identiques, une pluri-professionnalité, et des apports complémentaires en termes de techniques de soins.

Concrètement, les relations inter-individus comment les clivages entre les métiers. L'apprentissage progressif du travail en commun s'effectue de plus en plus par le biais de l'élaboration et de l'application des projets de soins infirmiers et médicaux.

L'évolution de la santé mentale va se traduire au niveau des principaux corps de métiers :

- les directeurs, dont les compétences dominantes de gestionnaire perdureront, auront à stimuler le mouvement, à savoir faire face à la complexité des compétences, à fédérer les

projets, à améliorer la qualité des services rendus tout en maîtrisant leurs budgets,

- les médecins devront mieux connaître les différences de compétences au sein de leurs propres équipes, deviendront des chefs de projets, responsables de leur équipe, et veilleront à remédialiser, si nécessaire, l'organisation des soins,

- les infirmiers en psychiatrie seront appelés de plus en plus à être les référents des pro-

jets individuels de soins. Dans le cadre de la pluridisciplinarité, ils bénéficient de formations très spécialisées. L'ouverture vers l'extra-hospitalier sera banalisée.

Les autres métiers (psychologues, aides-soignants, directeurs de services de soins infirmiers, infirmiers...) connaîtront une évolution sensible adaptée au nouveau cadre général en cours de gestation de la psychiatrie.

Christian Bonal

Disparités géographiques

des moyens, des structures et des pratiques

S'il convient de relever les principales disparités de l'offre de soins en santé mentale :

- une première disparité concerne les modes d'approche thérapeutique. Autrefois organisée autour d'une approche univoque, elle veut être aujourd'hui principalement bio-psycho-sociale, mais également systémique, comportementaliste, ethnologique...

- une deuxième disparité vient du rôle pivot des établissements hospitaliers qui peuvent être aussi bien publics que privés (à but lucratif). Ces derniers représentent 10 000 lits, des taux d'occupation très élevés (98 %) des durées moyennes de séjour autour de 40 jours, plus faible que le public (50 jours). Ces établissements sont installés dans le sud du pays et accueillent des patients issus d'une aire géographique régionale voire nationale.

- une troisième disparité, peut-être la plus remarquable, concerne le secteur public et privé participant. S'il représente 50 000 lits et 30 000 places, ces dernières augmentent à la place de ceux-là, mais de manière non homogène sur le territoire.

Il existe des disparités régionales et départementales quant à l'équipement et l'activité de psychiatrie dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés. Ainsi, le personnel affecté à la psychiatrie, non compris les médecins, est pour la France de 21,6 équivalents temps-plein pour 10 000 habitants. Ce chiffre varie de 14,2 en Haute-Normandie à environ 30 en Bre-

tagne, Limousin et Corse (voir carte). Il existe également des disparités en matière de sectorisation psychiatrique. L'offre de soins dans ce cas se veut être un service de proximité. La base du découpage des secteurs est la population, mais les écarts recouvrent les différences de 15 000 à 310 000 habitants pour la psychiatrie générale. Des surfaces territoriales immenses quelquefois en zones rurales, deviennent très réduites en zones urbaines.

Certains secteurs n'ont encore aucun lit d'hospitalisation. D'autres, dans une même région, et pour des populations comparables, ont 237 fois plus de lits que le secteur le moins équipé.

Ces écarts minima et maxima en lits vont de 1 à 8 jusqu'à 1 à 67 pour une même région et pour les départements d'une même région de 1 à 2 jusqu'à 1 à 9, 5.

Dans un même département ces écarts varient de 1 à 1,01 jusqu'à 1 à 21.

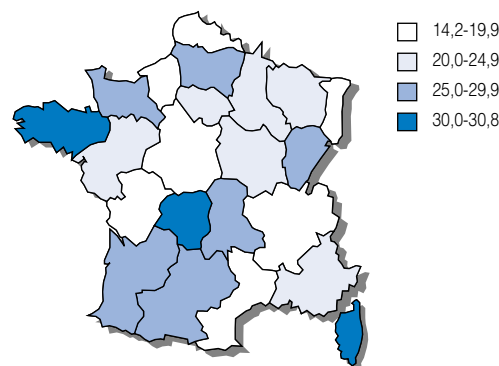
Pour les structures alternatives à l'hospitalisation, bien des secteurs restent sans places, et les écarts entre secteurs (rapportés à la population du secteur) varient de 1 à 6 jusqu'à 1 à 100. Le rapport hospitali-

sation à temps partiel et hospitalisation à temps complet varie également considérablement d'un établissement, d'un secteur, d'un département et d'une région à l'autre.

Bâtir l'offre de soins en santé mentale est une œuvre née d'initiatives très diverses. L'accroissement des moyens, la valeur des termes, les conjonctions locales ont créé ces disparités.

Devant de tels écarts, succinctement retracés, même s'il n'est pas souhaitable de chercher à égaliser à tout prix les équipements et les moyens, on peut raisonnablement s'interroger sur le fonctionnement de ce dispositif de soins. **Christian Bonal, Delphine Antoine**

Personnel non médical en équivalents temps-plein au 1^{er} janvier 1994 en psychiatrie



Champ Services et établissements de psychiatrie public et privé
Sources H80 EHP 93



La demande du patient et les réponses

Pour répondre à la demande de soins exprimée par le patient ou son entourage, la psychiatrie dispose aujourd'hui de diverses techniques de soins. Un problème demeure pourtant concernant la réadaptation et la réinsertion des malades mentaux, lié au cloisonnement des dispositifs.

La demande en psychiatrie s'est profondément modifiée au cours des vingt dernières années. Autrefois *demande d'assistance* formulée par l'entourage et/ou la société, elle est essentiellement devenue *demande de soins*, souvent exprimée par le malade lui-même.

La demande de soins

La demande initiale résulte de la *souffrance psychique*, souffrance qui peut être soit directement ressentie par le sujet (elle est alors douleur morale, angoisse, dépression, désordres mentaux...), soit indirectement perçue en raison de l'invalidation qu'elle entraîne (le sujet se sentant mentalement diminué), ou par les réactions qu'elle suscite auprès de l'entourage (famille, médecin traitant, société), qui presse le sujet de se « faire soigner ». Le psychiatre doit la décoder et comprendre à travers « les symptômes offerts » et autres « demandes manifestes », les besoins fondamentaux de la personne souffrante. Selon l'intensité du tableau clinique et l'altération plus ou moins importante de la personnalité il proposera alors une orientation adaptée.

De plus en plus cette demande initiale devient demande de *traitement précoce* (habituelle en psychiatrie de l'enfant) qui se formule avant l'apparition de symptômes importants pour prévenir les décompensations, l'apparition de troubles plus graves, et éviter l'hospitalisation.

L'évolution de la demande au cours du traitement témoigne de la réadaptation du malade à la réalité extérieure (société, milieu professionnel, famille) et à sa réalité intérieure pour les cas les plus heureux où un travail sur la personnalité a été effectué.

Elle se manifeste de plus en plus par une *demande psychothérapique* qui traduit le désir du patient de prendre une part active à sa guérison et qui situe le psychiatre comme l'accompagnateur nécessaire de sa restructuration. La prolifération des techniques et autres « prises en charge » adaptées à cette demande est à l'origine d'une exigence nouvelle, le patient voulant être informé et guidé dans ses choix.

Les autres demandes

Lorsque le patient n'est pas le demandeur, la demande émane de la société, de l'entourage

ou... de personne. L'administration par le biais de placements administratifs veut garantir le maintien de l'ordre public alors que la Justice en associant dans un verdict condamnation et injonction thérapeutique oblige l'intéressé à être soigné contre son gré.

Les proches d'un malade, en interaction directe avec lui, souffrant de le voir souffrir, désirent parfois contribuer par eux-mêmes à son traitement. Ils demandent alors à « être aidés pour l'aider », et cette demande, après la prise de conscience de leur propre souffrance, peut aboutir à la mise en œuvre d'un traitement pour eux-mêmes.

Il y a enfin ceux pour lesquels l'asile d'autrefois est maintenant la rue. Pour eux, exclus, la seule demande formulable est celle d'une demande d'assistance immédiate. La demande de soins psychiques est une démarche qu'ils ne peuvent même pas se représenter. Isolés, nul ne prend pour eux le relais de cette demande.

Colette Barreateau et René Vezzoli

Les psychothérapies

Les psychothérapies demeurent l'instrument privilégié du soin psychiatrique, lui conférant sa spécificité. Il peut s'agir de techniques individuelles ou collectives, chacune d'entre elles s'appuyant sur des bases théoriques précises, pouvant demeurer isolées ou s'inscrivant au sein d'un projet thérapeutique plus large associant d'autres techniques de soins (chimiothérapie, mesures d'assistance).

Pour P. Sivadon, est psychothérapique toute démarche méthodique visant à modifier de façon durable la relation de l'organisme à son milieu en agissant sur le médiateur de cette relation : le psychisme. Les psychothérapies regroupent toutes les méthodes de traitement des désordres psychiques, voire les désordres somatiques, utilisant des moyens psychologiques, et d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade. Bien entendu, la personnalité du ou des psychothérapeutes joue un rôle au moins aussi important que la technique retenue. On considère que les qualités personnelles du psychothérapeute, qu'il soit ou non médecin, doivent associer disponibilité, énergie, empathie, s'appuyant sur une formation rigou-

► J. Laplanche et J. B. Pontalis

reuse, là comme ailleurs l'expérience pesant de tout son poids.

On peut relever actuellement de nombreuses méthodes, d'importance variable selon les cultures et les pays, qui se différencient selon leurs objectifs pouvant être limités (sentiment de mieux être, disparition d'un symptôme) ou beaucoup plus larges (réaménagement de la personnalité), leurs méthodologies et leurs conditions de déroulement.

Les techniques individuelles

Elles peuvent concerner, en premier lieu, un abord corporel comme la relaxation ou pour les thérapies comportementales, employer un déconditionnement afin de transformer un comportement pathologique acquis en une conduite adaptée. De nombreuses démarches individuelles s'appuient sur les théories psychanalytiques, mettant en œuvre des échanges verbaux et la relation soignant-soigné : cure psychanalytique freudienne et techniques élaborées par des psychanalystes d'autres écoles (Jung, Adler, école culturaliste, Rogers, analyse existentielle), les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, l'hypnose et ses dérivés, les psychothérapies de soutien.

Les techniques collectives

Ces techniques regroupent les psychothérapies de groupe, le psychodrame, les psychothérapies familiales dans un cadre analytique ou systémique actuellement en plein développement, les thérapies institutionnelles.

Dans cette courte présentation, il peut être utile d'insister sur trois données présentant un intérêt actuel tout particulier : les psychothérapies de soutien dont le champ d'application apparaît considérable, les psychothérapies brèves, allant contre bien des idées reçues dans le public, et l'évaluation.

Les psychothérapies de soutien

Souvent associées à une chimiothérapie, elles écartent toute interprétation de l'élément transférentiel (que l'on peut résumer comme la répétition des modes relationnels et le déploiement des attitudes affectives du patient sur le thérapeute dont la maîtrise centre les thérapies analytiques). De loin les plus employées, sans

théorie véritable, elles utilisent un certain nombre de critères : capacité de percevoir le monde affectif de l'autre, respect de son monde intérieur avec une capacité d'identification sans projection, neutralité sans jugements. Elles rendent de très nombreux services.

Les psychothérapies brèves

Le concept de psychothérapies brèves associe les notions de durée définie, de but thérapeutique désigné et de contrat précis. Il met en jeu une grande souplesse du psychothérapeute et la prise en compte de la vie réelle du patient. Dans ce cadre, on peut évoquer une capacité de réponse immédiate à un large champ de deman-

des dont les situations de crise. Les techniques dites de « flash », intervention brève éclairante pour le patient sur son fonctionnement dans une situation donnée peuvent, par exemple, être utilisées dans l'urgence.

L'évaluation

L'intérêt pour l'évaluation des psychothérapies, venu des pays anglo-saxons, commence à s'affirmer dans notre pays où le problème est comme le remarque J. Guyotat « *maintenant posé et mieux posé puisque la méthodologie s'est affinée* ».

Gérard Massé

La réhabilitation et la réinsertion des malades mentaux dépendants

Il n'y a pas de vie sans dépendance mutuelle : la fin de l'une est aussi celle de l'autre. L'autonomie est la capacité de se diriger selon ses propres normes, ou ses propres choix. Ainsi, la dépendance peut favoriser ou restreindre l'autonomie. La dépendance particulière résultant d'une maladie au long cours peut ou non compenser, voire aggraver les limitations d'autonomie.

En simplifiant, il est possible de présenter deux conceptions de la réhabilitation et de la réinsertion. Leur confrontation éclaire les blocages et montre comment y remédier. Pour l'une, un malade passe successivement par trois étapes, et progresse en passant d'un service à l'autre. D'abord, le soin thérapeutique traite la maladie et en réduit les symptômes. Ensuite, la réadaptation, ou réhabilitation, améliore les capacités du malade dans les gestes et activités ordinaires. Enfin, la réinsertion concerne l'intégration dans la société : droits sociaux, travail, logement, etc. Les

deux premières étapes concernent le secteur sanitaire, le troisième, le secteur social.

Selon l'autre conception, le découpage chronologique ne correspond pas à la réalité. Il s'agit en fait d'actions simultanées et coordonnées parmi lesquelles l'analyse permanente des situations permet de déterminer à chaque moment une action dominante. La mise en œuvre de réseaux entre partenaires professionnels est la condition permettant à chaque malade de construire son itinéraire personnel. La classification de Wood, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé en 1976, est l'un des moyens choisis par la France pour moderniser les dispositifs sanitaires et sociaux, y compris l'intégration scolaire. Le cadre conceptuel permet de décrire de manière évolutive et dynamique les facteurs simultanés et hétérogènes qui unissent la maladie au long cours et les éléments de handicap. Une aide apportée sur un plan (maladie, déficience, incapacité, désavantage

social) produit aussi des effets indirects sur les autres. Seule une étude complète des quatre plans permet d'élaborer, d'évaluer et de réviser régulièrement les stratégies coordonnées de soins, de réadaptation et de réinsertion.

Les blocages actuels au développement harmonieux de la réadaptation et de la réinsertion des malades mentaux enfants et adultes tiennent d'abord au cloisonnement des dispositifs. Les rapports officiels soulignent la logique de filière, et même de clientèle, qui fait obstacle à la logique d'itinéraire personnel. D'autre part, les familles assurent une part très lourde de l'effort d'intégration sociale, et ne reçoivent pas l'aide nécessaire. Enfin, un mouvement venu d'Amérique du Nord met l'accent sur les nécessaires modifications de l'environnement, et veut minimiser la dimension médicale de la réadaptation et de la réinsertion des malades.

François Chapireau

La famille du patient face aux soignants et au système

Dans le système de relations entre patients, familles, appareil de santé et pouvoirs publics, on peut faire apparaître deux modalités principales impliquant la ou les familles. La première implique les relations *collectives* qui mettent en présence les *représentants* des familles et leurs interlocuteurs collectifs. La seconde concerne *la famille d'un malade vis-à-vis* des équipes de soins et de l'administration.

Les relations collectives se déroulent entre les *associations de familles* et principalement l'Unafam, et les pouvoirs publics compétents en santé mentale. C'est ainsi que cette association participe aux travaux initiés par le ministère chargé de la Santé pour la définition, de l'appareil de santé mentale. De même, les représentants de l'Unafam sont présents, dans les Commissions départementales de santé mentale et dans les commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique. Cette participation se déroule dans un climat de coopération et de confiance.

De même, l'Unafam est en relation avec les associations de professionnels et participe à nombre de rencontres qui traitent des sujets relatifs à l'organisation des soins, à l'insertion sociale et professionnelle des malades à la politique de recherche en santé mentale. Ces mêmes thèmes sont traités régulièrement, avec le concours de spécialistes dans les congrès de l'Association.

Dans les structures d'accueil sociales et médico-sociales, les familles, au travers d'associations locales, liées ou non à l'Unafam, représentent les familles dans les conseils d'établissement, et parfois, administrent les organismes gestionnaires de tels établissements ou services.

Ces relations collectives facilitent les relations *individuelles* entre les familles, l'appareil de soins et l'administration.

Les familles participent à l'accompagnement des malades au décours de leur pathologie, notamment en ce qui concerne l'élaboration des dossiers relatifs à la protection sociale des ma-

lades et à l'obtention par ces derniers des mesures de protection ou des prestations auxquelles ils peuvent prétendre. À ces occasions la famille est aussi bien en relation avec les équipes soignantes qu'avec les services sociaux et administratifs.

En ce qui concerne les soins, les familles doivent être, autant que faire se peut, associées à la stratégie de soins conçue pour chaque malade, dès lors que la qualité des relations familiales se révèle importante pour son mieux-être.

À ce titre la famille demande de l'*information* sur la pathologie en cause, dans la mesure compatible avec le respect du secret médical. Elle demande de l'information sur les modalités des traitements, médicamenteux ou psychothérapeutiques proposés, leurs effets y compris secondaires afin de contribuer si cela leur est possible, à la compliance.

La famille demande du soutien dans l'épreuve qu'elle traverse, le contact avec un sujet atteint de troubles mentaux est malaisé à supporter et à comprendre.

La famille offre sa *compétence*, sur l'histoire du malade, sur son comportement, dans ce qu'elle peut apporter pour sa prise en charge.

