



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°19
décembre
2015



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction :

M. Michel MASO, Directeur administratif des *Cahiers*, Directeur de la Fondation Gabriel Péri,
D^r Michel LIMOUSIN, Rédacteur en chef des *Cahiers*,
M. Jacques BÉNÉZIT, Secrétaire de Rédaction.

Comité de Rédaction :

D^r Alain BEAUPIN, Médecin Directeur du CMS de Vitry-sur-Seine,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de *Progressistes*,
P^r Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,
D^r Alain BRÉMAUD, Membre du bureau de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé,
D^r Omar BRIXI, Médecin de santé publique et enseignant,
M. Claude CHAVROT, Président de l'IUT Paris-Descartes,
D^r Fabien COHEN, Chirurgien-dentiste, Secrétaire Général du Syndicat des chirurgiens-dentistes des centres de santé,
M^{me} Blandine DESTREMAU, Sociologue, Directrice de recherche au CNRS,
M. Dominique DURAND, Journaliste et écrivain,
M. Jean-Luc GIBELIN, Directeur adjoint d'hôpital universitaire, Membre du Collège Exécutif et responsable des questions de santé et protection sociale du PCF,
M. Serge KLOPP, Cadre infirmier psychiatrique,
D^r Gilles LAZIMI, Médecin Directeur du CMS de Romainville, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie,
D^r Richard LOPEZ, Directeur de la santé à Saint-Denis, Président de la FNCS,
M^{me} Catherine MILLS, Universitaire, Économiste,
M. Frédéric RAUCH, Économiste, Rédacteur en chef d'*Économie et Politique*,
M^{me} Evelyne VANDER HEYM, Directrice d'hôpital en retraite,
M. Patrice VOIR, Maire-adjoint délégué à la santé de Grenoble,
D^r Xavier VUILLAUME.

Comité de lecture :

D^r Paul CESBRON, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
D^r Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste,
D^r Michèle LEFLON, Médecin hospitalier, Vice-Présidente de la Région Champagne-Ardenne,
D^r Éric MAY, Médecin Directeur du CMS de Malakoff, Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé.

SOMMAIRE

Éditorial:

La cause profonde de la crise de la protection sociale Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Races et racisme Par le P ^r Axel Kahn	Page 9
Le vieillissement à Cuba, un défi majeur Par M ^{me} Blandine Destremau	Page 14
Violences sexuelles et formation médicale initiale : l'expérience d'une demi-journée de double-écoute téléphonique à la permanence de « viols-femmes-informations » : 0 8 00 05 95 95 Par les D ^{rs} Gaëlle Auber, Gilles Lazimi, Emmanuelle Piet & le P ^r Alexandre Duguet	Page 22
Loi santé : un déni de démocratie, un recul du service public, une régression sociale! Par Jean-Luc Gibelin	Page 30
Faciliter l'accès aux soins de qualité aux populations démunies : l'exemple des centres de santé communautaires Par le D ^r Cheikh Athie	Page 35
À propos de l'article de Gaël Giraud « Crise de la science économique » ? paru dans Médiapart le 29 novembre 2015 Par M ^{me} Catherine Mills	Page 44
Pour le 70 ^e anniversaire de la Sécurité sociale, ouvrir le chemin d'une alternative solidaire Par M. Frédéric Rauch	Page 49

Le dossier: Santé et environnement

Pourquoi est-ce difficile d'appréhender et de lutter contre l'impact sanitaire de l'environnement ? Par Louise Chacé	Page 52
Exposition universelle de Milan : une impression mitigée Par M ^{me} Catherine Limousin	Page 54

Inégalités sociales dans les connaissances des parents sur les risques du tabagisme passif pour la santé de l'enfant Par les D ^{rs} Julie Chastang, Nicolas Hommey, Sarah Robert & Magali Steinecker	Page 56
Le médecin généraliste face au risque des rayonnements ionisants Par les D ^{rs} Ibanez Gladys, Lafortune Jean & Martinez Luc	Page 70
Pollution intérieure chez le jeune enfant : représentation des médecins généralistes par une enquête qualitative Par les D ^{rs} Nadia Gaouaou, Nicolas Hommey, Jehan Zabar & Gladys Ibanez	Page 74
<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 84

Les notes de lecture

« Le deuxième âge de la machine – Travail et prospérité à l'heure de la révolution technologique » d'Erik Brynjolfsson et Andrew McAfee (Edition Odile Jacob) par M. Limousin	Page 88
« Guide Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire » (Edition 2015) par M. Benoît Hervieu-Léger, Chargé de communication, Comede - Comité pour la santé des exilés	Page 90
« Hôpital : vite... on est pressé » d'Alexis Bertussi (Les Editions du net) par M. Limousin	Page 91

Documents

Appel d'Osaka Appel pour une protection sociale pour tous	Page 93
Séance de travail de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire : « Les exercices, la déontologie et l'éthique de la médecine bucco dentaire » Par le D ^r Fabien Cohen	Page 95

Éditorial

« *Que l'année entière
Vous soit douce et légère* »

L'année 2015 aura bien sûr été marquée par les attentats et leur cortège d'horreur. Mais aussi de formidables élans de mobilisation populaire.

Pour autant, derrière ces symptômes une maladie est à l'œuvre. Une vraie maladie : la crise économique imposée. Le chômage qui paraît aux yeux de beaucoup comme une fatalité sans espoir. Le pouvoir d'achat en berne. Des inégalités sociales qui explosent : même les néolibéraux le constatent et l'avouent (cf. la note de lecture sur le livre de Brynjolfsson et McAfee). Un Etat qui évolue progressivement vers un système autoritaire. Une extrême droite aux portes du pouvoir ou en tout cas ouvrant ces portes à une radicalisation droitière. La guerre un peu partout dans le monde ; les réfugiés ballotés, abandonnés, leurs enfants sans rien. Des camps pour les parquer.

Et surtout, surtout l'espoir qui a fichu le camp. La plupart des gens ne portent plus de projets collectifs, ne s'engagent plus dans l'action politique ou syndicale. La télé comme média de pensée. Les partis politiques en panne. Les syndicats malmenés. Une protection sociale abandonnée. Oui, cette année 2015 laisse un arrière-goût de tristesse pour beaucoup. Et d'inquiétude.

Alors comment sera 2016 et la suite ? Douce et légère ? Saurons-nous trouver l'énergie pour porter une politique nouvelle ? Et dans le domaine qui est celui de nos Cahiers, saurons-nous ouvrir des perspectives mobilisatrices ? Par exemple une protection sociale pour tous comme le propose l'Appel d'Osaka que nous publions dans ce numéro. Ou encore une couverture à 100 % par l'Assurance maladie comme nous le défendons ?

Oui, la priorité politique du moment c'est l'espoir. Notre revue veut y participer.

**D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef**

Prochain dossier à paraître :

Numéro de mars 2016 : **Place des femmes dans la protection sociale.** Dossier suivi par M^{me} B. Destremau

Articles

Races et racisme

Par le Pr Axel Kahn

L'homme moderne semble avoir colonisé peu à peu la planète à partir d'un petit groupe qui a commencé de quitter l'Afrique il y a moins d'une centaine de milliers d'années. Ces hommes, établis en différentes régions du globe, ont parfois été confrontés à des populations autochtones antérieures (par exemple les néandertaliens en Europe). Localement, ils se sont, au cours du temps, plus ou moins différenciés les uns des autres, formant des groupes physiquement reconnaissables, des ethnies... on devait dire, un jour, « des races ».

Les fondements du racisme

Race et racisme sont deux mots de même origine. On appelle « race » l'ensemble des individus d'une même espèce qui sont réunis par des caractères communs héréditaires. Le racisme est la théorie de la hiérarchie des races humaines, théorie qui établit en général la nécessité de préserver la pureté d'une race supérieure de tout croisement, et qui conclut à son droit de dominer les autres. Si on s'en tient à ces définitions, tout semble clair et facile. Puisque le racisme est défini par les races, il suffit de démontrer que les races n'existent pas pour ôter toute substance au racisme. Cependant, les choses sont loin d'être aussi simples. En effet, le racisme s'est structuré en idéologie à partir de la fin du XVIII^e siècle, c'est-à-dire, pour paraphraser Georges Canguilhem, en une croyance lorgnant du côté d'une science pour s'en prévaloir.

Certains ont proposé que la sélection des peaux claires dans les régions les moins ensoleillées ait permis d'améliorer la synthèse cutanée de la vitamine D, facteur antirachitique essentiel, normalement stimulée par la lumière. À l'inverse, la richesse cutanée en mélanine a été sélectionnée dans les pays soumis à l'ardeur du soleil car elle protège des brûlures et des cancers cutanés.

Ce qui est raciste et ce qui ne l'est pas

Un préjugé raciste peut être défini comme la tendance à attribuer un ensemble de caractéristiques péjoratives, transmises héréditairement, à un groupe d'individus. Des affirmations telles que « tous les Juifs sont avares, tous les Irlandais sont violents, tous les

Corses sont paresseux » sont des exemples typiques d'affirmations racistes. En revanche, toute indication d'une différence physique, physiologique entre populations n'a évidemment rien de raciste : dire que les Suédois sont plus grands que les Pygmées ou que les Africains noirs pourraient avoir des dons particuliers pour la course à pied sont des remarques dénuées de toute connotation négative et qui reflètent la réelle diversité humaine. Il se trouve parfois dans la presse des discours irréfléchis où est taxée de raciste une étude notant que le chiffre normal des globules rouges et la durée de la grossesse sont légèrement différents entre des populations d'origine africaine et, par exemple, européenne. Ces paramètres ne préjugent en rien des capacités les plus spécifiquement humaines, de l'ordre de la créativité et de la recherche du prestige. Le racisme possède un fondement qui n'est pas issu des progrès de la biologie. Tout débute par des préjugés, et lorsque le racisme aura été débarrassé de ses oripeaux scientifiques on peut craindre que ceux-ci ne persistent. Or ils sont autrement difficiles à combattre.

Les races humaines n'existent pas, au sens que l'on donne au mot « race » lorsque l'on parle de races animales. Un épagneul breton et un berger allemand appartiennent, par exemple, à deux races différentes qui obéissent peu ou prou aux mêmes caractéristiques, à l'instar des variétés végétales : distinction, homogénéité, stabilité. En l'absence de croisement entre ces races, les similitudes intraraciales l'emportent de loin sur les ressemblances entre deux individus de races différentes. Rien de tout cela ne s'applique aux populations humaines. Ainsi, on constate du nord au sud une augmentation continue de la pigmentation cutanée : les peaux très blanches en Scandinavie foncent graduellement pour en arriver à la couleur la plus sombre en zones équatoriales et subéquatoriales.

Certains ont proposé que la sélection des peaux claires dans les régions les moins ensoleillées ait permis d'améliorer la synthèse cutanée de la vitamine D, facteur antirachitique essentiel, normalement stimulée par la lumière. À l'inverse, la richesse cutanée en mélanine a été sélectionnée dans les pays soumis à l'ardeur du soleil car elle protège des brûlures et des cancers cutanés.

Histoire du racisme

Des discours racistes apparaissent dès l'Antiquité, y compris chez Aristote. Ce dernier établit des différences intrinsèques de comportement et de qualités entre les peuples; selon lui, les Européens sont courageux mais un peu sots, les Asiatiques très intelligents mais manquent de courage, et les Hellènes, placés géographiquement au milieu, combinent les avantages des uns et des autres: ils sont intelligents et courageux. Le philosophe ajoute que les esclaves sont des « *choses animées* », et il introduit la notion d'esclaves par nature. Cependant, et là réside l'ambiguïté qui empêche de ranger définitivement les Grecs dans le camp des proracistes, les esclaves peuvent être affranchis... et accèdent alors de plein droit à l'humanité.

À Rome, le discours change. Cicéron écrit: « *Il n'est de race qui, guidée par la raison, ne puisse parvenir à la vertu.* » Dans la foulée de l'impérialisme romain, les premiers siècles de la chrétienté sont exempts de racisme, car s'y trouvent combinés l'universalisme du messianisme chrétien s'exprimant dans la parole de saint Paul et le souvenir de l'Empire romain, creuset de peuples et d'ethnies différents.

Dans l'Occident chrétien, le racisme réapparaît et se développe plusieurs siècles avant l'apparition du concept scientifique de race, à partir de l'an 1000, autour des cristallisations religieuses, l'anti-islamisme et, surtout, l'antijudaïsme. Au XII^e siècle, en pleine querelle des Investitures, Anaclet II, l'antipape élu, a un ancêtre juif. La campagne virulente du camp romain contre cet antipape s'appuie sur ses origines « maudites » souillant tout son lignage. L'antijudaïsme virulent de Saint Louis flirte avec l'antisémitisme. Dans l'Espagne chrétienne, c'est un antisémitisme cette fois structuré qui se manifeste, puisque les juifs convertis sont interdits d'accès aux fonctions publiques, au métier des armes, etc. Il est décrété que ces individus doivent être écartés parce que l'infamie de leur père les accompagnera toujours. La notion d'hérédité d'une infériorité, d'un opprobre, qui constitue une base essentielle du racisme, est donc ici manifeste.

C'est dans ce contexte que prend place un épisode décisif, souvent présenté comme un succès de la civilisation alors qu'il s'agit d'un drame effroyable: la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb. À cette occasion s'accomplit l'un des premiers génocides de l'histoire du monde. En 1492, Christophe Colomb débarque à Hispaniola (Haïti, Saint-Domingue), une île alors peuplée de 3 millions de Taïnos. Trois ans

après, il ne reste déjà plus que 1 million d'Indiens; soixante ans après, ils ne seront plus que 200, qui disparaîtront rapidement. Tous les ingrédients du racisme tel qu'il s'est manifesté depuis, y compris dans les univers concentrationnaires, sont ici réunis. Les Indiens sont parqués et mis au travail forcé, les enfants sont tués, les femmes enceintes sont éventrées. Dans cette misère extrême, les femmes n'ont plus d'enfants, voire, pour échapper à leur malheur, se suicident en masse. À partir de 1519, d'après débats théologiques opposent Bartolomé de Las Casas, qui est entre-temps devenu dominicain, à différents autres ecclésiastiques. La confrontation la plus connue est la controverse de Valladolid, en 1550, qui aboutit à la conclusion, acquise de justesse, que les Indiens ne sont pas de nature différente des autres hommes. On continue malgré tout à les massacrer, et l'Amérique, qui comptait 80 millions d'aborigènes aux temps précolombiens, n'a plus que 8 millions d'habitants quatre-vingts ans après sa « découverte » par Christophe Colomb. Par la suite, les Indiens ayant été massacrés et décimés, se pose le problème de la main-d'œuvre dans les colonies américaines. Cette question devient cruciale lorsque s'y développe la culture de la canne à sucre, conduisant le Portugal, puis la France et l'Angleterre, à développer le commerce trilatéral et la traite des Noirs. Depuis le Moyen Âge et jusqu'au XVIII^e siècle, entre la naissance de l'antisémitisme chrétien, la conquête de l'Amérique et la traite des esclaves noirs, ce sont donc tous les ingrédients du racisme qui se mettent en place, tous ses crimes qui commencent d'être perpétrés.

L'idéologie raciste

Le concept scientifique de race n'apparaît qu'au XVIII^e siècle. Il est perceptible sous la plume de Carl von Linné, dont la classification systématique des êtres vivants s'étend aux hommes, rangés en cinq catégories... qui deviendront des races: les « monstrueux » (c'est-à-dire les personnes atteintes de malformation, que Linné assimile à une race à part entière), les Africains, les Européens, les Américains et les Asiatiques. À chacune de ces catégories il attribue des caractéristiques et des qualités comportementales, les plus flatteuses étant naturellement réservées aux Européens.

Avant le XVIII^e siècle, le mot « race » est surtout utilisé dans le sens de lignage aristocratique: on parle d'enfants de bonne race, de bon lignage... un peu comme de chevaux de bonne race. C'est à partir de la fin du XVIII^e siècle, et surtout au XIX^e, que l'on assiste à la structuration des préjugés proracistes en

idéologie par agrégation successive des progrès scientifiques, principalement la théorie de l'évolution. C'est à cette même époque qu'apparaissent les deux grandes thèses opposées sur l'origine de l'homme : produit de l'évolution ou créature, est-il apparu une fois – les hommes actuels étant tous les descendants de cet ancêtre (monogénisme) – ou plusieurs fois de façons séparées et indépendantes – les différents groupes ethniques ayant alors des ancêtres différents (polygénisme) ? Naturellement, c'est cette dernière hypothèse que privilégient les doctrinaires du racisme. Le polygénisme sera la thèse privilégiée par les créationnistes esclavagistes américains jusqu'à la fin du XIX^e siècle.

Le mécanisme de la sélection naturelle comme moteur de l'évolution, proposé par Charles Darwin, et surtout la lecture qu'en fait le philosophe anglais Herbert Spencer, contemporain de Darwin, puis l'Allemand Ernst Haeckel vont modifier en profondeur la forme de l'idéologie raciste. En effet, le mécanisme de l'évolution, la lutte pour la vie pour Darwin, devient, sous l'influence de Spencer, la survivance du plus apte. Appliquée aux civilisations, cette notion peut constituer une justification *a posteriori* de la domination des vainqueurs, qui sont bien entendu les plus aptes, puisqu'ils l'ont emporté. Un tel raisonnement tautologique s'est révélé d'une redoutable efficacité à l'appui des thèses racistes. À vrai dire, il serait profondément injuste de faire porter à Charles Darwin, un des plus grands scientifiques qui ait jamais existé, la responsabilité personnelle des dérives idéologiques dont ses travaux ont fait l'objet et ont été victimes, car il a toujours récusé l'interprétation eugéniste et sociale des mécanismes de l'évolution qu'il avait mis au jour.

Les lois de la génétique, c'est-à-dire les règles gouvernant la transmission des caractères héréditaires, énoncées initialement par le moine Gregor Mendel en 1865, redécouvertes au début du XX^e siècle par des botanistes européens et développées par l'États-Unien Thomas H. Morgan, auront alors une influence considérable sur la biologie et, plus généralement, sur l'évolution sociale et politique des pays. On assiste en effet à la tragique synthèse entre le racisme, théorie de l'inégalité des races ; le déterminisme génétique, qui considère que les gènes gouvernent toutes les qualités des êtres, notamment les qualités morales et les capacités mentales des hommes ; et l'eugénisme, qui se fixe pour but l'amélioration des lignages humains. Sous l'influence de la génétique, le dessein eugénique devient l'amélioration génétique de l'homme, la sélection des bons gènes et l'élimination des mauvais gènes

qui gouvernent l'essence des personnes et des races. L'Allemagne nazie poussera cette logique jusqu'à l'élimination des races « inférieures », censées porter et disséminer de mauvais gènes.

Les racistes et le quotient intellectuel

Les préjugés racistes sont loin d'avoir disparu après le traumatisme de la Seconde Guerre mondiale. La conviction que le quotient intellectuel moyen est différent selon les ethnies était alors partagée par une grande majorité des élites scientifiques, du Français Paul Broca aux anthropologues états-uniens consultés pour l'élaboration de l'Immigration Restriction Act de 1924, qui limitait sévèrement l'entrée aux États-Unis des ressortissants issus de pays où, selon les psychométriciens consultés, sévissait la débilité. Plus près de nous, les sociologues Charles Murray et Richard J. Herrnstein en 1994, puis encore Bruce Lahn et ses collègues en 2005, enfourchent la même monture idéologique. En fait, un examen soigneux de tous ces travaux, même les plus récents, en démontre la faiblesse et les erreurs, parfois grossières, à l'évidence motivés par des présupposés idéologiques.

Génomes et racisme

C'est en 2001 que fut publiée la première séquence presque complète du génome humain, très affinée depuis. Les humains possèdent environ 22 000 gènes qui ne diffèrent que très peu d'une personne à l'autre. L'alphabet génétique est composé de quatre lettres : A, C, G et T, disposées en un long enchaînement de 3,2 milliards de signes hérités de chacun de nos parents. Or cet enchaînement ne varie qu'une fois sur dix mille entre des hommes ou des femmes issus d'Afrique, d'Asie ou d'Europe.

La très grande ressemblance entre les génomes de personnes issues d'ethnies différentes, originaires de régions éloignées les unes des autres de plusieurs milliers de kilomètres, a semblé rassurante : c'est là la preuve, a-t-on affirmé alors, que les races n'existent pas et que le racisme n'a donc plus aucune justification possible, qu'il est appelé, espère-t-on, à disparaître bientôt. Hélas, je crains qu'on ne soit allé bien vite en besogne, par ignorance ou sous l'influence de présupposés idéologiques. En fait, il faut revenir au mode d'action des gènes, c'est-à-dire au mécanisme par lequel ils influencent les propriétés des êtres vivants, qui est combinatoire, à la manière dont c'est la combinaison des mots qui donne sens à la phrase ou au texte. Or ce n'est pas le nombre de mots utilisés qui fait la qualité littéraire d'un texte, de même que

ce n'est pas le nombre de gènes qui explique l'étendue des potentialités humaines. C'est à dessein que j'utilise ici le terme de « potentialité », car la combinaison des gènes ne gouverne que la possibilité pour une personne d'être éduquée au contact d'une communauté de semblables. Isolé, élevé par des animaux, le petit d'homme évoluera vers ces enfants sauvages dont de nombreux exemples ont été décrits dans l'histoire, incapables d'atteindre les capacités mentales caractéristiques de l'espèce humaine.

L'effet combinatoire des gènes explique que de petites différences génétiques puissent avoir de considérables conséquences sur les êtres, comme en témoignent les aspects et capacités bien distincts des hommes et des chimpanzés, dont les gènes sont pourtant à 98,4 % identiques. C'est pourquoi aussi la grande homogénéité génétique des hommes du monde entier, confirmée par l'étude du génome, n'est pas suffisante pour conjurer la menace d'un dévoiement raciste de la biologie, pour deux ordres de raisons : les maladies avec retard mental témoignent que la mutation d'une seule des plus de trois milliards de lettres de l'alphabet génétique suffit à altérer les fonctions cognitives ; de très légères différences dans le génome des personnes pourraient de la sorte avoir chez elles d'importantes conséquences. D'autre part, l'affirmation que le racisme est illégitime parce que, sur le plan biologique, et en particulier génétique, les races n'existent pas revient à admettre que si les séquences génétiques différaient statistiquement entre les ethnies le racisme serait peut-être recevable. Or, bien sûr, puisqu'on peut distinguer les gens en fonction de leurs caractéristiques physiques – couleur de la peau, aspect de la chevelure, etc. –, on le peut aussi à partir de l'ADN qui code toutes ces caractéristiques. Là ne réside, en fait, ni l'origine du racisme ni la justification de l'antiracisme.

Le racisme peut se passer des races

Lorsque l'on aura expliqué à des gens habités par des préjugés racistes que les races humaines n'existent pas au sens où l'on parle de races animales distinctes, peut-être seront-ils impressionnés et convaincus. Pourtant, cette démonstration risque bien d'être insuffisante, car déconnectée du vécu des gens ordinaires qui, eux, n'ont pas de difficulté à reconnaître, dans la rue, des Jaunes, des Blancs, des Noirs, des Méditerranéens bruns et des Scandinaves blonds. Par ailleurs, la réfutation scientifique de la réalité des races ne prend pas en compte les très fréquentes racines socio-économiques

d'un racisme qui est souvent le reflet du mal-être et du mal vivre, par exemple au sein des populations défavorisées de grandes villes. Paradoxalement, il n'y a que peu de rapports entre la réalité des races et celle du racisme. Chacun peut en effet observer que les pires excès racistes s'accroissent fort bien de la non-existence des races humaines. En ex-Yougoslavie, les plus effroyables comportements de type raciste ont opposé les Slaves du Sud, les uns convertis au catholicisme (les Croates), les autres à l'islam (les Bosniaques), et les derniers à la religion orthodoxe (les Serbes).

Dans le discours des racistes modernes, ce ne sont souvent plus les races qui sont déclarées incompatibles ou inégales, ce sont les coutumes, les croyances et les civilisations. C'est un choc des cultures. Ce qui est rejeté, ce n'est plus tellement l'homme noir, blanc ou jaune, ce sont ses préparations culinaires, ses odeurs, ses cultes, ses sonorités, ses habitudes. Souvent, la montée en puissance de l'uniformisation culturelle et l'imposition des standards occidentaux accompagnant la mondialisation économique entraînent, en réaction, une tendance au repli communautaire. Il s'agit là d'un réflexe de protection contre une civilisation opulente et dominatrice dont on ressent la double menace, celle de l'exclusion et de la dépossession de ses racines.

Or il y a dans cette forme de communautarisme exclusif une tendance qui m'apparaît non humaine. Ce qui caractérise, en effet, les civilisations et leur évolution, ce sont les échanges culturels et les emprunts qui, à l'opposé de l'uniformisation imposée par une culture dominante, créent de la diversité et ouvrent de nouveaux espaces au développement de l'esprit humain. Les Phéniciens subissent l'influence des Hittites, des Assyriens, des Babyloniens, qui échangent avec l'Égypte, avec la Grèce. Les Étrusques, nourris des arts et techniques grecs et phéniciens, sont à l'origine de la culture romaine. Plus près de nous, la musique des esclaves noirs des États-Unis sera à l'origine du jazz et d'autres courants majeurs de la musique moderne, l'« art nègre » fécondera la peinture et les arts plastiques occidentaux, et les conduira en particulier au cubisme. Le progrès des sociétés humaines est toujours passé par le métissage culturel

À l'inverse, les races animales n'échangent guère leurs habitudes, elles conservent leurs particularités éthologiques qui n'évoluent, pour l'essentiel, que sous l'effet de variations génétiques et écologiques. La diversité humaine n'est donc facteur d'enrichissement

mutuel que si elle est associée à l'échange. L'uniformité a le même effet que le repli sur soi : dans les deux cas, le dialogue est stérilisé et la civilisation déperit.

Un engagement antiraciste

Au total, la biologie et la génétique modernes ne confirment en rien les préjugés racistes, et il est certainement de la responsabilité des scientifiques de réfuter les thèses biologisantes encore trop souvent appelées à leur rescousse. Cela est relativement aisé, mais à l'évidence insuffisant, tant il apparaît que le racisme n'a pas besoin de la réalité biologique des races pour sévir. À l'inverse, ce serait un contresens de vouloir fonder l'engagement antiraciste sur la science. Il n'existe en effet pas de définition scientifique de la dignité humaine, il s'agit là d'un concept philosophique. Aussi le combat antiraciste, en faveur de la reconnaissance de l'égale dignité de tous les hommes, au-delà de leur diversité, est-il avant tout de nature morale, reflet d'une conviction profonde qui n'est évidemment en rien l'apanage exclusif du scientifique.

Le vieillissement à Cuba, un défi majeur

Par M^{me} Blandine Destremau
(Directrice de recherche CNRS – IRIS EHESS)

Produit d'une combinaison de progrès sanitaires et sociaux et de difficultés de conditions de vie, le vieillissement démographique qui frappe Cuba constitue l'un des défis majeurs au système de santé, aux différents types de solidarité et aux fondements de la justice sociale établis par la Révolution de 1959. Ces défis sont d'autant plus considérables que les budgets publics sont en forte tension, que l'émigration s'intensifie et que les dispositifs de prise en charge continuent à solliciter essentiellement les familles.

Une population vieillissante

Cuba présente un profil démographique de fort vieillissement, parmi les plus élevés d'Amérique latine : la croissance démographique y est négative depuis 2006, les indicateurs de fécondité sont en dessous du seuil de remplacement des générations depuis la fin des années 1970, et l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées du monde (79,4 ans en 2015)⁽¹⁾. Elle est de 80,4 ans pour les femmes, au 23^e rang mondial, et le différentiel entre les sexes est de 3,9 ans, ce qui est assez bas. Entre 1970 et 2012, l'espérance de vie a gagné 8,41 ans (8,63 pour les femmes, 7,95 pour les hommes).

L'allongement de la durée de vie est un résultat direct des politiques sanitaires, économiques et sociales d'amélioration des niveaux de vie et de réduction des inégalités mises en place depuis la Révolution. L'objectif des politiques révolutionnaires de santé était en effet de procurer à l'ensemble de la population, quels que soient son niveau de vie, sa zone résidentielle, son âge et type de pathologie, des services publics de qualité, sur une base totalement démarchandisée, universaliste et égalitaire (Feinsilver 1993 ; Chaufan 2014, Brotherton 2011). Les services de santé publique ont été mis au service du développement, et de la justice sociale : réduire les inégalités entre classes sociales, origines raciales, modes de vie, espaces résidentiels et genres ; et répartir les moyens selon les besoins des per-

sonnes et non selon leurs ressources. C'est cet objectif, inscrit dans les principes mêmes de la Révolution, qui a conduit à mettre en place des formations, des établissements, des services et des modes d'accès conduisant à une amélioration impressionnante des indicateurs sanitaires, à une réduction marquée des inégalités sociales et spatiales, en contribuant à la légitimité de l'État.

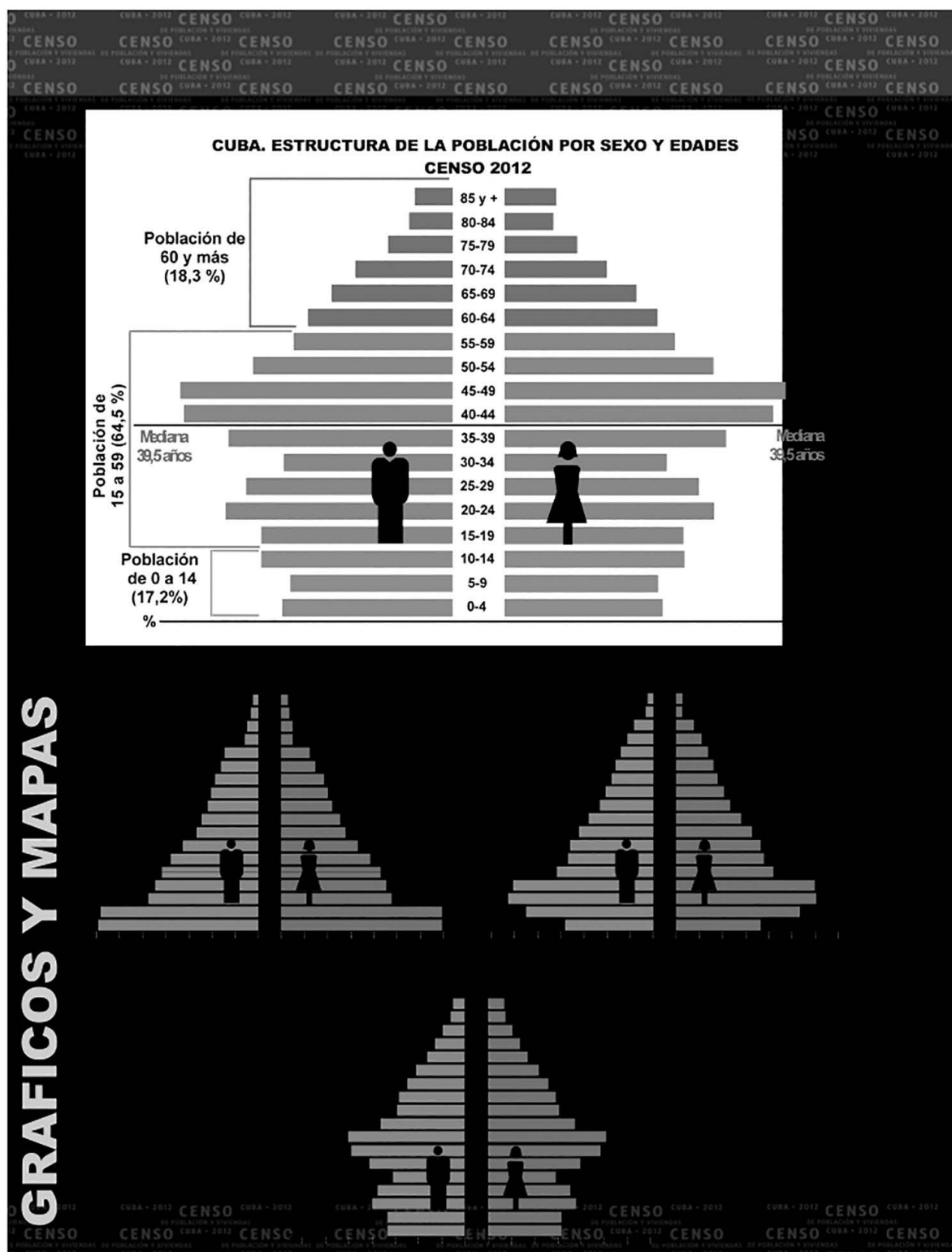
Les résultats de ces investissements importants sont considérables et ont bénéficié à toutes les couches de la population : réduction de la mortalité infantile et maternelle, quasi-disparition de la mortalité par maladie infectieuse, allongement considérable de l'espérance de vie à la naissance. Au-delà des chiffres, c'est une forme spécifique de citoyenneté qu'a construit ce considérable effort sanitaire, par laquelle les Cubains manifestent une conscience aiguë de leur santé et bien-être physiques (Brotherton 2005). Le médecin de famille en devient une figure type du héros révolutionnaire (Brotherton 2013). Les résultats et performances du système sanitaire cubain, très largement diffusés au plan international, expliquent et justifient en grande partie la très intense politisation de la question (Kath 2010).

De son côté, la chute de la fécondité procède de l'octroi de droits sociaux individualisés et égaux aux femmes, de leur encouragement à acquérir des niveaux d'éducation égaux à ceux des hommes, à rejoindre le marché du travail et à acquérir des compétences professionnelles. Elle s'est également nourrie du développement de services de planning familial et d'avortement libres et gratuits. Les femmes se sont dans une très large mesure émancipées de rôles sociaux qui les assignaient au premier chef aux tâches domestiques pour se concevoir et se vivre comme actives et engagées politiquement et professionnellement. Mais la réduction des naissances est aussi le produit d'autolimitations à la conception d'enfants en raison des difficultés économiques et de logement que rencontre une large proportion de ménages, conduisant à des arbitrages dans l'allocation des ressources des ménages – temps, travail, présence, care, dépenses, espace au

¹ Sauf mention contraire, les statistiques citées dans cet article sont extraites des données disponibles sur le site de l'Office national des statistiques cubaines <http://www.one.cu/>

sein du logement (Andaya 2007). Il faut y ajouter les tensions dans la conciliation emploi – famille que les politiques de prise en charge ne sont pas parvenues à résoudre totalement (Destremau 2015a). Selon les résultats du recensement de 2012, 78 % des ménages de plus d'une personne n'ont aucun enfant de moins de quinze ans.

La structure démographique présente un enjeu d'autant plus fort que l'immigration est quasiment nulle, et l'émigration relativement forte.



La population de plus de 60 ans atteint 19 % en moyenne 2014, et celle des plus âgés en constitue un bon tiers. D'un autre côté, la proportion des moins de 15 ans est inférieure à 17 %. Après une chute continue, imputable à la réduction du poids des enfants dans la population, le taux de dépendance est en voie d'accroissement depuis 2002, reflétant l'essor du poids des personnes âgées : une part tendanciellement plus faible d'adultes recensés comme économiquement actifs – 43 % - doit prendre en charge une population dépendante d'enfants et surtout de personnes âgées en croissance. Certains *municipios* cubains sont beaucoup plus frappés par le vieillissement que d'autres, particulièrement les anciens quartiers du centre-ville. Les taux de dépendance se reflètent et se modulent de façon différenciée au sein des ménages. Sur l'ensemble du territoire, 40 % des ménages recensés en 2012 comptent au moins une personne de plus de soixante ans : 27 % en ont une, 12 % en ont deux, et 1 % trois ou plus.

Une prise en charge qui échoit essentiellement aux familles

Les schémas culturels d'une part, et les difficultés budgétaires de l'État cubain depuis les années 1990 de l'autre, expliquent que la prise en charge de la dépendance et du grand âge est réputée relever de la solidarité familiale, dans une très large mesure : 90 % des personnes âgées de plus de 60 ans résident chez elles, environ la moitié d'entre elles avec leurs enfants (plus les femmes que les hommes), soit pour des raisons de pénurie de logement, soit par besoin d'assistance. Il demeure que 14 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivent seules, soit plus de 130 000 individus, et qu'ils représentent 39 % du total des ménages d'une personne⁽²⁾. Amplifié par les mouvements migratoires internes et externes, qui se sont accélérés au cours des dernières années, l'isolement est l'une des caractéristiques constitutives du problème social que pose le vieillissement, surtout si ces personnes sont démunies et n'ont pas de famille à proximité.

Environ cent cinquante foyers résidentiels sont ouverts à Cuba, pour un total d'à peine 9000 lits ; c'est-à-dire qu'à peine une personne de plus de 85 ans sur 16 peut disposer d'un lit en foyer résidentiel selon les statistiques officielles, la majorité d'entre elles souffrant de maladies chroniques et d'invalidités physiques et/ou mentales. Au cours des dernières années, le nombre de foyers et de lits tend à se réduire, tant ces établisse-

ments sont affectés par des pénuries de budget et la détérioration des bâtiments et équipements. Par ailleurs, ils ne sont pas qualifiés pour les maladies dégénératives comme Alzheimer. Un important programme de réhabilitation de ces foyers résidentiels, et de construction de nouveaux lieux d'accueil qui puissent répondre à une demande en essor, a été annoncé. Des partenariats avec des organisations religieuses ou non gouvernementales, cubaines ou étrangères, sont noués pour soutenir les efforts de l'État. Il demeure que la prise en charge par les personnes du ménage des besoins de soins, d'aide et de présence des personnes âgées, demeure la norme.

Si les personnes âgées contribuent au travail nécessaire au foyer tant qu'elles sont valides, les soins et la présence qu'elles requièrent au moment de la perte d'autonomie pèsent sur les ménages (Durán 2010). C'est d'autant plus le cas que plusieurs personnes âgées cohabitent fréquemment, et que les aidants familiaux sont eux-mêmes frappés par le vieillissement. Selon les résultats du recensement de 2012, 58 % des personnes de plus de 60 ans qui vivent dans des ménages de 2 à 3 personnes cohabitent avec une autre personne âgée ou plus. Le taux varie légèrement pour les ménages plus importants (53 % des personnes âgées résidant dans des ménages de 4 à 5 personnes cohabitent avec une autre ou plus, et 67 % pour les ménages de 6 à 7 personnes, 68 % pour les ménages de 8 à 9 personnes, et 71 % pour les ménages de 10 personnes et plus).

La question du *care* se pose donc soit à l'égard des personnes isolées, lorsqu'elles perdent leur autonomie, soit lorsque le travail de soin pour autrui pèse sur des ménages de taille réduite, eux-mêmes vieillissants. Or différents travaux de recherche montrent que les schémas de division sexuelle du travail reproductif n'ont pas été radicalement modifiés : comme dans bien des pays socialistes, l'État déchargeait les femmes de leurs tâches domestiques sexuées, mais l'implication des hommes n'a pas pris le relais (Destremau 2015a). C'est d'autant plus le cas que les ménages cubains sont modelés par une forte instabilité conjugale, l'émigration et les problèmes de logement ; les structures familiales sont marquées par des pratiques matrifocales, qui tendent à rassembler, dans un même logement, plusieurs générations de femmes comme points fixes du foyer, les hommes adultes tendant à aller rejoindre leur compagne du moment (Zabala 2010). Le partage des tâches domestiques et de care serait d'autant plus inégal entre hommes et femmes que les ménages appartiennent aux couches populaires (niveau d'édu-

² La part des ménages d'une personne dans le total des ménages est passée de 13,9 % en 2002 à 18,7 % en 2012, selon les résultats du recensement.

cation et de revenus relativement bas), et plus égalitaire dans les ménages de haut niveau d'éducation. La prise en charge du vieillissement se traduit donc par une surcharge de travail et des exigences de présence qui pèsent plus sur les femmes que les hommes, engendrant des perturbations de leur engagement professionnel voire leur sortie d'activité salariée, souvent pour se lancer dans une activité indépendante à domicile. Différents programmes se sont développés pour former les aidants familiaux aux problèmes spécifiques du vieillissement qui, s'ils peuvent améliorer l'organisation et la qualité des soins de proximité, ne déchargent pas les familles, bien au contraire.

L'appauvrissement des personnes âgées

Le besoin de solidarité des personnes âgées à l'égard de leur famille ne se réduit pas aux soins et à la présence. En effet, la valeur réelle des pensions de retraite se réduit, au même titre d'ailleurs que les salaires publics, frappés par la libéralisation de certains marchés (alimentaires notamment) et par le rétrécissement de la sphère des biens subventionnés: le prix du panier de biens de base s'est donc mécaniquement accru. En 2008 une réforme des pensions de retraite a été mise en place: prolongation de la vie active de cinq ans (âge légal de la retraite porté à 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes); modification de la base de calcul des pensions qui porte le taux de remplacement de 50 % à 60 %; augmentation des années de travail requises (de 25 à 30 ans); possibilité de prolongation de la vie active avec accroissement de la pension et autorisation de cumul entre revenu d'activité et pension; augmentation des pensions nominales, particulièrement des plus basses. En 2011 la couverture obligatoire a été étendue aux travailleurs indépendants. Ces mesures permettent de réduire modestement le poids des pensions dans le budget public, et le déficit de leur financement (Mesa-Lago 2012). Mais elles n'ont pas permis un rattrapage du niveau de vie que permettent les pensions, dont la dégradation est imputable aux transformations de l'économie cubaine: crise à partir de la chute du bloc soviétique en 1990, et réformes dans le sens d'une libéralisation marchande (Destremau 2015b). De fait, la valeur réelle des pensions s'est contractée de moitié entre 1989 et 2010 (Mesa-Lago 2012).

Depuis le début des années 1990, les pensions de retraite ne permettent pas la survie de leurs titulaires, et la pauvreté des retraités devient un problème visible et préoccupant, à plus d'un titre. D'après une enquête menée sur le vieillissement par le Centre cubain de

population en 2010-2011³, 60 % des personnes âgées interrogées déclarent vivre avec des privations et carences (mais le fait d'être âgé n'y ajoute pas forcément). Environ 20 % des personnes ayant dépassé l'âge de la retraite ont continué leur activité, et 20 % des retraités exercent une activité rémunératrice pour augmenter leurs revenus - vente de produits alimentaires, ramassage de canettes ou cartons pour le recyclage, couture, etc. - mais la part réelle est probablement beaucoup plus élevée, notamment de ceux participant à l'entreprise familiale. Leur survie matérielle requiert des formes de solidarité et de redistribution au sein des familles, et souvent avec le voisinage: c'est-à-dire de partager les ressources familiales, mais aussi l'espace. 15 % déclarent recevoir un complément de revenu de leur famille résidant à Cuba ou à l'étranger.

La pauvreté des conditions de vie provient pour bonne part de la dégradation des logements: à Cuba 85 % des ménages sont propriétaires de leur logement, mais tant les capacités privées que les programmes publics d'entretien et de réhabilitation n'ont pas été à la hauteur des besoins. Selon le recensement de 2012, la moitié des logements sont en très mauvais état. De plus, le déficit important de construction a conduit à une sur-occupation des logements des familles les plus modestes.

Défis aux politiques de santé

Depuis les années 1970, et de façon accélérée à partir de la fin des années 1980, divers programmes de prise en charge du vieillissement ont été développés dans les domaines culturel, sanitaire, et d'action sociale. En 1974 naît le *Plan Nacional de Atención al Anciano*, jalonné depuis de multiples enquêtes sanitaires et sociales, à partir desquelles est planifié le développement des dispositifs et mesures spécifiques. C'est en 1997 que le programme actuel « d'attention intégrale aux personnes âgées » a vu le jour, dans un contexte économique et social marqué par la crise. Il repose sur trois sous-programmes: soins hospitaliers en lien avec les structures sanitaires locales (médecins, cliniques); prise en charge institutionnelle de promotion, prévention, traitement et réhabilitation, et notamment foyers résidentiels et centres médico-psychopédagogiques; et « attention communautaire » articulée autour de maisons de jour, d'activités culturelles, sportives et de sociabilité communautaires (voir plus bas), et dont relèvent également les EMAG (Équipes multidisciplinaires d'attention gérontologique).

³ Sur un échantillon de 12 000 familles, Encuesta nacional de envejecimiento de Cuba y sus Territorios 2010: <http://www.one.cu/encuestaenvejecimiento.htm>

La mise en place du programme des médecins et personnel infirmier de famille (« Médicos y enfermeros de la Familia ») en 1984 a constitué un tournant important des politiques publiques de santé, dont ont bénéficié les personnes âgées. Elle a permis un resserrement du maillage de l'organisation spatiale des soins selon un dispositif de référencement et de hiérarchisation des établissements. Dans chaque quartier (qualifié de « zone de santé »), progressivement, un *consultorio* fut installé, offrant à la population du voisinage les services d'un médecin et d'un(e) infirmier(ère). Chaque consultation dessert cent vingt familles, soit environ 600 à 700 personnes. Les services de santé primaire sont également fournis par une polyclinique, installée dans chaque municipio, qui offre l'accès à une palette de spécialistes. La médecine de proximité s'articule ainsi avec un suivi social des familles dans les quartiers, lui-même ancré dans un système d'intense communication, relations et collaborations entre praticiens, travailleurs sociaux, organisations de masse, et des réseaux sociaux plus ou moins formalisés (Kath 2010).

En outre, le système de santé cubain a dû s'adapter à l'évolution des pathologies et affections pour lesquelles il est sollicité : développement des pathologies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète), alors que les pathologies infectieuses ont été pour bonne part éradiquées ; pathologies liées à la dégradation des conditions de vie et d'alimentation et à l'alcoolisme, auxquelles Cuba n'échappe pas ; et explosion des demandes découlant du vieillissement de la population. Des équipes pluridisciplinaires d'attention gériatrique, constituées d'un médecin spécialiste, d'une infirmière, d'un travailleur social et d'un psychologue, tous formés en gériatrie, appuient les médecins de famille. Dans les années 1980, des programmes de gériatrie ont également été développés dans l'ensemble des établissements de santé ainsi que des services de gériatrie spécialisés de haute technologie, dans lesquels les personnes âgées bénéficient d'accès préférentiels aux soins et aux médicaments. En 1992 le Centre ibéro-américain du troisième âge a été fondé à La Havane, voué à la recherche épidémiologique et l'assistance médicale. La politique publique déployée pour faire face au vieillissement vise également à encourager les naissances. Elle s'est récemment renforcée dans le sens d'offrir aux couples infertiles un accompagnement plus efficace, de leur proposer des protocoles de parentalité médicalement assistée, d'améliorer le suivi des femmes enceintes, de lutter contre un taux d'avortement alarmant (Anadaya 2007), qui toucherait la moitié des grossesses engagées. En 2014, près

de la moitié des naissances donnent lieu à un séjour en foyer maternel (Annuaire statistique 2014).

Les services de santé, toutefois, sont soumis à de fortes tensions. Ils sont touchés d'une part par la baisse des capacités publiques d'investissement et de fonctionnement des établissements et services de santé, surtout depuis la crise des années 1990. Il en résulte la dégradation des matériels et bâtiments, l'incapacité d'effectuer les investissements nécessaires et de nombreuses ruptures d'approvisionnement de médicaments et de fournitures. Les réactions à ces tensions économiques se situent dans le développement de modes alternatifs de soin, reposant sur des diagnostics manuels par exemple, ou encore le recours à des médicaments à base de plantes. Encouragés par l'État, ces techniques conçues initialement comme essentiellement palliatives, en viennent à constituer un patrimoine de savoir-faire valorisé localement et au plan international.

Le fonctionnement des établissements de soins est affecté d'autre part par l'expatriation encouragée ou volontaire de personnels médicaux vers des pays avec lesquels Cuba a signé des accords de coopération. La ponction de personnels par l'« humanitaire transactionnel » (Brotherton 2013) menace le fonctionnement des consultations de quartier (médecins de famille) et des polycliniques de secteur, voire des services hospitaliers. En 2012, environ 20 % des médecins cubains sont expatriés. Sur la période 2009-2014, le nombre de médecins augmente continuellement (+14% sur l'ensemble de la période), mais le nombre de médecins de famille diminue de façon draconienne : il passe de 34 261 en 2009 à 12 842 en 2014, selon les statistiques officielles. On peut y articuler le fait que, comme le reste des salariés publics, les médecins et praticiens ont vu le pouvoir d'achat de leur salaire se réduire considérablement du fait de la réduction du périmètre des biens et services subventionnés. Devant acquérir sur un marché en émergence des biens et services nécessaires, les médecins, comme bien d'autres catégories de personnels, sont tentés de quitter ou réduire leur service pour se lancer dans des activités marchandes plus lucratives. Les perturbations du réseau de soins de proximité sont sensibles : les critiques se multiplient sur les écarts entre affichages et engagements, d'un côté, et, dans la réalité quotidienne, les difficultés d'accès, les longues files d'attente, les cas de prise en charge sanitaire et sociale déficiente. Une réforme est en cours, qui devrait adapter une nouvelle fois l'offre aux moyens publics et à une demande en évolution, en réduisant la couverture des consultorios et renforçant

le rôle des polycliniques. L'éloignement, toutefois, s'il peut n'affecter que peu les personnes valides, touche particulièrement les personnes âgées. La visite, dans les maisons de jour, de personnel médical, peut le compenser partiellement pour les personnes âgées qui y ont droit.

Le renforcement des dispositifs d'assistance et d'intégration communautaires des personnes âgées

Cuba a développé une approche holistique de la santé et du bien-être, qui combine facteurs biologiques, psychologiques, environnementaux et sociaux (Brotherton 2013). Elle s'est adressée notamment aux personnes âgées. En 1978 naît le dispositif d'*Atención Comunitaria* aux personnes âgées, qui relie différentes institutions territoriales, sociales, sanitaires et universitaires et articule des activités culturelles, sportives, psycho-sociales et de sociabilité. Il est renforcé lors de la mise en place du Programme d'attention intégrale en 1997, mentionné plus haut.

Pour les âgés valides et relativement jeunes, des universités et cercles du troisième âge qui veillent à l'intégration culturelle et sociale de ces *abuelos* ont vu le jour. Ils proposent différentes sorties, ateliers, débats, réflexions, conférences, cycles d'études, fêtes, etc., sur une base territoriale de proximité, et dans un cadre de solidarité intergénérationnelle, interprofessionnelle et interinstitutionnelle. Selon l'enquête de 2010 citée plus haut, plus de la moitié des personnes âgées les fréquentent.

Face à la dégradation des conditions de vie des personnes âgées ne disposant pas d'autres ressources que leur pension de retraite⁴, les politiques sociales cubaines ont développé des dispositifs ciblés, notamment destinés à prendre en charge les « cas sociaux » caractérisés par la dépendance et l'absence de réseau de solidarité suffisant (Destremau 2016 à paraître, Espina 2010 et 2011, Domínguez 2008). Dans cette perspective, des travailleurs sociaux ont été formés pour des suivis au domicile, la distribution de certains biens d'équipement, articles ménagers (matelas, draps), vêtements manquant aux plus démunis et isolés ; ou encore de leur octroyer le droit à une aide à la réparation

de leur logement. Les personnes âgées représentent un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale⁵.

Sur avis des travailleurs sociaux, des maisons municipales de jour accueillent des personnes plus âgées en perte d'autonomie, menacées par la dépression et la solitude lorsque personne n'est présent au foyer pendant la journée. Mais leur nombre est faible, quoiqu'en augmentation au cours des dix dernières années (+23 %) : 201 en 2005, 233 en 2009, 247 en 2014. Cuba compte 168 *municipios*, certains très étendus, et/ou très peuplés ; certains comptent une seule *casa*, d'autres plusieurs. Les personnes âgées ne peuvent se rendre à la *casa* de leur *municipio* que si elles habitent à proximité ou si un service de ramassage fonctionne effectivement, ce qui est le cas pour une petite minorité d'entre elles. Et de toute façon, la pression nombre de personnes âgées / nombre de *casa* montre qu'à l'heure actuelle il ne s'agit que d'un dispositif exceptionnel (taux de pression théorique de plus de 6000 personnes de plus de 65 ans par *casa* en 2014, modulé selon les provinces).

Le réseau des cantines communautaires (municipales), dont les personnes âgées sont les principales clientes, s'est aussi étoffé, pour fournir, à un prix minime, trois repas par jour à ceux et celles trop démunies, trop invalides, et/ou ne disposant pas de l'équipement ménager nécessaire, pour confectionner leurs propres repas. Le petit-déjeuner et le déjeuner étant pris sur place pour ceux qui le peuvent, ces cantines offrent aussi un espace de sociabilité. Lorsque les personnes ne peuvent plus se déplacer, des voisins s'organisent pour leur porter leur repas. L'aide sociale, frappée elle-même par les réductions budgétaires, ne parvient néanmoins pas à satisfaire les besoins matériels des personnes démunies, âgées ou non, et se conçoit comme complémentaire à ce que peuvent procurer la famille et l'entourage.

Lorsque les personnes deviennent dépendantes, et nécessitent une présence et des soins que ne peuvent pas leur procurer les membres du foyer, les politiques sociales ont prévu la possibilité d'affecter une personne rémunérée par les fonds publics, comme aide

⁴ Les personnes âgées perçoivent des rations alimentaires renforcées (en viande et lait notamment), et adaptées aux pathologies dont elles souffrent. Mais ces rations tendent à diminuer et à ne plus couvrir qu'une partie réduite des besoins.

⁵ Pour des raisons budgétaires, l'assistance sociale a été réduite en dépenses (- 10 % entre 2005 et 2010) et en nombre de bénéficiaires (de 535 134 en 2005 à 235 482 en 2010, date des dernières données trouvées). Le nombre de familles (noyaux familiaux) protégés a diminué de moitié (de 301 045 à 147 184). Un des résultats, pour autant qu'on puisse en juger sur ces 5 années, est de renforcer la représentation des personnes âgées parmi les bénéficiaires : 21,8 % en 2005, 30,2 % en 2010.

à domicile. Toutefois, les rémunérations étant très faibles, et les budgets sociaux sous pression, cette possibilité s'est considérablement raréfiée. Le développement embryonnaire de services marchands d'aide à domicile, accompagné récemment de possibilités de formation, ne peut bénéficier qu'aux ménages disposant de suffisamment de ressources pour rémunérer ces employé(e)s. Ne pouvant bénéficier qu'aux ménages les plus aisés, c'est-à-dire soit ceux insérés dans la « nouvelle économie », soit ceux qui reçoivent de l'argent de leurs parents émigrés, il ne constitue donc pas une réponse d'ampleur suffisante aux tensions et problèmes auxquels font face les ménages. Il est difficile de dire quelles perspectives offrent l'extension du réseau de foyers résidentiels, dans un contexte culturel qui valorise fortement la présence familiale auprès des abuelos : vraisemblablement une solution pour les personnes dépendantes, pauvres et isolées, plutôt que pour celles vivant avec leur famille.

Conclusion

Résultat remarquable des politiques sanitaires cubaines, le vieillissement démographique engendre des problèmes d'autant plus aigus que les budgets publics souffrent d'une crise économique qui dure depuis la chute du bloc soviétique en 1990. Au-delà, ce sont les modes de prise en charge qui sont en forte tension, notamment du fait du poids considérable qu'ils font peser sur des familles marquées elles-mêmes par le déficit d'enfants, le vieillissement de leurs membres, la pauvreté et l'émigration. Si les ouvertures marchandes dessinent des voies de prise en charge privées et rémunérées, elles ne peuvent constituer de solution que pour une petite proportion de la population, laissant aux politiques publiques le soin d'aménager des solutions mutualisées et socialisées pour la majorité.

Faire face au vieillissement dans un contexte d'appauvrissement et d'inégalités croissants représente un défi éthique majeur, qui pose la question de la justice intergénérationnelle, et plus largement celle du maintien des cadres de la justice sociale. Dans le contexte de la crise économique qui a suivi la chute du bloc soviétique, et de l'ouverture au marché qui s'est intensifiée depuis les années 2000, les différenciations et inégalités sociales s'amplifient, y compris face au besoin de care ; les foyers plus modestes sont les plus touchés par la surcharge de travail des femmes et leur risque de déprofessionnalisation. Les budgets de l'assistance sociale subissent de fortes pressions, réduisant considérablement leur capacité redistributive et de correction des inégalités et des situations de plus grande détresse matérielle et sociale.

Les personnes âgées sont fortement valorisées dans les discours publics et privés comme ayant contribué au premier chef à la Révolution, à s'être sacrifiées pour la construction de ses services publics, de son niveau d'instruction et de ses acquis sociaux, économiques et politiques. Cette dette sociale entre néanmoins en tension avec les besoins présents de maintien des acquis, la nécessité de réforme du système économique et de politiques d'encouragement à la natalité, la dévalorisation économique des pensions perçues pour services professionnels rendus et la nécessité aiguë de rénovation des logements. Cette tension se manifeste au plan moral et éthique, mais également au plan très pragmatique et matériel des allocations de ressources privées et publiques, et de l'organisation des solidarités et formes de mutualisation.

Les défis auxquels sont confrontés le système de santé et de prise en charge du vieillissement à Cuba ébranlent non seulement sa capacité à répondre aux besoins sanitaires et sociaux, sa place dans le système révolutionnaire cubain et sa contribution à accomplir certains objectifs liés au développement et à la modernisation sociale, mais aussi sa capacité à demeurer un signe de réussite des fondements du régime qui l'a installé. Le *nexus* santé – vieillissement est chargé de forts enjeux politiques, et en particulier sa capacité à continuer à manifester la justesse des choix politiques effectués dans le cadre du socialisme, à l'égard de l'accomplissement de fortes performances sanitaires encadrées dans un contexte éthique et de justice sociale exigeant. Or, ce système s'est considérablement fragilisé, tant du côté de ses performances et efficacité proprement médicales, que du côté de son aptitude à accompagner les changements sociaux qu'il a en partie provoqués (vieillissement notamment), et que dans sa contribution à nourrir une éthique de la justice sociale.

Ces questions sont fortement politisées et débattues à Cuba, tant elles menacent d'affecter l'ordre social institué par la Révolution, en y réinstallant des différenciations et inégalités socio-économiques, géographiques et de genre. Ces préoccupations font largement écho à celles formulées dans les pays frappés par le vieillissement, et tout particulièrement ceux dans lesquels un schéma de prise en charge familiale perdure. Elles renvoient également aux évolutions qui ont suivi la libéralisation des régimes inclus dans le bloc soviétique jusqu'en 1989.