Cette relation individuelle est inégale : elle met en jeu les réactions entre une famille parfois *sidérée* par ces troubles, ce qui exige de ses interlocuteurs une approche attentive, et des équipes qui ont des attitudes diverses, liées à leur mode d'approche des maladies, ainsi qu'à leurs propres réactions personnelles.

La confiance se travaille et se gagne.

Geneviève Laroque



Le sujet guéri ou conforté

Après les moments de crise, la personne qui souffre de troubles mentaux reste marquée. La maladie mentale a cette spécificité de changer la façon d'être de ceux qui en ont souffert et de modifier le regard de l'entourage. Le bénéficiaire du système de soins psychiatriques apparaît maintenant comme un partenaire à part entière dans le champ des intervenants en santé mentale.

L'après est la situation de la personne qui a vécu un épisode psychiatrique plus ou moins grave. Ce moment de crise psychopathologique et existentielle a pu évoluer de façon variable. Le devenir est très différent entre la décompensation anxio-dépressive se résolvant facilement avec une aide ambulatoire jusqu'à la grande désorganisation psychotique qui va nécessiter une hospitalisation sous contrainte.

Mais quelle que soit l'importance des troubles, la personne aura toujours vécu un moment très particulier. Évoquons simplement ces expériences de souffrance psychique qui, dans l'angoisse, conduisent à interroger douloureusement le sens de la vie, à s'approcher de la mort, à prendre le vertige de la folie, à se retrouver seul, victime et désemparé. Tout ceci amène à réaménager ses positions internes et ne sera pas sans conséquence au niveau de la vie familiale et des situations de rejet ou à l'inverse d'hyperprotection. La vie professionnelle ou les études seront également menacées avec des interruptions prolongées, voire des ruptures. La vie sociale va se retrouver amputée et

rétrécie : manque d'argent, perte d'un logement, perte de l'envie de rencontrer et d'échanger. Ajoutons à cela les nécessités de poursuivre des soins, de vivre avec une médication parfois mal tolérée...

Pour l'entourage, l'épreuve est souvent lourde. Il lui faut affronter les grandes désorganisations, l'étrangeté des conduites et des propos, les risques de mort, la violence, la décision nécessaire d'hospitalisation et la peur de la rechute.

Les difficultés pour la personne

Nous allons surtout considérer les difficultés tenant aux troubles qui évoluent au long cours et pour lesquels il est essentiel de trouver les réponses adaptées aux déficiences, incapacités et désavantages décrits dans la CIH (classification internationale des handicaps) issue des travaux de Ph. Wood dans les années soixante-dix.

Cette classification permet de repérer les conséquences à long terme de la maladie sur la vie de l'individu.

Les déficiences correspondent à différentes altérations : des déficiences intellectuelles, de la conscience et de l'état de veille, de la perception et de l'attention, des fonctions émotives et volitionnelles, du comportement, du langage et de la parole.

Pour approcher les incapacités, on relève les réductions observées dans l'accomplissement d'une activité fonctionnelle ou d'un comportement, particulièrement dans la vie quotidienne. Ceci peut porter sur les relations, la communication, les soins corporels...

Le désavantage social, quant à lui, évalue le préjudice qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal ; il reflète les conséquences culturelles, sociales, économiques et environnementales. Il illustre l'adaptation et l'interaction de l'individu avec son milieu. Il est alors question des désavantages d'orientation, d'indépendance physique, de mobilité, d'occupations, d'intégration sociale ou d'indépendance économique.

Ce modèle d'approche de la maladie et de ses conséquences est particulièrement précieux dans le champ de la santé mentale dans la mesure où il montre qu'il n'y a pas de frontière entre les divers plans d'expérience et qu'il y a possibilité d'interaction entre les plans. Ceci permet de limiter les coupures habituelles entre sanitaire et social, entre maladie et handicap.

En pratique : quelques données

Plusieurs travaux ont cherché à préciser quelle était la situation réelle de ces personnes et plus particulièrement des psychotiques dont les troubles sont les plus invalidants.

En 1991, l'Unafam a réalisé une enquête auprès de ses adhérents (1 884 réponses) : 91 % des personnes concernées font état de l'évolution d'un syndrome schizophrénique, 25 % d'entre elles vivent en institution sanitaire ou sociale, 66 % perçoivent l'allocation aux adultes handicapés et une mesure de protection est relevée dans 37 % des cas. Seuls 19 % exercent une activité professionnelle.

En 1993, une enquête dans les secteurs de psychiatrie générale montre que le diagnostic de schizophrénie est porté chez 23 % du total des patients et la solitude touche 35 % d'entre eux alors que 21 % seulement travaillent.

Un dernier travail conduit par G. Vidon in-

Quelques perspectives

Après le moment de crise ou de désorganisation, nécessitant le plus souvent un accueil et des soins spécifiques (parfois dans une institution à temps plein ou temps partiel), il faudra proposer plusieurs modalités d'aide et de soins.

Il sera parfois envisagé des soins de réadaptation sous forme d'une admission dans un foyer de post-cure, un accueil familial, un atelier thérapeutique... Plus tard viendra le moment de parler de travail protégé, d'appartement associatif, de mesures de protection, de clubs...

Toute cette stratégie ne pourra prendre sens que si est mis en place un accompagnement soignant à même d'évaluer quel cheminement est possible. À défaut, la personne est exposée aux situations d'impasse, de dépendance voire au suicide.

Agir au niveau de la personne ne saurait suffire, l'entourage doit être soutenu, il doit pouvoir rencontrer d'autres familles qui vivent les mêmes épreuves. La société doit également s'interroger et des actions à destination du grand public, comme la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) qui se tient chaque année, peuvent contribuer à modifier les représentations des maladies mentales. Les généralistes doivent avoir la possibilité de s'engager dans un travail de réseaux, les patients trouver un soutien solidaire dans les associations d'usagers.

Tous ces dispositifs veulent éviter la désinsertion des personnes et favoriser la réhabilitation de ceux qui sont les plus désavantagés. L'accompagnement est le levier essentiel d'une stratégie d'insertion pour développer une position active qui évite l'assistance et recherche la production de lien social.

Clément Bonnet

dique que les schizophrènes de l'étude sont célibataires dans 81 % des cas, sous protection juridique dans 39 %, la moitié sont très seuls avec pour activité sociale principale la fréquentation des cafés !

Au total ces enquêtes montrent l'importance des incapacités et des désavantages et obligent à imaginer les réponses sanitaires et sociales nécessaires pour permettre à ces personnes de vivre avec la plus grande autonomie possible.

Clément Bonnet

Utilisateurs mais aussi partenaires

La thérapeutique individuelle ne suffit pas. Nous voulons être de véritables partenaires de la santé mentale. Le « véritable » ne signifie pas seulement que nous voulons participer à la recherche ou influencer sur les options politiques globales : notre exigence est de conquérir une identité par le partage de l'épreuve elle-même. Pour atteindre ces objectifs, la communication et la médiation sont nos options de base : par elles nous voulons obtenir, au-delà de la reconstruction de l'estime de soi, une dignité concrétisée par des actes et par des lois que les institutions nous refusent encore trop souvent. Pour ce qui regarde la communication, nous sommes aujourd'hui plutôt optimistes sur les résultats que nous attendons des quatre directions que nous nous sommes proposés de prendre :

- démythifier auprès du public les troubles ressentis en apportant le témoignage de ceux qui les ont vécus ou les vivent encore (hospitalisés ou non, célèbres ou inconnus) ;
- redonner à ceux-ci une vie sociale et le respect auxquels ils ont droit ;
- les informer, eux et leur entourage, des progrès des thérapeutiques ;
- provoquer la création de groupes d'entraide et promouvoir la recherche.

L'apparition d'une action des patients dans le champ de la santé mentale date de la fondation, par Jacques Lombard en 1981, de l'association Revivre qui se proposait d'« aider à la réadaptation des personnes ayant été atteintes de maladies neuro ou psycho-dépressives ». En 1989, Jacques Lombard publiait *Plaidoyer pour des milliers de suicidés* qui racontait l'histoire de son association. La même année je publiais mon histoire de façon à peine transposée sous le titre *Une véritable histoire de fou*. Le professeur Zarifian a qui je l'avais envoyée m'a mis en relation avec Mme Cassagne-Mejean qui venait de créer l'« Ame » autour d'anciens patients psychiatriques d'origines sociales et culturelles très diverses. Une troisième association existait aussi,

l'APSA (Association des psychotiques stabilisés autonomes) créée par Loïc Legoff qui nous a quitté en 1993. Son action pour la défense des intérêts généraux des malades mentaux s'est manifestée par des interventions auprès des parlementaires :

- pour la loi Evin relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles psychiques, dépôt d'un amendement dit « Cavalier » avec l'appui de nombreuses personnalités du corps médical ;
- pour la loi relative à la protection des personnes dans la recherche biomédicale, l'APSA est à l'origine des articles 1320.5 et 1326.1 qui garantissent les droits des personnes hospitalisées en psychiatrie à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur ;
- pour l'arrêté Brunetière, qui prévoit des fichiers informatisés nominatifs dans les secteurs de la psychiatrie accessibles aux personnels soignants. L'APSA a réagi en demandant que ces droits aux données informatiques soient strictement locaux et que le mode de consultation ne donne aucun droit de duplication ; cette réaction devait aboutir à un projet de loi ;
- pour la loi relative à la protection des personnes dans la recherche biomédicale considérant que l'article 2096 du Code de la santé publique instaure en fait un statut de cobaye humain pour les malades mentaux les plus démunis, l'APSA mentionna en cours de débat sur les aspects éthiques et juridiques de l'expérimentation biomédicale en psychiatrie les termes mêmes de l'article du Code de Nuremberg, ceux de l'article 7 du pacte international relatif aux droits civils et politiques ratifié par la France en 1981 qui précise : « il est interdit de soumettre une personne, sans son libre consentement, à une expérience médicale ou scientifique » ; de même la déclaration d'Helsinki en ce qui concerne la recherche biomédicale dit clairement : « les sujets doivent être volontaires et en bonne santé ». Autre précision :

« les intérêts de la science et de la société ne doivent jamais prévaloir sur le bien-être du sujet ».

Dans le souci d'exister aux yeux de l'opinion publique, l'APSA a participé à toute une série de manifestations nationales et internationales :

- en octobre 1991 pour les colloques du Réseau européen d'usagers et d'ex-usagers de la psychiatrie à Zandvoort aux Pays-Bas ;
- les 11 et 12 octobre 1991 à Paris au colloque du Comité pour le droit et l'éthique en psychiatrie, ainsi qu'au Forum européen traitant du devoir de l'État, de l'éthique et du droit des personnes handicapées ;
- en novembre 1991, à Valence, au festival Image Psychiatrie ;
- en juin 1992, à l'occasion du concours Handinov à Montpellier ;
- à l'Unesco enfin en 1992 lors des journées d'information sur l'intégration professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail, importante question qui concerne aussi bien les handicapés physiques que mentaux.

Aujourd'hui la Fédération nationale des associations de patients et ex-patients psychiatriques (FNAP-Psy) a repris les différentes orientations des trois associations-mères.

Deux résultats obtenus sur le terrain nous satisfont et nous encouragent :

- notre collaboration avec l'hôpital Esquirol à Saint-Maurice. La FNAP-Psy siège au conseil administratif de l'hôpital, suivant ainsi les récentes dispositions législatives,
- La FNAP-Psy occupe un local à Paris, la prise en charge de la location étant le fait du même hôpital Esquirol : il s'agit d'un lieu où les patients peuvent se rendre à leur sortie de l'hôpital afin d'entrer en relation avec des associations capables de leur procurer l'hébergement, la recherche d'emploi ou les loisirs. Là, surtout, on les écoute !

Hélène Laure-Mora

FNAP-Psy

48-50, avenue Philippe-Auguste 75011 Paris

Le bonheur en pilules ?

Les Français abusent-ils des médicaments psychotropes ? La première chose qu'il faut dire, c'est que l'invention de ces médicaments — neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs... — fait partie des plus formidables progrès de la médecine, depuis cinquante ans, et qu'on ne saurait assez s'en réjouir. La maladie mentale est d'abord un malheur : parce qu'elle atteint l'individu dans ce qu'il a de plus essentiel (lui-même : son esprit), parce qu'elle perturbe son rapport aux autres, parce qu'elle le voue à l'angoisse, à la tristesse, quand ce n'est pas au délire, au meurtre ou au suicide. Que des médicaments puissent y remédier efficacement, c'est une excellente chose. Qui ne préfère un neuroleptique à l'internement, un antidépresseur à un électrochoc, un anxiolytique à la camisole de force ? Et qui ne voit, même, que ces médicaments sont souvent moins lourds et plus utiles qu'une psychanalyse ? D'autant qu'ils ont fait, ces dernières années, de considérables progrès : ils sont de plus en plus efficaces, avec de moins en moins d'effets secondaires. Que demander de plus, sinon que ces progrès continuent ?

Des médicaments pour répondre aux difficultés de l'existence

Il reste qu'il s'agit de médicaments, ce qui les réserve, en principe, à des malades. C'est où le problème apparaît, de leur

abus possible. Car où a-t-on vu que toute tristesse soit pathologique ? Que toute angoisse soit pathologique ? L'angoisse et la tristesse font plutôt partie des conditions ordinaires du vivant, dès qu'il pense : parce que la vie est difficile toujours, angoissante souvent, et triste, en effet, atrocement triste parfois. Dois-je aller chez le médecin à chaque fois que je pense à la mort — la mienne, celle de mes proches —, à chaque fois que cela m'angoisse ou m'afflige, à chaque fois que la vie m'apparaît absurde ou insatisfaisante ? Dois-je opposer des psychotropes à un chagrin d'amour, à un échec professionnel, à l'ennui du couple ou de la solitude ?

Un de mes amis, psychiatre et psychanalyste, me raconte qu'il est encombré de patients qui viennent le voir parce qu'il souffrent, disent-ils, d'une dépression. « *Je les reçois, m'explique mon ami, je les fais parler, et pour beaucoup d'entre eux je découvre qu'ils ne sont nullement malades, nullement déprimés, au sens médical du terme, mais qu'ils sont simplement malheureux : parce qu'ils vivent avec quelqu'un qu'ils n'aiment plus, ou parce qu'ils ont été abandonnés de la personne qu'ils aimaient, parce qu'ils font un travail qui ne leur plaît pas, parce qu'ils manquent d'amis, d'argent, de plaisirs... Est-ce bien d'un psychiatre qu'ils ont besoin ?* »

Toute la difficulté est bien sûr de distinguer la souffrance pathologique de

celle qui ne l'est pas. C'est le travail du médecin, et l'on se doute qu'il n'y a ici que des cas singuliers. Mais quand faut-il aller le voir ? D'une manière générale, il me semble qu'angoisse et tristesse peuvent être pathologiques de deux façons différentes, soit par leurs causes, soit par leurs conséquences. Être triste ou angoissé sans raisons apparentes, ou de façon disproportionnée avec les raisons qu'on peut avoir, cela justifie qu'on soupçonne une origine psychopathologique, que la médecine peut déceler et traiter. Mais il y a aussi des cas où la souffrance psychique, sans être pathologique par ses causes, peut le devenir par ses effets. La mère qui vient de perdre son enfant, le jeune homme qui découvre sa séropositivité, le chômeur de longue durée... comment ne seraient-ils pas tristes ou anxieux ? Faut-il pour autant leur refuser le secours des psychotropes ? Pas forcément : pour normale que puisse être leur souffrance psychique, par ses causes, elle peut prendre de telles proportions qu'elle les empêche de vivre, d'agir, d'assumer leurs responsabilités, bref qu'elle devient pathologique au moins par ses effets et doit, à ce titre, être soignée. Tout malheur n'est pas pathologique ; mais l'excès du malheur peut le devenir, quand il rend la vie insupportable ou atroce.

Le leurre de la santé synonyme de bonheur

Qu'on demande à la médecine de combattre le malheur, quand elle le peut, c'est assurément légitime. Mais faut-il pour autant lui demander le bonheur ? Ce serait se tromper sur la médecine, me semble-t-il, et sur la vie. Qu'est-ce que la santé ? L'OMS répond que ce n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais « un état de complet bien-être physique, psychique et social ». Une telle définition, même généreuse, ne peut qu'aboutir à la médicalisation de toute notre vie, comme de toute notre société. Car elle fait de la santé un synonyme du bonheur, qu'on va demander dès lors à la médecine.

« Docteur, mon bien-être n'est pas

complet : j'ai peur de mourir, j'ai peur de vieillir... Vous ne pourriez pas me donner quelque chose ? » Le meilleur des mondes n'est pas loin, avec ses esclaves heureux.

Faire du bien-être un absolu, c'est s'interdire de l'atteindre — sauf à le demander, en effet, à une drogue. Qui ne voit que le bonheur lui-même, loin d'être « un état de complet bien-être », est plutôt une certaine façon d'affronter joyeusement ce mal être qu'est presque toujours — parce qu'elle est difficile, parce qu'elle est mortelle — notre vie ?

Entre le normal et le pathologique, la frontière est fluctuante, relative, incertaine. C'est pourquoi tout se joue, et doit se jouer, dans la rencontre singulière d'un patient et de son médecin. Mais ne demandons pas à la médecine de nous guérir de la vie, ni de nous dispenser de la mort.