Références

- ANDAYA, Elise, 2007, *Reproducing the Revolution: Gender, Kinship and the State in Contemporary Cuba*, Dissertatio, Ph.D. in Anthropology, New York University.
- BROTHERTON, Pierre Sean, 2005, « Macroeconomic change and the Biopolitics of Health in Cuba's Special Period », *Journal of Latin American Anthropology*, 10.2: 339-69.
- BROTHERTON, Pierre Sean, 2011, « Health and Health Care in Cuba: History after the Revolution: Key Phases and Overviews of Health Development, » In Alan West-Durán, ed., *Cuba: People, Culture, and History*. NY: Charles Scribner's Sons, pp. 478-485.
- BROTHERTON, Pierre Sean, 2013, « Fueling la Revolución: Itinerant Physicians, Transactional Humanitarianism, and Shifting Moral Economies, » In Nancy Burke, ed., *Health Travels: Cuban Health(Care) on the Island and Around the World*. University of California Press, pp. 127-151.
- CHAUFAN Claudia, 2014, « Unraveling the « Cuban miracle » : a conversation with Dr. Enrique Beldarrain Chaple », *Social Medicine*, vol. 8, n°2, p. 93-98.
- DESTREMAU, Blandine, 2015a, « Crise de la reproduction sociale et refamilialisation de l'État social à Cuba: Adieu la « femme nouvelle » ? », *Revue Interventions économiques* [En ligne], 53, mis en ligne le 01 septembre 2015, URL: <http://interventionseconomiques.revues.org/2637>
- DESTREMAU, Blandine, 2015b, « L'extension du marché à Cuba: une « nouvelle transformation » ? », in: Servet J.-M., Hillenkamp I. (eds.), *Comprendre autrement le marché. Marchés réels et marché fantasmé*, Paris, Classiques Garnier, collection Ecrits sur l'Économie, 2014, p. 251-274.
- DESTREMAU, Blandine, 2016 (à paraître), « Universalité, inégalités, famille. Du tournant des politiques d'assistance cubaines », in: Destremau B., Georges I. (eds.), *Le gouvernement des pauvres en Amérique latine. La police du genre*, Paris, Aix-en-Provence, Karthala – Cherpa, coll. Questions transnationales.
- DOMÍNGUEZ Maria Isabel, 2008, « La política social cubana: principales esferas y grupos específicos », *Themas*, n° 56, oct.-déc., p. 85-94.
- DURÁN Alberta, 2010, « Transformaciones sociales y familias en Cuba: desafíos para las políticas sociales », Castilla C., Rodríguez C. L., Cruz Y. (eds.), *Cuadernos des CIPS 2009. Experiencias de investigación social en Cuba*, Publicaciones Acuario, La Habana, pp. 80-109.
- ESPINA Prieto Mayra, 2010, « La política social cubana para el manejo de la desigualdad », *Cuba Studies*, vol. 41, p. 20-38.
- ESPINA Prieto Mayra, 2011, « Polémicas actuales sobre enfoques y estilos de política social. El caso cubano », in Valdés Paz J. y Espina Prieto M. (eds.), *América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto - Enfoques y experiencias*, Flacso UNESCO, p. 25-68.
- FEINSILVER Julie M., 2008, « Cuba's Medical Diplomacy », in Font M. (ed.), *A changing Cuba in a changing world*, New York, The Cuba Project Bildner Center for Western Hemisphere Studies, p. 273-285.
- FEINSILVER Julie M., 1993, *Healing the Masses. Cuban Health Politics at Home and Abroad*, University of California Press.
- FEINSILVER Julie M., 2010, « Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism », *Cuban Studies*, vol. 41, p. 85-104.
- KATH, Elizabeth, 2010, *Social Relations and the Cuban Health Miracle*, Transaction Publishers, New Brunswick and London.
- KIRK, John, 2012, *El internacionalismo médico de Cuba: ¿dónde está el secreto?*, *Revista Temas*, noviembre, <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=159400>
- MESA-LAGO Carmelo, 2012, *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Cuba*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- ZABALA Argüeles Maria del Carmen, 2010, *Familia y pobreza en Cuba. Estudio de casos*, Publicaciones Acuario, Centro Felix Varela, La Habana.

Violences sexuelles et formation médicale initiale : l'expérience d'une demi-journée de double-écoute téléphonique à la permanence de « viols-femmes-informations » : 08 00 05 95 95 »

Par le D^r Gaëlle Auber & le D^r Gilles Lazimi, département d'enseignement et de recherche en médecine générale DERMG-UPMC, le D^r Emmanuelle Piet, Présidente du Collectif Féministe Contre le Viol & le P^r Alexandre Duguet, Vice-Doyen de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie

Introduction : En France, une femme sur 15 est victime de viol au cours de sa vie. La sensibilisation au cours des études de médecine semble insuffisante alors que le retentissement sur la santé est des plus importants. À la faculté de médecine Pierre et Marie Curie est proposée aux étudiants de 4^e année, une demi-journée de double-écoute téléphonique à la permanence viols-femmes-informations. L'objectif principal de ce travail est de décrire cette expérience.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 28 étudiants volontaires ayant participé à ce « stage ultracourt ».

Résultat : Les étudiants ont dit méconnaître ce sujet et ne pas savoir comment l'aborder avec les patient-e-s par manque de formation universitaire. Certains étudiants ont pris conscience que la réalité était différente de ce qu'ils pensaient. Grâce à la double-écoute ils ont perçu les sentiments de culpabilité et de honte des victimes ainsi que l'impact sur leur santé, notamment psychologique. Ils ont découvert comment on pouvait aborder ce sujet avec les patient-e-s et quels étaient les principes de la prise en charge. La double écoute leur est apparue comme un très bon moyen pour écouter des témoignages même s'ils ont parfois été affectés par ce qu'ils ont entendu. Les étudiants recommandent ce stage mais la plupart sont réticents pour le rendre obligatoire.

Discussion : Cette demi-journée de stage avec la double-écoute téléphonique semble être un bon outil de sensibilisation pour la prise en charge et le repérage des victimes de viol et d'agressions sexuelles. De tels stages au plus près des victimes doivent être encouragés et se généraliser pour améliorer la formation des médecins.

Introduction

En France depuis 1980, selon l'article 222-23 du Code pénal, le viol est défini par « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. C'est un crime puni de 15 ans de réclusion criminelle. Le rapport du Pr Roger Henrion (1) a fait un premier état des lieux en France en reprenant les résultats de l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) (2), la première enquête statistique téléphonique de cette ampleur réalisée sur ce thème. Au total une femme sur dix avait été victime d'une « situation de violence conjugale », 11 % avaient subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie et 0.3 % avaient été victimes de viol sur les douze derniers mois. Parmi les femmes, une sur 15 soit 6,8 % déclaraient des rapports forcés et 9,1 %, des tentatives de rapports forcés. Et parmi les hommes 1,5 % déclaraient des rapports forcés et 3,0 % des tentatives de rapports forcés. On estime en Europe qu'une femme sur 10 subit des

violences sexuelles impliquant l'usage de la force (4). Aux États Unis, près d'1 femme sur 5 (18,3 %) a été violée une fois dans sa vie et la moitié déclare qu'il s'agissait d'une personne connue. (Selon une enquête téléphonique menée auprès de 16 507 personnes âgées de plus de 18 ans dans 50 états réalisée pour le Center for Disease Control and Prevention (CDC) en 2010.

Les retentissements sur la santé notamment des violences conjugales sont très nombreux selon le rapport du P^r Roger Henrion en 2000 (2) et la revue de la littérature publiée dans The Lancet en 2002 (5) which describes physical or sexual assault, or both, of a spouse or sexual Intimate, is a common health-care issue. In this article, I have reviewed research on the mental and physical health sequelae of such violence. Increased health problems such as injury, chronic pain, gastrointestinal, and gynaecological signs including sexually-transmitted diseases, depression, and post-traumatic stress disorder are well documented by controlled research in abused women in various

settings. Intimate partner violence has been noted in 3–13% of pregnancies in many studies from around the world, and is associated with detrimental outcomes to mothers and infants. I recommend increased assessment and interventions for intimate partner violence in health-care settings. », »DOI »:»10.1016/S0140-6736(02. De nombreux motifs de consultations en médecine générale peuvent être en lien avec les violences subies par les femmes notamment les violences sexuelles d'où l'importance du repérage systématique par les professionnels de santé afin de mieux les prendre en charge. En plus des lésions traumatiques, les violences ont un impact psychique important: dépressions et tentatives de suicide sont 50 fois plus fréquentes chez les victimes, l'abus de substances psychoactives est 4 fois plus fréquent et l'état de stress post-traumatique est décrit chez plus d'une femme sur 2 après un viol. Il existe également un retentissement gynécologique que ce soit de façon aiguë comme les infections sexuellement transmissibles ou de façon plus chronique comme des douleurs pelviennes inexplicables, des troubles des règles, et des troubles de la sexualité. Enfin certaines maladies chroniques telles que l'asthme, la BPCO ou le diabète sont susceptibles de se déséquilibrer par la survenue des violences. Le Ministère du Travail, des relations sociales, de la Famille et de la Solidarité a rédigé un guide en 2008 intitulé « lutter contre la violence au sein du couple. Le rôle des professionnels » et rappelle que le médecin est le premier tiers extérieur de la famille à être informé des faits de violence au sein du couple ou à pouvoir les repérer (6).

Un « dépistage orienté » est recommandé et les signes évocateurs sont détaillés, mais il est important de penser aux violences dans tous types de situations car elles touchent les femmes et les hommes de tout âge, de toutes catégories socio-professionnelles, de toutes cultures et religions. Poser la question permet de révéler des cas cachés de violence. La reconnaissance du statut de victime permet une prise en charge globale en offrant une aide médicosociale. Il est souhaitable que les professionnels de santé soient formés pour prendre en charge et orienter leurs patient(e)s. Un certain nombre de professionnels se montrent réticents par manque de formation, par manque de temps et par manque de connaissances sur les prises en charge ultérieures.

En France la formation durant le deuxième cycle pour la préparation des Épreuves Nationales Classantes (ECN) se résumait à un item intitulé « accueil d'un su-

jet victime de violence sexuelle », il vient d'être récemment modifié pour y inclure des notions de définitions, d'épidémiologie et de législation. Depuis mai 2012, la faculté de médecine de Pierre et Marie Curie (Paris 6) propose à tous ses étudiants de 4^e année une demi-journée de double-écoute téléphonique dans l'association du Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV). Cette association gère le numéro national d'appel « Viols femmes information ». Les étudiants peuvent entendre ainsi en double écoute les appels anonymes des femmes victimes sans intervenir dans la conversation, et d'autre part les réponses données par les écoutes de l'association. Les étudiants sont accueillis au siège de l'association où on leur présente l'équipe et où on leur remet un livret d'information intitulé « viols, agressions sexuelles, ce qu'il faut savoir ».

Une première analyse quantitative de ce stage ultra-court a pu être réalisée grâce à l'évaluation en ligne des étudiants. Le questionnaire en ligne proposait 4 items que l'étudiant notait de « très négatif » à « très positif ». Les items étaient: l'accueil au CFCV, l'intérêt par rapport aux ECN, l'intérêt pour la pratique médicale et le principe de la double écoute. En 2014, l'accueil au CFCV a été évalué à partir de 133 questionnaires comme très positif pour 72,9 % des étudiants. L'intérêt par rapport à l'ECN a été évalué comme moyen pour 56,4 % des étudiants.

L'intérêt pour la pratique médicale a été évalué comme très positif pour 57,1 % et positif pour 37,6 % des étudiants (soit 94,7 % d'avis favorables). Le principe de la double-écoute a été évalué comme très positif pour 54,1 % des étudiants et comme positif pour 43,6 % des étudiants (soit 97,7 % d'avis favorables). Nous avons donc souhaité étudier plus finement lors d'entretiens individuels d'étudiants de l'Université Pierre et Marie Curie, ces différents items et aussi le ressenti, l'intérêt et le vécu des étudiants sur cette expérience de la double écoute au CFCV des victimes de Viols. L'objectif secondaire est de décrire le regard des étudiants sur le viol, les appelantes, l'association et la perception de l'impact sur la santé des femmes victimes.

Méthodologie

Nous avons choisi une méthode qualitative et réalisé des entretiens semi-dirigés individuels. La population étudiée a été restreinte aux étudiants de 5^e et de 6^e année de l'année 2013-2014, c'est-à-dire l'année suivant leur stage au CFCV.

Un e-mail a été envoyé le 5/01/2014 aux 204 étudiants ayant participé à cette demi-journée pour leur proposer un entretien dans le but d'évaluer un de leur précédent stage, sans préciser lequel. Le guide d'entretien qualitatif semi-dirigé individuel a été élaboré et aborde les thèmes abordés suivant : connaissances à l'issue de ce stage, le ressenti face à cette demi-journée au CFCV et l'expérience de la double-écoute téléphonique. Le guide d'entretien se structurait en deux parties. Une première partie introductive permettant d'annoncer le sujet de l'entretien, de garantir l'anonymat et de recueillir le consentement de l'étudiant. Ensuite quelques questions générales sur l'âge, l'année d'étude, la date de passage au CFCV, les modalités du choix de ce stage, et les éventuels a priori et appréhensions. La deuxième partie permettait d'entrer davantage dans le sujet avec une question dite « brise-glace » volontairement très ouverte pour engager le dialogue : « Peux-tu me raconter comment s'est passé ce stage ». Cette question permet également d'essayer d'ancrer les réponses dans les expériences des étudiants. Ce guide a préalablement été testé chez deux étudiants. Après cette phase de test, quelques questions ont été reformulées pour être plus ouvertes.

Le recueil des données a été fait par enregistrement audio à l'aide d'un ordinateur portable entre le 13 janvier 2014 et le 20 février 2014 par une seule et même personne dans une salle de cours mis à disposition. 28 enregistrements ont été analysés nous permettant d'arriver à saturation. Une première lecture de tous les entretiens retranscrits (verbatim) a permis un premier repérage des thèmes afin d'élaborer la grille d'analyse thématique. Secondairement les verbatims ont été « découpés » en sous-thèmes classés et analysés. Nous avons effectué une double-analyse des verbatims.

Résultats

28 entretiens ont concerné 18 étudiantes (soit 64,3 % de femmes) et 10 étudiants (soit 35,7 % d'hommes). La durée variait de 11 minutes à 29 minutes. La moitié des étudiants était âgée de 23 ans, et l'âge moyen était de 24,5 ans. La majorité des étudiants était en 5^e année (23/28), 4 étudiants étaient en 6^e année, et un était en 4^e année car il redoublait son année. Après analyse des entretiens nous avons dégagé quatre dimensions répondant à nos objectifs qui sont détaillées en thèmes et en sous thèmes.

A. Présupposés des étudiants sur les violences sexuelles et le stage au CFCV : 2 thèmes dégagés

1. « **Appréhensions** » nous avons dégagé 5 sous-thèmes que nous présentons par ordre de fréquence :

la peur d'entendre des choses difficiles (10 étudiants), l'absence d'a priori et d'appréhension (9 étudiants), un a priori positif : l'étudiant était déjà intéressé par le sujet, il était curieux et avait envie d'apprendre (5 étudiants), le fait de ne pas avoir envie d'assister à la demi-journée qui peut être assimilé à un a priori négatif (3 étudiants) et une appréhension sur le caractère associatif et féministe (3 étudiants).

2. « Les étudiants se sont dits peu sensibilisés sur le sujet des violences sexuelles et sur la façon de l'aborder avec un patient ». Nous avons dégagé 4 sous-thèmes, par ordre de fréquence, dix étudiants ont trouvé qu'il s'agissait d'un sujet finalement méconnu pour eux, six étudiants ont trouvé qu'il s'agissait d'un sujet peu abordé à la faculté, quatre étudiants ont trouvé qu'il n'avait pas de formation pratique dans leur cursus, et quatre étudiants ont souligné qu'il s'agissait d'un sujet difficile à aborder.

B. Apports éventuels de la demi-journée de stage pour l'étudiant : 3 thèmes dégagés

1. « **Intérêt pour la pratique médicale** ». Vingt-sept étudiants ont souligné un aspect de l'utilité de cette demi-journée par rapport à leur pratique médicale. Après analyse, 7 sous-thèmes sont ressortis que nous présentons par ordre de fréquence : une aide pour aborder le sujet avec les victimes (13 étudiants), une prise de conscience et une ouverture d'esprit (11 étudiants), une aide pour savoir orienter les patientes : que ce soit vers des associations ou au moins donner le numéro du CFCV (9 étudiants), la nécessité pour le médecin d'être sensibilisé à ce problème car il peut y être confronté parmi ses patientes (7 étudiants), l'intérêt d'effectuer un repérage des patientes pour leur proposer une prise en charge (6 étudiants), une utilité pour la relation médecin-patient (4 étudiants) et renseigne sur l'aspect médico-légal (3 étudiants).

2. « **Découverte du contexte des violences** ». Nous avons dégagé 10 sous-thèmes que nous présentons par ordre de fréquence : la découverte de l'ampleur du problème et de sa fréquence (9 étudiants), la découverte du fait que l'agresseur est le plus souvent connu de la victime (5 étudiants), la découverte et la fin des stéréotypes (3 étudiants), la découverte du besoin de témoigner de faits anciens (3 étudiants), la découverte du fait que n'importe qui peut être victime y compris les hommes (3 étudiants), la découverte de l'absence d'implication de certains médecins (3 étudiants), l'existence du viol conjugal (2 étudiants), la découverte de la sévérité de l'impact sur la santé (2

étudiants), la découverte de la difficulté des procédures judiciaires (2 étudiants) et la découverte de la stratégie de l'agresseur (2 étudiants).

3. « Apport sur le plan personnel ». Onze étudiants ont vu un intérêt sur le plan personnel avec trois sous-thèmes qui sont ressortis : un questionnement par rapport à sa vie privée et son couple (5 étudiants) « *et puis t'as lu le truc et tu te dis... 'et merde, c'est vrai, en soirée l'autre fois... la nana, est-ce qu'elle voulait vraiment'...* » (4), un intérêt pour aider une personne de son entourage (3 étudiants) et un questionnement par rapport à sa pratique médicale passée ou future sur ce sujet (3 étudiants).

C. Ressenti de l'étudiant pour la demi-journée : 4 thèmes

1. « Ressenti par rapport à la double-écoute ». Nous avons dégagé 10 sous-thèmes :

a. entendre un témoignage est apparu comme un point positif car concret (13 étudiants),

b. l'étudiant se positionne comme un observateur actif (12 étudiants),

c. il s'agit d'une expérience positive pour lui, même si certains ont pu être gênés par le fait d'écouter une personne à son insu (9 étudiants),

d. le face-à-face est évité ce qui apparaît comme un point positif que ce soit pour la personne qui appelle comme pour la personne qui écoute (5 étudiants),

e. certains ont été choqués par des personnes qui appellent pour faire des blagues (5 étudiants),

f. ce qu'on en retient dépend des témoignages qui ont été entendus,

g. certains pensent que c'est frustrant de ne pas pouvoir intervenir davantage (3 étudiants),

h. la double-écoute est apparue comme le seul moyen pour entendre des témoignages pour 3 étudiants, elle permet une écoute plus attentive pour 2 étudiants,

i. certains pensent qu'il est difficile de ne pas avoir la personne en face (2 étudiants),

j. deux étudiants ont précisé que cela pouvait être du voyeurisme.

2. « Ressenti pédagogique »

Nous avons dégagé 10 sous-thèmes. Le premier sous-thème concerne le caractère obligatoire ou pas du stage. Cette demi-journée ne devrait pas être obligatoire (16 étudiants). La majorité des étudiants pensent que cette demi-journée ne peut être obligatoire : car certains ne seraient pas intéressés : « *y a des gens qui n'ont pas envie d'en entendre parler, c'est leur*

droit »(1), car certains seraient trop sensibles : « *obliger les gens à écouter ça, je trouve que c'est pas possible* » (2), car certains ont pu avoir une histoire personnelle de viol : « *peut être quelqu'un qui aurait été victime d'un truc comme ça, ça peut être trop violent pour elle de se mettre dans une situation où elle revivrait ça* »(28), car certains étudiants seraient trop jeunes : « *il ne devrait pas être obligatoire [...] pour des personnes qui se sentent trop jeunes dans leur tête pour écouter des histoires de viol* »(6).

Les autres sous-thèmes que nous avons identifiés par ordre de fréquence sont : un stage de sensibilisation mais qui ne peut pas être considérée comme une formation (7 étudiants). Ce stage est recommandé à tous les étudiants (5 étudiants). C'est une approche différente des stages hospitaliers et un apport supplémentaire par rapport aux stages hospitaliers (5 étudiants). Le stage manque de concret pour la pratique médicale (3 étudiants). Certains étudiants ont eu envie d'aller plus loin et d'y revenir (3 étudiants), certains ont trouvé ce stage formateur (2 étudiants), certains y ont vu un apport sur le plan humain (2 étudiants), certains ont précisé ne pas avoir uniquement entendu des témoignages mais aussi avoir vu l'aspect pratique de la prise en charge (2 étudiants). Enfin, 2 étudiants l'ont jugé peu utile pour les épreuves classantes nationales.

3. « Ressenti émotionnel par rapport à la demi-journée ». Vingt et un étudiants se sont exprimés et nous avons dégagé 12 sous-thèmes : 9 étudiants se sont sentis très affectés « *choc émotionnel* »(2,10) « *ça chamboule* » (3) « *psychologiquement difficile* »(5,10) « *y a un moment où je me suis retenue vraiment d'avoir les larmes aux yeux* » (8) « *il faut s'accrocher pour pas que ça retentit sur nous* » (11,20), 6 étudiants ont été moins affectés et nous en avons déduit qu'ils minimisaient leurs émotions : « *j'ai pas fait de cauchemar après* »(1,12) « *j'ai pas trouvé ça plus dur qu'un patient qui va mourir d'un cancer* »(17), 6 étudiants ne se seraient pas sentis capables de répondre au téléphone, 5 étudiants ont utilisé l'adjectif « *violent* » par rapport à ce qu'ils ont entendu ou par rapport à la demi-journée, 3 étudiants n'ont pas ou peu été affectés « *je ne me sens pas concerné spécialement pas le viol* » (12) « *ça ne m'a pas touché plus que ça* » (26,28), 2 étudiants ont pensé qu'ils n'étaient pas préparés psychologiquement à entendre ces témoignages, 2 étudiants ont trouvé cette demi-journée difficile car ils se sont sentis impuissants, 2 étudiants ont précisé avoir mis une distance, 2 étudiants auraient préféré être davantage préparés à ce qu'ils allaient entendre avant d'y aller, 2 étudiants ont eu besoin de parler de cette demi-journée autour

d'eux après, 2 étudiants ont précisé qu'ils se sont sentis à l'aise, et 2 étudiants se sont sentis peu à l'aise à cause du vocabulaire.

4. « Identification par rapport à soi-même ». Treize étudiants se sont exprimés. Nous avons dégagé 2 sous-thèmes : 10 étudiants de sexe féminin se sont identifiés comme une victime potentielle « *J'ai l'impression d'être une fille potentiellement victime, et pas vue comme un professionnel de santé. Pendant tout l'aprem, j'étais une petite fille* »(2) et 3 étudiants de sexe masculin se sont sentis culpabilisés « *en tant que mec, moi j'avais rien fait, je me sentais pointé du doigt* » (4) « *en tant que mec, je trouvais qu'on était un peu culpabilisé* » (21).

D. Perception du viol et de son impact sur la santé, perception des femmes appelantes et de l'association

1. « La perception de l'impact sur la santé des violences sexuelles ». Ce thème était une question de notre guide c'est pourquoi les 28 étudiants ont exprimé leur avis. Nous avons dégagé 12 sous-thèmes que nous présentons par ordre de fréquence : l'impact psychique (20 étudiants), l'atteinte physique (11 étudiants), le retentissement global que ce soit sur la sphère privée ou professionnelle et sur l'ensemble de la vie (10 étudiants), la somatisation ou le psychosomatique (7 étudiants), les infections sexuellement transmissibles (4 étudiants), l'impact sur la sexualité et la féminité (4 étudiants), la négligence de soi-même et de sa santé (4 étudiants), une consommation plus importante de médicaments et de toxiques (4 étudiants), les grossesses non désirées dans le cadre d'un viol (3 étudiants), les dépressions et conduites suicidaires (2 étudiants), le déni ou l'incapacité à faire un lien entre ce qui a été vécu et les troubles actuels (2 étudiants). Deux étudiants ont cité un exemple d'atteinte organique sans parler de somatisation. Ils en avaient eu connaissance lors d'un stage hospitalier. Il s'agissait de l'obésité, du déclenchement de pathologie auto-immune, et de rétention aiguë d'urine.

2. « la perception du CFCV » a été abordée par 18 étudiants. Il n'y avait pas de questions spécifiques dans notre guide d'entretien. Nous avons dégagé 6 sous-thèmes que nous présentons par ordre de fréquence : 10 étudiants ont perçu le travail des écoutantes et ont été attentifs à ce qu'elles répondaient aux appelantes, 7 étudiants se sont sentis bien accueillis, 5 étudiants ont souligné le côté féministe qui pouvait être plus ou moins gênant, 2 étudiants ont parlé d'admiration et

d'estime pour le travail des écoutantes, et 2 étudiants ont souligné la disponibilité des écoutantes.

3. « La perception des femmes victimes par les étudiants ». Quinze étudiants se sont exprimés sur ce sujet. Dix sous-thèmes sont ressortis : la culpabilité (8 étudiants), la dévalorisation et la perte de confiance en soi (6 étudiants), le besoin de parler et de se confier (3 étudiants), la honte et la difficulté de parler (3 étudiants), le besoin d'aide et de réconfort (3 étudiants), le fait que les femmes victimes perpétuent des relations qui les mettent en danger (3 étudiants), la détresse (2 étudiants), la peur (2 étudiants), et l'isolement (2 étudiants). Le courage n'a été cité que par un seul étudiant ce qui nous laisse penser que nous n'avons pas été à saturation des données en ce qui concerne la perception des femmes victimes par les étudiants.

4. « La perception du viol et des violences envers les femmes ». Il n'y avait pas de questions dédiées dans notre guide d'entretien. Treize étudiants se sont exprimés sur ce thème. Nous avons dégagé 5 sous-thèmes : un sujet tabou et caché (5 étudiants), un sujet « horrible » (4 étudiants), un sujet qui n'est pas abordé avec le médecin (3 étudiants), un sujet qui n'est pas que médical (3 étudiants), et un sujet « glauque, sordide » (2 étudiants). Trois autres qualificatifs ont été employés « grave » « triste » et « angoissant » par un seul étudiant à chaque fois, ce qui nous laisse penser que nous n'avons pas été à saturation des données en ce qui concerne la perception du viol et des violences sexuelles par les étudiants.

Discussion

Le seul critère de sélection des étudiants était leur participation à la demi-journée de stage. Le nombre important d'entretiens qualitatifs (28 au total) a permis d'approcher cette exhaustivité. Le fait de ne pas avoir dévoilé le sujet aux étudiants avant l'entretien a permis de recueillir les points de vue des étudiants intéressés par le sujet, tout comme celui de ceux qui l'étaient moins. Nous avons eu spontanément des étudiants de sexe féminin et masculin et de différentes catégories d'âge. Des étudiants plus âgés ayant déjà eu une expérience professionnelle ont apporté un autre regard sur cette expérience de double écoute. Nous ne pouvons savoir si parmi les étudiants interrogés certains ont été eux-mêmes victimes de violences sexuelles et de viol car nous ne leur avons pas demandé. La plupart du temps ils disaient spontanément ne pas avoir été victimes. L'étude réalisée via l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF) (7)

à laquelle 1472 étudiants ont participé rapporte que 2 % des étudiants ont été confrontés personnellement aux violences sexuelles depuis le début des études supérieures (0,6 % une fois et 1,4 % plusieurs fois). Devant une telle proportion, il est tout à fait possible que certains étudiants victimes puissent se retrouver en stage au CFCV. Il aurait donc été intéressant d'avoir également le point de vue d'un(e) étudiant se précisant victime afin de connaître l'acceptabilité d'un tel stage.

Lors des entretiens les étudiants ne se rappelaient pas exactement à quelle date ils étaient allés à cette demi-journée. Globalement ils répondaient « l'année dernière ». Probablement qu'ils ne se rappellent pas de tout ce qu'ils ont appris ou entendu. De toute façon nous ne cherchions pas à évaluer l'acquisition des connaissances, cela aurait nécessité une évaluation avant-après. Certains étudiants pouvaient raconter spontanément un an après, les témoignages de la double-écoute qu'ils avaient entendus. Nous pensons que les étudiants n'ont pas oublié leur perception du stage et leur ressenti comme en témoignent les nombreux verbatims. Dans la méthode qualitative la crédibilité est améliorée si les données ont été analysées par plus d'un chercheur (8). Nous avons réalisé une double-analyse avec le Dr Emmanuelle Piet qui est présidente du CFCV et nous sommes conscientes que nos propres opinions ont peut-être pu interférer sur l'analyse et l'interprétation des résultats.

Certains étudiants ont spontanément signalé que le thème des violences sexuelles n'était que très peu abordé durant leurs études. Ce qui est confirmé par l'étude quantitative réalisée avec l'ANEMF (7) : 81,7 % des étudiants déclarent ne pas avoir eu de formation sur les violences sexuelles depuis le début de leur cursus, et 67,5 % n'ont pas eu de formation et pensent qu'il n'y en a pas de prévue. Onze étudiants ont souligné leur prise de conscience et leur ouverture à un sujet qu'ils méconnaissaient. Ils se sont rendu compte des stéréotypes qu'ils avaient sur le viol. 19 étudiants ont précisé qu'ils ont découvert le contexte des violences sexuelles.

Dans la démarche de prise en charge d'une femme victime, il est essentiel de lutter contre ces stéréotypes véhiculés par notre société. En Grande Bretagne, une étude a sélectionné 27 femmes âgées de 18 à 62 ans à partir de 3 associations prenant en charge les victimes de violences sexuelles. Les 27 femmes victimes d'agressions sexuelles se définissaient comme « ayant récupéré de leur traumatisme », c'est-à-dire pouvoir vivre sans être envahie par l'anxiété ou plutôt apprendre à vivre

avec. Elles ont répondu de façon anonyme à un questionnaire qualitatif en ligne (9). Les facteurs perçus comme faisant obstacle au processus de « récupération » comprenaient l'inexpérience des professionnels de la santé dans le traitement des victimes d'agression sexuelle, et l'adhésion à des stéréotypes sur le viol. La fin des préjugés fait partie du début de la prise en charge des femmes victimes.