Combattre l'angoisse et la tristesse, ce fut, pendant des siècles, la fonction de la religion : Dieu était un anxiolytique et un antidépresseur socialement performant. Mais c'était aussi une valeur, qui structurait une civilisation. N'avons-nous désormais que la santé pour idéal, que la médecine pour religion, que la « sécu » pour civilisation ? ■

© L'EXPRESS, 7 décembre 1995

André Comte-Sponville

Philosophe, maître de conférences à l'université Paris I

Les enjeux de la prise en charge psychiatrique

Dans les pays économiquement développés comme le nôtre, on considère que 30 % des actes de soins relèvent uniquement, ou de façon prépondérante, du relationnel, du psychologique. Il est donc clair qu'il ne peut exister de médecine satisfaisante sans une intrication forte entre le corps et l'esprit quant aux réponses données à leur souffrance.

La psychiatrie s'impose comme une démarche « horizontale » infiltrant une part importante des pratiques de soins, mais aussi bien au-delà en amont, car elle a le redoutable privilège d'offrir la seule réponse adaptée à des situations qui concernent un nombre important de nos concitoyens, qui ne peuvent ou ne veulent surtout pas accepter, qu'ils relèvent d'elle.

Il existe encore un hiatus immense entre des situations pouvant être satisfaites par des capacités thérapeutiques, (s'appuyant sur des connaissances multiples, permises par des investissements théoriques équilibrés, faisant appel au médical et aux sciences humaines), et une image qui demeure défavorable dans le public.

Un débat de société

Ce dont il est question s'impose comme un débat primordial de société : celui d'une conception de la santé en tant qu'abord global de l'homme, du compor-

tement de tous vis-à-vis de l'autre et de sa différence, de notre vision de la solidarité à un moment particulier d'égoïsme collectif.

Ce débat, si la psychiatrie en est comme d'autres la dépositaire, elle est la seule à pouvoir et donc devoir y apporter certaines réponses. Quelle est la réalité des demandes de soins psychiatriques dans une société développée comme la nôtre ? Nous n'en savons rien ou si peu, sinon qu'une pression, forte, insistante, ne cesse de s'accroître en termes d'indicateurs sociaux et de mobiliser les services d'urgence et médicaux.

Plusieurs impératifs nécessitent de s'ancrer définitivement dans le champ de la médecine en rappelant notre positionnement au carrefour des sciences humaines et du social, d'écarter tout discours idéologique au profit de celui de pratiques, à l'écoute des demandes dont beaucoup apparaissent nouvelles, de quitter définitivement une position de repli défensif marqué par l'affirmation d'une spécificité condamnée à demeurer fantomatique, en dehors de toute explication.

Alors que depuis plus de quarante ans, certaines équipes de psychiatrie publique démontrent qu'une volonté affirmée induit une diminution importante des capacités d'hospitalisation à plein-temps, développe des structures légères en extrahospitalier, éclate les prises en charge au plus près des demandes, met en place une pratique en réseau auprès du

social et du sanitaire, le constat doit être fait d'une extrême inégalité de développement de nos services de secteur. Un tel constat accompagne celui d'une incroyable hétérogénéité en moyens (de 1 à 7 en personnels) d'une équipe à l'autre, une absence de coordination entre les composantes libérales, associatives et publiques de la discipline, un clivage obsolète entre le médical et le social.

La psychiatrie de secteur, en avance sur bien des points, ne doit plus douter de ses missions qui ne se résument pas à une aire géographique d'intervention, dont la pertinence demeure, mais au-delà de la continuité des soins (non conçue comme un espace clos et comme une clientèle captive), en termes de qualité et de référence soutenues par une vision globale des prestations.

La santé mentale

Force est de relever une opposition de certains intervenants de la psychiatrie publique à toute implication hors de situations strictement pathologiques et reconnues en tant que telles.

Ce repli frileux qui se restreint aux seuls « malades mentaux » condamne au cantonnement d'une psychiatrie obligée et n'a rien à voir avec une démarche ambitieuse qui doit être avant tout une politique de santé publique adaptée à la santé mentale et continuellement évolutive. La crainte d'une despécification, qu'accompagne un abord timide d'une réelle pluridisciplinarité, refuse un passage d'un statut de spécialiste de la pathologie à celui de spécialiste de la normalité. Cette position met en avant, et considère comme un argument de poids, le risque de déqualification du corps social, d'invalidation de ses initiatives par une intervention jugée extensive.

Un autre tendance souhaite promouvoir une psychiatrie des limites associant psychiatrie sociale et de liaison. Elle désire apporter une aide aux sujets souffrant d'un contexte difficile voire insupportable, à partir non plus d'un état pathologique supposé mais d'un état normal, tout autant supposé, en acceptant de se con-

fronter à une nouvelle clinique. Elle refuse le prétexte de l'absence de demande (quasi obligatoire dans un premier temps) et le risque qu'elle pense fallacieux de psychiatrisation. Elle se situe facilement en dehors de lieux classiques d'exercice pour aller au devant de ceux qu'elle souhaite aider, en acceptant de le faire aux côtés d'autres.

Bien évidemment, cette position s'inscrit pleinement au sein des axes actuellement définis de la politique de santé mentale de notre pays.

La prévention

On ne peut que relever actuellement, trop souvent, une collaboration peu développée entre le secteur psychiatrique et divers dispositifs, notamment sociaux. Ce constat a pour corollaire celui de grandes difficultés à mettre en place une pratique de prévention alors que l'effort s'est centré sur les alternatives à l'hospitalisation, une telle perspective portant d'emblée en elle des germes d'hospitalocentrisme. L'effort pour sortir « hors des murs » (ces derniers pouvant être extrahospitaliers du fait de déplacements de pratiques sans adaptation) s'est trop souvent fait « en plus » en termes de moyens, par des équipes, motivées mais trop souvent restreintes en nombre ou privilégiant les soins des patients psychotiques.

Ceci peut expliquer le sentiment de nombreux interlocuteurs laissés pour compte, et non entendus, par des équipes de soins dont certains affirment qu'elles ne peuvent rien proposer sans demande élaborée, ou au moins exprimée, de la part de nombre de nos concitoyens qui ne se considèrent pas comme « malades » mais n'en souffrent pas moins. Une telle position apparaît en rupture avec l'esprit du secteur qui impose de concevoir et de réaménager l'offre de soins en fonction des circonstances rencontrées.

Raccourcir le temps passé entre l'émergence de la souffrance et l'aide proposée représente un impératif. Or par définition, la souffrance psychique ne donne pas lieu à une démarche en absence de sa conscience par le patient. L'indica-

tion apparaît alors au niveau des proches ou du social. Il convient donc de travailler en réseau sans hégémonie, de demeurer disponible, humble, de prouver au cas par cas son efficacité et sa compétence, de se déplacer et non de faire venir dans un lieu qui même extrahospitalier, demeure marqué par une image refusée par beaucoup *a priori*. De ce point de vue le travail en réseau avec de nombreux intervenants n'apparaît guère différent de celui de liaison avec les autres disciplines médicales.

Un dispositif à adapter

Aux critères d'exclusion beaucoup souhaitent voir se substituer des indications en terme d'inclusion permettant des traitements offerts par des équipes aux compétences évidentes et reconnues par tous. La notion de continuité des soins doit privilégier les critères fonctionnels au détriment de critères géographiques, qui toutefois doivent demeurer afin qu'aucun patient ne soit exclu des soins. La notion de traitements différenciés implique des mécanismes intersectoriels, tant au niveau de l'utilisation des moyens que pour le recrutement des patients, ce qui apparaît particulièrement pertinent dans les mégapoles, pour certaines situations cliniques, notamment marquées par l'exclusion.

Heureusement la politique de secteur a eu une forte influence sur certains services : diminution importante des capacités d'hospitalisation à temps complet, développement des structures légères en extrahospitalier, éclatement des prises en charge au plus proche de la population, développement de liens avec les structures et associations environnantes. Si ces lieux de soins ont réussi leur sectorisation, ils demeurent très centrés sur eux-mêmes dans leur fonctionnement. Une forte convergence entre les différents acteurs politiques, administratifs, médicaux et soignants a permis l'évolution vers ces structures « semi-ouvertes ». La mutation doit se poursuivre dans le sens du rapprochement de l'hospitalisation complète des lieux de vie et de la prise en charge de

l'ensemble des détresses psychologiques.

D'autres services ont parcouru le même chemin que ces structures semi-ouvertes. Elle ont en outre compris la nécessité d'élargir le champ de leurs réponses à des demandes jusqu'alors non prises en compte, en intervenant au niveau des urgences médicales et en collaborant de façon étroite et articulée avec l'ensemble des champs médicaux et sociaux.

Certains outils doivent permettre une évolution raisonnablement accessible, au premier rang desquels : la dynamisation de la planification par une vision ascendante, l'évaluation de l'activité, des collaborations identifiées et contractualisées par voie de convention entre les établissements et les autres structures concernées.

Bien entendu ne doit pas être oublié une réelle complémentarité entre pratiques libérale, associative et publique, ainsi qu'entre le médical et le médico-social.

Il est évident que la psychiatrie publique ne demeurera pleinement crédible que si elle parvient, notamment, à imaginer et mettre en place une articulation forte avec de nombreux intervenants dans le respect des champs de compétence de chacun, retrouvant ainsi certaines de ses racines.

Elle doit, pour cela, s'intégrer plus avant dans des stratégies institutionnelles actuellement développées qu'il s'agisse de promouvoir une approche globale, une offre intégrée et des actions de proximité, veiller à assurer une accessibilité pour tous, rechercher la participation des personnes concernées. Une telle démarche ne doit pas méconnaître la nécessité de définir des indicateurs de qualité de vie et de bien-être.

Il est grand temps que notre système de soins psychiatriques soit définitivement pensé en termes de demandes et de flux de patients et non pas en termes d'institutions.

Si cela ne peut advenir, un scénario déjà observé dans d'autres pays ne pourra que s'imposer, la psychiatrie se cantonnant à une optique d'étiquetage, limitée à des séquences thérapeutiques écourtées. ■

Gérard Massé

Praticien hospitalier, animateur de la Mission nationale d'appui en santé mentale



Psychiatriquement correct ?

Dans cette société anémique, la médecine a pour mission, en plus du soin, de créer du lien social. Le prix à payer pour la médecine psychiatrique est qu'on lui demande à la fois d'intervenir sur le statut de l'horreur, dans les crimes de droit commun les plus importants et les plus extravagants, de tout expliquer et surtout d'éviter les récidives. On lui demande d'éradiquer toute angoisse, tout en reconnaissant que celle-ci est partie immanente de l'humain. Dans un tel contexte qui est psychiatriquement correct ? Et la psychiatrie que je pratique est-elle vraiment correcte ?

Un psychiatrie fraternelle et ouverte

C'est pourtant une nécessité pour moi de la penser ainsi cette psychiatrie dans la norme des normes, dans celle que je me suis imposé. Elle est psychiatriquement correcte, parce qu'elle a su devancer les tendances de notre société actuelle : elle se veut fraternelle et ouverte. Elle fait attention aux droits du citoyen, elle affiche la charte des droits de l'homme dans ses locaux et la charte des hospitalisés dans chaque couloir. Les patients ne sont pas des « users-survivors » (usagers survivants comme ils veulent se nommer eux-mêmes) : ils ont accès au Vidal, la bible du médicament, ainsi qu'à toute information nécessaire. Dans notre secteur de

l'agglomération lilloise nous ne prescrivons pas dans nos consultations depuis 15 ans, nous laissons ce soin aux généralistes. Nous pensons que la santé primaire comme mode d'infra-prévention non administrative en santé mentale est la plus importante. Nous travaillons avec les non-spécialistes, et nous redéployons nos lits dans des places et lieux dans la cité (de 300 lits en 1990 nous sommes passés à 25 aujourd'hui, les structures de soins étant éclatées dans des équipements culturels et sportifs municipaux).

Nous ne pratiquons pas la psychiatrie à deux vitesses, et ne tombons pas dans l'inter-sectorialité infantile qui reproduit les structures asilaires à toute allure. Nous ne prenons pas de décisions sans avoir contacté et discuté avec les élus locaux qui se trouvent en première ligne dans notre démarche psychiatrique. Les établissements que nous occupons en ville sont municipaux. Nous y recevons des personnes de tout âge, toute classe sociale, toute pathologie. Nous refusons les ghettos : de toxiques, d'alcoolos, de travailleurs chroniques, d'arriérés, de psychotiques, de névrotiques, de riches et de pauvres, d'expressifs et d'inhibés.

Parce que la psychiatrie « politiquement correcte » doit rester ouverte et « déségrégative ». Parce que le modèle médical ne s'applique pas totalement à notre science psychiatrique.

Parce que nous ne pensons pas que la discrimination positive soit efficace, et

qu'il nous apparaît qu'il n'y a pas de différence de statut social et de citoyenneté entre une personne qui a eu une maladie mentale et une autre qui n'en a point eue.

Notre action de présence dans la cité est avant tout une sensibilisation de la population et sa fréquentation, afin de mieux se connaître donc de ne plus avoir peur et de démystifier les tabous. C'est surtout aux professionnels de la psychiatrie à positiver celle-ci dans leur esprit.

Le grand effacement est en marche et la société psychiatriquement normale en action. Aujourd'hui il apparaît difficile de différencier le fou du non-fou. La machine psychiatrique a fait son œuvre et nos possibilités thérapeutiques, très puissantes, amènent à la disparition des symptômes : les psychotropes règlent les crises au plus vite et les techniques psychothérapeutiques ouvrent à l'intériorisation des conflits et à leur réappropriation dans l'intimité du sujet. À tout symptôme va correspondre une classification, un traitement gommant et un jugement moral. C'est aussi au nom de cette efficacité que nous sommes devenus le pays le plus drogué légalement et le plus « psychothérapé » et « psychiatisé » officiellement. La laïcité est certes à ce prix : silence dans les rangs et dans les consciences, haro sur les sectes guérisseuses, marabouts, croyants, qui pourtant pullulent dans nos cités radieuses.

Car le marché est immense, et la société du spectacle bat son plein, qui met en réel et en écran la misère psychologique et la grande pauvreté, qui fait de l'homme nouveau un produit de consommation jusque dans son intimité à tous dévoilée. Aujourd'hui, les malades en psychiatrie doivent être invisibles, inodores, incolores et sans saveur. Ils doivent être plus normaux que les normaux et se fondre encore plus dans les normes sociales. Le symptôme n'est souvent qu'un signe adaptatif, comme la dépression ou l'angoisse chez les SDF. Il deviendra, dans les nouvelles catégories diagnostiques « statistiquées » signe à soigner, à amender, à faire disparaître.

Être conforme, dans la société du spectacle et de la consommation, devient éminemment écologique.

Pour une psychiatrie dans la cité

N'oublions pas qu'aujourd'hui encore, c'est plus de 80 % des moyens en intra-hospitalier contre moins de 20 % en extra-hospitalier. Là où la psychiatrie devrait être dans la cité, articulée au social et au médical, elle reste encore dans les murs. Et à l'hôpital général, c'est encore pire car rien n'est fait pour qu'on s'y soigne ne serait-ce qu'une journée avec son malheur ou son délire.

Le planifié — comme ce fût le cas pour les grands ensembles — va créer un nouveau désordre, plein de micro-asiles. Nous avons le meilleur système de psychiatrie au monde sur le papier. Pourquoi ne le pratiquons-nous pas ?

La norme reste « l'incommunication » : les groupes homogènes de malades en témoignent largement. Le psychiatriquement correct serait peut être comme le dit le sociologue Robert Castel, le droit de ne pas être comme tout le monde, mais d'être traité comme tout le monde. Ceci veut dire d'éviter toute discrimination qu'elle soit négative ou positive. Le même Castel qui décrit l'apparition de la race des normaux inutiles — « les surnuméraires » — qui n'ont ni emploi, ni fonction sociale. Pour ceux-ci que veut dire le psychiatriquement normal ?

D'éliminateurs de déchets humains de la pensée, nous sommes devenus des recycleurs. Recyclage difficile — car la maladie mentale reste tabou et facteur de discrimination malgré le fait qu'un citoyen sur trois fera un trouble un jour dans sa vie. Cette maladie reste à cacher dans son intimité, à faire en sorte qu'elle ne se sache pas, qu'elle ne se voit pas. On assiste donc à la disparition de l'espace public au prix de l'intimité nucléaire, et des médias facteurs de normes. Les psychiatres ont dans ce contexte un rôle de briseur de groupe : à chaque problème environnemental, posé avec ses parents, ses voisins, ses collègues de travail il lui est demandé : mais parle de toi, et de ta sexualité, de ton inconscient ! et là, il n'y a plus rien à dire en public, plus de procès possible comme le dénonce Thobie Nathan, du haut de son éthno-science.

Le primat du privé et de sa sphère, et

l'impossibilité d'un témoignage en groupe conduit tout droit à la création de cités de « zombies isolés », où le symptôme fait tâche dès qu'il se voit.

Maintenant les usagers de la psychiatrie — les fameux « survivants » — s'organisent. Ils réclament à haute voix l'honneur d'être ou d'avoir été malade. Comme toutes les minorités opprimées, ils réclament des droits et une reconnaissance. Ils font attention à ce que la population adopte une attitude politiquement correcte à leur égard.

Bravo, mais rappelons que le hors-norme crée généralement la norme comme la vie crée la mort et la mort - la vie... Les frontières ne sont plus internationales, elles sont dans nos villes et produisent des effets délétères dans nos consciences. La psychiatrie a bénéficié de la discrimination positive pour ses plus malades, les invalidés chroniques. Elle fait chic dans les banlieues, avec ses allocations adultes handicapés, ses allocations logement, ses équipes de secteur, son ouverture aux institutions culturelles, à côté du choc que sont les RMistes, les précaires et les SDF.

Du plus stigmatisé socialement que le « fou » est en train de naître, grâce à la montée de la délinquance et de la violence. L'énorme arsenal asilaire n'a pu tenir idéologiquement en dehors de toute rationalité marchande, que parce qu'il avait une fonction idéologique très forte : évacuer la folie de la population qui en avait vraiment peur, à cause de son irrationalité, de son urgence et son imprévisibilité. Aujourd'hui, ces attributs sont passés à d'autres populations, exclus, SDF et délinquants, voire étrangers.

La folie fait moins peur, elle a été banalisée au prix d'un formidable arsenal d'actions sur les consciences, d'introspection collective, de banalisation médicalementeuse et d'un déplacement du concept même de « folie » vers d'autres populations, elles-mêmes « folles » mais insoignables médicalement. Psychiatriquement correct ? ■

Jean-Luc Roelandt

Psychiatre des hôpitaux, chef de service du secteur 59G21 EPSM, Lille-Métropole



Une prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est-elle crédible ?

Une prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est-elle crédible ? Cette question se veut révélatrice de nos doutes et de nos espoirs, bref de nos interrogations. Tout d'abord pourquoi « une » prévention plutôt que « la » prévention. Parce que cette dernière formulation laisse trop entendre que la prévention pourrait être une et exhaustive. Or elle ne peut être que plurielle et partielle. C'est-à-dire qu'une prévention suppose que soient définis au préalable les enjeux essentiels et les choix préférentiels en sachant que ces choix entraînent des abandons et que dans le ou les domaines choisis les objectifs ne seront que partiellement atteints.

Intervenir tôt pour empêcher les difficultés de devenir un mode de fonctionnement

Mais quels sont les enjeux ? C'est là qu'intervient la crédibilité. Si l'on peut à juste titre considérer que « l'enfant est le père de l'homme » c'est tout ce qui contribue au développement de l'enfant qui conditionne la santé psychique, mais pour partie aussi la santé physique de l'adulte. Où commence et où s'arrête la prévention ? Elle devient trop vaste pour être crédible. À l'opposé on pourrait être tenté de la réduire au dépistage précoce des anomalies génétiques ou des troubles majeurs du développement.

Or le progrès des connaissances dans le champ du développement de la personnalité de l'enfant nous permet certes de mieux connaître et repérer ces anomalies, mais aussi d'aller plus loin tout en demeurant dans un champ circonscrit. C'est le cas notamment du domaine en plein essor des interactions précoces entre l'enfant et son environnement et des effets de la dépression maternelle sur le bébé. Celui-ci, et d'autant plus qu'il est plus jeune, est tellement tributaire des liens avec son environnement, et tout spécialement ses objets d'attachement, qu'il révèle immédiatement les dysfonctionnements de leurs relations, que ce soient par des entraves au développement normal, tels que retards, attitudes régressives durables ou angoisses de séparation, ou par des troubles du comportement ou des apprentissages, ou des manifestations d'ordre psychosomatique.

Il est relativement aisé de repérer ces signaux, d'en comprendre le sens et d'intervenir précocement avant que ces difficultés ne s'installent comme un mode habituel de fonctionnement et n'aient contribué à réorganiser le développement de l'enfant autour d'elles. Dans ce dernier cas, elles sont alors susceptibles d'imprimer sur le cours de celui-ci l'empreinte de leurs déformations et de leurs fragilisations dont les effets les plus nocifs ne se révéleront parfois que bien plus tardivement, notamment au cours ou au décours de l'adolescence. Faites précocement

ment, ces interventions sont le plus souvent simples, même si elles peuvent nécessiter un suivi relativement prolongé. Elles se font sur le mode de consultations thérapeutiques, parfois de psychothérapies ou d'interventions familiales et mère-enfant.

Ces interventions, à la lumière de notre pratique de clinicien, représentent les actions de prévention les plus efficaces. Mais elles nécessitent de comprendre les enjeux de ce qui est en cause, et d'avoir les outils pour agir. Les outils existent, au moins pour partie, même s'ils doivent se développer et sont appelés sans aucun doute à se perfectionner. Ils sont à la fois conceptuels, les théories du développement de la personnalité, et pratiques, le corps des pédopsychiatres et plus spécifiquement le maillage que représente l'ensemble des intersecteurs de pédopsychiatrie pour lesquels ce travail de prévention devrait constituer une part essentielle de leur activité. Mais ce travail ne peut être efficace que s'il s'opère en réseaux de partenariat avec l'ensemble des acteurs de la vie de l'enfant : l'école en premier chef, mais aussi les généralistes et les pédiatres, les PMI, les services d'obstétrique, les secteurs de justice concernant les jeunes, l'aide sociale à l'enfance, etc. L'objectif n'est certes pas de placer le pédopsychiatre en position hégémonique ni de « psychiatriser » l'ensemble de la population. Le psychiatre est là pour évaluer les situations et apprécier les risques à court et long terme qui pèsent sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Il a également un rôle de formation et de diffusion de ces informations de façon à aider ses partenaires dans leurs tâches de dépistage des situations à risque et d'alléger son travail comme le leur en rendant ses partenaires plus efficaces et plus autonomes.

Le travail en réseau : clef de voûte de la prévention

Cette action préventive suppose en préalable qu'il n'y ait pas d'opposition entre le champ psychiatrique et le champ éducatif au sens large. La tâche du psychiatre

d'enfants ne saurait se limiter au diagnostic et au traitement des maladies mentales. Responsable de ce qui peut affecter la santé mentale de l'enfant, il se doit de prendre en compte tout ce qui peut agir négativement sur le développement de la personnalité : que ce soient les répercussions développementales des contraintes génétiques et biologiques ou les handicaps qui pèsent sur l'enfant, ou que ce soient les risques que font courir à ce même développement les dysfonctionnements relationnels et affectifs des liens de l'enfant avec son entourage. L'éducatif et le psychiatrique s'entrecroisent inéluctablement à un double titre : parce que tout ce qui est de l'ordre de la maladie avérée ou du handicap retentit sur l'organisation même de la personnalité et nécessite une approche spécifique de l'éducatif qui tienne compte des particularités affectives, cognitives et relationnelles induites par ces modes originaux d'organisation de la personnalité. D'autre part parce que ce que nous regroupons sous l'appellation générale de dysfonctionnements, et qui n'est pas toujours en soi pathologique, et à plus forte raison ne saurait être qualifié de maladie, est néanmoins susceptible d'avoir des effets pathogènes à plus ou moins long terme sur le développement de la personnalité. Ces dysfonctionnements deviennent pathologiques à partir du moment où ils se figent, s'organisent et amputent le sujet d'une part plus ou moins importante de ses potentialités : amputation qui peut prendre le visage de difficultés d'apprentissage, d'inhibitions ou de comportements d'auto-sabotage fréquents chez les pré-adolescents et plus encore les adolescents : retrait affectif et intellectuel, asocialité, automutilations, tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires, toxicomanie, tabagisme et alcoolisme...

Le danger est dans la méconnaissance de leur gravité potentielle dont font l'objet ces comportements à partir du moment où ils gênent peu l'entourage ou que celui-ci est peu attentif. Le pédopsychiatre est le plus à même d'en reconnaître les risques et les effets nocifs si on laisse le sujet s'organiser sur ce mode qui a une propension naturelle à s'auto-entretenir et s'auto-organiser. C'est progressivement

une image dévalorisée de lui-même et de ses potentialités qui est ainsi renvoyée à l'enfant ou l'adolescent, d'une façon d'autant plus dangereuse qu'il est dans une période de construction de son identité. Celle-ci risque d'en être marquée négativement d'une façon que le temps rend de plus en plus difficile à corriger.

Certains considèrent qu'il s'agit là d'un luxe et d'un souci de perfection fallacieux et onéreux. Cela nous paraît d'autant moins vrai que le dépistage en est relativement aisé dans le cadre de ce travail en réseau comme le sont les actions thérapeutiques quand elles sont appliquées au début des difficultés. Enfin ce type d'actions de prévention est d'autant plus important que l'évolution sociale va dans le sens d'un accroissement de l'individualisme et des exigences de performance de chaque individu, avec simultanément un affaiblissement des valeurs du groupe et un moindre soutien de sa part.

La difficulté d'impliquer l'entourage de l'enfant

C'est à ce niveau qu'intervient le deuxième volet de la crédibilité de la prévention. Pour qu'elle soit efficace et même seulement possible il faut y croire et pour y croire il faut saisir ce qui est en cause. Or ce qui est en cause implique chacun des protagonistes, en particulier les parents, et pas seulement l'enfant seul, au niveau de ce qui leur est le plus intime, la nature de leurs liens. Or cette implication continue d'être largement refusée et pas seulement par les parents en difficulté, mais par tout un chacun, parent potentiel sinon avéré, et en tout cas ayant ou ayant eu lui-même des parents avec lesquels les relations sont souvent loin d'être limpides. Pourquoi ce refus ?

La psychiatrie continue de fasciner ou de repousser probablement pour les mêmes raisons. Elle fait souvent peur parce que, dit-on, elle serait synonyme de ce qu'il y aurait de plus étranger à soi : la folie. En fait c'est plutôt parce qu'elle est susceptible de raviver ce qu'il y a de plus intime et de plus proche, mais aussi de

plus caché en chacun : les déceptions, les envies, les rancœurs, mais aussi les attentes auxquelles on a peur de croire encore, les désirs fous, les deuils non faits et les attachements jamais réglés.

Soutenir que la nature des liens qui unit (ou désunit) l'enfant et son environnement, le climat affectif dans lequel il vit, sont une donnée déterminante de son développement psychique c'est implicitement interroger les adultes concernés sur leur propre état psychique, leur histoire, leurs liens affectifs présents et passés. C'est les interroger non pas parce qu'ils seraient coupables, ni même parce qu'ils devraient « se mettre en cause », mais parce que le fait même de traiter de ces sujets est susceptible de résonner en chacun, et d'apparaître comme une menace pour son équilibre actuel. Alors on préfère diviser la réalité et opposer le génétique, le biologique, le social ou même le cognitif au psychologique, à l'affectif et au relationnel. Comme si l'inné n'allait pas prendre tout son sens et sa véritable portée en fonction de sa rencontre avec l'environnement et l'histoire ; comme si chacun de ces champs n'interagissait pas constamment avec les autres dans des proportions variables selon les cas et selon les moments de l'histoire de chacun.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a pour objectif de traiter les troubles susceptibles d'affecter le développement psychoaffectif de l'enfant. S'agissant d'un sujet en développement la prévention est inhérente à son action car elle est tenue d'intervenir sur tout ce qui est susceptible d'interférer à plus ou moins long terme sur ce développement. Cette perspective l'oblige à refuser tout clivage radical entre les différents champs impliqués dans ce développement, en particulier avec l'éducatif et avec le monde relationnel de l'enfant. Le faire serait fermer la voie à une prévention crédible. Mais pour que celle-ci soit possible les différents intervenants doivent partager un minimum de compréhension commune des enjeux. Accepter cet objectif c'est pour le pédopsychiatre accepter d'avoir éventuellement à intervenir partout où l'enfant et l'adolescent sont en relation avec un adulte. ■

Professeur Philippe Jeammet

Chef de Service de Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut mutualiste Montsouris

Bibliographie

Gérard Massé, praticien hospitalier, animateur de la Mission nationale d'appui en santé mentale a assuré la coordination de ce dossier. Les articles et encadrés ont été rédigés par : Delphine Antoine, Sesi
Jean-Pierre Aubert, médecin généraliste
Colette Barreateau, psychiatre libérale, Poitiers
Christian Bonal, direction des hôpitaux
Clément Bonnet, psychiatre des hôpitaux, Soisy-sur-Seine, Association de santé mentale du 13^e arrondissement de Paris
Gérard Bourcier, chef de secteur infanto-juvénile, Vincennes
Alain Braconnier, médecin directeur, Association de santé mentale du 13^e arrondissement, Paris
François Chapireau, psychiatre des hôpitaux, Centre collaborateur de l'OMS
Martine Clemente, direction générale de la Santé
Serge Kannas, chef de secteur, Centre hospitalier Charcot, Plaisir
Viviane Kovess, psychiatre, épidémiologiste associée de santé publique, faculté de médecine, Université de Caen
Genviève Laroque, présidente de l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (Unafam)
Hélène Laure-Mora, secrétaire général de la FNAP-PSY
Joël Martinez, secrétaire général de Psycom 75, Saint-Maurice
Gérard Massé, praticien hospitalier
Patrick Mordelet, directeur du centre hospitalier Maison blanche, Neuilly-sur-Marne
Guy Nicolas, rapporteur général du HCSP
Jean-Claude Pénochet, psychiatre des hôpitaux, polyclinique de psychiatrie, Montpellier
René Vezzoli, psychiatre libéral, La Rochelle
Jean-Paul Vincensini, interne de santé publique
Merci à André Comte-Sponville, Philippe Jeammet, Gérard Massé et Jean-Luc Røeland pour leur tribune.

Abord global

Jeager M. *La Psychiatrie en France*. Syros, Alternatives, 1989.

Jeanson F. *La Psychiatrie au tournant*. Le Seuil, 1987.

Massé G. *La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale*. Éditions ENSP, 1992.

Mordelet P. *La santé mentale, organisation et gestion*. Berger-Levrault, 1987

Spadone Ch. *La maladie mentale, recherches et théories*. Flammarion, coll. *Dominos*, 1995.

Zarifian E. *Les Jardiniers de la folie*. Odile Jacob, 1988.

Les pratiques

Arveiller J.-P., Bonnet Cl. *Au travail... les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental*. Eres, 1991.

Arveiller J.-P., Bonnet Cl. *L'insertion du malade mental*. Eres, 1994.

Caroli F. *Hospitalisation psychiatrique, ancienne et nouvelle loi*. PUF, coll. *Nodules*, 1991.

Chanoit P.-F. (sous la direction de). *Psychiatrie sociale à l'heure européenne*. Eres, coll. *Psychiatrie et société*, 1991.

David M. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*. PUF, coll. *Nodules*, 1993.

George M.-C., Tourne Y. *Le secteur psychiatrique*. PUF, coll. *Que sais-je ?*, 1994.

Gérard J.-L. *Infirmiers en psychiatrie, nouvelle formation, une formation en question*. Lamarre, 1993.

Jolivet B. *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*. Frison-Roche, 1995.

Marin Ph. *Activité extra-hospitalière en psychiatrie*. Berger-Levrault, 1990

Massé G., Mosnier G. *Soins psychiatriques. Guide des innovations*. Heures de France, 1996

Petitjean F., Dubret G., Tabèze P. *Psychiatrie à l'hôpital général*. Eres, 1994.

Senninger J.-L., Fontaa V. *Les unités pour malades difficiles*. Heures de France, 1994.

Vidon G. (sous la direction de). *La réhabilitation psychosociale en France*. Frison-Roche, 1996.

Zarifian E. *Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France*. Ministère du Travail et des Affaires sociales, mars 1996, 2 volumes.

Conférence de consensus : textes des experts. *Stratégies thérapeutiques à long terme des psychoses schizophréniques*. Frison-Roche, 1994.

L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux. Ministère de la Santé et de l'Assurance maladie, juin 1995.

Annuaire des psychiatres français. AFP, 23, rue Pradier, 92410 Ville d'Avray.

Planification — évaluation

Kovess V. (sous la direction de). *Évaluation de la qualité en psychiatrie*. Economica, 1994.

Reynaud M., Lopez A. *Évaluation et organisation des soins en psychiatrie*. Frison-Roche, 1994.

Soeur A. *La politique de santé mentale en question. De la circulaire du 14 mars 1960 au Rapport Massé. Les Études Hospitalières*, 1995.

Boisguérin B., Parayre Cl., Quemada N. *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale*. Inserm, OMS, ministère des Affaires sociales, DGS, juillet 1994.

Économie de la santé et psychiatrie. Confrontations Psychiatriques, 1990, n° 32.

Adresses utiles

Mission nationale d'appui en santé mentale

74 bis, avenue Edison
75013 Paris

Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations

236, rue Tolbiac
75013 Paris

Union des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales (Unapei)

15, rue Coysevox
75018 Paris

Union nationale des amis et familles de malades mentaux (Unafam)

8, rue de Montion
75009 Paris

Recherches épidémiologiques en Inserm Unité 360 neurologie et psychopathologie

INSERM

Directeur

Annick Alperovitch

Date de création

Janvier 1992

Statut

L'unité 360 fait partie de l'Institut fédératif de recherches d'Île-de-France en épidémiologie, sciences sociales et santé publique.

Effectif

Vingt personnes dont cinq chercheurs Inserm, trois enseignants-chercheurs PU-PH, un chercheur étranger sur « poste vert » Inserm, un ingénieur de recherche Inserm.

Coordonnées

Hôpital de la Salpêtrière
75651 Paris
Cedex 13
Téléphone :
42 16 25 40
Télécopie :
42 16 25 41

Domaine de recherche

Les recherches épidémiologiques conduites dans l'unité 360 portent sur :

- le vieillissement cérébral, et en particulier ses aspects cognitifs
- les accidents vasculaires cérébraux
- la maladie de Parkinson
- la maladie de Creutzfeldt-Jakob
- la sclérose en plaques

Ces recherches font appel à différentes approches méthodologiques : études longitudinales en population générale, études cas-témoins en population générale ou en milieu hospitalier.