À la question « qu'avez-vous pensé du principe de la double écoute ? » la majorité des étudiants a conclu à une expérience positive. La plupart a trouvé que c'était essentiel d'entendre la parole des victimes et les témoignages. 9 étudiants se sont interrogés sur le fait d'écouter une personne à son insu, bien qu'au final ils aient trouvé que la double écoute était un bon moyen d'accéder à la connaissance du vécu des victimes. Nous n'avons pas retrouvé ce type de critique dans la thèse de Céline Hoffmann (10) qui évaluait l'expérience d'une nuit au Samu social (dont 2 heures de double-écoute à la plateforme téléphonique du 115). Nous émettons l'hypothèse que cette critique est en rapport avec le thème du viol puisque les étudiants ne semblent pas avoir manifesté de la gêne à écouter des personnes en situation de détresse au Samu social.

Nous nous sommes aussi interrogés sur l'aspect éthique de la double-écoute. Cette double-écoute ne nous paraît pas irrespectueuse pour les appelantes dans la mesure où les appels sont anonymes et où elle est utilisée à des fins pédagogiques pour la formation et la sensibilisation de futurs médecins. Trois étudiants ont signalé que le médecin n'était pas forcément la personne à qui les patientes se confieraient et/ou que les médecins n'avaient pas le temps. Dans la thèse de Amélie Boismain (11) les médecins pensent que le manque de temps est une fausse excuse, les médecins pensent que leur temps est compté mais ils savent se rendre disponibles pour les situations de détresse. Nous savons que les médecins sont le premier tiers extérieur de la famille à être informé des faits de violence ou à pouvoir les repérer (6). Certaines études quantitatives (12–15) ont évalué le point de vue des femmes sur cette question de repérage par le médecin généraliste. Elles sont 43 à 85 % à être favorables à un repérage (16). Les freins ou obstacles cités à ce repérage sont la culpabilité, la honte et la peur des représailles (17). Les femmes victimes étaient 1,5 fois plus favorables que les femmes non victimes à ce repérage systématique (15). Une méta-analyse de 25 études qualitatives a étudié les attentes des victimes de violences conjugales par rapport aux médecins (18). Il en ressort que les femmes

attendent un non-jugement de la part du professionnel de santé, de la compassion, et une garantie de la confidentialité.

Conclusion

Depuis déjà plusieurs années le constat des violences sexuelles envers les femmes alerte quant à l'ampleur et la gravité du problème. Les professionnels de santé ainsi que les pouvoirs publics s'accordent sur la nécessité d'une formation des professionnels au contact des victimes. Cette formation sur les violences progresse mais demeure encore insuffisante dans les études médicales. Notre travail s'est consacré à la formation initiale et a tenté de décrire une première initiative tout à fait novatrice de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie.

Notre analyse de l'expérience de la double-écoute téléphonique à la permanence de « viols-femmes-informations » pour les étudiants de 4^e année (FASM1) a montré que ce stage est un excellent outil de sensibilisation. La double écoute leur a permis d'entendre des témoignages de victimes qu'ils ont rarement l'occasion d'entendre dans leur stage hospitalier. Cette demi-journée, très concrète a permis une prise de conscience et une ouverture d'esprit sur un sujet méconnu et soumis à de nombreux préjugés. Les étudiants ont souligné un intérêt pour la pratique médicale. Ils ont évoqué la nécessité d'un repérage, ainsi que la manière d'aborder ce sujet avec les patientes, et comment les orienter. Grâce à cette demi-journée « sur le terrain » dans une association prenant en charge les femmes victimes, les étudiants ont été au plus près des victimes via la double-écoute et ont pu percevoir leur ressenti.

Cette approche permet d'acquérir des compétences pour une prise en charge plus humaine et plus empathique. La double écoute est apparue comme un outil pédagogique essentiel pour la formation initiale des futurs médecins. Pour répondre au mieux aux besoins des victimes, il nous paraît indispensable de promouvoir cette formation mais également d'enrichir l'enseignement en 2^e et 3^e cycle par des cours sur l'impact sur la santé, sur la nécessité d'un repérage et d'un accompagnement des victimes de violences sexuelles et de proposer des supports vidéo et des jeux de rôle. Cette première analyse pourra constituer un travail préparatoire à une analyse quantitative de grande ampleur auprès des étudiants ayant bénéficié de cette demi-journée.

1. HENRION R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. La Documentation française; 2001 p. 81.
2. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Institut Démographique de l'Université de Paris; 2001.
3. BAJOS N, BOZON M. Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. *Population & Sociétés*. 2008; 445:4.
4. Rapport explicatif sur la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (STCE 210) [Internet]. [cited 2013 Apr 28]. Available from: <http://conventions.coe.int/Treaty/FR/Reports/Html/210.htm>
5. CAMPBELL JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002; 359(9314):p. 1331–1336.
6. Ministère du Travail, des relations sociales, de la Famille et de la Solidarité. Lutte contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels. www.solidaritefemmes-la.fr/wp-content/uploads/2011/09/Lutter-contre-la-violence-au-sein-du-couple-le-r%C3%B4le-des-professionnels.pdf.
7. DUGUET A, LAZIMI G, GRANGER B. Violence envers les femmes: la formation des professionnels, une urgence de santé publique. 2013.
8. CÔTÉ L, TURGEON J. comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. 2002; (3):81–90.
9. RANJBAR V, SPEER SA. Revictimization and recovery from sexual assault: implications for health professionals. *Violence and victims*. 2013; 28(2):274–87.
10. HOFFMANN C. Urgences sociales et études médicales: expérience d'une nuit d'observation au Samu social de Paris [Thèse de doctorat en médecine]. [Paris]: Université Pierre et Marie curie; 2011.
11. BOISMAIN A. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Thèse de doctorat en médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2012.

12. FRIEDMAN LS, SAMET JH, ROBERTS MS, et al. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. *Archives of internal medicine*. 1992; 152(6):1186–90.
13. MCNUTT LA, CARLSON BE, GAGEN D, et al. Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women. *Journal of the American Medical Women's Association (1972)*. 1999; 54(2):85–90.
14. CARALIS PV, MUSIALOWSKI R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern medical journal*. 1997; 90(11):1075–80.
15. GIELEN AC, O'CAMPO PJ, CAMPBELL JC, et al. Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. *American journal of preventive medicine*. 2000; 19(4):279–85.
16. RAMSAY J, RICHARDSON J, CARTER YH, et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal*. 2002; 325(7359):314.
17. BIGLIA E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse de doctorat en médecine]. [Nice]: Université de Nice Sophia-Antipolis; 2012.
18. FEDER GS, HUTSON M, RAMSAY J. Women exposed to intimate partner violence: Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*. 2006 Jan 9; 166(1):22–37.

Loi santé: un déni de démocratie, un recul du service public, une régression sociale!

Par Jean-Luc Gibelin

Le texte voté par une majorité des député-e-s socialistes n'est qu'un texte de type « diverses mesures d'ordre social », ce n'est pas la loi-cadre de santé publique dont le pays a besoin. Au passage, il n'est pas anodin de relever que cette loi n'est pas une loi de santé publique... Cela n'en diminue pas le danger.

Elle est la traduction législative de la « *Stratégie Nationale de Santé* » lancée en 2013. La finalité explicite est bien de refonder sur une orientation libérale l'organisation du système de santé dans son ensemble. Le rapport Cordier qui préfigure la stratégie nationale de santé posait un axiome de départ: « ... *La gestion à l'équilibre, sans endettement est d'abord une exigence fondamentale car valeur fondatrice...* » Le rapport Cordier conditionne par ailleurs la nécessaire réorganisation des soins à « *la juste répartition de nos ressources qui doit nous conduire à réorganiser nos flux de dépenses de l'Assurance-Maladie...* ». Il s'appuie aussi sur les propositions de rapports officiels comme celui présidé par Claire Compagnon sur la démocratie sanitaire, par Bernadette Devictor sur le Service public territorial de santé (SPTS) et le Service public hospitalier (SPH) et celui présidé par Edouard Couty sur le pacte de confiance à l'hôpital. En clair: la loi de santé n'a pour ambition que de moins dépenser pour la santé solidaire, et de privatiser tout ce qui peut l'être!

Il y a des mesures de santé publique positives mais notoirement insuffisantes et surtout sans moyens humains ni financiers pour les mettre en œuvre. Il n'y a pas de remise en cause de la logique de la loi « HPST » dont nous demandons l'abrogation depuis sa mise en place, au contraire, il y a un renforcement de ses aspects négatifs avec un rôle encore plus important des DG d'ARS. C'est la poursuite de la logique des lois Douste-Blazy, Juppé, Matteï et Bachelot...

La promotion de l'ambulatoire est une des propositions « phares » de la loi. Nous ne sommes pas opposés aux évolutions dans la prise en charge des patients, bien au contraire. Mais l'objectif du développement de l'ambulatoire n'est pas d'améliorer la prise en charge des patients mais de diminuer les dépenses

remboursées par la sécurité sociale et de diminuer l'emploi public. En effet, le maillage du territoire pour les réponses « péri-ambulatoires » n'est pas celui du service public mais très majoritairement celui de l'exercice libéral. L'ambulatoire est la plupart du temps l'occasion de regrouper des activités de différents services autour d'une organisation type hôpital de jour (HJ), toutes pathologies confondues bien au-delà de la seule chirurgie... Faire disparaître la notion d'équipe expérimentée, constituée au sein d'un service, dans la prise en charge d'une pathologie au profit d'organisations tournées exclusivement vers la notion d'horaire tourne le dos à la qualité des soins. Le texte est clair et parle de prise en charge sans hébergement. Pour nous ce type d'hospitalisation, en particulier après la sortie, est discriminant en particulier sur le plan social. C'est un recul du service public!

Le cas de l'IVG est emblématique. Les mesures de simplification de l'accès à l'IVG sont positives. Elles sont demandées depuis des années par les mouvements féministes et progressistes. Mais dans la loi actuelle, rien n'est dit pour enrayer les fermetures des centres IVG ni la réouverture des centres fermés. Simplifier l'accès à un droit dont les lieux de mise en œuvre sont en nette diminution... Ce n'est pas une mesure progressiste.

La généralisation du tiers payant est une autre des propositions « phares » de la loi, certains disent un marqueur de gauche de cette loi. Le Pcf est pour une Sécurité Sociale qui rembourse à 100 % les soins prescrits afin d'agir concrètement contre le renoncement aux soins qui touche actuellement près d'un tiers de la population et plus de la moitié des jeunes étudiantes et étudiants. Ce n'est pas possible de laisser faire cela. Notre proposition concrétise notre volonté de reconquête de la Sécurité Sociale dans cette année d'anniversaire de ses soixante-dix ans. C'est toujours une idée d'avenir.

Concernant les mouvements de grève d'une partie des médecins d'exercice dit libéral, depuis des lustres, nous savons qu'ils ne sont pas sans tentative de récu-

pération politique par la droite, sans discours lénifiant sur la liberté d'entreprendre... Ce fut aussi le cas de la part de quelques dirigeants d'organisations professionnelles allant jusqu'à théoriser sur le « pseudo bien-fondé » du fait de payer... Être pris en charge par la protection sociale serait, selon ces doctes penseurs, déresponsabilisant... Mais au-delà de ces quelques exceptions, qu'en est-il ?

Il est réel que la mise en œuvre du tiers payant, c'est-à-dire de la possibilité de ne pas faire l'avance des frais, est génératrice d'une surcharge de travail administratif. Il y a environ 600 structures dites complémentaires dans le pays. Vérifier que les « droits du patient sont ouverts », solliciter les complémentaires pour le remboursement des frais est une tâche administrative réelle. La généralisation est aussi génératrice de frais de fonctionnement qui sont évalués à environ 3,50 € par consultation. C'est pour cela que le mouvement des centres de santé demande une prise en charge de ces frais. Pourquoi le gouvernement renonce-t-il à répondre à cette demande ? Il en va de la survie de nombreux centres de santé. Le tiers-payant est une mesure très utile pour favoriser l'accès aux soins. L'expérience des centres de santé le démontre ainsi que celle des hôpitaux publics. Nous la défendons pourvu qu'elle soit organisée de façon efficace, universelle, avec les moyens nécessaires et qu'elle se situe dans une politique générale. Pour que ce soit plus que le remboursement par la Sécurité Sociale, il faut qu'il y ait une assurance complémentaire. Or, depuis deux ans, il y a un phénomène très sensible de désaffiliation des « complémentaires santé » pour cause financière. Pour ces patients-là, le tiers payant n'a qu'un effet limité. Pour les autres, le tiers payant c'est une invitation à prendre une complémentaire, c'est une aide indirecte aux complémentaires donc aussi au monde assurantiel plutôt que de promouvoir la Sécurité Sociale.

Les GHT (Groupement hospitaliers de territoire) sont une autre des propositions « phare » de la loi. La ministre prétend que ce n'est pas une question publique, la direction du ministère réaffirme en permanence que cela ne va rien changer... Mais enfin, si c'est pour ne rien changer, pourquoi faire une nouvelle loi ? En fait, c'est une restructuration totalement inédite qui est en germe dans ce projet. Tout d'abord, il s'agit du découpage des régions en territoire de santé. Ce sont les DG ARS qui en ont la responsabilité. Elles et ils l'ont fait dans le plus grand secret. Les territoires sont projetés de plus en plus en dehors des limites des départements, la loi Touraine se concrétise

bien comme le volet santé de la réforme territoriale du gouvernement.

Dans chaque territoire, un projet médical de territoire va être construit pour l'ensemble des établissements de santé public. Pas question de GHT spécifique à la psychiatrie par exemple... Tous les établissements publics du territoire auront le même projet médical. De plus les projets médicaux seront aussi adossés au projet du CHU le plus proche... Le tout avant le 1^{er} juillet 2016, c'est-à-dire très vite après la publication de la loi définitivement adoptée mi-décembre 2015. Ensuite des compétences essentielles des établissements publics vont être transférées à l'établissement pivot du GHT. En effet, il ne s'agit pas d'une création d'un nouvel établissement mais de la concentration de compétences sur un seul site. Cela se traduira dès le courant 2016 par une politique unique de gestion des ressources humaines pour le territoire, une unicité de la formation continue, une gestion centralisée de la politique médicale, des EPRD (États prévisionnels des recettes et des dépenses) convergents et des comptes consolidés en 2020, une accréditation unique pour le GHT. Il est aussi prévu la mise en place de pôles de territoire médicaux et logistiques et techniques : pour la pharmacie, les laboratoires, la logistique alimentation et linge, l'imagerie médicale...

C'est la logique de groupe que le secteur privé a mis en place depuis des années mais sans la mise en place de nouveaux établissements, sans structure de contre-pouvoir, de représentation des personnels médicaux et non médicaux, ni des usagers. Nous passerions ainsi de 2200 établissements publics sanitaires et médico-sociaux publics autonomes et indépendants à moins d'une centaine de Groupement hospitaliers de territoire. Nous ne serions plus dans la gestion d'établissements publics en réponse aux besoins des usagers et des personnels mais dans l'administration de décisions prises à un niveau dit supérieur et dans la répartition de l'offre de soins. C'est une régression sociale.

Revenons sur les aspects liés à la territorialisation portée par cette loi.

Enjeux territoriaux de santé

L'aménagement du territoire a pour composante essentielle l'accessibilité de tout citoyen aux services publics et la santé est identifiée comme une préoccupation majeure des citoyens. La politique d'aménagement du territoire est légitime à intervenir dans le domaine de la santé dans une logique de cohésion terri-

toriale, de développement durable et d'attractivité des territoires en complémentarité des autres politiques d'aménagement des territoires (transport, économie, urbanisme...). Les inégalités territoriales de santé s'accroissent et créent de véritables déserts médicaux. Se positionner pour un maillage territorial garantissant une véritable égalité d'accès aux soins et aux structures de santé en réponse aux besoins des populations est la condition pour garantir une prise en charge de qualité pour toutes les citoyennes et citoyens. Ce sont aujourd'hui, les ARS (agences régionales de santé) qui représentent l'autorité de régulation régionale en matière de santé. C'est le DG de l'ARS qui décide de l'organisation des soins et des autorisations d'implantations d'activités médicales ou paramédicales ou de leur fermeture.

L'enjeu régional de santé doit de traduire par une égalité d'accès aux soins, d'accès à la prévention et cela dans la proximité; proximité territoriale mais aussi proximité de décision. Or on assiste aujourd'hui au nom de l'excellence, au nom de l'exigence de qualité et d'économies, à une série de regroupements d'établissements de santé sur les territoires (groupements de coopération sanitaire) et par conséquent à la fermeture de services, d'activités médicales éloignant de plus en plus une partie de la population de la proximité des soins et cela par décision du DG de l'ARS. Il faut noter la parfaite cohérence de la série de lois suivantes: le pacte de responsabilité, la loi NOTRe, la loi santé et les PLFSS du plan Valls.

La région niveau pertinent pour les problématiques de santé, le département pour celles de la perte d'autonomie et de la petite enfance

La question des niveaux de responsabilité nécessite d'être prise en compte.

La santé doit plus que jamais être une responsabilité nationale. Il est indispensable que le gouvernement détermine une politique nationale de santé qui se donne pour objectifs, à la fois, l'égalité d'accès à la santé, la construction d'une offre de soins de haut niveau qui réponde aux besoins de santé des populations et l'adaptation de cette offre de soins aux objectifs d'égalité d'accès aux soins. La volonté forte est de remettre en cause les inégalités de santé, qu'elles soient géographiques ou sociales. Il ne faut pas lâcher sur cette dimension nationale de la santé avec un vote du parlement sur ces aspects.

La région, surtout celle à dimension humaine, est pour nous la bonne échelle pour la cohérence des questions de santé. Le périmètre des régions anciennes

répondait plus ou moins correctement à la réponse aux besoins de santé des populations. Or ce cadre a évolué avec la réforme des collectivités territoriales. D'un côté, l'accroissement considérable de certains périmètres régionaux va remettre en cause la cohérence de l'organisation territoriale actuelle de l'offre de soins et de santé. De l'autre, la concentration urbaine que cette réforme entraîne risque d'accroître certains risques sanitaires que l'offre de soins pourrait ne pas être en mesure de résoudre. Dans ce contexte, le niveau *d'excellence* des Centres hospitaliers universitaires et régionaux est un aspect structurant de la réponse aux besoins de la population permettant de s'articuler à une politique locale de l'offre de soins. La diminution programmée du nombre de CHU/CHR à 13 ou 15 va contredire cette affirmation. La région est un niveau pertinent pour approcher, d'une part, la globalité des besoins, la mise en cohérence des réponses, l'impact des interventions, et d'autre part, l'état des lieux de la destruction hospitalière, la désertification des territoires, les capacités de résistance... La région est aussi le niveau de l'organisation de la formation professionnelle médicale et paramédicale. C'est un point d'appui considérable. Complémentairement, nous considérons que le département est le niveau pour la cohérence en matière de petite enfance. C'est lui qui en a l'expérience.

Les territoires de santé: une donnée forte depuis les lois de droite, un espace réel, mais une organisation territoriale de la santé sous contrainte

La loi *Hôpital, patient, santé, territoires* a instauré les territoires de santé. La loi Touraine va les conforter. Ce sont les DG ARS, directeurs généraux des Agences régionales de santé qui ont la responsabilité de découper les régions en territoires de santé. C'est donc un des éléments structurants de l'organisation de la santé dans les régions particulièrement avec la notion des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), regroupant de manière unique par territoire les établissements sanitaires et médico-sociaux publics dans une entité administrative autonome. L'objectif est de concentrer de manière considérable les lieux de direction des structures sanitaires et médico-sociales pour mieux *maîtriser* ces directeurs nationalement et les contraindre à mettre en œuvre les politiques austéritaires.

Autopsie du texte

Avant le passage en Conseil constitutionnel, la version définitivement votée le 17 décembre 2015 comporte 247 articles.

Titre I. Renforcer la prévention et la promotion de la santé

Il s'agit d'une véritable démonstration de la méthode socio-libérale: énoncer des évidences qui font la quasi-unanimité dans la population et chez les professionnels; cibler, catégoriser, en l'occurrence la jeunesse, en remettant en cause le principe d'universalité de toute politique en direction de la population; évoquer des moyens non définis; ; selon les actions: renforcer la législation/répression, jouer sur l'information.

Titre II. Faciliter au quotidien les parcours de santé

Dans les premiers articles, il s'agit du pacte « territoire-santé » et des communautés professionnelles territoriales de santé. Il s'agit en fait de l'aspect territorial de l'organisation des soins. Il précise les outils dont les professionnels de santé auraient besoin pour « mieux coordonner les prises en charge ». Il s'agit principalement de la « structuration territoriale des soins primaires ». Le « parcours » sous contrat sera dans un premier temps réservé « aux patients atteints d'une maladie chronique, les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, les personnes en situation de perte d'autonomie... ». Il y a cinq articles sensés « renforcer l'organisation territoriale de la santé mentale ». En réalité la notion de territorialité pourrait donner le coup de grâce à la psychiatrie de secteur basée sur la notion d'équipe et d'engagements professionnels autour du patient. Le secteur est en effet conçu sur le principe de continuité des soins par la même équipe, en lien avec les acteurs médicosociaux locaux, l'hôpital n'étant qu'un éventuel moment du soin. De cela, la loi ne retient que l'idée de quadrillage des populations (et encore pas pour tout le monde) dans un territoire et non de continuité des soins sans toucher à la loi sécuritaire du 5 juillet 2011. C'est aussi dans cette partie qu'il y a le concept des Groupement hospitalier de territoire.

Titre III. Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé

Il s'agit de la refondation du « Développement professionnel continu », de la notion de « pratique avancée » des professions de santé....

Titre IV. Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire.

Rien de bien révolutionnaire dans cette partie et surtout pas de droit nouveau ni pour les usagers ni pour les professionnels....

Titre V. Mesures de simplification

Il s'agit là, pour l'essentiel, de l'autorisation donnée au gouvernement de légiférer par ordonnance sur une trentaine de sujets au moins... C'est un vrai dessaisissement du parlement, de son rôle législatif et de sa capacité de contrôle démocratique....

Une autre politique territoriale de santé est indispensable

La région est un niveau pertinent pour les problématiques de santé comme le département l'est pour celles de la perte d'autonomie et de la petite enfance. Les territoires de santé ont été une donnée forte depuis les lois de droite. Repensés, démocratisés, construits à partir de la population, de nouveaux territoires de santé peuvent être un espace réel d'organisation territoriale de la santé. Ceci à condition, de partir des besoins de santé de la population à l'opposé d'une recherche prioritaire de la répartition de l'offre de soins. Le moteur de ce projet devient alors la démocratie, en mettant en place des Conseils cantonaux (ou citoyen) de santé, qui seraient l'outil pertinent à ce territoire, qui peut être le bassin de vie.

Ils veilleront à :

- l'expression des besoins de santé de manière spécifique pour le secteur concerné (y compris en matière de démographie médicale en vue de définir les besoins de professionnels de santé),
- valider la réponse à ces besoins apportée sur le territoire concerné et
- contrôler démocratiquement la mise en œuvre des réponses.

Cela permettra les réajustements indispensables et les évaluations démocratiques. Cela passe aussi clairement par un moratoire sur les fermetures de services, d'activité et d'établissements comme l'avaient proposé les Sénatrices et Sénateurs du groupe CRC; au contraire il faut enclencher un processus de réouverture de structures de proximité. Nous proposons aussi l'arrêt des partenariats public/privé en particulier pour les opérations immobilières qui sont de véritables pillages de l'argent socialisé.

Il n'est pas question pour nous, d'exonérer la droite de ses lourdes responsabilités dans la « casse » de la santé publique. Nos critiques contre la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » sont plus que jamais légitimes et fondées surtout au regard de la poursuite de sa mise en œuvre. Notre opposition au projet actuel s'appuie sur la volonté d'une nouvelle loi qui remplace la loi « Bachelot ». Il n'est donc pas question de laisser

penser que notre opposition à la loi Touraine aurait des points communs avec la volonté de la droite de remettre en cause encore plus le service public.

Nous proposons de reconquérir le remboursement par la Sécurité sociale des soins prescrits, avec le retour aux 80 % tout de suite, de viser le 100 % pour les jeunes de moins de 25 ans et les étudiants dans la perspective d'aller rapidement au remboursement à 100 % des soins prescrits par la Sécurité Sociale pour tout le monde. Bien entendu, dans les soins prescrits nous englobons la consultation du médecin généraliste et l'ensemble des prescriptions comme par exemple la lunetterie, le dentaire, etc.

Plutôt que des effets d'annonces ou des polémiques, il y a des mesures urgentes à prendre dans l'immédiat :

- Suppression des franchises et forfaits notamment imposés par la loi « Bachelot ». Ce sont des prélèvements supportés par toute la population de manière injuste.
- Réelle suppression des dépassements d'honoraires avec une revalorisation de la rémunération des médecins. L'encadrement décidé par la ministre n'a eu comme conséquence que d'inciter plus de médecins à pratiquer les dépassements d'honoraires.
- Attribution des moyens pour soutenir les centres de santé qui appliquent le tiers payant sans aide de la Sécurité Sociale ni de l'État. Si le tiers payant est vraiment une proposition à généraliser, il doit être d'abord financé pour les structures qui l'appliquent depuis des années mais aussi être généralisé.
- Pôle public du médicament qui permette de gagner une maîtrise publique du médicament, de la recherche à la distribution. Il faut en finir avec les profits des multinationales du médicament ; il n'est plus supportable d'avoir des remboursements partiels de médicament : soit le produit est efficace et il est remboursé à 100 % soit ce n'est pas un médicament et il ne doit plus être dans le circuit des médicaments.
- Véritables remboursements pour la lunetterie, les soins dentaires, l'audition. Il faut en finir avec l'hypocrisie du montant scandaleusement bas du remboursement de ces soins.
- Arrêt immédiat des suppressions d'activité et des fermetures de services de santé...

Faciliter l'accès aux soins de qualité aux populations démunies : l'exemple des centres de santé communautaires

Par le D^r Cheikh Athie, Président de AcDev⁽⁶⁾

Introduction

L'utilisation des services de santé au niveau périphérique reste très faible au Sénégal malgré les efforts importants consacrés par les pouvoirs publics pour renforcer l'offre de soins. Cette offre est non seulement déficiente en quantité, mais la qualité des soins et l'accueil des patients méritent d'être améliorés. De plus, les soins spécialisés sont habituellement trop chers par rapport au pouvoir d'achat des patients. Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'état sanitaire des populations est inquiétant et les besoins de soins importants.

L'une des principales raisons invoquées pour expliquer la faible qualité des soins est aussi l'insuffisance de la participation des populations à la gestion des structures de santé. Ainsi, au Sénégal, les Comités de Santé, censés représenter les usagers dans la gestion des structures, ne jouent pas pleinement leur rôle de défense des intérêts des patients. Leur représentativité est faible et ils s'investissent peu dans l'amélioration de la qualité des soins et de l'accessibilité financière aux structures, notamment pour les plus démunis. D'ailleurs ce constat est partagé par les autorités de la Santé, qui envisagent leur réforme.

Par ailleurs, la faible accessibilité financière des populations aux soins est consécutive à une pauvreté grandissante. Aussi, on note une récurrence des maladies hydriques dues à l'absence d'un système d'assainissement adéquat. Dans les deux districts d'intervention, les populations n'ont pas accès à une gamme de services de santé spécialisée. Elles sont obligées, soit de mobiliser beaucoup de temps et d'argent pour voir les spécialistes soit de couvrir leur maladie faute de mieux. En outre, les deux districts de Pikine et Guédiawaye ont en commun les mêmes déterminants de santé à cause sans doute de leur proximité géographique mais surtout des facteurs socio-économiques et environnementaux qu'ils partagent.

Ces déterminants sont la faiblesse du plateau technique et le sous-équipement des formations sanitaires.

Par ailleurs, le déficit en personnel qualifié avec des ratios de couverture en dessous des normes préconisées par l'OMS est noté dans les 2 districts. Les ratios de couverture rapportés au personnel technique sont de 1 médecin pour 112595 habitants, 1 sage-femme pour 22 519 femmes en âge de reproduction et 1 infirmier pour 12 010 habitants. Le ratio de couverture sur les structures sanitaires est pour les 2 districts d'un centre de santé pour 450 380 et un poste de santé pour 29 057 habitants.

Compte tenu de tout ce qui précède, l'ONG AcDev a proposé, à titre expérimental, en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Prévention, la Coopération Française et d'autres partenaires, un autre modèle de structure de santé basé sur une plus grande implication des populations ou des organisations civiles dans la gestion. Ces initiatives s'inscrivent dans le cadre global des expériences communautaires dans le secteur de la santé.

Le développement des centres de santé sur des bases contractuelles avec l'ONG AcDev s'inscrit dans ce domaine. Il s'agit de créer dans des zones peu ou mal couvertes des structures de santé gérées soit par une association d'usagers ou par une ONG. Les services y sont offerts par un personnel de qualité (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes d'État, autres spécialistes...). L'une des particularités des centres est d'assurer son autofinancement et de faciliter l'accès des démunies à une gamme de services de santé variée mais de qualité.

Ces initiatives méritent d'être documentées aux fins d'apporter des redressements nécessaires à un éventuel modèle à reproduire. Cette documentation sera conduite à travers une présentation des zones d'implantation des centres, de la nature de l'initiative, des acteurs impliqués, des stratégies, des ressources mobilisées, des facteurs critiques de succès, des difficultés rencontrées, enfin, une partie analytique des résultats de l'initiative en termes de contribution à la réduction de la pauvreté et/ou des inégalités d'accès aux soins de santé.