Publications

Au cours des années 1994 et 1995, l'unité 360 a publié plus de 40 publications dont l'extrait ci-après illustre les différents thèmes de recherche de l'unité :

- Brousseau T, Legrain S, Berr C, Gourlet V, Vidal O, Amouyel P. *Confirmation of the allele e_4 of the apolipoprotein E gene as a risk factor for late-onset Alzheimer's disease*. Neurology 1994 ; 44 : 342-344.
- Verdier-Taillefer MH, Roulet E, Cesaro P, Alperovitch A. *Validation of self-reported neurological disability in multiple sclerosis*. Int J Epidemiol 1994 ; 23 : 148-154.

Dans toutes ces études, la nature des hypothèses amène à pratiquer des investigations cliniques (imagerie vasculaire non invasive, imagerie cérébrale par résonance magnétique) et biologiques permettant d'étudier finement, même en population générale les maladies et leurs facteurs de risque. L'unité, qui inclut une équipe de neuropathologie, fait des travaux d'épidémiologie neuropathologique dans le domaine du vieillissement cérébral et de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Autres activités

- Enseignement : le personnel de l'unité participe à l'enseignement de la maîtrise de sciences biologiques et médicales, du DEA de santé publique et du DEA de neurosciences.

- Laboratoire d'accueil : étudiants de DEA et doctorants (santé publique, neurosciences), internes de santé publique.

L'unité 360 participe activement à la vie scientifique, par l'implication de ses membres dans différentes instances scientifiques de l'Inserm et dans les comités scientifiques de Fondations et Associations consacrées à la recherche épidémiologique (Fondation Pierre Louis) ou à la recherche sur les maladies neurologiques (épilepsie, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques).

- Laplanche JL, Delasnerie-Lauprêtre N, Brandel JP, Chatelain J, Beaudry P, Alperovitch A, Launay JM. *Molecular genetics of prion diseases in France*. Neurology 1994 ; 44 : 2347-2351.
- Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S, Alperovitch A, Chedru F, D'Anaclejan-Chatillon J, Bousser MG. *Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women*. BMJ 1995 ; 310 : 830-833.
- Dufouil C, Dartigues JF, Fuhrer R. *Symptômes dépressifs chez les personnes âgées : comparaison entre des populations rurales et*

urbaines. Rev Épidém et Santé Publ 1995 ; 43 : 308-315.

- Tison F, Dartigues JF, Auriacombe S, Leteneur L, Boller F, Alperovitch A. *Dementia in Parkinson's disease : a population-based study in ambulatory and institutionalized individuals*. Neurology 1995 ; 45 : 705-708.

- Amouyel P, Alperovitch A, Delasnerie-Lauprêtre N, Laplanche JL. *Apolipoprotein E in Creutzfeldt-Jakob disease*. Lancet 1995 ; 345-595.

Santé, travail et âge

Résultats de l'enquête Estev 1990

L'enquête Estev a été conçue afin de tenter de mettre en évidence les relations entre l'avance en âge, la santé et différents paramètres professionnels. La première phase de l'enquête s'est déroulée en 1990. La méthodologie et les résultats de cette étude sont présentés ici.

L'enquête santé, travail et vieillissement (Estev) est une enquête épidémiologique longitudinale en milieu professionnel se déroulant dans sept régions de France, concernant plus de 21 000 salariés et ayant mobilisé en 1990 près de 400 médecins du travail.

Estev a été imaginée en 1989 par la Société de médecine du travail et d'ergonomie de l'Ouest. Elle est coordonnée par un groupe de médecins du travail, d'épidémiologistes (U170 de l'Inserm) et d'ergonomes notamment du Centre de recherche et d'étude sur l'âge et la population au travail. Elle a été réalisée grâce aux financements du ministère du Travail et des Affaires sociales, du ministère de la Recherche et de la MGEN.

Estev a été conçue pour répondre à trois préoccupations principales.

La première est liée à des constats et projections démographiques : le vieillissement de la population active est un processus qui se poursuivra. Au cours des années à venir la population active va probablement vieillir avec un réajustement de la structure d'âge vers les tranches les

plus élevées puisque les projections démographiques de l'Insee envisagent la poursuite de la baisse des taux d'activité chez les jeunes de moins de 25 ans et la stabilisation des taux d'activité chez les 55-59 ans. Ces hypothèses amènent à estimer que la part des hommes et des femmes de 45 ans et plus au sein de la population active passera d'environ 29 % en 1990 à 35 % à l'an 2000 et à plus de 37 % en 2010.

La deuxième préoccupation relève de la pratique professionnelle, les médecins du travail observent des phénomènes de vieillissement au travail, aussi bien vieillissement « dû » au travail, que vieillissement par rapport au travail.

Vieillissement dû au travail : l'évolution de l'état fonctionnel d'un salarié peut être fortement marqué par les contraintes ou les nuisances que son travail lui a imposées, ce que l'on traduit en parlant de vieillissement prématuré. Pour le vieillissement par rapport au travail, il s'agit des conséquences de l'avance en âge sur la capacité qu'a le salarié de faire face aux exigences de tel ou tel poste de

travail. Ces conséquences peuvent être positives grâce à l'expérience accumulée, ou négatives et se traduire alors par des difficultés à tenir le poste dans des conditions convenables, ou par une réaffectation difficile qui peut aboutir aussi à une exclusion pure et simple. Le médecin du travail est impliqué dans la gestion délicate des conséquences du vieillissement au poste de travail.

La troisième préoccupation se situe dans le champ des connaissances scientifiques. En effet les recherches sur les relations entre l'âge, le travail et la santé ne sont pas abondantes et notamment celles qui s'attachent à une évolution quantifiée de ces relations.

Souvent, l'un des trois sommets du triangle âge-travail-santé est absent.

L'étude de lien entre âge et travail s'est centrée pour l'essentiel sur des évolutions de performances comparées de personnes d'âges différents en laissant de côté la question du coût de ce travail en termes d'atteintes à la santé.

De leur côté, les données sur la santé comparées à divers âges font peu de place aux variables environnementales et au travail.

Enfin l'épidémiologie professionnelle prend peu en compte l'âge comme variable centrale de ses analyses, vérifiant juste si cette variable n'intervient pas

comme facteur de confusion dans la relation travail-santé. Ces constatations nous ont conduits à construire une enquête basée sur les objectifs suivants :

- la prise en compte d'une grande quantité d'informations dans les champs de la santé et du travail pour permettre l'exploration d'aspects variés du vieillissement au travail ;
- la mise en place d'une procédure nécessaire pour aboutir à une enquête longitudinale prospective ;
- la maîtrise, de façon rigoureuse, de la variable âge.

Ces objectifs de principe n'étaient guère conciliables avec une procédure d'enquête légère.

Des décisions plus opérationnelles ont donc été prises, il fallait :

- un échantillon de grande taille ;
- des médecins du travail volontaires et nombreux ;
- un nombre de sujets enquêtés par médecin compatible avec le fonctionnement des services médicaux du travail ;
- une homogénéisation des pratiques d'enquête ;
- l'anonymat des salariés enquêtés.

Les analyses effectuées partent ou d'un aspect du travail (contraintes, difficultés, choix de profession, horaires de travail), ou d'un aspect de la santé (santé perçue, douleurs rachidiennes, hypertension artérielle, fonction auditive, souffrance psychique), ou d'un groupe de population (bâtiment travaux publics, cadres, emplois administratifs, personnel soignant, voire le fait d'être salarié masculin ou féminin).

Pour illustrer ces résultats, trois exemples pris dans chacune de ces modes d'approche, les horaires de travail, les douleurs rachidiennes et la consommation de médicaments parmi les employées administratives, seront décrits.

Les effets des horaires décalés

Le travail salarié a subi au cours des vingt dernières années des évolutions importantes. L'organisation du travail a été modifiée, on a assisté à une multiplication des horaires atypiques avec décalage

La méthodologie d'Estev

Un tirage au sort a été réalisé parmi les salariés surveillés par les médecins du travail volontaires, des sujets nés en 1938, 1943, 1948, 1953, couvrant la période charnière de la deuxième moitié de la vie professionnelle.

21 378 salariés ont été enquêtés par 380 médecins du travail volontaires dans 7 régions de France (Pays de Loire, Bretagne, Dauphiné-Savoie, Centre, Ile de France, Nord, Ile de la Réunion).

Ces salariés ont été enquêtés en 1990, au cours de la visite annuelle (le taux d'acceptation a été de 88%).

Les données ont été collectées sur des questionnaires fermés qui portaient :

- sur les caractéristiques du travail actuel et passé (horaires, contraintes de temps, pénibilité physique, sur la difficulté de ces contraintes avec l'avance en âge) ;
- sur les caractéristiques de santé relevées par les médecins du travail, notamment celles susceptibles d'évoluer avec l'âge : audition, vision, pression artérielle, mesures anthropométriques, douleurs articulaires, nombre de maladies actuelles et passées, consommation de médicaments ;
- sur des examens complémentaires (épreuve fonctionnelle respiratoire, audiogramme, test visuel) ;
- sur des caractéristiques socio-démographiques concernant aussi bien les conditions de vie que la santé perçue à partir d'une adaptation française du test de santé perçue de Nottingham et d'une auto-évaluation sur une échelle analogique de bien-être.

Ces mêmes questionnaires ont été réutilisés en 1995 pour conduire la deuxième enquête.

Les données de 1990 ont été analysées par 12 équipes de recherche comprenant des médecins du travail, des épidémiologistes, des statisticiens et des ergonomes.

Ces équipes travaillent en parallèle, chacune sur un sujet précis.

variable au cours de la journée, de la semaine, du mois et de l'année. De nombreuses études montrent que ces horaires perturbent les rythmes circadiens et retranchent plus ou moins le salarié de la vie sociale et familiale, ils sont mal tolérés avec l'avance en âge notamment autour de la quarantaine.

L'effet des horaires décalés sur la santé a été étudié en fonction de l'âge.

Les sujets en horaires décalés ont été observés à partir de quatre questions sur les caractéristiques du travail : travail en

horaires alternants, horaires de travail obligeant souvent à se coucher après minuit, se lever avant cinq heures du matin, ne pas dormir la nuit.

La population des salariés concernés varie avec l'âge, mais les différences ne sont pas considérables. À noter que les anciens décalés sont au moins aussi nombreux que les actuels pour chaque sexe et âge.

Les troubles du sommeil ont été étudiés à partir de cinq items de la dimension sommeil du Nottingham Health Profile : « *je prends des médicaments*

pour dormir », « *je me réveille tôt le matin* », « *je reste éveillé une partie de la nuit* », « *je mets beaucoup de temps à m'endormir* » et « *je dors mal la nuit* ».

Ont été considérés comme ayant des troubles du sommeil, les salariés ayant répondu positivement à au moins une des cinq questions.

On constate une augmentation des troubles du sommeil avec l'âge, ces troubles passent de 35 % à 49 % chez les hommes et de 36 % à 56 % chez les femmes. Le trouble le plus souvent cité est le réveil précoce sans parvenir à se redormir. La proportion des sujets déclarant éprouver ces troubles est plus élevée à tout âge pour les salariés actuellement en horaires décalés (voir ci-contre).

Cette proportion demeure significativement plus élevée à tout âge pour la population ayant quitté les horaires décalés que pour celle n'ayant jamais connu de tels horaires.

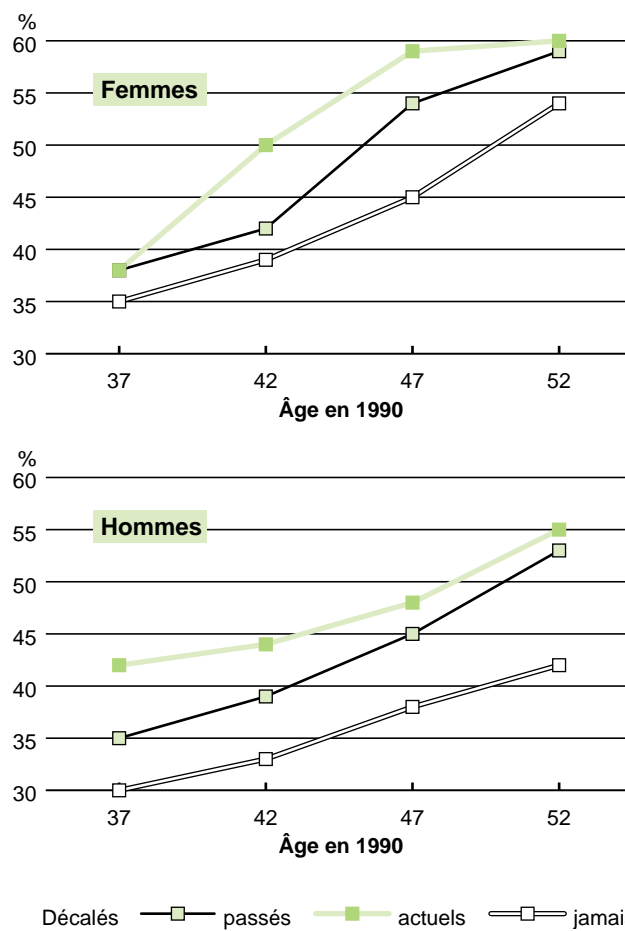
À partir de 47 ans, les perturbations du sommeil sont presque aussi fréquentes pour les anciens décalés (à 52 ans, 53 % pour les hommes et 59 % pour les femmes) que pour ceux qui le sont actuellement (55 % pour les hommes et 60 % pour les femmes).

D'autres paramètres de santé en relation avec les horaires décalés ont été étudiés : les réactions émotionnelles, le tonus, l'isolement social de l'indicateur de santé perçue de Nottingham, la consommation de médicaments à visée neuropsychiatrique ou de somnifères, hypertension artérielle, poids pathogène à partir de l'indice de Quetelet, arrêt de travail en nombre et durée et nombre de consultations médicales.

On peut dire pour l'ensemble de ces items que :

- l'âge intervient dans la plupart des paramètres santé étudiés. L'augmentation est précoce pour les troubles du sommeil, le poids pathogène, la consommation de médicaments à visée neuropsychiatrique et l'hypertension artérielle. Par contre l'influence de l'âge se manifeste plus tardivement (à partir de 42 ans chez les femmes et 47 ans chez les hommes) sur le nombre de consultations et l'existence d'au moins un arrêt de travail ;

Troubles du sommeil en fonction des horaires décalés actuels et passés et du sexe



- le travail en horaires décalés majore à chaque âge les troubles pour tous les paramètres étudiés sauf pour l'HTA ;

- les troubles du sommeil, l'absentéisme pour maladie et le poids pathogène sont nettement plus fréquents à chaque âge chez les salariés actuellement en horaires décalés et peuvent refléter un mal-être contemporain de l'exposition à cette contrainte ;

- les troubles concernant l'isolement social, les réactions émotionnelles et le nombre de consultations sont plus fréquents à chaque âge à la fois chez les sa-

lariés en horaires décalés actuels ou passés : perturbations précoces mais qui persistent dans le temps malgré le retour à des horaires normaux ;

- la consommation de médicaments à visée neuropsychiatrique ou de somnifères est plus fréquente à chaque âge chez les salariés ayant précédemment travaillé en horaires décalés ;

- la tendance générale est à un cumul des effets d'âge et des effets d'exposition professionnelle, ici les horaires décalés sans interaction.

Les douleurs articulaires

Au moment de l'enquête, au cours de l'examen médical standardisé, pour chaque segment du rachis, le médecin du travail demandait si le sujet avait des douleurs depuis au moins six mois et si elles étaient ou non accompagnées de limitations, si elles avaient nécessité un traitement et/ou un arrêt de travail.

Toutes localisations rachidiennes confondues, la prévalence des douleurs ostéoarticulaires varie de 37 à 47 % entre 37 et 52 ans chez les hommes et de 42 à 57 % chez les femmes au même âge.

À chaque âge, les prévalences sont plus élevées pour le sexe féminin, et l'écart féminin/masculin s'accroît avec l'âge en passant environ de 5 à 10 % entre 37 et 52 ans.

L'accroissement avec l'âge se présente d'une façon plus marquée entre 47 et 52 ans.

On constate que la prévalence des douleurs dorsales évolue peu, par contre la prévalence des douleurs lombaires augmente avec l'âge.

Le cumul des atteintes rachidiennes s'accroît avec l'âge chez les hommes souffrant de douleurs rachidiennes, le pourcentage de ceux ayant déclaré plus d'une seule localisation évolue de 25 à 42 % entre 37 et 52 ans et respectivement de 31 à 49 % chez les femmes.

L'effet de la pénibilité physique (ports de charges lourdes, postures pénibles, efforts sur outil, vibrations) a été nettement mis en évidence, surtout pour les douleurs lombaires. On peut faire un constat de même nature s'agissant de la perception des moyens pour faire un travail de bonne qualité. Chez les femmes, les écarts sont plus élevés à 52 ans qu'aux autres âges entre celles qui déclarent avoir les moyens et celles qui déclarent ne pas les avoir.

La prévalence des douleurs lombaires chez les ouvriers est liée simultanément au fait d'être soumis au port de charges lourdes et de ne pas avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité.

Le gradient des douleurs lombaires augmente selon que l'on ne porte pas ou que l'on porte des charges lourdes et

qu'on ait ou que l'on n'ait pas les moyens de faire un travail de bonne qualité et ce dès 37 ans. Ceci montre que la prévention des atteintes rachidiennes ne peut pas se limiter à l'ergonomie des gestes et des postures mais doit prendre en compte l'organisation du travail. Ces préoccupations doivent commencer tôt dans la vie professionnelle compte tenu des niveaux de douleurs déjà constatés à 37 ans. Des études particulières sur les salariés du bâtiment et des travaux publics montrent que la gestion de ces problèmes par soustraction au risque n'est pas forcément opérant, car ceux qui ont été soustraits après atteintes voient les douleurs rachidiennes, notamment lombaires, persister et atteindre les mêmes fréquences que ceux qui ont toujours été exposés.

La consommation de médicaments

Pour les salariés occupant des emplois administratifs, l'enquête s'est intéressée à la consommation de médicaments psychoactifs. Étaient considérées comme consommatrices, celles qui ont répondu aux questions « *prenez-vous régulièrement un médicament pour les nerfs, pour*

dormir » et celles qui avaient déclaré une pathologie psychiatrique avec traitement ou des troubles du sommeil traités.

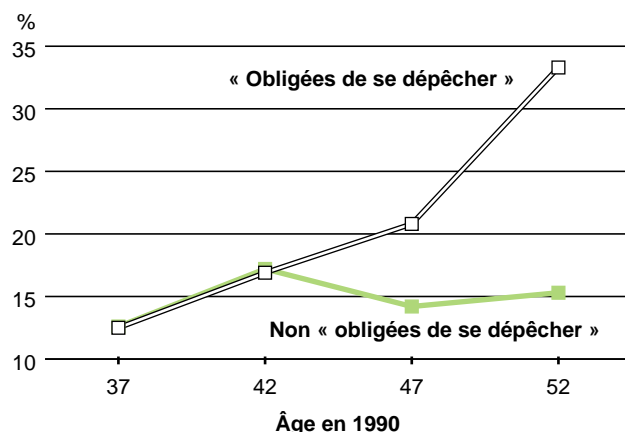
Cette consommation est de 18 % pour la population féminine globale de l'enquête Estev (elle correspond aux différentes études connues).

La consommation de psychoactifs est plus marquée en ce qui concerne les médicaments pour dormir, puis viennent les médicaments pour les nerfs enfin les traitements pour pathologie psychiatrique. Elle a été étudiée selon les composantes de pression et de sollicitation présentes au travail. Ces composantes issues du questionnaire sur les difficultés professionnelles reprennent les contraintes liées au fait de devoir se dépêcher, de devoir faire plusieurs choses à la fois, d'être souvent interrompue dans son travail, de faire des heures supplémentaires ou d'être en contact avec la clientèle ou le public.

Ces contraintes augmentent peu la consommation de médicaments psychoactifs, sauf pour les salariées qui doivent se dépêcher, elles sont alors significativement plus nombreuses à consommer des médicaments notamment pour celles de 47 et 52 ans.

Par contre, quand la pression temporelle est absente, la consommation varie

Pourcentage de consommation de psychotropes en fonction des contraintes cognitives



peu en fonction de l'âge. Si on poursuit l'analyse par l'étude des pourcentages de salariées qui prennent des psychoactifs en fonction des difficultés perçues (ou non) associées à chaque contrainte de pression, on remarque que chez celles qui trouvent qu'il est difficile de se dépêcher le pourcentage de consommation est plus élevé que chez celles qui n'éprouvent pas cette difficulté. Cet écart se retrouve à chaque âge, mais il est beaucoup plus important chez les plus âgées.

La consommation de psychoactifs a été analysée à l'aide de régressions logistiques en fonction des variables concernant les caractéristiques individuelles (vit ou non en couple), de caractéristiques d'appréciation du travail (avoir ou non un travail varié) ou de caractéristiques de pression au travail (devoir se dépêcher ou non).

Cette consommation augmente avec la monotonie perçue dans le travail et le fait de vivre seule chez les plus jeunes, alors que c'est l'influence très forte des facteurs de pression temporelle qui apparaît chez les plus âgées.

Il est intéressant de constater que les paramètres négatifs de la situation de travail pèsent sur la consommation de psychoactifs autant que les écarts d'âge de plusieurs années.

Les enseignements généraux de l'enquête de 1990

À propos de l'âge

Dans la plage d'âge de l'enquête de 37 à 52 ans, la santé psychique (indicateurs d'anxiété et de signes dépressifs) paraît relativement stable. Par contre la santé physique présente des altérations qui s'accroissent avec l'âge, c'est le cas des troubles musculo-squelettiques (douleurs dans le rachis, dans les membres), c'est le cas des troubles du sommeil, de l'hypertension artérielle, de l'audition.

Mais il n'y a pas d'automatismes apparents qui feraient que chacun ait les mêmes troubles, aux mêmes âges et dans les mêmes combinaisons. Il s'agirait plutôt d'une mosaïque de variations avec l'âge, fortement dépendantes d'une multitude

de facteurs, en particulier professionnels, sans pour autant que ceux-ci expliquent tout. C'est-à-dire que l'âge apparaît comme un facteur qui a un rôle propre qui vient se cumuler aux autres facteurs.

C'est pourquoi on peut avancer l'idée qu'il faut rechercher, du point de vue de la prévention, à faire en sorte que les autres facteurs ne viennent pas aggraver cette part d'évolution naturelle. Le travail doit être adapté en conséquence, et non pas conçu d'une façon rigide s'imposant à tous sans discernement.

À propos de la santé

Même si la plupart des maladies peuvent frapper à n'importe quel âge, il y a quelque chose qui se superpose avec l'avance en âge puisque plus le temps passe plus la possibilité d'être concerné par tel ou tel trouble de la santé s'accroît. Mais il y a santé et santé, celle que l'on pourrait décrire en termes de maladies, de déficiences ou d'impossibilité de faire tel ou tel geste, d'entendre tel ou tel son ou de percevoir tel objet, et celle qui est ressentie, qui fait que l'on est bien ou mal à l'aise avec son corps et ses problèmes. Ce dernier aspect, qui prend souvent le nom de qualité de vie reliée à la santé, est très important parce que c'est un des déterminants des comportements, par exemple vis-à-vis des médicaments, mais aussi le signe précurseur de troubles plus importants. C'est en particulier à ce niveau que se distingue bien ce qui est de l'ordre des douleurs physiques et ce qui est de l'ordre des souffrances psychiques dans la santé. Ce ne sont pas les mêmes caractéristiques qui influent sur les unes ou les autres, à commencer par l'âge. Les résultats obtenus montrent que du point de vue des douleurs physiques comme des souffrances psychiques, il n'y a pas une caractéristique du travail qui apparaît (isolément) comme le facteur de risque principal, mais plutôt des combinaisons de caractéristiques entrecroisant l'environnement physique du travail et les conditions de son exécution.

Ainsi par exemple, les douleurs lombaires dont la fréquence augmente avec l'âge, sont non seulement majorées quand le travail implique de soulever des char-

ges lourdes ou de maintenir des postures pénibles, mais aussi indépendamment de ces facteurs, quand on ne trouve pas dans le travail les moyens en temps, en informations, en matériel pour faire un travail de bonne qualité. Il s'agit d'une situation qui paraît s'imposer à l'ensemble des salariés enquêtés quelle que soit la profession et que l'on retrouve dans des groupes particuliers comme les ouvriers du bâtiment et des travaux publics et les personnels hospitaliers.

À propos du travail

L'enquête montre clairement que toute interrogation sur le travail passe par deux pôles : d'une part sur ce qui se voit immédiatement et peut être évalué aisément (les horaires, les rythmes du travail, la pénibilité physique) et d'autre part ce qui est ressenti par le salarié, notamment les contraintes de travail (se dépêcher, faire plusieurs choses à la fois, faire des gestes précis), la tolérance vis-à-vis de ces contraintes (variable d'un sujet à l'autre), mais aussi le vécu global de sa situation de travail (travail intéressant, varié, avec des marges de manœuvre et des moyens pour faire un travail de bonne qualité).

Estev et la médecine du travail

Les retombées possibles d'Estev sur la pratique de la médecine du travail se précisent peu à peu. Le déroulement même de cette opération, en associant largement les médecins à la préparation, à la réalisation et l'exploitation de l'enquête, et en leur donnant l'occasion de réflexions collectives et pluridisciplinaires avec des épidémiologistes, des ergonomes, des gérontologues, des démographes, représente une inflexion intéressante de leur pratique professionnelle. Ces travaux et ces collaborations ont également contribué, et ce n'est pas négligeable, à une reconnaissance accrue du rôle des médecins du travail dans la communauté scientifique. L'idée que cette profession puisse participer activement aux recherches en santé au travail, y compris en prenant l'initiative, est une idée de bon sens. De ce point de vue, Estev constitue une aven-

ture, risquée mais gagnée et stimulante, qui participe d'une réflexion renouvelée sur le sens du métier de médecin du travail.

En retour, une opération comme Estev fournit aux médecins la possibilité de donner un autre statut à des observations quotidiennes, à des impressions ou des intuitions nées dans leur pratique professionnelle (par exemple le vieillissement accéléré dans certaines situations de travail), voire à des enjeux concrets et délicats comme la gestion des inaptitudes.

Reste évidemment aux médecins du travail à se réapproprier les résultats de l'enquête, dans les échanges de vues sur l'activité de travail, avec les salariés et les directions d'entreprises, et dans leurs interventions pour faire évoluer l'organisation du travail, afin de permettre aux travailleurs de tous âges de continuer à construire leur santé grâce à leur travail. Cet effort de traduction en orientations concrètes commence à présent, et il sera largement développé quand seront disponibles les résultats de la deuxième phase de l'enquête. ■

Annie Touranchet

MIRT Pays de la Loire

François Derriennic

Chargé de recherches,
Inserm U 170, Villejuif

Serge Volkoff

Statisticien, Créapt, Paris

alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

Sommaire 1996, 18 (2) : 117-220

Éditorial

Le coût social de la consommation excessive d'alcool, *F. Poldrugo*

Mémoires

- Relations entre rations d'alcool et d'aliments en Ile-et-Vilaine et dans le Calvados, *G. Péquignot, A. J. Thuyns*
- Retentissement de l'alcoolisation chronique sur les apports en macronutriments, *B. Schmitt*
- Micronutriments et radicaux libres, *M.-J. Richard*
- Statut en vitamines antioxydantes et alcoolisme chronique, *E. Lecomte, B. Herbeth, P. Pirollet, P. Grolier, F. Paille, Y. Artur*
- Statut vitaminique et alcool, *A. Lemoine, H. Chanay, B. Cirette, P. Bouillot*
- Profil nutritionnel du malade au centre régional d'alcoologie de Coimbra, *J.-J. Rodrigues da Silva Breda*
- Traitement nutritionnel du malade alcoolique au centre d'alcoologie de Porto, *C. Morais, T. Rodrigues*

Mise au point

Glucose et dépendance tabagique, *R. Mollimard*

Alcoologie de terrain

- Éducation nutritionnelle sur les boissons auprès des malades alcooliques, *F. Bresson, M. Klein, M.-D. ILozach, A. Thouvenin*
- Compensations alimentaires après sevrage alcoolique. Résultats d'enquête, *M. Klein, A. Thouvenin*

Congrès

- 37^e Congrès international sur l'alcoolisme et la toxicomanie, août 1995, San Diego, Californie
- 10^e Journée de tabacologie du centre hospitalier Paul Guiraud, octobre 1995, Villejuif
- 25^e Rencontre annuelle de la Société des Neurosciences, novembre 1995, San Diego, Californie

Vie de la SFA

- Du bachisme culturel dans la société arabe à l'alcoologie clinique, 27 mars 1996, La Sorbonne, Paris

Groupes de travail

- Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool, Groupe Normandie-Bretagne
- Nouveaux membres. Prochaines réunions de la SFA

Informations

- Thèses. Livres. Agenda. Annonces

Alcoologie, Pr Jean-Dominique Favre,
69, avenue de Paris 94100 Saint-Mandé, téléphone : 43 98 04 99

Le syndrome d'alcoolisme foetal

Un projet régional dans le cadre d'une problématique nationale

Le Groupement régional d'alcoologie Nord-Pas-de Calais a organisé le 27 avril 1996 un colloque scientifique ayant pour thème le syndrome d'alcoolisme foetal. Ce colloque s'inscrit dans le cadre d'une demande de santé publique intéressante.

Depuis le mois d'octobre 1994, à l'initiative de la Maison régionale de promotion de la santé, un groupe de travail réunit pédiatres, obstétriciens, sages-femmes, alcoologues, psychiatres d'enfants et acteurs de prévention, à propos du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF), afin de mettre au point une démarche de santé publique.

Les conduites d'alcoolisation durant la grossesse et les dommages encourus par l'enfant, résumés dans l'adage populaire « les parents boivent, les enfants trinquent » font l'objet d'un incroyable déni, plus fort encore que celui développé à propos des conduites de consommation des autres substances psychoactives. Cela est plus particulièrement vrai dans la région Nord-Pas-de Calais.

Plusieurs objectifs sont poursuivis.

- Apporter aux professionnels de la santé les connaissances nécessaires pour diagnostiquer d'une part les conduites d'alcoolisation pendant la grossesse des personnes en difficultés avec l'alcool et d'autre part l'existence et la sévérité du diagnostic d'alcoolisme foetal.

- Dans toutes les études concernant les conduites d'alcoolisation, la différence des sexes apparaît comme une donnée toujours retrouvée. Les cliniciens connaissent la spécificité des modalités de consommation chez l'homme et chez la femme. L'épidémiologie confirme la différence constatée dans la nature, la sévérité, et la précocité des dommages liés à l'alcool suivant le sexe. Une attention plus particulière en ce domaine est à l'origine d'une spécialisation de consultations pour les femmes en difficultés avec l'alcool. Ce point fait l'objet du programme septentrional d'alcoologie.

- Les conduites d'alcoolisation et plus généralement les consommations de substances psychoactives au cours de la grossesse ne sont pas prises en compte par les professionnels de la santé, même s'ils possèdent des informations sur leur dangerosité. Le projet régional prévoit d'aider les personnels de santé à se préoccuper des consommations de substances psychoactives chez les femmes et plus particulièrement pendant la grossesse, mais surtout à être capables de

prendre en charge les femmes en difficultés. La plupart des femmes en difficultés avec l'alcool ou « les drogues » ont tendance à diminuer leurs consommations en début de grossesse (Parquet-Bailly), il faut les aider aussi à gérer ces consommations même après la grossesse, car les conduites persistantes de consommations de substances psychoactives gênent les interactions précoces entre l'enfant, sa mère et son environnement. Un certain nombre d'initiatives locales sont déjà actives, le but sera de les valoriser, de les évaluer et de les développer. Fin 1997, les acteurs locaux seront rassemblés dans une réunion de travail.

- Il faut modifier les comportements de consommation de substances psychoactives dans la population. Pour cela, il convient de modifier les mentalités. Un partenariat avec les médias et les professionnels de la communication est nécessaire pour toucher le grand public. Quels sont les messages et les argumentations à développer ? Quelles sont les modalités de communication à choisir ? Cela fera l'objet d'un groupe partenarial d'experts aux diverses compétences.

- Enfin, le recensement d'initiatives locales sera fait. Leur nature sera précisée. Des comparaisons seront menées. Une grille d'évaluation sera proposée. Les actions de prévention ayant pour ob-

Des effets de mieux en mieux connus

À Nantes en 1968, Paul Lemoine décrit, à partir de 127 cas, l'embryopathie foeto-alcoolique ou syndrome d'alcoolisme foetal. En 1973, Jones Ulleland, Smith et Streissguth décrivent aussi le syndrome d'alcoolisme foetal. En 1985, Lemoine reçoit le prix Jellinek (créé en mémoire du célèbre alcoologue).

En 1992, vingt-quatre ans après, Lemoine retrouve 77 des 127 cas inauguraux, la plupart pris en charge dans des établissements pour « handicapés mentaux ». En 1976, Ch et P. Samaille, dans leur thèse, reprennent 47 dossiers d'enfants nés à Roubaix, Lens et Lille. C'est le début d'une collaboration entre les cliniciens nordistes et la Foetal Alcohol and Drug Unit. En 1993, un travail commun sur les

grossesses gemmellaires montrera que les jumeaux dizygotes présentent des manifestations morphologiques, malformatives ou comportementales différentes alors que les jumeaux monozygotes ont des atteintes identiques. À Roubaix, Dehaene a retrouvé un taux de 1 nouveau-né présentant un SAF sévère ou léger pour 200 naissances. Kaminski a étudié les effets des consommations modérées alors que Dupuis et Vetter ont étudié l'état sanitaire des enfants nés de mères alcoolodépendantes. La prévalence du SAF est diversement appréciée suivant qu'on prend en compte les formes sévères uniquement ou les formes d'intensité moyenne. Cinq types de SAF ont été décrits, ils comportent, en association, une dysmorphie,

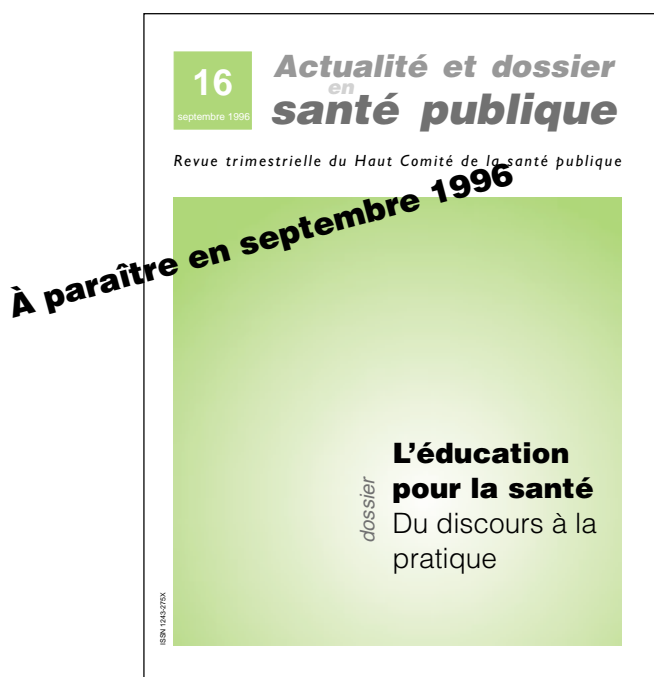
un retard de croissance, des atteintes neurologiques, des malformations cardiaques, cérébrales, squelettiques et quelquefois rénales.