⁶ AcDev: Action & Développement

Présentation des districts de Pikine et Guédiawaye

Les Districts sanitaires de Pikine et de Guédiawaye se situent dans la banlieue de Dakar à 14 km du centre-ville. Elles comptent respectivement une population de 598 785 et de 301 975 habitants. La Densité est de 17 611 habitants au km² à Pikine et de 11 486 habitants au km² à Guédiawaye. Le taux de croissance annuel est d'environ 4 % pour les deux districts et l'indice synthétique de fécondité (6.06 %) pour un taux brut de natalité de 40 %.

Les 2 districts d'une population de 900 760 comptent 2 centres de santé, 31 postes de santé (dont 8 avec maternité), 4 maternités isolées, 5 infirmeries confessionnelles, 2 infirmeries de garnison militaire, 6 cliniques privées, 12 cabinets paramédicaux privés. Au plan des ressources humaines, le personnel technique officiant dans l'offre publique des 2 districts santé comprend 8 médecins, 2 chirurgiens-dentistes, 40 infirmiers d'État, 75 sages-femmes.

Au niveau socioéconomique, les deux districts sont caractérisés par la concentration des populations qui est alimentée par diverses sources qui sont autant de facteurs explicatifs des difficultés rencontrées, à savoir : la réinstallation dans la commune de Guédiawaye de populations déguerpies du centre-ville et l'afflux de populations rurales dans la banlieue de Guédiawaye engendrant ainsi la surpopulation et la promiscuité dans les ménages.

La population est cosmopolite car regroupant toutes les ethnies du Sénégal. Les principales activités sont développées sont les activités commerciales : elles sont réalisées par 21 % de la population active et l'artisanat qui représente 6 % des activités économiques dans le district.

La faiblesse des revenus des populations produit une situation socioéconomique assez préoccupante. Plus de la moitié de la population est active dans le secteur de développement de la lutte contre la pauvreté, qui est à l'origine des multiples fléaux sociaux malnutrition, inaccessibilité des services de base, etc. Pikine et Guédiawaye sont considérés comme des cités-dortoirs et sont ainsi laissés pour compte. La densité très forte, l'exiguïté de l'habitat, l'absence d'infrastructures réelles de développement et la paupérisation croissante des populations font de ces localités un réservoir de tous les problèmes de santé. C'est pour contribuer à la résolution de ces problèmes de santé que l'ONG AcDev

a choisi ces deux districts dans son projet d'implantation de centres de santé communautaires.

Depuis 1997, l'ONG a ainsi créé 5 centres communautaires au Sénégal dont 4 dans la région de Dakar (2 à Pikine et 1 à Fadia, 1 à Guédiawaye) et 1 dans la région de Fatick (à Guinguinéo). À l'heure actuelle, 3 de ces centres sont actuellement en service, celui qui se trouve dans le quartier de Darou Khoudouss, à Pikine et celui qui est situé aux Parcelles Assainies, à Guédiawaye et un autre dans la commune de Golf Sud.

L'expérience des centres communautaires mis en œuvre par l'ONG ACDEV (Action Et Développement) constitue un autre modèle de gestion d'une structure sanitaire soit par l'ONG elle-même ou par les populations sous la forme d'un conseil d'administration en partenariat avec ACDEV, la tutelle (représentée par la région médicale), la collectivité locale, la Coopération Française sous une base contractuelle.

L'ONG/AcDev a ainsi développé plusieurs expériences aussi bien en milieu urbain, péri urbain que rural en utilisant les deux approches ci-dessus citées : centre de Pikine, centre de Malika, centre de Guinguinéo, centre de Fadia, centre de Golf Sud respectant le paquet minimum du centre de santé (CS).

Nature de l'initiative

Les centres communautaires de l'AcDev couvrent donc le triple champ de prestations de services, de mobilisation sociale et de mobilisation politique. L'ONG a créé depuis 1997 plusieurs centres pour contribuer à l'amélioration de l'accès des populations enclavées ou démunies à des services santé où l'accent est davantage mis sur la qualité des soins, la continuité des services et surtout l'accessibilité géographique et financière.

Ces structures, gérées par des associations privées ont une mission de service publique. En termes d'objectifs de santé publique, l'ONG AcDev a inscrit ses interventions dans la participation à la lutte contre les maladies, notamment, les IST/VIH, la mortalité maternelle, les maladies de l'enfance, la malnutrition, le paludisme, la tuberculose. Elle s'investit aussi dans l'amélioration de la couverture sanitaire et contribue au financement de la santé.

Les actions de mobilisation sociale sont liées à la sensibilisation, l'implication et la responsabilisation des populations. Ces populations se chargent de la

mise en œuvre et disposent de compétences et d'arguments pour la défense de leurs droits sanitaires. C'est à cet effet que l'ONG a conçu un guide sur la mobilisation sociale et politique. AcDev a aussi mené des actions de plaidoyer pour amener les élus, décideurs et autorités locales à se mobiliser pour une cause, notamment l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins.

Stratégie d'intervention participative

Deux approches ont été expérimentées depuis 1997 par l'ONG dans le cadre de la mise en œuvre des centres. Il s'agit d'une démarche où l'ONG a elle-même mis en œuvre et géré la structure et d'une autre stratégie où l'ONG a mis en œuvre le projet et a aidé la création d'une association d'usagers qui en assure la gestion pleine et entière.

Dans le processus de mise en œuvre, ces deux approches ont plusieurs activités en commun. Pour l'ensemble des centres, l'organisation a d'abord mobilisation des ressources financières, ce qui constitue une condition préalable avant le démarrage de toute action.

La création de ces structures requiert avant tout que le besoin soit ressenti et exprimé par les collectivités locales, populations ou des structures déconcentrées du Ministère de la santé. Cette demande devra avant toute intervention faire l'objet d'une validation et d'une demande officielle. L'ONG a procédé à une étude situationnelle afin d'étudier la population à couvrir et l'accessibilité géographique de la structure. Il est utile d'avoir une population potentiellement utilisatrice suffisamment nombreuse pour assurer tant le maintien de la technicité que la pérennité financière de la formation par le biais du recouvrement des coûts. D'autre part, cette étude a permis d'appréhender le pouvoir économique, le mode d'habitat et son confort, le développement des entreprises dans les quartiers, la proportion de salariés, de démunis ainsi que de l'existence de groupes mutualistes ou de système d'épargne pour la santé. Enfin, elle a permis d'adapter au mieux l'offre au niveau de vie de la population concernée.

L'étape suivante consiste à identifier l'endroit exact où sera érigé le centre de santé. Ceci peut s'avérer très difficile milieu urbain où il faudra prendre très sérieusement le temps de chercher l'endroit idéal dans la zone de polarité du futur centre. Trouver un terrain ou une maison pose beaucoup de problème et peut entraîner beaucoup de retard dans la mise en œuvre du projet. Le centre de Golf Sud a pu obtenir des locaux

grâce à une subvention de l'Agence pour le développement Municipal (ADM). L'immeuble du centre de FADIA a été acquis avec des fonds de la Coopération britannique ajoutés aux fonds propres de l'ACDEV et une subvention de l'ONG Equilibres & Populations. La structure de Pikine, quant à elle est abritée par une maison en location.

Dans le cas des centres, l'ONG a dans un premier temps procédé à la location de maisons qui ont été aménagées et entièrement équipées. Le personnel a ensuite été sélectionné sur la base de listes restreintes après des entretiens individuels. Pour l'ensemble du personnel des contrats à durée déterminés ont été signés. Les structures ont été équipées du matériel bureautique et médical standard pour mener toutes activités liées à l'offre de services.

Spécifiquement pour le centre de Golf Sud géré par une association d'usagers, plusieurs actions de mobilisation sociale et de plaidoyer parallèlement aux activités ci-dessus énumérées ont été menées.

Information et sensibilisation des populations sur la mise en place d'un centre en direction des associations locales, des autorités locales traditionnelles, administratives et religieuses et des populations en général a pour objectif de les engager dans un processus de réflexion, d'implication et d'appropriation du centre communautaire. Cette activité a débuté dès l'entame du projet et s'est poursuivie jusqu'à la mise en place complète de l'ensemble des organes destinés à la gestion de la polyclinique.

Il s'agit ici d'organiser un atelier de travail réunissant des représentants de la population, du district sanitaire, de la commune et de personnes ressource pour élaborer les documents essentiels (Élaboration des statuts et règlement intérieurs) devant servir aux organes qui seront mis en place par l'assemblée générale.

La tenue d'une Assemblée générale constitutive a permis de mettre en place les organes de l'association (Conseil d'Administration, Commission de contrôle, etc.) Ces organes ont été accompagnés pendant une année par l'ONG ACDEV pour leur permettre aux responsables de ces organes de disposer des connaissances et capacités pour mener à bien les activités qui leur sont confiées (l'ouverture d'un compte bancaire, la conception et signature des conventions avec la mairie et le district de Guédiawaye, recrutement du personnel, définition du système de fonctionnement de la

centre, rechercher une autorisation d'achat à la pharmacie nationale d'approvisionnement ou au dépôt de district, établir des relations avec d'autres partenaires (ONG, mutuelles de santé, IPM, etc.)

L'ensemble des populations locales, les autorités du ministère, de la Coopération Française, du district seront conviées lors de l'inauguration du centre qui sera placé sous le patronage du Ministre de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention.

Evolution de l'expérience des centres communautaires

En 1997, l'ONG a bénéficié d'une subvention du projet d'appui aux ONG financé par l'USAID dans le cadre d'un accord de partenariat qui le lie au Gouvernement du Sénégal et l'USAID pour le financement d'ONG dans divers secteurs dont la santé. Le centre n'a bénéficié que d'une subvention de démarrage et a débuté ses prestations en septembre 2008 par l'offre de services en planning familial. Très vite rattrapé par une demande de services plus élargie, il a orienté l'offre vers les principales préoccupations des populations. Il s'agit entre autres, de consultations générales, pédiatriques, vaccination des enfants.

En 2000, l'ONG a bénéficié d'une autre subvention du gouvernement dans le cadre du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) pour le renforcement de la centre de Pikine et l'élargissement de l'expérience en milieu rural. C'est ainsi que le centre de Guinguinéo dans la région de Fatick a été créé.

La centre a amélioré la gamme de services offerts en 2001 avec l'acquisition d'un fauteuil dentaire don d'une ONG française, partenaire.

C'est en 2002 que l'ONG ACDEV a de nouveau été sollicitée par le médecin chef du district de Pikine et les populations de Darou salam 6, zone très enclavée, qui connaissait un immense problème d'accès à des soins de santé et surtout de mortalité maternelle et infantile.

La fermeture du centre de Guinguinéo suite à une série de difficultés rencontrées avec le district qui s'estimait être lésé par le niveau élevé de fréquentation de la centre est intervenue en 2003. Cette même année a vu le démarrage des activités de mise en œuvre du centre communautaire de Golf Sud confié à l'organi-

sation avec le financement de la coopération française. C'est la première expérience où les populations ont été responsabilisées pour la gestion pleine et entière du centre de santé.

Deux ans plus tard, la Coopération Britannique au Sénégal a octroyé une convention à l'ONG pour l'achat d'un local et d'une partie de l'équipement pour la centre de Pikine. Le centre de Malicka qui a beaucoup souffert de la sous fréquentation est transféré à Guentaba/Fadia. En 2007, cette dernière a bénéficié d'un don d'équipements et d'appareils de mammographie, de panoramique dentaire, consultations ORL, consultations pédiatriques.

La convention de reconnaissance des centres communautaires avec le Ministère de la santé et de la prévention a été signée en 2008, prouvant ainsi l'intérêt de l'institution pour cette stratégie dans le cadre de l'amélioration de la couverture sanitaire.

Pour une plus grande participation à l'effort de santé

L'initiative des centres cherche surtout à contribuer à l'amélioration de la santé des populations précarisées dans les zones peu ou pas couvertes par les structures sanitaires dans la banlieue de Dakar.

Devant l'ampleur du déficit en termes de couverture, il s'agit aussi de contribuer à l'augmentation l'accessibilité des populations défavorisées à des services de santé de qualité. Cela passe nécessairement par l'implication des acteurs de la société civile et des populations dans la conception et la mise en œuvre de projets de santé communautaires. Il est davantage utile de créer un environnement favorable à la défense des intérêts des populations en matière d'accès aux soins de santé de qualité à moindre coût. Tout ceci doit être sous-tendu par la prise en compte des situations des populations démunies ou enclavées.

Cette initiative a surtout prospéré avec l'ouverture du Ministère de la Santé et de la Prévention. Ce département a soulevé l'importance des défis à relever dans le secteur de la santé notamment le manque notoire d'infrastructures sanitaires, l'insuffisance du personnel et son manque de motivation pour exécuter des activités dans l'ensemble du territoire national afin de couvrir les zones pauvres les plus reculées. Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) a amené de plus en plus l'État à reconnaître le

rôle que des acteurs d'autres secteurs peuvent apporter dans l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé. Dans le cadre du projet, le Ministère de la Santé et de la Prévention a joué un rôle de facilitateur des procédures, de supervision et de contrôle du respect des normes et protocoles.

À côté du ministère de tutelle, l'ONG ACDEV est la première ONG qui a développé cette initiative de 1997 à nos jours. L'AcDev s'est spécialisé dans la santé communautaire et a très tôt compris la nécessité de joindre la demande de services sans cesse grandissante à une offre de services insuffisante et très mal répartie. À l'heure actuelle, l'ONG en est à sa cinquième expérience de création de centre communautaire.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation qui transfère aux collectivités locales la compétence dans la construction et la gestion des services de santé, ces dernières voient leurs rôles valorisés et amplifiés.

Les populations constituent les premiers bénéficiaires de ces stratégies. Elles trouvent là des moyens de mettre en avant leurs préoccupations principales, de faire valoir leurs intérêts et leurs droits en matière d'accès aux soins. Elles participent à la mise en œuvre du projet.

Enfin, cette stratégie vient compléter l'offre de soins incomplète donnée au niveau des endroits périphériques d'une part, mais aussi compléter en partie, le déficit en soins spécialisés des services déconcentrés du Ministère de la Santé.

Amélioration de la couverture sanitaire

Comme annoncé dans l'introduction, la création des centres par l'ONG constitue une autre réponse apportée aux différentes sollicitations des services déconcentrés de l'État pour pallier le déficit dans les districts de Pikine et de Guédiawaye. Ces deux districts très peuplés, comptent une population d'environ 900 000 habitants et ne disposent pas de structures de santé suffisantes pour satisfaire les besoins en santé des populations.

Dans ces districts sanitaires distants du centre-ville d'une quinzaine de kilomètres, il n'existe qu'un seul hôpital et deux centres de santé. Ces structures sont très limitées dans l'offre de soins. La demande de service la plus importante étant faite par cette même

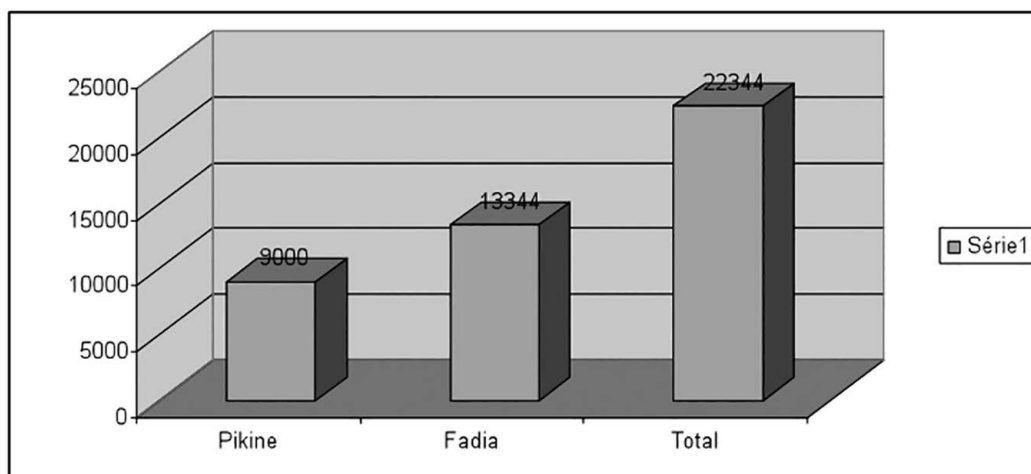
population dans les hôpitaux nationaux ou CHU situés dans la capitale. Il faut ajouter à cela le sous-équipement de ces structures censées désengorger les hôpitaux nationaux et soulager les populations en termes de déplacement, de temps consacrés aux soins, de coûts élevés des prestations, etc.

Au niveau le plus périphérique, nous notons une insuffisance notoire des postes de santé où les services sont offerts par des infirmiers d'État. En moyenne, un poste de santé existe pour 29 519 habitants.

L'apport des centres a contribué à réduire les besoins des populations dans ces zones. De par la qualité des prestataires de services et la variété des services offerts, les centres se situent à mi-chemin entre les postes de santé et les centres de santé. Elle est ainsi permis d'augmenter le taux de couverture de 29 519 habitants par poste à 24 000 habitants par poste. D'autre part, il faut noter que deux centres sont principalement situés à la lisière d'une lagune qui traverse toute la région de Dakar et qui constitue la cause essentielle du paludisme.

Le centre de Fadia dispose d'un équipement spécifique (mammographie, panoramique dentaire) qui, en dehors de deux hôpitaux n'existe que dans des structures privées. La disponibilité de ce matériel permet de résoudre pour toutes les populations ciblées le problème lié à l'accessibilité de ces services. La zone des parcelles assainies de Guédiawaye est constituée d'une population d'environ 53 000 habitants et ne dispose que d'un poste de santé. Le centre de Fadia permet de réduire considérablement ce gap. La zone de Golf Sud, toujours dans le district de Guédiawaye, s'étend sur plusieurs nouvelles cités d'une population d'environ 23 000 habitants. Elle ne dispose que du centre comme structure d'offre de soins de santé. La zone couverte par le centre de Pikine englobe 4 quartiers dont deux situés aux abords immédiats de la lagune. La population est estimée à 15 000 habitants. Les centres communautaires ont ainsi permis d'améliorer très l'accès des populations de la banlieue aux soins de santé comme l'attestent les figures et tableaux page suivante.

Niveau de fréquentation annuel



Nombre de personnes consultées ou traitées depuis leur création

Centre Pikine	Centre Fadia	Total
99 000	21 600	120 600

Amélioration de la qualité des services

Les ratios de couverture rapportés au personnel technique montrent un déficit criant par rapport aux normes préconisées par l'OMS (1 médecin/5 à 10 000 habitants, 1 sage-femme d'État /300 habitants et 1 infirmier pour 300 habitants). Au niveau des zones d'implantation des centres, les ratios sont d'un médecin pour 112 595 habitants, d'une sage-femme pour 22 519 femmes en âge de reproduction et d'un infirmier pour 12 010 habitants.

Au Sénégal, les médecins n'officient qu'au niveau des hôpitaux et des centres de santé. La population ne peut avoir accès aux médecins qu'au prix d'un déplacement vers ces structures, d'une très longue attente et de frais assez consistants. Le premier niveau de contact est l'infirmier qui assure les consultations et les soins. Le nombre de sages-femmes est trop réduit par rapport à la demande de services des femmes en âge de reproduction. À titre d'exemple, il n'existe que 8 postes de santé dotés d'une maternité dans le district de Guédiawaye et seulement 5 dans celui de Pikine. Les centres ont apporté un personnel supplémentaire pour améliorer ces ratios. Au lieu d'un médecin pour 112 595 habitants et d'une sage-femme pour 22 519 habitants, nous sommes passés à 1 médecin pour 75 063 habitants et d'une sage-femme pour 11 548

habitants. Une des grandes particularités des centres est que les patients ont comme premier niveau de contact les médecins et les sages-femmes qui assurent les consultations. Elles permettent aux populations de la périphérie d'avoir accès à des soins spécialisés comme la pédiatrie, l'ORL, la gynécologie.

Valeur ajoutée des centres

Assurément, les centres constituent, à l'image de centres de santé communautaires au Mali et des formations sanitaires communautaires en Côte d'Ivoire une initiative nouvelle dans la recherche de solution pour l'amélioration durable de la santé des populations. Les facteurs de succès des centres résident dans le fait que les centres sont tout d'abord des structures privées à but non lucratif avec mission de service public. Elles sont gérées directement par une ONG ou une association d'usagers, qui engage le personnel et définit les règles de fonctionnement. Le personnel est recruté et payé par l'ONG ou l'association gestionnaire dont il répond. La continuité des services est assurée du fait que les prestataires pourvoient à leur remplacement en cas d'absence. L'accent est mis sur la qualité des soins et l'accessibilité financière avec le développement de mécanisme de solidarité pour les plus démunis. Une autonomie financière est obtenue de par les recettes propres, cependant, une aide pouvant être cependant apportée par les Collectivités locales par la mise à disposition de locaux et par d'autres partenaires en matériel ou en finances. Ces formations sanitaires sont totalement intégrées dans le système de soins du pays et sont concernées par les différents programmes nationaux. Elles bénéficient, en outre, de la supervision effectuée par les districts sanitaires.

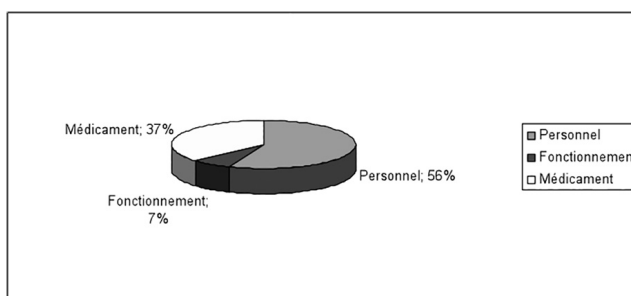
EN RESUME

- Coûts beaucoup moins élevés que les structures publiques
- Accessibilité géographique
- Disponibilité permanente en médicaments essentiels
- Efficaces (règle les problèmes prioritaires des populations)
- Continuité des services
- Services de qualité à travers l'utilisation systématique d'un personnel spécialisé (médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes, autres spécialistes, etc.
- Accessibles au plus grand nombre
- Pertinents du fait que les centres se trouvent là où sont les populations
- Rapidité dans la mise en œuvre (maximum 3 mois après la mobilisation des ressources financières et l'acquisition du local)
- Flexibilité du fait de l'évolution des besoins sans cesse croissant des populations bénéficiaires
- Lie la demande à l'offre

Une contribution et une alternative au système de santé dans un contexte de pauvreté

À l'heure où plusieurs états sont sans cesse confrontés à des problèmes liés au financement d'un système de santé performant, la recherche de solutions alternatives permettra d'apporter des réponses durables dans la résolution de ces problèmes durables. La création d'un centre de santé ou d'un poste de santé a un coût très élevé. De l'édification du bâtiment, son équipement en matériels bureautiques et médicaux, les frais de fonctionnement, les charges salariales, le renouvellement du personnel, les dépenses pour le renouvellement des stocks de médicaments, de maintenance, de renouvellement du matériel médical et enfin de motivation du personnel constituent un budget assez important que beaucoup de gouvernements ne peuvent assurer. À l'heure actuelle, le ministère de la santé, faute de ne pouvoir recruter un nouveau personnel fait appel à des agents contractuels et trouve beaucoup de difficultés à honorer les paiements de salaires. La motivation n'étant plus de rigueur, il s'ensuit le manque de motivation des acteurs et la dégradation de l'offre et de la qualité des services qui ne sont plus de nature à favoriser l'amélioration de la santé des populations qui sont les principales victimes de ces insuffisances. La création des centres de santé communautaires au Mali, des formations sanitaires communautaires en Côte d'Ivoire et des centres communautaires au Sénégal, pourrait constituer une contribution et une opportunité pour les pays sous développés.

Les estimations pour la création d'un centre communautaire sont d'environ 150 000 000 F CFA en milieu urbain et de 125 000 000 CFA en milieu rural. Ces montants permettent la construction des édifices, leur équipement, les frais de fonctionnement et de salaire pour une durée de 18 à 24 mois. Cette période est considérée comme étant la durée moyenne pour permettre à la structure d'être suffisamment connue et fréquentée. L'autofinancement se fait à travers le recouvrement des coûts qui permet au bout de la période dite « de consolidation » d'entretenir un bon matelas financier capable en plus des recettes mensuelles, d'assurer la continuation de la prise en charge des frais de fonctionnement et de salaires après épuisement du fonds de démarrage.

Répartition des dépenses (ex : centre de Fadia)

L'expérience de l'AcDev dans la mise en place des centres communautaires montre qu'il faut une durée moyenne de un à 2 mois si le local existe et de 3 à 6 mois s'il faut bâtir l'édifice et démarrer les activités d'offres de services.

Vers la généralisation de l'accès aux médecins

Au Sénégal, la pyramide sanitaire va du poste de santé au centre hospitalier universitaire. Le premier niveau de contact des populations est le poste de santé. Les consultations et soins sont assurés au niveau de ce type de structure par un infirmier d'État contrairement aux centres de santé communautaires au Mali où vous entrez directement en contact avec un médecin. L'expérience menée dans ces deux pays de référence de même qu'au niveau des centres montre aisément qu'il est possible de mettre au niveau de toutes ces structures des médecins qui permettraient de relever le niveau de la qualité des prestations de services de santé. Il faut certainement une volonté politique qui vienne consolider la stratégie nationale de contractualisation dans le secteur de santé de même que son plan d'opérationnalisation. Ces différentes stratégies ont démontré la possibilité d'un désengagement de l'État au profit d'acteurs sociaux capables de mener d'assurer une gestion de ses structures.

Réduction des inégalités d'accès

Les centres cherchent à contribuer à la réduction des inégalités en matière d'accès à des services de santé. C'est pourquoi, plusieurs aspects sont pris en considération.

- Les centres sont implantés dans des zones de forte densité de population,
- une faible couverture sanitaire existante,
- La possibilité d'organiser des mutuelles de santé autour des centres pour renforcer facilité l'accessibilité financière,
- un niveau socio-économique moyen des populations, pour garantir un certain potentiel de solvabilité (la structure devant vivre de ses seules recettes).

Enfin, il est utile de relever la prise en charge du pouvoir d'achat des populations des zones de couverture des centres qui est très faible. Les tarifs appliqués au niveau des centres tiennent compte de cette donnée et permettent à un maximum de personnes de bénéficier de soins améliorés.

Types de prestation et tarification

	Centre de Yeumbeul	Centre de Fadia	Centre de Golf
Consultations médecine générale	X	X	X
Consultations Gynécologiques	X	X	X
Planning Familial	X	X	X
Consultations et soins dentaires	X	X	
Consultation pédiatrique		X	
Radiographie		X	
Mammographie		X	
Échographie	X	X	X
Hospitalisation	X	X	X
Accouchement	X	X	X
Soins infirmiers	X	X	X
Ophthalmologie		X	
Dermatologie		X	
Cardiologie		X	
Laboratoire	X	X	X

Concilier la demande et l'offre de services de santé

Une grande particularité de cette approche est d'essayer de relever le niveau de connaissance des populations pour une meilleure prévention des maladies. Une stratégie d'information basée sur le renforcement des compétences des populations, notamment

des groupements de femmes a été élaborée et mise en œuvre. Plusieurs femmes issues des groupements de femmes ont été formées au niveau des quartiers sur les techniques de communication interpersonnelle, de groupe et de masse. Elles ont bénéficié aussi d'un cours sur plusieurs problématiques de santé maternelle et infantile, sur le VIH SIDA, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire, le planning familial. À l'issue de leur formation, elles ont été dotées en médicaments essentiels non prescriptibles (contre le paludisme, les diarrhées, les infections pulmonaires, les parasitoses...), des contraceptifs de barrière et des moustiquaires qu'elles revendent à la périphérie. À ce jour, l'ONG a formé plus de 200 relais communautaires. Ces activités ont permis de rapprocher certains services dits tabous auprès des femmes dans la plus grande confidentialité. Ils ont permis de déceler les comportements à risque au sein des familles et d'apporter les conseils idoines. Enfin, un système de référence a été développé par ces relais qui incitent les populations en général et les femmes en particulier à se rendre rapidement au centre de soins en cas de maladie, à pratiquer les consultations prénatales, le planning familial, etc. La demande de service est aussi conditionnée par la disponibilité de ressources financières pour la prise en charge des frais médicaux. L'ONG a parallèlement incité les populations à la création de mutuelles de santé pour permettre, à travers le financement solidaire, à une majorité de femmes d'avoir un accès aux soins de santé de qualité.

Principales difficultés

La mise en place des centres n'est pas en soit une entreprise aisée. Elle nécessite une préparation minutieuse pour arriver à des résultats durables. Dans ce processus d'apprentissage, l'ONG a fait face à deux situations où elle a été obligée de prendre une décision douloureuse : fermer le centre. Il s'agit d'une structure créée en milieu rural qui a été victime de son succès. Elle avait de par son accès facile tant financier que géographique et surtout la régularité et la qualité des services constituer le centre de santé le plus fréquenté de la commune. Elle a donc fait l'objet de plusieurs attaques des autorités déconcentrées qui la considéraient davantage comme concurrente que comme structure de contribution. La seconde expérience était d'avoir mis en place une structure dans une zone fortement démunie en plus d'être enclavée. Les populations avaient un pouvoir d'achat si faible qu'elles ne pouvaient pas payer les frais de consultations (300 F CFA) qui devraient permettre d'assurer le paiement des charges fixes.