En 1987, aux États-Unis, certaines études avancent un chiffre de 1,9 cas sévères pour 1 000 naissances et en 1979 à Goteborg 1 cas sur 600, à Roubaix 1 cas sévère pour 820 naissances. Ces disparités méritent d'être expliquées. Il y a donc lieu de faire mieux connaître le SAF. Pour ce faire un groupe d'experts prépare une conférence de consensus afin de préciser davantage les critères diagnostiques et les types de SAF, pour pouvoir mener ensuite des actions de formation des personnels de santé : SAF probable, SAF possible, SAF certain.

jet de sensibiliser l'ensemble de la population aux interactions entre développement du foetus et conduites d'alcoolisation maternelle ne sont pas menées ou on n'ose pas les mener, la culpabilisation maternelle représentant un écueil majeur. La région se donne donc pour but d'une part la mise au point d'actions de préventions efficaces et respectueuses et d'autre part le développement des compétences et des actions partenariales de tous les acteurs éducatifs et de santé. ■

Pofesseur Philippe-Jean Parquet
Docteur Thierry Danel

Groupement régional d'alcoologie
Unité de psychopathologie et alcoologie,
centre d'information et de traitement
des dépendances, CHRU



Problèmes de santé publique et d'organisation des soins liés à l'utilisation des produits humains et à leurs produits de substitution

Ce rapport, élaboré à la demande du ministre de la Santé, vient d'être publié dans la collection « Avis et rapports » du HCSP.

Devant l'étendue du champ à explorer, le groupe de travail a orienté son analyse selon deux dimensions :

- d'une part, les problèmes

généraux liés à l'utilisation des produits humains — sang, organes vitaux, tissus — et des biomatériaux ;

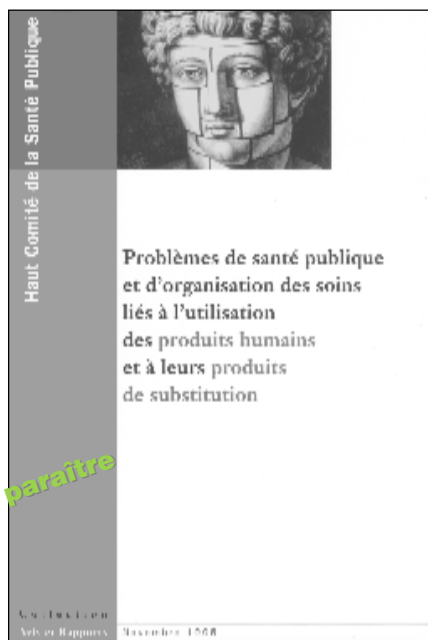
- d'autre part, les problèmes transversaux qui sont communs à ces produits, avec leurs modalités spécifiques.

Cette approche globale — qui va de l'étude des pratiques thérapeutiques, des problèmes

techniques et d'organisation jusqu'aux aspects éthiques, sociaux et juridiques — a fait émerger de multiples pistes de réflexion et d'action de santé publique.

Dans l'avis qu'il a rendu sur ce rapport, le Haut Comité de la santé publique considère que l'utilisation des produits humains doit être limitée par des indications rigoureuses, compte tenu des risques, la priorité restant, à terme, le développement des produits de substitution. Il s'agit d'un domaine où la recherche joue un rôle important et l'organisation des soins doit tenir compte de cette caractéristique essentielle. L'émergence d'une culture du don dans la population doit être favorisée afin de pallier à l'insuffisance actuelle des greffons.

Cet ouvrage, ainsi que les quinze contributions des membres du groupe de travail auxquelles il se réfère, sont disponibles sur demande écrite au HCSP.



Rennes : Éditions ENSP, 1996, 180 p.



Saisine

Santé et précarité

Le secrétaire d'État à la Santé et de la Sécurité sociale Hervé Gaymard et le secrétaire d'État à l'Action humanitaire d'urgence Xavier Emmanuelli ont adressé au HCSP une saisine concernant la santé et la précarité.

« Le Haut Comité de la santé publique devra étudier les problèmes de santé publique et d'organisation des soins, présents et futurs, liés à

la précarité et au phénomène de précarisation sociale, et présenter des recommandations quant aux actions à entreprendre dans ce domaine.

« Il devra en outre considérer les relations entre les processus sociaux de précarisation (économique, familiale, liées aux migrations, etc.) et ses répercussions sur la santé des personnes concernées.

« Le Haut Comité s'attachera à croiser les données et les connaissances sanitaires et médicales avec les données et les connaissances provenant de la psychologie, de l'économie, de la sociologie, de la géographie, du droit, des sciences administratives dont il pourra disposer.

« Les hypothèses sur les

conséquences lointaines des processus de précarisation sur l'état de santé des groupes les plus vulnérables et en particulier sur celui de ceux qui sont actuellement enfants ou adolescents feront particulièrement l'objet de son attention.

« En s'appuyant sur ces travaux ainsi que sur les expériences étrangères les plus marquantes, le Haut Comité de la santé publique proposera les stratégies qui lui semblent les mieux à même de pouvoir contribuer à l'amélioration de l'état de santé actuel et futur des personnes concernées. »

Le groupe de travail présidé par Jean-Daniel Rainhorn, membre du HCSP, commence ses travaux le 21 juin 1996.

Réforme de la protection

sociale

Le rapport du Haut Comité

Les ordonnances d'avril 1996 sur la réforme de la protection sociale donnent au Haut Comité de la santé publique la mission de présenter à la Conférence nationale de santé les éléments nécessaires à l'analyse de la situation sanitaire et des besoins de santé de la population mais également à l'établissement de priorités de santé publique et d'orientations pour la prise en charge des soins. Le Parlement, destinataire du rapport du HCSP et des propositions de la Conférence nationale de santé, disposera ainsi des outils qui lui permettront de donner à la préparation des lois de financement de la Sécurité sociale un véritable contenu en termes de politique de santé pour le pays.

La santé des Français

Le Haut Comité informe les parlementaires

Le HCSP a d'ores et déjà engagé l'élaboration du rapport qu'il remettra en septembre 1996 à la Conférence nationale de santé. Conjointement, pour sensibiliser et informer les élus (députés et sénateurs), le Haut Comité de la santé publique a réalisé un dossier « La santé des Français », qui reprend en 25 fiches, les principales données de son rapport *La*

santé en France, publié en 1994.

Ces fiches sont organisées de la façon suivante :

- des fiches générales — bilan ; facteurs explicatifs ; système d'information ; facteurs de risques généraux et spécifiques...

- des fiches thématiques, qui reprennent les priorités énoncées dans le rapport et classées selon quatre grands buts pour une politique de santé.

Livres reçus



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

Les mots-clef utilisés ici sont ceux de la Banque de données santé publique.



CANCER

INCIDENCE DES CANCERS CHEZ LES SALARIÉS EN ACTIVITÉ D'ÉLECTRICITÉ DE FRANCE/GAZ DE FRANCE PÉRIODE 1978-1992
Paris : EDF/GDF, 1995, 145 p.



CONTRACEPTION

GUIDE SUR LA CONTRACEPTION EN ÎLE-DE-FRANCE
Lieux d'information
Paris : ORS Île-de-France, Délégation régionale aux droits des femmes, 1996, 89 p.



DÉPENSE DE SANTÉ

PROPOSITIONS D'OBJECTIFS RÉGIONAUX DE DÉPENSES DE MÉDECINE LIBÉRALE
M.-C. Bournot, V. Lucas, F. Tonnellier
Paris : CreDES, 1995, 27 p., 50 F



DOM-TOM

MORTALITÉ EN ANTILLES-GUYANE
F. Hatton, P. Bazéli
Paris : Inserm, 1994, n° 242, 148 p., 200 F



FEMME



LA SANTÉ DES FEMMES
M.-J. Saurel-Cubizolles, B. Blondel
Paris : Flammarion, coll. Médecine-Sciences, 1996, 386 p., 325 F



HANDICAP



HANDICAP ET VIEILLISSEMENT
Politiques publiques et pratiques sociales
S. Aymé, J.-C. Henrard, A. Colvez, J.-F. Ravaud, O. Sabouraud, A. Triomphe
Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 1996, 348 p., 280 F



HISTOIRE



LES CHEMINS D'ESCALAPE, HISTOIRE DE LA PENSÉE MÉDICALE
Maurice Tubiana
Paris : Flammarion, 1995, 714 p., 160 F

Par Vincent-Pierre Comiti



INFORMATION DU PATIENT

APPRENDRE À ÉDUCER LE PATIENT
Approche pédagogique
J.-F. d'Ivernois, R. Gagnayre
Paris : Vigot, coll. éducation du patient, 1995, 189 p., 125 F



MÉDECINE GÉNÉRALE

LES QUINZE PREMIÈRES ANNÉES D'ACTIVITÉ DES GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX 1979-1993
S. Sandier
Paris : CreDES, 1996, 86 p., 120 F



PERSONNE ÂGÉE

LA CLIENTÈLE DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
Situation au 31 décembre 1994
Paris : Sesi, coll. documents statistiques, 1996, n° 250, 165 p.



POLITIQUE DE SANTÉ



SANTÉ, LE MOMENT DE VÉRITÉ
J.-P. Davant
Paris : Seuil, 1996, 225 p., 120 F



LES DOSSIERS DE L'IEPS

Sous la direction de D. Jolly
Paris : Flammarion, coll. Médecine-Sciences, 1996.

- Qu'est ce qu'une politique de santé, 40p., 70 F
- Quelle place pour les médicaments génériques, 94 p., 120 F
- Médicaments et médecine, les chemins de la guérison, 158 p., 170 F
- La juste place des hôpitaux universitaires dans les systèmes de santé, 102 p., 150 F

LA SANTÉ EN PROJET

B. Honoré
Paris : Interéditions, 1996, 221 p., 135 F



SÉCURITÉ SOCIALE

SÉCURITÉ INSÉCURITÉ SOCIALE
Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste
Marseille : Prévenir, 1995, n° 29, 175 p., 130 F

■ SIDA

LE PRATICIEN FACE AU SIDA

S. Kernbaum
Paris : Flammarion,
coll. *Médecine-Sciences*,
1996, 2^e édition, 359 p.,
360 F

ÉTHIQUE SIDA ET SOCIÉTÉ

Rapport d'activité du Conseil national du sida 1989/1994

Paris : La documentation Française, 1996, 150 F

■ SYSTÈME DE SANTÉ



LES RÉFÉRENCES MÉDICALES OPPOSABLES : IMPACT SUR LA PRESCRIPTION PHARMACEUTIQUE

Ph. Le Fur, C. Sermet
Paris : CreDES, 1996,
n° 1116, 274 p., 260 F

■ FEMME

LA SANTÉ DES FEMMES

M.-J. Saurel-Cubizolles,
B. Blondel
Paris : Flammarion,
Médecine-Sciences, 1996,
386 p. 325 F

Ce livre, dû principalement à des épidémiologistes, propose un bilan des connaissances actuelles sur la santé des femmes.

Au-delà du constat général qui suggère que « le premier sexe » n'est pas le plus fort, les auteurs traitent la question des différences de santé entre hommes et femmes dans des contextes précis et à travers des approches différentes.

Après les chapitres généraux sur les caractéristiques sociales et démographiques de la population féminine, les différences de morbidité, mortalité et de consommation médicale entre hommes et femmes, la deuxième partie est consacrée à une approche par âge de la vie qui conduit à dresser un panorama de divers troubles de la santé dans une démarche proche de celle de la santé publique. Viennent ensuite six chapitres consacrés à une approche par pathologie. Enfin, la dernière partie met l'accent sur des comportements ou des situations de vie en lien avec la santé.

Ces pages montrent aussi que les connaissances ne sont pas développées de façon neutre : les données, élaborées à partir de populations masculines, en raison de pathologies plus fréquentes, ou bien issues de recherches étrangères, sont extrapolées aux femmes...

Cet ouvrage, outre une analyse descriptive et quantitative, dresse un ensemble de constats et de réflexions sur des aspects nombreux et différents de la santé des femmes et des hommes. Par le regard critique qui en résulte, de nouvelles perspectives de recherche peuvent être élaborées.

■ HANDICAP

HANDICAP ET VIEILLISSEMENT. Politiques publiques et pratiques sociales

S. Aymé, J.-C. Henrard,
A. Colvez, J.-F. Ravaut,
O. Sabouraud,
A. Triomphe
Paris : Inserm, 1996,
coll. *Questions en santé publique*, 348 p., 280 F

Cet ouvrage présente les contributions à un colloque de recherche finalisée de l'Inserm qui a réuni des chercheurs, des praticiens et des décideurs autour d'analyses critiques et propositionnelles des « politiques publiques et pratiques sociales en matière de vieillissement et de handicap ».

Les contributions de la première partie s'attachent à analyser le cheminement allant de la conceptualisation des problèmes à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques conçues pour y répondre. Elles mettent en lumière l'inadaptation fréquente entre, d'une part, les normes d'actions mises en avant et, d'autre part, la situation et les attentes des bénéficiaires. Elles fournissent également des éléments d'analyse pour comprendre les moments stratégiques dans l'élaboration des politiques publiques.

La deuxième partie traite de la difficile question de la production et de l'utilisation des données statistiques. Le problème, bien au-delà du fait « d'avoir des chiffres » est de les gérer, savoir lesquels retenir, faire des choix et surtout les interpréter. La nécessité d'une relation entre recherche et action sociale s'impose pour éviter, là aussi, le risque de « pilotage par l'aval ».

Les travaux présentés dans la troisième partie s'intéressent aux acteurs de l'aide, dans une acception assez large et relativement pluraliste, impliqués dans la mise en œuvre d'une intervention spécifique, avec ou sans service for-

malisé, au bénéfice d'une personne âgée plus ou moins dépendante, ainsi qu'aux processus décisionnels, illustrés par l'analyse des modalités de demande et d'utilisation de l'allocation compensatrice.

Les expérimentations et politiques locales font l'objet de la dernière partie. L'exemple de la coordination gérontologique, à travers le schéma départemental, amène à s'interroger sur le terme de « coordination » : s'agit-il de choisir le « bon » échelon territorial, question actualisée par la décentralisation de l'action sociale et par l'évolution des modes de prise en charge des personnes âgées, ou bien de trouver un mécanisme clair de régulation économique du système d'aides et de soins ? La coordination n'est-elle pas dans son essence même une institution totalitaire qui nie la demande fondamentale de la personne d'être considérée comme une personne à part entière (cf. rapport Laroque) ? Autant de questions posées qui illustrent les difficultés de la décentralisation.

Cet ensemble de travaux montre l'importance de la confrontation des différentes approches dans des domaines particulièrement complexes du fait des multiples dimensions qui les composent.

■ SYSTÈME DE SANTÉ

LES RÉFÉRENCES MÉDICALES OPPOSABLES. Impact sur la prescription pharmaceutique.

Ph. Le Fur, C. Sermet
Paris : CreDES, n° 1116,
1996, 274 p., 260 F

Les références médicales opposables (RMO), recommandations de bonnes pratiques émises par un corps d'experts, ont pour objectif d'éviter les actes et prescriptions inutiles et de maîtriser l'augmentation des dépenses de

santé. Ces références sont opposables aux médecins, c'est-à-dire que leur non-application peut aboutir à des sanctions financières pour ces derniers.

Afin d'évaluer l'impact de ce dispositif, les chercheurs du CreDES ont analysé, depuis l'entrée en vigueur des références, l'évolution de la prescription pharmaceutique. En termes économiques, ils estiment qu'en 1994 les 14 RMO étudiées ont permis de réaliser une économie globale de 337 millions de francs sur les 14 millions de prescriptions pharmaceutiques concernées, dont 244 millions pour trois références relatives à la prescription d'antibiotiques dans les infections ORL et pulmonaires courantes. Pour les 7 références étudiées sur six mois en 1995, le bilan 1994 montre que l'économie globale escomptable serait de 355 millions de francs pour près de 4 millions de prescriptions. La référence sur la double prescription des benzodiazépines représente 39 % des économies potentielles et celle sur les vaso-actifs, 33 %.

Au terme de leur travail, les auteurs soulignent les difficultés de la mesure liées à la définition des champs d'application des différentes références. Quel que soit l'outil d'observation, seul le médecin reste juge de l'état clinique de son patient au moment de la prescription. Au-delà, l'efficacité globale du dispositif mis en place ne pourra être appréciée que par l'évaluation de références portant sur d'autres domaines de la pratique médicale.

POLITIQUE DE SANTÉ

SANTÉ, LE MOMENT DE VÉRITÉ

J.-P. Davant

Paris : Seuil, 1996, 225 p., 120 F

Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité Française, explique

LES CHEMINS D'ESCULAPE, HISTOIRE DE LA PENSÉE MÉDICALE

Maurice Tubiana

Paris : Flammarion.

1995, 714 p., 160 F

« Le pessimisme ou le soi-disant réalisme ne sont souvent que les alibis de la paresse et du conservatisme »

Pourvu d'un index des noms propres et d'une bibliographie présentée par chapitre, ce livre est de lecture agréable et souvent passionnante, peu de notes en bas de pages venant en interrompre le cours.

Il s'agit principalement comme l'indique lui-même l'auteur, d'une réflexion sur la pensée médicale : « la première partie de ce livre est consacrée à la naissance de la pensée médicale moderne, le passage du malade à la lésion puis à la maladie. La seconde (à partir du chapitre v) analyse ses triomphes récents, mais aussi l'émergence des problèmes qui assaillent la médecine contemporaine » (p. 11). Une des problématiques de cet ouvrage est là : pourquoi après de telles avancées la médecine est-elle aux prises avec tant de problèmes ?

Le professeur Tubiana rappelle très justement que l'événement capital de l'histoire de la médecine a été la naissance de la méthode scientifique. Les différentes étapes de l'histoire de la santé sont très bien décrites et ce livre rappelle incontestablement, par son souffle et par l'exceptionnelle culture de l'auteur, les ouvrages de Castiglioni, May ou Lichtenthaeler. En nous faisant pénétrer, avec un véritable sens de l'exemple, dans sa pratique de

médecin, l'auteur nous rappelle à la fois combien le présent est tributaire du passé, combien toute œuvre s'inscrit dans le vécu de son auteur et surtout, combien la santé est inséparable du reste.

Le lecteur curieux, dans le bon sens du terme, découvrira les grandes étapes du développement de la médecine, essentiellement mais pas uniquement celle de notre continent : l'Antiquité, le Moyen-Âge font l'objet d'une intéressante présentation, et la place accordée à la collection hippocratique est significative, la présentation de l'œuvre anatomique de Vesale (1514-1564) ou la découverte de la circulation sanguine par Harvey (1578-1657) sont traitées sous la forme d'une épopée — ce mot n'est pas trop fort — particulièrement bien décrite. Le XVIII^e siècle fait l'objet d'intéressantes comparaisons entre les sciences de la santé et les autres. Les références à Lavoisier sont à cet égard très bien venues. Ce descriptif est assez complet et les pages consacrées à l'introduction très progressive des méthodes statistiques dans la médecine au XIX^e siècle sont intéressantes.

C'est avec émotion que l'on lira les combats, toujours courageux et actuels, menés par l'auteur dans le domaine de la santé publique. Sa lutte contre les facteurs à l'origine des cancers est importante, en France tout comme au niveau européen. Il n'est guère d'ailleurs de combat pour promouvoir la lutte contre le tabac ou la surconsommation d'alcool où il n'est aujourd'hui encore courageusement présent.

Certes, s'il est possible de regretter certaines absences, au niveau bibliographique (mais comment tout citer ?) l'ensemble de cet ouvrage de

base et en particulier certaines pages comme celles décrivant l'outil informatique ou les inégalités sociales devant la santé sont du plus grand intérêt. De même, le professeur Tubiana montre avec brio et conviction comment les pays qui s'industrialisent le plus vite sont ceux où la santé progresse le plus.

S'il est vrai que les mots sanitaire et social sont indissociables, l'éclectisme de cet ouvrage apparaît de manière révélatrice dans les pages consacrées à l'outil informatique : aide au diagnostic, à la documentation, télé-médecine, mise à jour des dossiers médicaux sont quelques-unes des applications présentées ici.

Les pages pleines d'intérêt que le Professeur Tubiana consacre à la crise du financement de l'assurance maladie, sont, avec la publication des trois ordonnances sur la réforme de la sécurité sociale, d'une particulière actualité. Pragmatique, l'auteur estime que des mesures diverses peuvent réussir à faire avancer dans la maîtrise « à condition que la politique soit volontariste, courageuse et pragmatique » (p. 481).

La dernière partie de l'ouvrage, *Quo vadis ?* est certainement celle dont la lecture suscitera le plus de réflexion. Il serait difficile, en effet, de rester indifférent devant certaines analyses, qu'on les partage ou qu'on les nuance.

C'est l'une des richesses de ce livre que d'avoir su présenter les grandes étapes de l'évolution de la médecine, avant tout européenne et méditerranéenne, tout en nous faisant part de la propre expérience de l'auteur. Une somme de connaissance et de réflexion. Un beau livre.

Vincent-Pierre Comiti



dans cet ouvrage ce qui l'a amené à approuver les grandes lignes du plan de réforme de la sécurité sociale présenté par le Premier ministre. « *Ce plan n'est pas parfait, conclut-il, mais il contient la promesse d'une vraie réforme du système de santé et d'assurance maladie* ». L'auteur plaide pour une logique de solidarité, pour un système qui redéfinisse la place et le rôle des partenaires sociaux dans la gestion des systèmes obligatoires de protection sociale, et qui se donne les moyens d'une véritable politique de santé.

LES DOSSIERS DE L'IEPS

Sous la direction du Pr D. Jolly
Paris : Flammarion,
Médecine-Sciences.

L'Institut d'étude des politiques de santé (IEPS), créé en 1993, est une structure permanente d'étude et de réflexion pluridisciplinaire sur les différents aspects des politiques de santé, leur évolution, leur avenir et leurs conséquences.

Quatre ouvrages viennent d'être publiés dans la collection « Les dossiers de l'IEPS », dirigée par le Pr D. Jolly : « Qu'est-ce qu'une politique de santé ? », « Quelle place pour les médicaments génériques en France ? », « Médicaments et médecine, les chemins de la guérison », « La juste place des hôpitaux universitaires dans les systèmes de santé ».

Chaque ouvrage, accessible au grand public, présente les opinions de ceux qui sont concernés par la santé, réunis lors des colloques, groupes de travail et séminaires organisés par l'IEPS, dont la vocation est internationale.

Claudine Le Grand et Patricia Siwek ont rédigé ces notes.

Législation & réglementation

Textes

- **Mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale**
Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996, JO du 25 avril 1996
- **Maîtrise médicalisée des dépenses de soins**
Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, JO du 25 avril 1996
- **Réforme de l'hospitalisation publique et privée**
Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, JO du 25 avril 1996
- **Protection de la population contre les risques liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis**
Circulaire DGS/MS3/DRT/CT4/DHC/TE1/DPPR/BGTD n° 290 du 26 avril 1996, à paraître au BO
- **Actions de formation et de prévention dans le domaine de la périnatalité — Budget État 1996**
Circulaire DGS n° 96-319 du 15 mai 1996, non parue
- **Contrôle des tissus d'origine humaine utilisés dans les établissements publics et privés de santé**
Circulaire DGS n° 105 du 26 décembre 1995, BO du 19 avril 1996
- **Contrôle de l'utilisation et de la dissémination des organismes génétiquement modifiés (éléments ou produits du corps humain)**
Décret n° 96-317 du 10 avril 1996, JO du 13 avril 1996
- **Activités d'importation et d'exportation d'organes, de tissus et de cellules, à l'exception des gamètes**
Circulaire DGS/SQ n° 96-125 du 20 février 1996, BO du 19 avril 1996
- **Actions de la Communauté européenne en santé publique**
Circulaire DGS/AE n° 136 du 22 février 1996, non parue
- **Prévention du sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse**
Lettre DGS/Division sida n° 95-1320 du 15 octobre 1995, BO du 29 février 1996
Voir résumé page suivante
- **Calendrier 1996 concernant les actions déconcentrées de lutte contre le sida**
Circulaire DGS n° 96-261 du 17 avril 1996, à paraître au BO
- **Financement de la production de matériel de prévention, diffusion et documentation sur l'infection à VIH pour 1996**
DAGPB/BF3 n° 96-153 du 29 février 1996, non parue
- **Surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob**
Circulaire DGS n° 96-277 du 19 avril 1996, à paraître au BO
- **Orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes**
Circulaire DGS-DH n° 96-239 du 3 avril 1996, à paraître au BO
Voir résumé page suivante
- **Comité interministériel de lutte contre la toxicomanie et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie**
Décret n° 96-350 du 24 avril 1996, JO du 26 avril 1996

Lettre DGS/Div. sida du 15 octobre 1995 relative à la prévention du sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et la récupération des seringues usagées. Programme de collaboration avec les communes.

Les communes les plus touchées par la toxicomanie sont encouragées à mettre en place un dispositif de récupération des seringues usagées pour réduire les risques de contamination accidentelle. L'État, à travers les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, s'engage à prendre en charge l'achat des récupérateurs de seringues à condition que les communes en assurent la maintenance. La lettre recommande également de poursuivre les actions destinées à accroître l'accès au matériel d'injection stérile, en privilégiant notamment le travail et la réflexion avec les associations et les professionnels de santé locaux. Les indications pour la constitution d'un dossier relatif à une convention pour l'installation de distributeurs et de récupérateurs de seringues dans une commune se trouvent en annexe.

Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

Ce texte est la poursuite des orientations du plan gouvernemental du 14 septembre 1995 contre la drogue et la toxicomanie. Quatre axes prioritaires sont développés :

- la poursuite et la diversification des modes de prise en charge par le dispositif spécialisé (centres de soins spécialisés, création de 123 places d'hébergement, évaluation des 25 boutiques existant à l'heure actuelle) ;
- l'amélioration de la prise en charge des patients toxicomanes à l'hôpital (renforcement des consultations de médecine impliquées, formation du personnel hospitalier) ;
- le développement de la collaboration entre les différents acteurs sanitaires (création de 20 nouveaux réseaux toxicomanie-ville-hôpital, collaboration entre les centres spécialisés et les établissements publics de santé) ;
- l'adaptation de la prise en charge des détenus toxicomanes en milieu pénitentiaire (coordination des équipes de secteurs de psychiatrie et des unités de consultations et de soins ambulatoires).

Sommaire n° 1/1996

Santé
publique

Éditorial, J.-P. Béchac

Études

- Aux marges de la santé publique. Les réseaux ville-hôpital dans le dispositif socio-sanitaire français, *D. Fassin*.
- Comment les relations entre habitat et santé sont-elles prises en compte par les architectes, médecins et travailleurs sociaux, *C. Olivo, A. Stoebner, N. Chautard, C. Terral*

Politiques

- Les perspectives de médicalisation des zones rurales en Afrique Subsaharienne. L'expérience d'installation de médecins de campagne au Mali, *I. Annaheim-Jamet, S. Traore, H. Baliq*
- Législations adoptées pour faire face à l'épidémie du sida. Une étude européennes, *C. Manuel et al.*

Dossier : Génie sanitaire

- La loi sur l'hygiène publique de 1902, un des fondements de l'action de l'état au xx^e siècle, *F. Mansotte*
- De l'hygiène du milieu à la santé environnementale, la pratique des métiers du génie sanitaire, *J.-L. Potelon*
- Qualité des eaux et information du public. L'expérience des Côtes d'Armor, *G. Sauvaget*

Pratiques

- Expérimentation d'une séance d'initiation à la pratique de la relaxation dans le cadre d'un examen de santé, *C. Perrin, N. Bon, J.-P. Deschamps*

Lectures

Santé publique,
BP 7, 2, avenue du Doyen J. Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
téléphone (16) 83 44 87 00



Genève (Suisse)

Du 11 au 14 septembre 1996
Ive Colloque francophone des Villes-santé ayant pour thème : l'enfant et l'adolescent dans la ville

Colloque organisé par l'OMS
Renseignements
Jean Simos
Direction générale de la santé publique
24, avenue Beau-Séjour
1206 Genève
Suisse
Téléphone : (022) 839 98 30
Télécopie : (022) 839 98 50

Limoges

Les 19 et 20 septembre 1996
Les psychotropes chez les personnes âgées

Congrès international de psychogériatrie
Renseignements
Pr Léger
SHU psychiatrie adulte
15, rue du Dr Marcland
87025 - Limoges Cedex
Téléphone (16) 55 43 11 92

Paris

Le 27 septembre 1996
Alcoologie et dermatologie
Les 22 et 23 novembre 1996
Alcool et urgences

Colloques organisés par la Société française d'alcoologie
Renseignements
Pr Jean-Dominique Favre
101, avenue Henri Barbusse
92141 Clamart Cedex
Téléphone et télécopie : (1) 41 46 69 51

Helsinki (Finlande)
Du 2 au 4 octobre 1996
Smoke free Europe

« Conference on tobacco or health » organisée par le Finnish centre of health education et le Ministry of social affairs and health
Renseignements
TSG Congress Ltd
Kaisaniemenkatu 3 B 31
FIN 00100 Helsinki
Finlande
Téléphone : 358 0 628 044
Télécopie : 358 0 667 675

Paris
Les 3 et 4 octobre 1996
Mesure de l'état de santé et de la qualité de vie

Colloque européen organisé par l'Inserm
Renseignements
A. Leplège
Inserm U 292
Hôpital de Bicêtre
Secteur bleu « Pierre Marie »
82, rue du Général Leclerc
94276 Le Kremlin Bicêtre
Cedex
Téléphone : (1) 45 59 19 78

Le calendrier est réalisé avec la collaboration du

Comité français d'éducation pour la santé

Paris

Les 21 et 22 octobre 1996
Accompagner l'enfant atteint de leucémie ou de cancer et sa famille

Colloque organisé par Source Vive (Association pour le soutien aux enfants atteints de leucémie ou de cancer et à leur famille) qui se déroulera à la Cité des sciences et de l'industrie.
Renseignements
Thematica
BP 248
95025 Cergy Cedex
Téléphone : (1) 34 24 90 90
Télécopie : (1) 30 32 38 90

Stockholm (Suède)

Du 13 au 16 octobre 1996
1st International conference on priorities in health care : needs, ethics, economy, implementation

Renseignements
Conference secretariat
Priorities in Health Care
Stockholm Convention Bureau
PO Box 6911
S-102 39 Stockholm
Sweden
Téléphone : + 46 8 736 15 00
Télécopie : + 46 8 34 84 41

Strasbourg

Du 24 au 26 octobre 1996
Épidémiologie et prévention des maladies cardio-vasculaires

Congrès organisé par la Fédération française de cardiologie
Renseignements
Sec. scientifique
FFC
50, rue du Rocher
75008 Paris
Téléphone : (1) 44 90 83 77

Paris

Les 28 et 29 novembre 1996
Colloque du XX^e anniversaire de la Revue d'épidémiologie et de santé publique

Colloque organisé avec la collaboration de l'Inserm et des Éditions Masson
Renseignements
Nadine Job-Spira
Secrétariat de la RESP
Hôpital de Bicêtre
Secteur bleu « Pierre-Marie »
82, rue du Général Leclerc
94276 Le Kremlin Bicêtre
Cedex
Téléphone : (1) 45 21 23 43
Télécopie : (1) 45 21 20 75

15
juin 1996

Actualité et dossier *en* santé publique

S o m m a i r e

- **1 Éditorial**, *Philippe-Jean Parquet*
- **2 Actualité**
Le tabac et le tabagisme en France en 1996, *Gérard Dubois*
Traitement de la douleur, situation française en 1996, *François Larue*, *Alain Fontaine*
- **9 Formation**
DEA de Droit médical
- **10 International**
Le sida aux États-Unis d'Amérique, un état des lieux, *Jean-François Lacronique*
- **13 Organisme**
Société française de santé publique
- **14 Régions**
Santé publique et dynamiques de changement au niveau local, le rôle des municipalités, *Fernando Bertolotto*, *Marc Schoene*
- **17 Recherche**
Recherches épidémiologiques en neurologie et psychopathologie
- **18 Statistiques**
Santé, travail et âge, résultats de l'enquête Estev 1990, *Annie Touranchet*, *François Derriennic*, *Serge Volkoff*
- **24 Alcoologie**
Le syndrome d'alcoolisme foetal, un projet régional dans le cadre d'une problématique nationale, *Philippe-Jean Parquet*, *Thierry Danel*
- **26 L'actualité du Haut Comité**
Problèmes de santé publique et d'organisation des soins liés à l'utilisation des produits humains et à leurs produits de substitution.
Réforme de la protection sociale, le rapport du Haut Comité.
Saisine Santé et précarité
- **28 Documentation**
- **31 Législation & réglementation**
- **33 Calendrier**

Dossier

Santé mentale

L'individu, les soins, le système

Dossier coordonné par **Gérard Massé**

- **II La santé mentale et la psychiatrie en quelques chiffres**
- **VI Prévention et soins**
- **XIV L'offre des structures et des soignants**
- **XXIII La demande du patient et les réponses**
- **XXVII Le sujet guéri ou conforté**
- **XXX Tribune**
- **XL Bibliographie Adresses utiles**



**Haut Comité de la
Santé Publique**

2, rue Auguste Comte
92170 Vanves

télécopie 46 62 42 55