A côté de ces difficultés majeures, nous pouvons ajouter :

- l'inexistence d'un soutien de l'État malgré la mission de service public que se donnent les centres,
- les difficultés d'acquisition gratuite d'un local,
- le refus de sages-femmes de se déplacer vers les régions rurales,
- la baisse de fréquentation pendant les périodes mortes, ou dites de soudure. La plus forte fréquentation dans l'ensemble des structures au Sénégal est enregistrée généralement en hivernage. C'est pendant ce temps que les structures enregistrent le plus de recettes qui sont réutilisées pendant les périodes de faible fréquentation,
- l'approvisionnement irrégulier en médicaments essentiels pour les zones enclavées,
- il est important de disposer d'un fonds de démarrage et d'un budget de fonctionnement conséquent pendant au moins 18 mois le temps que l'offre atteigne sa vitesse de croisière.

Au moment où de nombreux États sont confrontés à de graves difficultés liées :

- Au départ massif de personnels de santé laissant les formations sanitaires non fonctionnelles et les populations dans le désarroi,
- aux difficultés de trésorerie entraînant le non-paiement des fonctionnaires ou des contractuels de la santé,
- aux difficultés de trésorerie ne permettant pas d'embaucher suffisamment de personnel médical pour permettre aux populations d'avoir accès aux médecins et sages-femmes,
- la faiblesse du système (les comités de santé et autres organes ne jouant plus leur rôle),
- la faiblesse de la qualité au niveau des formations sanitaires publiques du fait de la démotivation du personnel,
- l'insuffisance des formations sanitaires.

**LES CENTRES COMMUNAUTAIRES
CONSTITUENT UNE ALTERNATIVE
PERTINENTE ET EFFICACE SUR TOUS
LES POINTS DE VUE POUR SOULAGER
LES ÉTATS ET RÉPONDRE AUX BESOINS
PRIORITAIRES DES POPULATIONS.**

A propos de l'article de Gaël Giraud « Crise de la science économique » ? paru dans Médiapart le 29 novembre 2015

Par M^{me} Catherine Mills

Un texte stimulant ! Gaël Giraud est un économiste atypique, né en 1970, il est diplômé de l'ENSAE et diplômé de l'ENS, directeur de recherches au CNRS, il est spécialiste de mathématiques appliquées à l'économie mais aussi membre de l'École d'économie de Paris et spécialiste de régulation financière. Il a préfacé et dirigé la traduction et la publication en français du passionnant ouvrage de l'australien Steve Keen : *L'imposture économique*, édition Atelier 2014. Gaël Giraud a publié un ouvrage sur *la théorie des jeux* ainsi que *200 propositions pour réformer le capitalisme*, Hatier 2009, ainsi que *l'illusion financière* Atelier 2012. Signalons au passage qu'il a été ordonné prêtre et qu'il est membre de la congrégation des jésuites. Il est depuis 2015 économiste en chef de l'Agence française du développement. Cet auteur, hétérodoxe et original met en exergue dans son stimulant petit billet sur Médiapart (Médiapart du 29 novembre 2015) le besoin criant de remise en cause des modèles utilisés en économie. Il souligne que de nombreux économistes ont récemment appelé à une révision fondamentale des modèles utilisés en économie.

Ainsi Joseph Stiglitz, ancien économiste en chef de la Banque Mondiale, estime que lesdits modèles sont radicalement erronés et qu'il faut tout réécrire. Même Olivier Blanchard, ancien économiste en chef du Fonds Monétaire International (FMI) déclarait en 2013 qu'il convient de "changer de logiciels d'analyse". Enfin Thomas Piketty reconnaît lui-même que l'analyse qui sous-tend son propre livre est largement à revoir. Celui-ci avance que les dites "lois fondamentales du capitalisme" sur lesquelles l'ouvrage est construit ne sont pas des "lois", n'ont pas de caractère fondamental et ne caractérisent pas le capitalisme.

Gaël Giraud montre ainsi que de nombreux phénomènes contemporains remettent largement en cause les doctrines économiques conventionnelles. Par exemple concernant les questions monétaires, alors que selon l'analyse traditionnelle, le déluge monétaire orchestré par presque toutes les Banques centrales de l'hémisphère nord soit une quantité de monnaie émise par les Banques centrales doublant tous les trois

ans en moyenne depuis 2007 aurait dû provoquer de l'inflation. Rien de tel n'a été observé, au contraire. De même, l'explosion de la dette publique des États-Unis (supérieure à 125 % du PIB américain) aurait dû induire une hausse des taux d'intérêt auxquels cet Etat emprunte sur les marchés, or les taux ont baissé.

En outre selon l'analyse néoclassique dominante, alors que l'augmentation depuis trois décennies de la part des profits dans le PIB de la plupart des pays industrialisés aurait dû provoquer une augmentation de l'investissement or, en réalité, celui-ci est en baisse depuis lors. Par ailleurs, Gaël Giraud montre que, contrairement aux dogmes néolibéraux, les programmes d'austérité budgétaire imposés dans les pays du sud de l'Europe censés conduire à un assainissement de leurs finances publiques et donc à une reprise de la croissance, on constate à l'inverse, que les pays qui sont allés le plus loin dans l'austérité (relativement à leur budget) sont exactement ceux dont le PIB a chuté le plus vite depuis 2008.

Quant à l'explosion des inégalités de patrimoine dans les pays riches, elle provient essentiellement des bulles liées aux rentes immobilière et financière, et, selon cet auteur, non pas d'une logique tragique, immanente au capitalisme.

De plus, selon Gaël Giraud, il serait faux d'imaginer que cette mise à l'épreuve de l'économie par le réel est récente: l'inflation des années 1970 n'a été aucunement provoquée par une explosion des dépenses publiques, contrairement à ce qui est si souvent répété, mais considère-t-il, (ce qui demeure selon nous simpliste) par les chocs pétroliers.

S'il y a un début de consensus chez certains économistes sur la nécessité de changer le paradigme de la "science économique", ce retournement, lui, est très récent et largement dû aux effets de la crise financière initiée en 2007. Mais l'auteur souligne que cela ne concerne que la frange la plus "éclairée" de la profession. Surtout, même si certains économistes pourraient s'accorder sur le besoin de réformer la "science

économique”, la communauté académique des économistes universitaires serait encore très loin de s'entendre sur la manière de s'y prendre. Seul Stiglitz, à ce jour, selon Gaël Giraud, tenterait de proposer une alternative, ainsi propose-t-il une réécriture complète du travail de Piketty, il offre une théorie renouvelée (et nettement plus cohérente) des inégalités. Pour notre part nous regrettons cependant que Gaël Giraud fasse silence sur les travaux des économistes hétérodoxes et marxistes en France.

Quelles voies pourraient être explorées en vue d'un tel renouveau ?

1. La monnaie n'est pas neutre, relève à juste titre Gaël Giraud C'est là un premier aspect qui exige une révision, peut-être le plus fondamental. Il est lié à la place tenue par la monnaie dans les modèles quantitatifs construits par les universitaires et appliqués dans la plupart des administrations publiques (y compris au Fonds Monétaire International ou à la Banque de France). En effet, l'écrasante majorité de ces modèles sont construits sur l'hypothèse que la monnaie est une pure unité de compte qui n'interfère pas avec l'économie réelle (le chômage, la croissance, etc.). Tout s'y passe comme si, pour nos achats, on s'acquittait directement du paiement de notre panier, et il donne comme exemple une réparation automobile (pour un garagiste) ou une opération de chirurgie dentaire (pour un orthodontiste). Ces modèles sont ceux d'économies de troc où changer d'unité de compte monétaire n'aurait pas d'effet. Ainsi multiplier par deux la quantité de monnaie en circulation aurait pour seul impact de multiplier par deux tous les prix et les salaires. Cette propriété, généralement qualifiée de “neutralité” de la monnaie est évidemment invalidée par toutes les études empiriques. Paradoxalement, elle n'en demeure pas moins centrale dans la plupart des exercices de modélisation des économistes liés à la prise de décision publique. Pourtant, la prise au sérieux de la “non-neutralité” de la monnaie devrait obliger à reconsidérer certains dogmes majeurs comme l'indépendance des Banques centrales. Car, si la monnaie n'est pas neutre, disjoindre la politique monétaire de la politique budgétaire, comme le recommandent certains modèles de politique économique, n'aurait plus aucun sens.

Gaël Giraud reprend une distinction amusante de Paul Krugman. Krugman divise les économistes en deux tribus : les “économistes d'eau douce” (par allusion à ceux qui travaillent dans des universités nord-américaines situées près des Grands Lacs, à l'instar de Chicago) et les “économistes d'eau salée”

(en référence aux universités de la Côte Est, comme Princeton). Les premiers raisonnent en général avec des situations tenues pour idéales, tandis que les seconds mettent l'accent sur les imperfections de marché et divers frottements. Pour ce qui concerne la monnaie, les premiers maintiennent le plus souvent l'idée de la neutralité monétaire. Ils s'appuient en général sur l'argument suivant : “nous pensons que la monnaie est neutre à long-terme (une proposition infalsifiable puisque nul ne sait quand “commence” le long-terme en économie) ; la non-neutralité observée empiriquement est un phénomène de court terme que l'on peut négliger”. En face, les économistes d'eau salée reconnaissent que la non-neutralité à court terme de la monnaie exige d'être prise au sérieux, et tentent d'intégrer cette dimension dans leurs travaux. La frontière entre “eau douce” et “eau salée” ne s'identifierait pas à un découpage droite/gauche, ni à une partition géographique. Piketty, par exemple, souvent étiqueté à gauche est étroitement lié au MIT (Côte Est) et à la London School of Economics. Gaël Giraud considère à juste titre que Piketty fonde ses analyses du “capital” sur des modèles de marchés efficients sans monnaie, typiques des économistes d'eau douce. Inversement, Elinor Ostrom a développé des travaux empiriques intéressants autour des “communs”, dont la philosophie générale est très éloignée des perspectives “d'eau douce” bien qu'elle enseignât à Chicago.

2. Le chômage est rarement volontaire. Certes, les modèles des économistes « d'eau salée » incorporent des aspects du réel négligés en « eau douce ». Mais cela n'implique malheureusement pas que les recommandations qui peuvent être tirées des modèles “d'eau salée” soient systématiquement plus pertinentes. Gaël Giraud donne l'exemple du marché du travail, domaine qui exige, lui aussi, une réécriture profonde. Si l'on en croit les modèles néoclassiques dominants dits ici « d'eau douce », le chômage involontaire n'existe tout simplement pas. Ainsi, la “rencontre” des salariés et de leurs employeurs était censée s'opérer à la manière d'une offre (de travail) et d'une demande au cours d'une enchère transparente, instantanée et universelle. S'il reste des travailleurs inemployés, cela ne peut provenir que d'une cause : au salaire d'équilibre (celui qui égalise l'offre et la demande exprimées), ces travailleurs-là ne voulaient pas travailler, et se sont donc abstenus d'offrir leur force de travail. Pareille conclusion fait sourire, souligne Gaël Giraud : nulle part au monde les salariés n'ont le “choix” de renoncer à un salaire (mis à part l'infime minorité de ceux qui peuvent vivre de leurs rentes). En outre, le “marché”

du travail n'est évidemment jamais organisé comme une enchère transparente. Les modèles dits d'eau salée cherchent alors à introduire des "frottements" dans la mécanique précédente, en considérant que les salaires ne sont pas aussi flexibles à la baisse que le cours d'une enchère ajusté par un commissaire-priseur, la relation employeur/employé serait entachée « d'asymétries d'information » etc. Cependant ces améliorations eu égard aux modèles standard, peuvent conduire à des aberrations, dans la mesure où elles n'altèrent pas la logique profonde des modèles dominants dits d'eau douce, notamment sur la viscosité à la baisse des salaires. Dans de nombreux modèles (d'eau salée), si les salaires étaient parfaitement flexibles, on se retrouverait dans la situation "idéale" envisagée en eau douce. Et le problème du chômage serait résolu (puisqu'il n'existerait pas!). Du coup, le manque de flexibilité des salaires serait l'unique explication produite de la persistance d'un chômage de masse. Aussi, la quasi-totalité des administrations publiques de l'hémisphère Nord (et celles du Sud qui ont été formées dans nos universités) estime que la meilleure arme contre le chômage, ce serait les réformes dites structurelles. Concernant le "marché" du travail, celles-ci visent toujours une plus grande « flexibilisation » (par exemple, en France, les idées de suppression du Smic et du CDI, la flexibilisation des salaires et du droit du travail). Au final, beaucoup de modèles dits d'eau salée, à savoir pour la France et pour l'UE des modèles socio-libéraux, conduisent à une vision économique du monde analogue à celle des ultra-libéraux. Gaël Giraud considère alors que si les fondamentaux sont faux, les "raffiner" de manière plus ou moins sophistiquée ne rend pas le résultat scientifiquement plus satisfaisant. Il ajoute de façon piquante que l'une des raisons qui expliquent la séduction qu'exercent les modèles d'eau salée serait l'usage du calcul probabiliste permettant d'introduire des frottements aléatoires (stochastiques). Par exemple: une entreprise publie une offre de poste mais, avec une probabilité non nulle, le demandeur d'emploi correspondant ne la "voit" pas le jour même: il restera donc chômeur jusqu'au jour où il "verra" l'annonce. Le fait d'ajouter des frottements stochastiques en grand nombre permet de rendre les équations que l'on tente de paramétrer suffisamment "plastiques" pour pouvoir les adapter à n'importe quelle donnée. L'introduction de frottement faciliterait ainsi la vie des économètres chargés d'estimer les modèles, et donnerait l'illusion que ces derniers sont de bons reflets stylisés du réel.

3. L'énergie et les ressources naturelles. Le troisième domaine qui requiert d'urgence une révision profonde concerne le rôle joué par l'énergie et, plus généralement, les ressources naturelles, dans les divers modèles économiques. En effet ces composantes ne sont pas habituellement prises en compte. Tout se passe comme si une économie pouvait fonctionner sans une électricité qui, pour être produite, exige pourtant des ressources naturelles. Ou encore, sans une "matière" qui doit pourtant bien être prélevée quelque part et qui génère des déchets... Gaël Giraud regrette que certains économistes, y compris Olivier Blanchard, au FMI, vont jusqu'à prétendre que nos économies se sont en grande partie libérées de leur dépendance à l'égard d'une énergie aussi fondamentale et omniprésente que le pétrole. Ils estiment même, que cette "libération" récente relèverait principalement du « doigté des politiques monétaires (indépendantes) et de la... flexibilisation du marché du travail ». Par ailleurs Gaël Giraud considère que même Piketty, classé (à tort) à gauche, s'inscrit dans des modèles néo-classiques dans lesquels le capital s'autoproduit tout seul et engendre spontanément des inégalités, de sorte qu'il conviendrait simplement de taxer toute forme de capital. Distinguer le capital productif, qui assure la prospérité de nos économies, des situations de rente liées aux ressources naturelles (la terre, par exemple) ou aux actifs financiers est impossible dans un monde théorique, comme le sien, où ces deux éléments sont absents.

Certes, selon Gaël Giraud, heureusement, des économistes et des physiciens ont depuis longtemps dénoncé l'impensé de l'économie que sont les ressources naturelles. Mais ils ne sont guère entendus de la communauté des économistes. Du coup, à l'instar des économistes qui estiment que la monnaie, ça "compte", ou que le chômage volontaire n'existe (quasiment) pas, ces "dissidents" seraient réduits à publier dans des revues académiques de second rang). De sorte que les revues de premier rang, elles, offrent une étonnante homogénéité de point de vue. Qu'ils soient prétendus d'eau douce ou d'eau salée, les modèles décrits ici relèveraient tous d'un paradigme "néo-classique" hérité de travaux initiés en 1870. Ce paradigme est d'inspiration fondamentalement psychologique: chaque individu (salarié, employeur, consommateur, épargnant...) y est supposé ajuster son comportement à la maximisation d'une certaine mesure de son "bonheur" ou de son profit, et cela dans un monde régi par de vastes enchères sans monnaie et sans ressources naturelles (et sans banques, ni système financier). Un tel paradigme n'aurait connu aucun bouleversement

majeur au vingtième siècle, même si, ajoute Gaël Giraud il a été partiellement et temporairement remis en cause par le courant keynésien durant les Trente glorieuses. Ce serait, regrette Gaël Giraud, une autre originalité de la “science économique” : ce que Walras, Jevons ou Menger enseignaient à la fin du dix-neuvième siècle s’enseigne encore aujourd’hui, sans véritable modification de substance. En réalité pour notre part, nous considérons qu’il y a eu des transformations nombreuses des modèles néoclassiques, qui certes ne changent pas les fondements, mais constituent le plus souvent des régressions, par rapport à ces fondateurs.

4. Les banques et la finance. La sphère financière, souligne Gaël Giraud, a pris une place inédite dans les mécanismes économiques contemporains. Et pourtant, cette sphère est, elle aussi, très mal appréhendée par les modèles néo-classiques, quand elle y est explicitée, ce qui n’est pas toujours le cas. Ainsi, même quand ils tiennent compte de la non-neutralité de la monnaie, ces modèles n’incorporent presque jamais le rôle des banques, c’est-à-dire d’institutions financières capables de créer de la monnaie. La plupart du temps, les banques y sont assimilées à de purs intermédiaires financiers supposés prêter à long-terme ce que les déposants leur prêtent à court terme. C’est, souligne à juste titre Gaël Giraud, confondre une banque avec une caisse des dépôts, et oublier le pouvoir décisif dont dispose le secteur bancaire de rendre possible, ou non, le financement de tel ou tel investissement. Idée fondamentale que les économistes communistes ont avancée et développée. Gaël Giraud relève que dans un monde où la monnaie est considérée comme neutre, la distinction entre banques et fonds spéculatifs est secondaire. Mais la monnaie n’est pas neutre et, par conséquent, cette distinction est vitale. La plupart des économistes « d’eau salée » savent bien, pourtant, que la quantité de monnaie en circulation augmente avec le temps, de sorte qu’il faut bien que quelqu’un l’ait créée. Ils savent aussi que la monnaie injectée par les Banques centrales sert principalement aux transactions interbancaires. De sorte que les banques commerciales (privatisées en France, depuis le milieu des années 1980) créent la monnaie et dont la quantité ne cesse de croître. On entretient alors un récit du mode de création monétaire par les banques commerciales pourtant dénoncé comme fantaisiste par des banquiers centraux eux-mêmes. Et cela continue d’être enseigné dans les cursus d’économie. Cette fiction voudrait qu’à chaque euro injecté par la Banque centrale correspondent x euros créés par le secteur bancaire privé. Empiriquement, cette relation est largement invalidée

depuis plusieurs décennies. Aussi, la profession des économistes néo-classiques est démunie pour proposer des réformes pertinentes du secteur bancaire européen hypertrophié. Un tel secteur n’existe pas dans ses modèles de prédilection. Il en va de même des marchés financiers. Lorsque ceux-ci sont explicitement modélisés (ce qui est très rare au sein des modèles macro-économiques qui pourtant incorporent le marché des biens et le “marché” du travail), ils sont généralement caricaturés. Ils sont réputés “parfaits”, allouant de manière optimale et instantanée le risque et le capital sur l’ensemble de la planète. Et même lorsque l’on s’accorde à reconnaître qu’ils exhibent à intervalle régulier des bulles spéculatives (avec des prix dont les variations sont sans rapport avec les fondamentaux réels et qui ne peuvent donc pas transmettre de “bons signaux”), les conséquences n’en sont presque jamais tirées. Aujourd’hui, montre Gaël Giraud, les marchés d’actifs financiers dérivés représentent 12 fois le PIB de l’ensemble de la planète Terre, et seulement 7 % des transactions sur ces marchés mettent en jeu un acteur économique de la sphère réelle (c’est-à-dire, hors marché financier). Cela est impossible à appréhender dans de tels modèles. Aussi, l’immense question de la réglementation financière reçoit peu d’attention de la part de la sphère académique des économistes néo-classiques. Stiglitz serait, selon Gaël Giraud, le seul à plaider fortement pour la réglementation financière.

Le constat de l’état de la science économique est malheureusement accablant : pas de chômage, pas d’énergie, ni de ressources naturelles, pas de monnaie, pas de secteur bancaire, pas de système financier. Le monde que décrivent la plupart des modèles économiques est considéré, à juste titre par Gaël Giraud, comme un monde hors sol. Plutôt que d’attendre qu’il se mette à ressembler aux équations mathématiques (ce qui semble parfois être la posture de certains collègues économistes), il est urgent de réviser ces modèles, afin de ne pas être rattrapés par le réel. La découverte ébahie que nous pourrions ne plus avoir de croissance du PIB pour les siècles à venir pourrait bien faire partie de ce retour du refoulé. Ce tour d’horizon, dressé par Gaël Giraud, achèvera de dresser un portrait de la « science » économique actuelle qui la rapproche davantage de « l’art médical » des médecins de Molière que d’une discipline universitaire rigoureuse. Comment, même parée des meilleures intentions du monde, pourrait-elle se mettre réellement au service de la société sans accomplir sa propre révolution épistémologique ?

Références et notes

- [1] “The Lessons of the North Atlantic Crisis for Economic Theory and Policy” in *What Have We Learned? Macroeconomic Policy after the Crisis* (George Akerlof, Olivier Blanchard, David Romer, et Joseph Stiglitz, ed.), pp. 335-349.
- [2] “About Capital in the Twenty-First Century”, *American Economic Review: Papers & Proceedings* 2015, 105(5): 48–53.
- [3] Stiglitz et Blanchard sont des représentants des économistes dits d’eau salée.
- [4] À long terme, la “sagesse” traditionnelle des économistes affirme que les chômeurs sont des vacanciers qui ont choisi leur destin.
- [5] Robert Solow a lui-même dénoncé cette manipulation dans ‘From neoclassical growth theory to new classical macroeconomics,’ 2001, in J. h. Drèze (ed.), *Advances in Macroeconomic Theory*, New York: Palgrave, (2003)
- [6] Cf. Inter alia, Nicolas Georgescu-Roegen, *La Décroissance: Entropie-Écologie-Économie*, 1^{re} éd. 1974
- [7] Une marginalisation des économistes hétérodoxes a été aisée à mettre en œuvre dans des processus de publication scientifique dont la procédure de sélection par les pairs a largement abandonné l’anonymat des articles soumis.
- [8] Un chômeur “volontaire” serait quelqu’un qui, tout calcul fait, préfère prendre des vacances à ses frais plutôt que de percevoir un salaire.
- [9] Question centrale aujourd’hui: le financement des infrastructures nécessaires pour la transition écologique en vue de réduire nos émissions de gaz à effet de serre pour mettre fin à la destruction des écosystèmes et nous adapter aux dérèglements déjà en cours.
- [10] “Money in a Modern Economy: an Introduction” et “Money Creation in a Modern Economy”, *Quarterly Bulletin* 2014 Q1, Banque Centrale d’Angleterre.
- [11] “Multiplificateur monétaire”. Aux États-Unis, en 2009, la quantité de monnaie émise par la Fed (baptisée M0) a fini par dépasser la quantité de monnaie (M1) en circulation dans l’économie américaine: x (s’il existe) était devenu inférieur à 1! 12 “Making the European Banking Union Macro-economically Resilient”, Gaël Giraud et Thore Kockerols, rapport remis au Parlement Européen (18 juin 2015),

Pour le 70^e anniversaire de la Sécurité sociale, ouvrir le chemin d'une alternative solidaire

Par Frédéric Rauch
Rédacteur en chef de la revue *Économie et Politique*

Austérité, atteintes massives contre les services publics, remise en cause des territoires au service de la population, mais aussi attaques contre les droits sociaux et du travail, la politique menée aujourd'hui par le gouvernement Hollande-Valls affaiblit la solidarité. Elle pousse même à redéfinir sa nature, en valorisant les solidarités interpersonnelles, familiales, communautaires, de réseaux contre la solidarité nationale. Avec parfois des conséquences terribles. La question de la société solidaire, et du modèle social qui lui est sous-jacent, est donc centrale dans la bataille idéologique et sociale. Mais elle ne saurait se résoudre par la seule construction d'un imaginaire solidaire pour demain ou la simple revendication de justice sociale. La nature des attaques montre la nécessité d'interroger l'enjeu des moyens pour construire l'alternative. Notamment des moyens financiers, à savoir ce qui conditionne la forme et le niveau de la solidarité. Or c'est justement la question du financement qui bloque aujourd'hui. Le Medef, la droite et les socio-libéraux veulent nous faire croire que nous n'aurions plus les moyens de notre solidarité, qu'avec la crise il faudrait réduire la voilure solidaire. C'est tout le contraire, les créateurs de la sécurité sociale l'ont démontré! Pour sortir de la crise, il faut plus de dépenses sociales et de solidarité, parce qu'elles sont porteuses d'une plus grande efficacité sociale. Mais cela suppose de prendre le contre-pied de la logique du capital financier qui si-phonne les ressources de la solidarité et du développement des capacités humaines pour financer les profits.

Les effets de cette logique sur la solidarité sont connus. D'un côté, en privilégiant la rentabilité financière contre l'emploi et les salaires, les entreprises réduisent les possibilités de prélèvements sociaux. De l'autre, en favorisant la baisse des prélèvements fiscaux et sociaux sur les entreprises au motif de baisser leur coût du travail, les politiques d'austérité réduisent le potentiel de recettes fiscales. Et combinés, ces deux mouvements réduisent à leur tour la demande des ménages et des administrations publiques en direction des entreprises, ce qui ralentit l'activité, réduit l'efficacité

productive, génère du chômage et alimente les cycles récessifs. De sorte qu'au total, c'est toute la base fiscale et sociale du financement de la solidarité qui s'assèche. C'est-à-dire les ressources des deux piliers de la solidarité que sont la Sécurité sociale et les services publics. C'est pourquoi, si l'on veut construire la société solidaire de demain, il est nécessaire de redynamiser cette base de prélèvements publics et sociaux. Comment?

Pour la Sécurité sociale, cela suppose de réformer son financement, en luttant contre la financiarisation des entreprises et pour développer l'emploi. Lutter contre la financiarisation des entreprises implique d'en renchérir fortement le coût. Une cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers bruts des entreprises peut remplir ce rôle. Ces revenus financiers captés par les banques et les actionnaires sur la richesse produite, ce qu'on appelle le coût du capital, représentaient plus de 326 milliards d'euros en 2013, soit 28,1 % de la valeur ajoutée du pays. Or ils ne cotisent pas à la sécurité sociale! Si on leur appliquait les taux actuels des cotisations sociales employeurs, cela créerait 87 milliards de recettes nouvelles pour la Sécurité sociale, et le prélèvement serait tel qu'il inciterait les employeurs à réorienter leurs choix de gestion vers la production de richesses réelles. Mais cette cotisation additionnelle ayant par construction vocation à s'éteindre, elle ne peut suffire en elle-même. Il est nécessaire de la combiner avec un dispositif de modulation des cotisations employeurs en fonction de leur politique salariale et d'emploi. Il s'agit d'instituer un système où les employeurs qui préféreraient accroître leur valeur ajoutée en sacrifiant l'emploi et les salaires seraient soumis à des taux de cotisation employeurs plus élevés que les autres. Et inversement. Il s'agit ni plus ni moins que d'intervenir ainsi sur les critères de gestion des entreprises. L'enjeu est de responsabiliser socialement et solidairement les entreprises face au développement de l'emploi, des qualifications et des salaires, pour enclencher un nouveau type de croissance centré sur le développement de la ressource humaine.

Pour les services publics, parallèlement à la lutte contre l'austérité, il faut réformer la fiscalité locale et nationale, notamment celle des entreprises. Là encore, il s'agit de construire une fiscalité incitative afin d'obliger les entreprises à développer l'emploi qualifié et les salaires plutôt que les profits financiers. C'est la condition d'un accroissement significatif des recettes fiscales pour financer les services publics. Concrètement, la mise en place d'une progressivité de l'impôt sur les sociétés en fonction de l'utilisation des bénéfices dans l'entreprise permettrait de renforcer la contribution des entreprises à l'intérêt général tout en rééquilibrant les contributions entre entreprises. Aujourd'hui le rendement de l'impôt sur les sociétés ne représente que 10 % des recettes fiscales de l'État, il est moitié moindre que l'impôt sur le revenu des ménages (36 milliards contre 64 milliards)! Et ce sont les PME qui le paient (taux réel moyen de 28 %), pas les grands groupes du CAC 40 (taux réel moyen de 8 %)! Dans le même temps, l'institution d'un impôt territorial sur le capital des entreprises incluant dans sa base de calcul les actifs financiers des entreprises (près de 15 000 milliards d'euros en tout) permettrait de mettre à contribution la finance pour le développement des services publics locaux et responsabiliserait socialement les entreprises. Même assorti d'un taux très bas (0,5 % par exemple), il permettrait de générer au bénéfice des communes pas moins de 75 milliards d'euros de recettes nouvelles pour le financement des services publics locaux!

Nécessaires pour la construction d'une véritable société solidaire, ces deux réformes ne doivent pas pour autant masquer l'enjeu majeur d'une autre politique du crédit et d'un nouveau rôle des banques, en premier lieu de la BCE, comme outil décisif d'une relance économique saine et donc de dynamisation de l'assiette des prélèvements fiscaux et sociaux. De ce point de vue, la mobilisation d'un nouveau crédit bancaire pour financer le développement social et humain est déterminante. Sélectif et bonifié par le biais de fonds régionaux pour l'emploi, ce crédit pourrait proposer des taux d'autant plus abaissés qu'ils financent des investissements utiles à l'homme et donc créateur de richesse supplémentaire. De même, le financement par la BCE d'un Fonds européen social, écologique et solidaire, via la BEI, possible avec les traités d'aujourd'hui, pourrait favoriser l'expansion dans chaque pays européen des services publics sous contrôle des populations dotées de nouveaux droits et pouvoirs d'intervention sur les décisions.

Alors que sous la baguette du grand patronat, le gouvernement Hollande et la droite poussent les feux d'une remise en cause fondamentale de notre modèle social, on mesure l'ampleur de la lutte à mener. Mais nous n'avons pas le choix. Face à une cohérence régressive qui semble implacable, nous avons besoin de formuler une contre-cohérence offensive de progrès et rassembleuse, et d'organiser la lutte en ce sens.

Le dossier : santé & environnement

Pourquoi est-ce difficile d'appréhender et de lutter contre l'impact sanitaire de l'environnement ?

Par Louise Chacé

« La bonne santé et le bien-être exigent un environnement propre et harmonieux dans lequel tous les facteurs physiques, psychologiques, sociaux et esthétiques tiennent leur juste place. L'environnement devrait être traité comme une ressource aux fins de l'amélioration des conditions de vie et du bien-être ». Ce premier principe fondamental d'intérêt général, établi lors de la première conférence ministérielle sur l'environnement et la santé organisée par l'OMS à Francfort en 1989, renforce et précise la définition de la santé⁽⁷⁾, telle qu'elle a été adoptée quarante ans plus tôt par la même organisation.

Le concept de santé environnementale, qui est alors introduit, concerne l'ensemble des paramètres extérieurs au fonctionnement interne du corps humain, qu'il s'agisse de milieux, de nuisances, de pathogènes, etc., auxquels nous sommes exposés et qui peuvent avoir des effets sur la santé. L'alimentation, l'eau, les conditions de travail, l'air, le climat, des substances chimiques, etc. ne sont que quelques exemples d'éléments qui peuvent agir directement ou indirectement sur le corps et son fonctionnement, à la fois au niveau macroscopique ou microscopique, à court ou moyen terme.

L'étude du fonctionnement humain dans son environnement ne relève pas d'un développement récent de la connaissance scientifique, puisque bien avant les années 2000 et la publication du premier plan national santé environnement, Hippocrate, en 400 av. JC dans son traité *Des airs, des eaux et des lieux*, indique que « pour approfondir la médecine, il faut considérer d'abord les saisons, connaître la qualité des eaux, des vents, étudier les divers états du sol et le genre de vie des habitants ». Au XIX^e siècle, les hygiénistes se saisissent de cette question, par exemple autour des épidémies de choléra à Londres, pour fonder l'épidémiologie et la

santé publique. Cependant, force est de constater que, malgré un intérêt grandissant des médias et de la population concernant des problématiques précises telles que le bisphénol A ou la pollution de l'air extérieur, la santé environnementale n'occupe pas aujourd'hui une place prépondérante dans le champ de la santé publique. Celle-ci est dominée par les maladies infectieuses ou les maladies chroniques qui, bien qu'ayant un lien direct avec l'environnement, ne sont que peu analysées sous ce prisme.

La prise en compte tardive et la difficulté actuelle à faire avancer les problématiques de santé environnementale tiennent à la complexité d'appréhension des enjeux aux niveaux individuel et global, et aux difficultés de mise en place de mesures intersectorielles efficaces pour lutter contre leurs nombreux impacts sanitaires.

La perception des risques environnementaux est le premier frein à la prise en compte individuelle et collective de l'existence de l'impact de l'environnement sur la santé. Les risques sanitaires liés à l'environnement sont, le plus fréquemment, des risques diffus, liés à des expositions multiples ou ayant un effet cocktail. Ils sont parfois indépendants de choix personnels et provoquent un impact sanitaire retardé dont l'imputabilité n'est pas toujours possible, du fait de toutes les caractéristiques décrites précédemment. Par exemple, le risque que représente le radon⁽⁸⁾ est difficilement perceptible par un individu alors qu'il est désormais prouvé que cet élément radioactif provoque environ 2 000 cancers du poumon par an en France. Cela s'explique, d'une part, par les caractéristiques de ce gaz qui est incolore et inodore, d'autant plus cancérigène que l'exposition est longue et qui présente un effet synergique avec le tabac. D'autre part, l'exposition est liée à deux facteurs qui ne sont pas facilement maîtrisables au niveau individuel : la présence naturelle du gaz dans les sols et à la qualité du bâti. Il en résulte que le radon, pourtant deuxième cause de cancer en France,

⁷ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

⁸ Gaz radioactif naturellement présent dans certains sols qui s'accumule dans l'habitat. Il est classé cancérigène certain pour l'homme par le CIRC.

est un problème de sécurité sanitaire largement sous estimé. Par ailleurs, si certains risques, comme ceux induits par le radon ou l'amiante sont désormais bien évalués, d'autres présentent encore des incertitudes, qui obligent à avoir recours et à prendre des décisions d'action ou d'inaction en situation d'incertitudes (principe de précaution).

Cependant, la perception des risques et l'obligation de décision en situation d'incertitude ne suffisent pas à expliquer pas à elles seules le manque de prise en compte de ces enjeux, qui est également imputable aux cloisonnements de la santé publique d'une part et de l'action publique, d'autre part.

En premier lieu, le champ de la santé publique en France, depuis son développement au XIX^e siècle, s'est presque entièrement développé autour des maladies infectieuses, par exemple grâce aux travaux de Louis Pasteur qui ont permis des avancées majeures dans la réduction de la mortalité. La prise en charge et le traitement des malades ainsi que l'organisation des soins et du système de santé sont également centraux. En revanche, la prévention primaire et la promotion de la santé et la prise en compte plus globale du cadre de vie, auquel appartient la santé environnementale, ont pris un retard considérable et ne représentent qu'une part mineure du financement de la santé (moins de 10 %) et de l'activité de l'ensemble des professions médicales.

En second lieu, les problématiques relatives à la santé-environnementale sont particulières en ce qu'elles résultent d'expositions qui sont généralement indépendantes du secteur sanitaire au sens strict. Par exemple, les maladies cardio-vasculaires sont directement imputables à la qualité nutritive des aliments et à leurs modes de production, à la structuration des villes et aux modes de transports et de déplacement, etc. L'ensemble des secteurs ne sont pas sensibilisés à la complexité des problématiques sanitaires et l'impact sanitaire n'est évalué ni *a priori* ni *a posteriori* dans la mise en œuvre des politiques publiques.

En conséquence, des priorités doivent être établies afin de mieux prendre en compte l'impact environnemental sur la santé, dont l'OMS estimait qu'il serait responsable d'autour de 80 000 décès par an en France⁹. Il est nécessaire d'axer les politiques de santé

publique sur la prévention, notamment via le développement de la promotion de la santé par l'ensemble des professionnels de santé. Cet aspect n'est actuellement permis ni par leur formation initiale à visée principalement clinique, ni par leurs modalités de rémunération, notamment la rémunération à l'acte qui incite à la productivité plutôt qu'à la qualité. La recherche interdisciplinaire doit également être encouragée afin de mettre en perspective les résultats obtenus dans différents secteurs, sans oublier d'intégrer les sciences sociales comme la sociologie et les sciences comportementales qui apportent une meilleure compréhension de la réalité des comportements humains. La mise en place de politiques publiques pertinentes et intersectorielles doit être une priorité, afin de pouvoir traiter les problématiques environnementales dans leur globalité. La création du comité interministériel pour la santé¹⁰ en 2014 est une mesure qui va dans le bon sens. Un changement de conception doit également être opéré afin que la santé publique ne soit plus considérée comme une contrainte économique. En effet, si elle doit être restreinte à une approche strictement économique, la santé publique représente en réalité un investissement et une réduction future des coûts des maladies. Ce changement de paradigme doit également s'appliquer plus largement à l'ensemble des mesures favorables à l'environnement qu'il est nécessaire de développer et qui présentent de nombreux co-bénéfices pour la santé.

Le grand public et l'ensemble de la communauté de la santé publique doivent donc se mobiliser afin d'obtenir la sensibilisation des décideurs tant concernant les problématiques sanitaires qu'environnementales afin que soient établies des politiques volontaristes. Les avancées obtenues concernant l'interdiction du bisphénol A en sont un précédent porteur d'espoir.

⁹ Country data on the environmental burden of disease were first published in 2007 with 2002 WHO health statistics – WHO EURO Country profile: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/countryprofileseuro.pdf

¹⁰ Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé

Exposition universelle de Milan : une impression mitigée

Par M^{me} Catherine Limousin, ingénieur de recherche honoraire CNRS

L'Exposition universelle 2015 de Milan a ouvert ses portes le 1^{er} mai 2015 pour une durée de 6 mois, soit jusqu'au 31 octobre. Elle propose aux 20 millions de visiteurs attendus de réfléchir à la thématique de l'alimentation et du partage des ressources dans le monde. Le thème retenu reflète une certaine ambition : « **Nourrir la planète, énergie pour la vie** ». Quelque 140 pays participent à l'événement au travers de 80 pavillons d'architecture éphémère, à l'exception du pavillon italien qui ne sera pas démolé et qui demeurera un pôle d'innovation technologique au service de la ville de Milan. Ces bâtiments ont été construits à la hâte sur un million de mètres carrés dans la banlieue toute proche de Milan, très exactement à Rho, petite ville de Lombardie où le métro vous emmène sans problème sur le lieu de la fête.

L'artère principale de l'exposition universelle a pris le nom d'une ancienne voie romaine, le « Decumanus ». Elle s'étale sur 1,5 km. Comme dans les grandes fêtes romaines, des vélums savamment dressés permettent aux nombreux visiteurs de ne pas trop souffrir d'une chaleur qui peut quelquefois être assez forte. Des fontaines de « San Pellegrino » proposent un peu partout de l'eau plate ou de l'eau gazeuse et les enfants n'oublieront pas les batailles d'eau à bulles. L'axe du Decumanus croise celui du Cardo, long de 350 mètres, qui relie le nord et le sud du site de l'exposition et accueille le complexe du pays organisateur : l'Italie. Dans les espaces du Palazzo Italia, la culture, les traditions liées à l'alimentation et les produits typiques italiens décrivent les meilleures pratiques alimentaires de ce pays.

Sachant que la planète comptera plus de 10 milliards d'habitants d'ici 2050, alors qu'elle en compte 7,3 milliards aujourd'hui et qu'un milliard d'humains ne mangent pas à leur faim et qu'un autre milliard et demi souffrent eux d'obésité, peut-être aussi parce qu'ils sont mal nourris... On peut se demander si l'enjeu a été réussi sachant aussi qu'une telle exposition a nécessité un investissement de 3,3 milliards d'euros⁽¹¹⁾.

Le « Guide du thème⁽¹²⁾ » que vous pouvez télécharger sans problème sur Internet, rédigé sous la direction d'un groupe de travail et du commissaire de l'exposition Giuseppe Sala n'est pas dénué de bonnes intentions et montre en tout cas un important travail préparatoire pour organiser cet événement qui se voulait novateur sur le plan des idées et de son approche conceptuelle. Nous citerons ces quelques lignes du préambule de ce document :

« L'un des éléments les plus innovants d'Expo Milano 2015 est celui qui est lié à l'approche conceptuelle du Thème, explicité dans le titre même de l'Exposition 'Nourrir la Planète, Énergie pour la Vie', et qui devra être vive, présente et transversale dans toutes les activités liées à l'Événement. »

Si le thème de réflexion est la nutrition, celle de l'homme en premier lieu, ce n'est pas seulement la nourriture de l'homme mais aussi celle de la planète sur laquelle il vit que le titre choisi pour l'Exposition met au cœur des débats, c'est-à-dire celle du milieu d'où provient ce dont l'homme se nourrit.

Le fait que le défi le plus élémentaire que l'homme se doit de relever pour vivre soit la capacité de se nourrir, pour garantir la continuité de son existence et tenter de faire tout son possible pour permettre à ses semblables de se nourrir, eux aussi, et garantir ainsi la survivance de l'espèce, est une donnée biologique. Pourtant, toutes les études qui illustrent les disponibilités que l'homme aura à l'avenir en matière de ressources alimentaires semblent démontrer que ces objectifs fondamentaux sont menacés par les habitudes et les comportements de l'homme lui-même. Pour les atteindre, il est nécessaire que l'homme essaie de comprendre que, au-delà de la recherche de sa nourriture, il peut aussi nourrir la planète qui constitue son propre élément de nutrition. Telle est la question que pose le thème même d'Expo Milano 2015. Expo Milano 2015 veut être une scène sur laquelle des acteurs venus du monde entier pourront représenter les solutions les plus innovantes... »

De nombreuses conférences ont eu lieu avant et pendant l'exposition sur cinq thèmes majeurs :

¹¹ Les Échos, 04/05 2015

¹² <http://www.expo2015.org/fr/qu-est-ce-que-c-est/le-theme>

Alimentation, Agriculture, Changement climatique, Environnement, Santé. Tout un programme politique, mais est-ce le rôle d'une exposition universelle finalement ? Les thématiques abordées donnent une photographie de la contribution de la France aux enjeux de l'alimentation mondiale par la gestion et la préservation des ressources naturelles, les nouveaux modèles de l'agriculture, la sécurité alimentaire.

Nous ne décrivons pas tous les pavillons bien entendu, mais sans vouloir paraître trop chauvin, nous nous attarderons sur le pavillon français et le pavillon italien, deux pays reconnus pour leur belle nourriture, leurs bons vins et leur cuisine.

Le pavillon français, érigé sous le contrôle d'Alain Berger⁽¹³⁾ est inmanquablement situé dans l'ère ou l'aire écologique comme on voudra. Il a pris la forme d'un paysage renversé construit entièrement en bois d'épicéa recyclable, sur des plans donnés par l'agence X-TU et plus particulièrement sur les dessins de ses deux architectes Anouk Legendre et Nicolas Desmazières dont le concept est avant tout de réaliser une architecture respectueuse du paysage et de l'environnement. Le pavillon tout en longueur couvre une surface de 3592 m². C'est un immense marché couvert, vitrine des produits les plus prestigieux de notre pays. Pourra-t-on nourrir la planète avec tous ces beaux produits ou simplement cherche-t-on à attirer des touristes en France ?

Le Pavillon italien se veut une « pépinière » d'innovation a été imaginé par l'agence romaine Nimesi Studio. Le bâtiment de six étages symbolise une forêt pétrifiée dont le ciment biodynamique révolutionnaire de la façade, produit par Italcementi, présente d'étonnantes propriétés photocatalytiques qui capturent les polluants de l'air. Tout comme le Pavillon Français, l'Italie met à l'honneur sa culture et ses traditions grandement liées à la cuisine et à la nourriture de toutes ses provinces.

60 % des pavillons construits pour cette exposition sont en bois, d'où une impression certaine de cohérence architecturale et de ce point de vue, la promenade à travers le monde est agréable, mais l'enjeu « Nourrir la planète » a-t-il été traité ?

¹³ Né en 1952, Alain Berger, commissaire général pour la France, est ingénieur agronome, diplômé de l'École nationale supérieure d'agronomie et des industries alimentaires de Nancy et diplômé de l'Institut d'Administration des Entreprises (IAE) de Nancy. Il est également Docteur en sciences économiques (Paris I - Panthéon-Sorbonne).

D'après le protocole du Bureau International des Expositions, une exposition universelle « est une manifestation qui, quelle que soit sa dénomination, a un but principal d'enseignement pour le public, faisant l'inventaire des moyens dont dispose l'homme pour satisfaire les besoins d'une civilisation et faisant ressortir dans une ou plusieurs branches de l'activité humaine les progrès réalisés ou les perspectives d'avenir ».

Ce qui est certainement regrettable dans cette exposition, c'est le désengagement politique des pays participants et l'emprise inadmissible, pour des raisons de financement, des entreprises partenaires comme McDonald's qui a son propre pavillon, symbole s'il en est du « fast-food » dans un pays qui a inventé le « slow food », de Coca-Cola qui ne sachant quoi inventer a peint ses canettes en vert..., de Lindt qui, en quelque sorte, symbolise la Suisse et son luxe, Ferrero qui propose aux enfants de plonger leurs petites mains dans les grands pots de Nutella.

Alors nourrir la planète avec des corbeilles remplies de pains divers, des tonnes de beaux légumes, de fruits frais, de fromages italiens et de jambons de Parme, des fontaines de chocolat, des tonnes de riz, de blé, de soja, de café, de thé, de bœuf, de poulet, de poissons de toutes sortes, plutôt que la nourrir avec des tubes d'algues concentrées, des puces de mer, des chenilles, des sauterelles grillées, des beefsteaks de culture, du saumon transgénique ou du concentré d'insectes ?⁽¹⁴⁾

Pour citer Claude Lévi-Strauss : « Il ne suffit pas qu'un aliment soit bon à manger, encore faut-il qu'il soit bon à penser ». De ce point de vue, l'enjeu semble discutable mais plutôt réussi.⁽¹⁵⁾

¹⁴ Voir <http://www.ynsect.com/> ; <http://www.sotexpro.com/> ; <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Main/Research/ResearchUM/FirsteverPublicTastingOfLabgrownCulturedBeefBurger.htm> ; <http://www.paristechreview.com/2015/01/21/nourriture-du-futur/> ; <https://www.soylent.com/>

¹⁵ Claude Lévi-Strauss, *Le Totémisme aujourd'hui*, Paris, PUF, 1962

Inégalités sociales dans les connaissances des parents sur les risques du tabagisme passif pour la santé de l'enfant

Par les D^{rs} Julie Chastang⁽¹⁶⁾, Nicolas Hommey¹, Sarah Robert¹, & Magali Steinecker¹

Résumé

Introduction : L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des parents concernant les conséquences du tabagisme passif sur la santé de leur(s) enfant(s) et d'étudier les facteurs influençant ces connaissances en recherchant notamment une éventuelle différenciation sociale. Dans un second temps nous avons étudié les facteurs influençant l'exposition au tabagisme passif.

Méthodes : Cette étude était une étude observationnelle. 154 questionnaires ont été remplis par des parents volontaires en soins primaires et à l'hôpital dans 2 villes en Île de France. Ces questionnaires comportaient une première partie définissant les critères sociodémographiques des parents, une seconde partie visant à identifier une éventuelle exposition au tabagisme passif de leur(s) enfant(s) et une dernière partie ayant pour objectif d'évaluer leurs connaissances sur les risques du tabac passif à l'aide de 10 questions sous forme de QCM.

Résultats : La note moyenne au questionnaire était de 8,97/10, l'erreur la plus fréquente portait sur la méconnaissance du risque de mort subite du nourrisson. Les personnes exposant leur(s) enfant(s) au tabac passif avaient une note au questionnaire significativement inférieure ($p=0,0041$). En analyse multivariée, le diplôme du père influait de manière significative sur la présence d'un tabagisme passif pour l'enfant ($p=0,019$).

Conclusion : Cette étude met une nouvelle fois en lumière la nécessité d'une information ciblée auprès des populations les plus défavorisées.

Mots-clés :

Inégalités sociales de santé, tabagisme passif, enfant, environnement, santé

Introduction

Le tabagisme est aujourd'hui une des principales causes de mortalité dans le monde, l'Organisation

Mondiale de la Santé (OMS) estime à 5 millions le nombre de décès annuels dus au tabac, parmi eux 600 000 décès seraient attribuables au tabagisme passif, dont 28 % d'enfants (1-2). Les enfants font en effet partie des victimes du tabagisme passif, exposés parfois plusieurs heures par jour à la fumée de cigarette de leurs parents.

Des travaux récents ont montré que les parents sont de plus en plus intéressés par les effets de l'environnement sur la santé de leurs enfants (3). L'exposition au tabac pendant l'enfance est une des préoccupations principales des jeunes parents. Ils ont accès à une information quotidienne via la radio, télévision, et ils utilisent internet en cas de questions précises sur le sujet (4). L'évaluation des connaissances des parents et l'étude de cette population, afin d'aboutir à une information plus pertinente et ciblée est un point qui a été peu étudié dans la littérature aujourd'hui. Le médecin généraliste et le pédiatre voient régulièrement en consultation l'enfant et/ou ses parents. Ils ont un rôle important dans la prévention des risques liés au tabagisme passif pour l'enfant. Plusieurs études (5-6) ont montré l'intérêt d'une information adaptée par le médecin.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des parents concernant les conséquences du tabagisme passif sur la santé de leur(s) enfant(s) et d'étudier les facteurs influençant ces connaissances en recherchant notamment une éventuelle différenciation sociale. Dans un second temps nous avons étudié les facteurs influençant l'exposition au tabagisme passif.

Matériel et méthodes

Une étude observationnelle a été réalisée par diffusion de 200 questionnaires auprès de parents volontaires entre le 15 mars et le 30 octobre 2010. Les parents ont été recrutés dans 2 villes en Île de France : 100 questionnaires ont été distribués dans le service de pédiatrie générale de l'hôpital de Meaux, 100 questionnaires ont été distribués en cabinet de médecine générale à Melun.

¹⁶ Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale; Université Pierre et Marie Curie; Paris VI

Déroulement de l'étude

Lors de la première phase de l'étude réalisée dans un service hospitalier, les questionnaires étaient remis aux parents volontaires après information sur l'étude. Il était précisé aux participants que s'ils ne comprenaient pas certains termes médicaux ils avaient la possibilité de poser des questions au moment où les questionnaires étaient récupérés. La seconde phase de l'étude était réalisée en cabinet de médecine générale. La secrétaire du cabinet médical proposait le questionnaire aux parents venant à la consultation accompagnés de leur(s) enfant(s) et le remettait aux parents acceptant de participer à l'étude. Elle leur précisait qu'il n'y aurait pas de retentissement sur la prise en charge médicale de leur(s) enfant(s) et qu'il leur était possible de demander des informations complémentaires au cours de la consultation en cas de doute sur des termes médicaux.

Les questionnaires

Les parents ont reçu un questionnaire sous forme papier, dont le temps de réponse a été estimé à moins de 10 minutes. Le recueil des données s'est déroulé sur 8 mois. Les questionnaires étaient divisés en 3 parties :

*La première partie du questionnaire était destinée à évaluer la présence ou non d'un tabagisme passif pour l'enfant. Les critères définissant la présence d'un tabagisme passif se basaient sur la déclaration du parent remplissant le questionnaire : tabagisme d'un seul ou des 2 parents ou d'une tierce personne dans le lieu de vie de l'enfant.

*Dans la deuxième partie étaient demandés aux parents leurs âges, leurs catégories socio-professionnelles (CSP) et leurs derniers diplômes obtenus. En ce qui concerne le tabagisme tout comme la CSP, il était considéré que la personne remplissant le questionnaire pouvait répondre pour le parent non présent.

*La dernière partie était constituée de 10 questions recueillies dans une grille (*Annexe 1*), destinées à évaluer les connaissances des parents concernant le tabagisme passif. Pour chaque question, la réponse était en OUI/NON. Chaque bonne réponse comptait 1 point. Le remplissage de la grille « évaluation des connaissances » a permis d'obtenir une note sur 10. Le questionnaire a été réalisé à partir d'une recherche bibliographique analysant les principales complications liées à l'exposition des enfants au tabagisme passif. La pertinence des questions de la grille a été testée initialement auprès de pédiatres travaillant dans le service de pédiatrie générale de l'hôpital de Meaux.

Analyse statistique

La saisie informatique des données a été faite sous Excel à l'aide d'un masque de saisie A partir de la grille « évaluation des connaissances », une note moyenne sur 10 en comptant le nombre de bonnes réponses a été calculée. Lorsqu'une seule valeur était manquante, il lui était imputé la moyenne des réponses aux 9 autres questions. Lorsque 2 valeurs ou plus étaient manquantes, le questionnaire n'était pas utilisé. L'analyse statistique a été effectuée en utilisant les méthodes classiques (REF) avec le logiciel statistique Sas, version 9.3. Les tests du Chi-deux ont été réalisés pour comparer les pourcentages. Les tests de comparaison de moyenne étaient des tests de Student. Un modèle linéaire multivarié a permis d'étudier le rôle de plusieurs facteurs simultanément dans la note évaluant les connaissances. De même, un modèle logistique a permis d'identifier les facteurs associés au tabagisme passif après ajustement sur les autres variables. Les tests ont été considérés comme significatifs quand la valeur de p était inférieure à 0,05. De plus, le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé pour évaluer la cohérence interne des questions.

Résultats

Description de l'échantillon (Tableau 1) :

154 questionnaires ont été analysés sur les 200 distribués (95/100 à l'hôpital et 59/100 en cabinet de médecine générale). La majorité des répondants étaient des femmes (78,6 %). L'âge de la population étudiée était situé en majorité entre 30 et 39 ans. Les CSP les plus représentées chez les mères comme chez les pères étaient les employés puis les cadres. La majeure partie de notre population avait un diplôme supérieur au baccalauréat. Parmi les mères ayant répondu au questionnaire ou dont le père de leur enfant a répondu, 19,6 % étaient fumeuses. Parmi les fumeuses, 76,7 % exposaient leur(s) enfant(s) au tabagisme passif. Parmi les pères ayant répondu au questionnaire ou dont la mère de leur enfant a répondu, 35,7 % étaient fumeurs. Parmi les fumeurs, 70,9 % exposaient leur(s) enfant(s) au tabagisme passif. Le taux d'exposition des enfants au tabagisme passif dans notre échantillon était de 31,8 %.

Analyse de la grille de réponse (Annexe 1) :

Parmi les 154 répondants, 130 personnes ont répondu aux 10 questions posées, 17 personnes ont répondu à 9 questions sur 10 et 7 ont répondu à moins de 8 questions. Les caractéristiques socio-démographiques des 24 personnes n'ayant pas répondu à toutes les questions ne différaient pas de celles ayant répondu

à toutes les questions. La note moyenne de points obtenus à la grille parmi les 147 sujets ayant répondu à au moins 9 questions était de 8,97/10, avec un écart-type de 1,30; la note minimale était de 3 et la note maximale de 10. Le taux d'erreur le plus important était retrouvé sur la question concernant le risque de mort subite du nourrisson (32 % de réponses incorrectes). La seconde erreur la plus fréquente concernait la définition du tabagisme passif. Les alphas de Cronbach proches de 0,6 montraient une concordance acceptable entre les réponses aux différentes questions.

Étude de la variable « note au questionnaire d'évaluation des connaissances » (Tableau 2):

La note au questionnaire d'évaluation des connaissances variait de façon significative selon la CSP du père et de la mère, ainsi que selon le diplôme de la mère. Il n'existait pas de différence selon le diplôme du père, l'âge du répondant, le sexe et le lieu de recueil. Les personnes exposant leur(s) enfant(s) au tabagisme passif avaient une note au questionnaire significativement inférieure ($p=0.004$). La prise en compte simultanée de tous ces facteurs chez les mères répondantes ($n=106$) montrait que le diplôme de la mère influait de manière significative sur la note au questionnaire ($p=0,009$). En raison d'un manque de puissance, l'analyse multivariée de la note au questionnaire parmi les pères répondants ($n=26$) n'a pas pu être réalisée. En effet, seulement 26 pères ont répondu au questionnaire eux-mêmes et même si nous avons considéré que la mère était apte à répondre en ce qui concerne l'exposition des enfants et le tabagisme du père, l'évaluation des connaissances du père n'était possible que s'il avait lui-même répondu au questionnaire.

Étude de la variable « tabagisme passif » (Tableau 3)

La CSP des 2 parents influait de manière significative sur la présence d'un tabagisme passif pour leur(s) enfant(s). Le diplôme des parents influait également sur la présence d'un tabagisme passif de manière significative. Le test était plus significatif chez le père que chez la mère ($p<0.001$ versus 0.049). La prise en compte de tous ces facteurs simultanément montrait effectivement que le diplôme du père influait significativement ($p=0,019$) sur l'exposition des enfants au tabagisme passif.

Discussion

Dans cette étude, 32 % des enfants sont exposés au tabagisme passif. Ce taux d'exposition très élevé met bien en valeur l'importance d'une action auprès des parents. Dans notre échantillon, les parents semblent

avoir des connaissances générales correctes en ce qui concerne le retentissement du tabagisme passif sur la santé de leur(s) enfant(s). Deux notions semblent cependant moins bien connues: la définition même du tabagisme passif et le risque de mort subite du nourrisson. La mort subite du nourrisson est pourtant l'un des risques majeurs liés à l'exposition au tabagisme passif, qui serait multiplié par 2 chez les enfants exposés, avec un effet dose-dépendant (7-8). L'autre point sur lequel les répondants ont fait le plus d'erreur est la définition du tabagisme passif. Ces parents risqueraient donc de considérer à tort ne pas causer de dommages à la santé de leur(s) enfant(s) en fumant dans une autre pièce de l'appartement. Il est pourtant démontré que le fait de vivre dans le même environnement qu'une personne qui fume expose au tabagisme passif (9).

Ce travail est à notre connaissance la seule étude visant à évaluer la connaissance des parents sur les risques associés au tabagisme passif. Cependant, cette étude a été menée auprès d'un échantillon particulier qui n'est pas représentatif de la population générale. Elle a été menée à la fois au niveau des soins primaires et à l'hôpital dans un souci de variété de représentation des points de vue. Le taux de réponse a été meilleur à l'hôpital qu'en ville chez le médecin généraliste (95 % de retour à l'hôpital versus 59 % en ville). Cette différence est probablement due à une compliance des patients différente selon le lieu de soins.

Les connaissances et l'exposition au tabagisme passif semblent liées à la situation sociale des 2 parents. Plus la situation sociale est favorable, moins l'enfant est exposé d'une part, et meilleure étaient les connaissances des parents d'autre part. L'exposition des enfants au tabagisme passif est aussi liée aux connaissances des parents ($p=0.0041$). Lorsqu'on réalise une analyse multivariée, le diplôme du père influe de manière significative sur l'exposition des enfants au tabagisme passif. L'impact du diplôme du père sur l'exposition des enfants au tabagisme passif a été montré dans plusieurs études préalables (10-11). Une d'entre elle utilisait la mesure du taux de cotinine urinaire afin d'évaluer l'exposition des enfants au tabagisme (10). L'analyse utilisant un modèle de régression logistique retrouvait un lien entre niveau d'éducation du père et élévation du taux de cotinine urinaire chez les enfants. Une autre étude plus récente (11) retrouvait une association entre exposition des enfants au tabac passif et niveau d'éducation du père après ajustement des facteurs de confusion, avec un Odd Ratio de 1,81 (95 % CI ,1.3-2.54). Au regard des évolutions par niveau

d'éducation et catégories sociales, les inégalités sociales face au tabagisme passif semblent donc à nouveau présentes dans cette étude comme dans plusieurs travaux effectués auparavant (12-13). Les personnes en situation de chômage, les personnes ayant un niveau inférieur au baccalauréat et les employés et ouvriers constituent des populations à cibler en priorité dans les actions de prévention et d'éducation à la santé.

Forces et limites

Ce travail complète plusieurs travaux récents portants sur l'exposition au tabagisme en période périnatale. Dans notre population, 61 % des parents fumeurs exposent leur(s) enfant(s) au tabagisme passif. Ce chiffre est plus élevé dans notre étude que dans la population générale. Le baromètre santé-environnement (3) estimait que 49 % des parents fumeurs fumaient au domicile. Ces chiffres peuvent être dus au fait que les revenus moyens dans les 2 villes où a été réalisé ce travail sont inférieurs au revenu moyen des Français. Par ailleurs, il faut considérer que l'exposition au tabagisme passif est sous-estimée dans notre étude car notre définition du tabagisme passif n'a pas inclus l'exposition de l'enfant en dehors de son domicile. La différence de gradient social observée dans la connaissance des effets du tabagisme passif a également été observée en ce qui concerne l'arrêt du tabac pendant la grossesse. Une revue de la littérature récente (14) montrait que les femmes fumant au cours de leur grossesse sont plus souvent des femmes jeunes, de faible niveau socio-économique et avec un faible niveau d'instruction.

Conclusion

Les parents sont les premiers acteurs de l'exposition au tabagisme passif de leur(s) enfant(s). Pour adapter au mieux les conseils de prévention, il nous a semblé important d'avoir un état des lieux de leurs connaissances et de leurs comportements. Cette étude a permis de constater que les effets néfastes liés à l'exposition des enfants au tabagisme passif sur la santé des enfants étaient dans leur globalité bien identifiés par les parents. Toutefois, la définition du tabagisme passif et son risque de mort subite du nourrisson étaient les points les moins bien connus. Cette étude a également montré des différences selon la situation sociale des parents, mettant une nouvelle fois en lumière les inégalités sociales en matière de santé. En termes d'aide au sevrage, il semble donc important pour le médecin de connaître la situation sociale des patients. L'information doit être délivrée à tous en prenant en compte que les patients plus défavorisés sont sans

doute les plus exposés. De nouvelles actions d'information insistant sur les points les moins connus par les parents auraient ici tout leur intérêt car elles permettraient peut-être une modification des comportements. L'ajout dans le carnet de santé de l'enfant d'une case renseignant l'exposition au tabagisme passif de l'enfant, à remplir par le médecin lors des examens de santé systématiques pourrait par exemple être une proposition pour sensibiliser la population.

Bibliographie

- (1) World Health Organisation, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Implementing smoke-free environments, 2009
- (2) Mattias ÖBERG, Maritta S JAAKKOLA, Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries, *The Lancet*, January 2011 ; 377 (9760):139-146 Issue 9760,
- (3) Baromètre santé-environnement, <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1114.pdf>, 02/04/2014
- (4) AUFFRET C., Perception des jeunes parents sur les effets sanitaires de l'environnement en périnatalité. Une étude qualitative 2013, Paris 6 Pierre et Marie Curie
- (5) BURNETT KF, YOUNG PC. Ask, advise, assist: pediatricians and passive smoke exposure. *Clin Pediatr* (Phila) 1999 ; 38(6):339-45
- (6) FRANKOWSKI BL, SECKER-WALKER RH. Advising parents to stop smoking. Opportunities and barriers in pediatric practice. *Am J Dis Child* 1989 ; 143(9):1091-4
- (7) ANDERSEN Hr., COOK Dg., Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence, *Thorax* 1999 ; 54: 365-366
- (8) SCHELLSCHEIDT J, OYEN N, Interactions between maternal smoking and other prenatal risk factors for sudden infant death syndrome, *Acta Paediatr* 1997 ; 86: 857-63
- (9) Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé)

- (10) PISINGER C., HAMER-MELMICH L., Social disparities in children's exposure to second hand smoke at home: a repeated cross-sectional survey, *Environmental Health* 2012, 11: 65
- (11) OKHEE Y., HO-JANG K., Association between environmental tobacco smoke exposure of children and parental socioeconomic status: a cross-sectional study in Korea, *Nicotine Tob Res* 2012, 14 (5): 607-615
- (12) GOLDBERG M., MELCHIOR M., Les déterminants sociaux de la santé: apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé, *Sciences sociales et santé*. Volume 20, n°4, 2002. Vingt ans. Numéro anniversaire. pp. 75-128
- (13) CHARLTON A., Children and smoking: the family circle, *British Medical Bulletin* 1996 (1): 90-107
- (14) ROBALO M., Inégalités sociales de santé: revue de la littérature à propos de la prévalence du tabagisme chez la femme enceinte 2010, Paris 6 Pierre et Marie Curie

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

	n (%)
Sexe du répondant	
Hommes	33 (21,4)
Femmes	121 (78,6)
Lieu	
Hôpital (Meaux)	95 (61,7)
Cabinet (Melun)	59 (38,3)
Age	
Moins de 30 ans	42 (27,5)
30-39 ans	80 (52,3)
>39 ans	31 (20,3)
CSP du père	
Agriculteurs	1 (0,7)
Artisans	13 (8,4)
Cadres	43 (27,9)
Professions intermédiaires	14 (9; 1)
Employés	61 (39,6)
Ouvriers	16 (10,4)
Retraité	2 (1,3)
Sans activité	4 (2,6)
Diplôme du père	
Sans diplôme	11 (7,1)
Certificat d'études primaires	7 (4,6)
BEP, CAP	44 (28,6)
Bac et plus	92 (59,7)
CSP de la mère	
Agricultrices	0 (0)
Artisans	6 (3,9)
Cadres	27 (17,7)
Professions intermédiaires	13 (8,5)
Employées	71 (46,4)
Ouvrières	4 (2,6)
Retraitées	2 (1,3)
Sans activité	30 (19,6)
Diplôme de la mère	
Sans diplôme	13 (8,5)
Certificat d'études primaires	6 (3,9)
BEP, CAP	30 (19,6)
Bac et plus	104 (68,0)
Tabagisme chez le père	
Oui	55 (35,7)
Non	99 (64,3)
Tabagisme chez la mère	
Oui	30 (19,6)
Non	123 (80,4)
Exposition des enfants au tabagisme passif	
Oui	49 (31,8)
Non	105 (68,2)

CSP: Catégorie socio-professionnelle

Tableau 2: Facteurs influençant la note au questionnaire de connaissance

	n	Moyenne	Ecart-Type	p*	p**
Sexe du répondant				0,31	
Hommes	116	9,03	1,30		
Femmes	31	8,76	1,31		
Age du répondant				0,92	0,78
Moins de 30 ans	39	9,06	1,14		
30 à 39 ans	79	8,96	1,45		
40 ans et plus	28	9,00	0,94		
CSP du père				0,033	0,21
Agriculteurs, Artisans	14	8,41	1,87		
Cadres	43	9,37	0,79		
Professions intermédiaires	12	9,15	0,94		
Employés	57	8,80	1,34		
Ouvriers	15	9,25	0,83		
Retraités, sans activité	6	8,00	2,68		
CSP de la mère				0,012	0,81
Artisans	6	9,00	0,00		
Cadres	27	9,36	0,76		
Professions intermédiaires	13	9,31	1,03		
Employées, Ouvrières	72	9,04	1,18		
Retraitées, sans activité	28	8,23	1,90		
Diplôme du père				0,090	0,74
Sans diplôme	11	8,55	2,07		
Certificat d'études primaires	6	8,50	1,52		
BEP, CAP	41	8,69	1,32		
Bac et plus	89	9,19	1,13		
Diplôme de la mère				<0,0001	0,0086
Sans diplôme	10	7,53	1,82		
Certificat d'études primaires	6	9,00	1,55		
BEP, CAP	27	8,47	1,34		
Bac et plus	103	9,23	1,10		
Lieu				0,63	0,26
Hôpital	88	8,92	1,43		
Ville (cabinet)	59	9,05	1,09		
Tabagisme passif				0,0041	
Oui	102	9,18	1,09		
Non	45	8,51	1,61		

*: probabilité selon l'analyse univariée; **: probabilité selon l'analyse multivariée;

CSP: Catégorie Socio-Professionnelle;

Tableau 3 : Facteurs influençant l'exposition au tabagisme passif

	n	%	p*	p**
Sexe du répondant			0,058	0,45
Hommes	33	18,2		
Femmes	121	35,5		
Age du répondant			0,94	0,34
Moins de 30 ans	42	42,9		
30 à 39 ans	80	30,0		
40 ans et plus	31	19,4		
CSP du père			0,015	0,67
Agriculteurs, Artisans	14	28,6		
Cadres	43	16,3		
Professions intermédiaires	14	28,6		
Employés	61	36,1		
Ouvriers	16	62,5		
Retraités, sans activité	6	33,3		
CSP de la mère			0,021	0,42
Artisans	6	33,4		
Cadres	27	11,1		
Professions intermédiaires	13	15,4		
Employées, Ouvrières	75	38,7		
Retraitées, sans activité	32	40,6		
Diplôme du père			<0,001	0,019
Sans diplôme	11	72,7		
Certificat d'études primaires	7	42,9		
BEP, CAP	44	43,2		
Bac et plus	92	20,7		
Diplôme de la mère			0,049	0,39
Sans diplôme	13	61,4		
Certificat d'études primaires	6	16,7		
BEP, CAP	30	36,7		
Bac et plus	10,4	29,7		
Lieu			0,78	0,23
Hôpital	95	32,6		
Ville (cabinet)	59	30,5		

*: probabilité selon l'analyse univariée; **: probabilité selon l'analyse multivariée chez les mères répondantes;
CSP: Catégorie Socio-Professionnelle;

Annexe 1**Questionnaire de connaissances des parents**

		Réponse incorrecte	Réponse correcte	Total des répondants
1	Si la personne qui fume au domicile ne se trouve pas dans la même pièce de l'appartement que l'enfant, il n'y a pas de tabagisme passif pour lui?	26 (16,9 %)	128 (83,1 %)	154
2	Le tabagisme passif multiplie de façon très importante la survenue de l'asthme chez l'enfant ayant un terrain allergique?	5 (3,3 %)	149 (96,7 %)	154
3	Le tabac chez la mère pendant la grossesse augmente le risque d'avoir un enfant avec un petit poids de naissance?	9 (5,8 %)	145 (94,2 %)	154
4	Le tabac chez la mère pendant la grossesse diminue le risque d'avoir un enfant prématuré (né avant le terme)?	20 (13,1 %)	133 (86,9 %)	153
5	Il n'y a pas de retentissement de l'exposition au tabagisme passif pour l'enfant si le tabagisme des parents est inférieur à 10 cigarettes par jour?	9 (5,9 %)	143 (94,1 %)	152
6	Aucune étude scientifique n'a démontré de relations entre tabagisme passif et pathologies chez le jeune enfant?	17 (11,7 %)	128 (88,3 %)	145
7	Le tabagisme passif renforce les défenses immunitaires du jeune enfant?	8 (5,3 %)	144 (94,7 %)	152
8	Le tabagisme passif augmente le risque de mort subite et inexpliquée chez le nourrisson?	46 (32,2 %)	97 (67,8 %)	143
9	Le tabagisme passif diminue le risque d'otite récidivante chez l'enfant?	13 (8,8 %)	134 (91,2 %)	147
10	Le fait de respirer la fumée des autres n'a pas de conséquences sanitaires négatives sur les enfants?	3 (2,0 %)	151 (98,0 %)	154

Le médecin généraliste face au risque des rayonnements ionisants

Par les D^{rs} Ibanez Gladys, Chef de clinique en médecine générale, Lafortune Jean & Martinez Luc, Maîtres de Conférences Associés du Département d'enseignement et de recherche en médecine générale de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris.

Résumé

Introduction : L'exposition de la population aux rayonnements ionisants est une préoccupation croissante des autorités sanitaires françaises et internationales. Quels axes de réflexion peut-on proposer aux médecins généralistes face à un patient soumis aux effets des radiations ionisantes ?

Méthodes : Synthèse méthodique de la littérature par interrogation de la base CISMef à l'aide des mots clés « rayonnement ionisant », « radioprotection ». Sélection des recommandations de pratique clinique et des guides produits par les sociétés savantes françaises. Inclusion des documents utiles à la pratique du médecin généraliste. Exclusion des documents traitant de la radiothérapie.

Résultats : Sur 132 documents retrouvés, sélection de 8 articles portant sur l'impact des actes radiologiques prescrits, les conséquences de l'exposition involontaire d'une femme enceinte aux rayonnements ionisants, les effets de l'exposition au radon dans les habitations et le suivi médical des patients exposés aux radiations professionnelles ou accidentelles. L'irradiation naturelle d'un patient est de 4 millisieverts (mSv)/an. L'irradiation associée à une radiographie thoracique est de 0,1 mSv, celle d'un scanner abdominopelvien de 10 mSv. Les risques associés à une irradiation en début de grossesse suivent la loi du « tout ou rien ». L'exposition au radon, 2^e cause de cancer du poumon aux États-Unis, nécessite des mesures d'adaptation de l'habitat. Face aux expositions professionnelles et accidentelles, le médecin généraliste doit respectivement préserver les droits du patient et travailler en collaboration avec les autorités.

Discussion : La gestion du risque lié aux rayonnements ionisants comprend une réflexion bénéfice/risque et bénéfice/coût adaptée à chaque situation d'exposition.

Mots-clés : Gestion du risque, rayonnement ionisant, cancer radio-induit, qualité des soins, économie de la santé, information patient et grand public.

Introduction

L'exposition de la population aux rayonnements ionisants est une préoccupation croissante des autorités sanitaires françaises et internationales : Haute Autorité de Santé (HAS) [1], Institut de Veille Sanitaire (InVS) [2], Commission Internationale de Protection Radiologique (CIPR) [3]. En France, les sources d'exposition sont diverses : elles se répartissent entre les expositions d'origine naturelle et artificielle, respectivement pour 58 % et 42 % de l'irradiation totale annuelle de la population. Celles liées aux pratiques médicales représentent 99 % des expositions artificielles. Cette part sans cesse croissante (due aux progrès technologiques de l'imagerie médicale) a conduit l'OMS à considérer en 2008 la question liée aux rayonnements ionisants en médecine comme un problème de santé publique [4].

Bien que de nombreuses incertitudes persistent encore sur le risque sanitaire associé à l'exposition à ces rayonnements, la CIPR a estimé en 2007 le risque

de cancer radio-induit par les rayonnements ionisants à 5 % par unité d'exposition reçue (en Sievert) [3].

Dans sa pratique quotidienne, le médecin généraliste est confronté à la gestion de situations d'exposition pour lesquelles il est souvent mal à l'aise pour répondre aux interrogations de ses patients ou bien pour prendre certaines décisions. Il y a en premier lieu les décisions quotidiennes concernant la prescription des actes radiologiques. En plus du devoir d'information spécifique à chaque type d'examen, la gestion des expositions des enfants et des jeunes femmes en âge de procréer implique parfois des choix délicats. Il y a également le rôle d'information et de conseil des patients vis-à-vis du radon dans les habitations, rôle récemment reconnu par les pouvoirs publics comme la 2^e cause de cancer du poumon après le tabac [5]. Il y a enfin les réponses à apporter aux patients résidant autour des installations nucléaires qui s'inquiètent des effets potentiels sur la santé des expositions chroniques ou d'éventuelles expositions accidentelles. En cas d'ac-

cident, le médecin doit être en mesure de proposer à ses patients les conduites à tenir, voire assurer la prise en charge de leur suivi sanitaire.

Face à ces situations d'exposition, le médecin généraliste est certainement un acteur clé pour le patient en matière d'information et de prévention du risque lié aux rayonnements ionisants. Il doit pour cela être en mesure de maîtriser les moyens disponibles pour contrôler les expositions chroniques et accidentelles. Ce travail présente une synthèse des principales recommandations actuellement disponibles et pouvant être utiles aux médecins généralistes dans leur pratique quotidienne pour la gestion des risques liés aux rayonnements ionisants.

Méthodes

Synthèse méthodique de la littérature par interrogation de la base CISMef à l'aide des mots-clés MeSH suivants : « rayonnement ionisant » ou « radioprotection ». Sélection des recommandations de pratique clinique et des guides produits par les autorités de santé et les sociétés savantes françaises. Inclusion des documents apportant des informations concernant la pratique du médecin généraliste. Exclusion des documents traitant uniquement de la radiothérapie.

Sélection sur les titres de 13 documents parmi les 132 initialement retrouvés. Après lecture des articles et de leurs références, sélection pour analyse de 8 articles portant sur l'impact des actes radiologiques prescrits par le médecin généraliste, les conséquences de l'exposition involontaire d'une femme enceinte aux rayonnements ionisants, les effets de l'exposition au radon dans les habitations et le suivi médical des patients exposés aux radiations professionnelles ou accidentelles.

Résultats

Exposition de la population française: L'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN) propose un document décrivant la situation d'exposition de la population française aux rayonnements ionisants [6]. L'exposition annuelle naturelle de l'homme aux rayonnements ionisants est d'environ 2,3 mSv. En plus de cette radioactivité naturelle, l'homme est exposé à environ 1,7 mSv de rayonnements provenant de sources artificielles qui peuvent être d'origine médicale, professionnelle, ou accidentelle. L'exposition annuelle totale est ainsi de 4 mSv. L'exposition aux rayonnements d'origine médicale représente 99 % des irradiations artificielles et correspond à 41 % de la dose de rayonnement total reçue dans une année.

L'exposition au radon représente 58 % des irradiations d'origine naturelle et correspond à 34 % de la dose de rayonnement total reçue dans une année.

Tableau I: Ordre de grandeur des principaux modes d'irradiation

Doses	Type d'exposition
0,02 mSv	Radiographie de thorax (un cliché antéro-postérieur)
0,034 mSv	Dose de rayonnement cosmique reçue lors d'un vol en subsonique Paris/ Dallas
1,7 mSv	Irradiation médicale moyenne annuelle en France
1,3 mSv	Irradiation naturelle moyenne annuelle en France, liée au radon
2,3 mSv	Irradiation naturelle moyenne annuelle en France
10 mSv	Scanner abdomino-pelvien
50 mSv	Dose reçue en 1986 par un habitant vivant à 30 km de Tchernobyl
Jusqu'à 10 Gy	Irradiation aiguës subies en quelques heures par les premiers intervenants de l'accident de Tchernobyl

Exposition médicale: L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) propose un document décrivant la réglementation française concernant la protection des personnes exposées aux rayonnements ionisants [7]. D'un point de vue juridique, la protection des patients contre les dangers des rayonnements fait partie des obligations légales depuis l'ordonnance de 2001-270 du 28 mars 2001 qui a transposé en droit français la directive 97/43 Euratom. Les médecins prescripteurs d'examen d'imagerie utilisant les rayonnements ionisants doivent s'assurer qu'aucune autre technique d'efficacité comparable ne pourrait comporter moins de risques pour son patient et que l'indication d'imagerie est bien justifiée. Pour cela, il peut s'aider de ses acquis, des recommandations de l'HAS dont le guide du bon usage des examens d'imagerie médicale [8] et des recommandations de Bonnes Pratiques. L'information du patient fait également partie des obligations de tout acte médical (code de déontologie, code de la santé publique). Chaque patient doit recevoir une information claire, loyale et appropriée afin d'obtenir son consentement libre et éclairé. Dans le cadre des examens irradiants, une information spécifique doit être donnée auprès des femmes enceintes, des enfants et des femmes qui allaitent. Des recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [9] proposent une conduite à tenir en cas d'exposition involontaire d'une jeune femme enceinte aux rayonnements ionisants (Tableau I).

Tableau II : Prise en charge médicale en fonction du terme de la grossesse et du niveau d'irradiation exprimé en milligray (mGy)

Age gestationnel (SA)	Dose en mGy	Risque	Attitude
Inférieur à 5	Indifférente	Tout (avortement) ou rien	Expectative
> 5 et < 17	< 100	Quasi nul	rassurer
> 5 et < 17	> 500	Microcéphalie, retard mental	IMG raisonnable
> 5 et < 17	Entre 100 et 500	Faible	Discuter
> ou = 17	< 100	Risque cancérogène ?	Rassurer
> ou = 17	> 200	Pas de tératogénèse, risque cancérogène	Rassurer et discuter

Quel que soit l'examen pratiqué pendant les 5 premières semaines de grossesse, le risque léthal pour l'embryon suit la loi du « tout ou rien ». Une irradiation involontaire d'une jeune femme dans la 2^e partie de son cycle menstruel l'expose donc au risque d'une interruption très précoce de la grossesse. Au-delà de 5 semaines, seules des expositions importantes (supérieures à 500 milligray) peuvent conduire à préconiser une interruption médicale de la grossesse (IMG).

Exposition professionnelle : L'IRSN est chargé de centraliser l'ensemble des données de la surveillance dosimétrique des travailleurs et d'établir un bilan annuel de leur exposition grâce au système SISERI (Système d'Information de la Surveillance de l'Exposition aux Rayonnements Ionisants). Il propose des guides destinés aux professionnels de santé permettant de définir les limites réglementaires d'exposition et les moyens d'action en cas de dépassement de ces limites [10]. Le médecin généraliste peut être un des acteurs participant au suivi de patients exposés ou ayant été exposés aux rayonnements ionisants. Au-delà de l'information générale sur les risques associés aux rayonnements, il peut aussi intervenir dans le cas des affections provoquées par les expositions professionnelles aux rayonnements ionisants qui sont décrites dans le guide des maladies professionnelles proposé par l'INRS [11].

Tableau III : Tableau 6 du régime général

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation aiguë.	30 jours	Tous travaux exposant à l'action des rayons X ou des substances radioactives naturelles ou artificielles, ou à toute autre source d'émission corpusculaire, notamment :
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation chronique.	1 an	Extraction et traitement des minerais radioactifs ;
Bléphanite ou conjonctivite.	7 jours	Préparation des substances radioactives ;
Kératite.	1 an	Préparation de produits chimiques et pharmaceutiques radioactifs ;
Cataracte.	10 ans	Préparation et application de produits luminescents radifères ;
Radiodermites aiguës.	60 jours	Recherches ou mesures sur les substances radioactives et les rayons X dans les laboratoires ;
Radiodermites chroniques.	10 ans	
Radio-épithélite aiguë des muqueuses.	60 jours	Fabrication d'appareils pour radiothérapie et d'appareils à rayons X ;
Radiolésions chroniques des muqueuses.	5 ans	
Radionécrose osseuse.	30 ans	Travaux exposant les travailleurs au rayonnement dans les hôpitaux, les sanatoriums, les cliniques, les dispensaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et radiologiques, dans les maisons de santé et les centres anticancéreux ;
Leucémies.	30 ans	
Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation.	30 ans	Travaux dans toutes les industries ou commerces utilisant les rayons X, les substances radioactives, les substances ou dispositifs émettant les rayonnements indiqués ci-dessus.
Sarcome osseux.	50 ans	

Exposition naturelle: Parmi les différentes sources d'exposition naturelle aux rayonnements ionisants, seul le radon est contrôlable. C'est un gaz naturel et inodore qui se concentre dans les habitations préférentiellement dans les zones granitiques (Figure 1). Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) l'a classé dans le groupe 1 des « agents carcino-

gènes certains pour l'homme » [12]. Il est responsable de 9 % des décès par cancer du poumon et d'environ 2 % de l'ensemble des décès attribuables au cancer en Europe [5]. Les recommandations en matière de prévention des risques liés au radon sont proposées dans le cadre du Plan National Santé Environnement (PNSE) [13].

Figure 1 : Concentration en radon en France



Elles comportent des méthodes de prévention individuelle et collective en fonction du niveau de concentration mesuré en becquerel par mètre cube d'air (Bq/m³). On considère qu'en France, 2 % des habitations nécessiteraient l'une de ses actions correctives. La mesure de la concentration en radon peut être réalisée à l'aide d'un détecteur placé durant quelques jours dans les lieux principaux d'habitation. Les particuliers ou des sociétés commerciales peuvent effectuer cette évaluation. L'importance du risque sanitaire associé au radon justifie une démarche d'information préventive du médecin au minimum dans les départements considérés à risque.

Exposition accidentelle: Une dernière catégorie d'exposition pouvant concerner le médecin généraliste est celle qui pourrait résulter d'un incident ou d'un accident sur une installation nucléaire. L'échelle internationale des événements nucléaires INES (International Nuclear Event Scale) sert à mesurer la gravité d'un accident nucléaire. Cette échelle compte huit niveaux de gravité (de 0 à 7). Les événements de niveaux 0 à 2 ne concernent que le site impacté, ceux des niveaux supérieurs (3 à 7) peuvent impliquer des rejets radioactifs dans l'environnement. En France en 2008, deux incidents de niveau 1 sont survenus sur le site de Tricastin. Deux incidents de niveau 3 sont survenus à Toulouse en 2008 et à Roissy en 2002. En cas d'accident nucléaire majeur, les autorités civiles et militaires proposent un certain nombre de mesures à mettre en place [14]. Le médecin généraliste doit être en mesure d'apporter son soutien aux autorités, mais aussi auprès des populations affectées sous forme d'information et de conseils sur les bonnes conduites à tenir. La distribution de pastilles d'iode est prévue car la protection de la glande thyroïde est réalisée par l'absorption d'iode stable qui prévient la fixation ultérieure d'iode radioactif. Les plans d'action prévoient également d'éloigner les populations des sources de rejets radioactifs. Cette évacuation peut être temporaire ou définitive suivant le degré de contamination de la zone (L'accident de Tchernobyl a nécessité l'évacuation définitive des populations dans une zone de 30 km autour de la centrale). Enfin, des interdictions temporaires peuvent porter sur la consommation de produits alimentaires ou d'eau. Les niveaux d'intervention en situation d'urgence radiologique sont fixés par l'arrêté du 13 octobre 2003 [15].

Figure 2: Niveaux d'intervention en fonction de la dose reçue en millisievert (mSv)

Dose efficace totale >10 mSv : mise à l'abri et à l'écoute
Dose efficace totale >50 mSv : évacuation
Dose efficace à la thyroïde >100mSv : ingestion de comprimés d'iode stable

Discussion

Quelle que soit la nature de l'exposition à laquelle le médecin généraliste est confronté, la gestion du risque lié aux rayonnements ionisants comprend inévitablement une réflexion bénéfique/risque et bénéfice/coût adaptée à chaque situation. L'estimation du risque de cancérogenèse liée à l'exposition aux rayonnements ionisants est très difficile à évaluer surtout en matière de faibles doses. Ce risque étant stochastique, il est délicat pour le médecin d'attribuer d'éventuels effets à une exposition donnée, qu'elle soit envisagée a priori ou constatée a posteriori. Cependant, il convient de garder à l'esprit que ce risque est proportionnel à l'exposition et qu'il est cumulatif sur l'ensemble des situations d'exposition auxquelles peut être soumis un patient. L'appréciation du risque doit également être modulée en fonction de l'âge du patient (radiosensibilité augmentée avec le jeune âge, la période de développement pubertaire), ses facteurs de risque (gènes de susceptibilité pour certains cancers) et ses antécédents médicaux et d'irradiation passée.

En face du risque, le médecin doit aussi apprécier les bénéfices et les coûts. En matière d'exams radiologiques, la réflexion bénéfice/risque ou bénéfice/coût en consultation paraît superflue dès lors que l'examen prescrit est justifié, peu irradiant et que le patient n'est pas « demandeur » d'information. Cependant, cette réflexion prend toute son importance en cas d'examen irradiant non indiqué, de facteurs cliniques de vulnérabilité, ou en cas de demande spécifique du patient. Par ailleurs le coût des examens devient aussi un élément non négligeable de la décision dès lors que la justification n'est pas évidente. Sur le total des 8 milliards d'euros remboursés en 2013 au titre de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), près de la moitié concernait des actes d'imagerie, qui contribuent pour plus d'un tiers à la croissance totale [16]. En ce qui concerne les risques dus au radon, aux expositions professionnelles ou encore aux expositions accidentelles, les bénéfices et les coûts sont beaucoup plus difficiles à apprécier. Les informations pertinentes

sont dispersées dans différentes organisations d'expertise et ne sont pas adaptées pour apporter une aide à la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Conclusion

Face aux rayonnements ionisants, le médecin généraliste a un rôle important à jouer en termes d'information et de prévention des risques sur la santé. Son implication est d'autant plus justifiée qu'il est lui-même un acteur responsable de la prescription d'examen irradiants à ses patients. Cependant, des progrès restent à faire pour que se développe une véritable culture du risque radiologique en médecine générale.

Références

1. Accord-cadre de collaboration dans le domaine des soins médicaux utilisant les rayonnements ionisants. François Romaneix, Directeur de la Haute Autorité de Santé (HAS), et Jean-Christophe Niel, Directeur général de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN), 4 décembre 2008.
2. Rayonnements ionisants et santé. Collection « Livrets des professionnels », Institut de Veille Sanitaire (InVS) et Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN), 2004.
3. The 2007 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. Publication 103, ICRP, 2007.
4. Global initiative Radiation Safety in Health Care Settings. Health Security and Environment. Public Health and Environment. Intervention for Healthy Environment. World Health Organization (WHO), 2008.
5. Impact sanitaire du radon domestique: De la connaissance à l'action. BEH, 2007, n°18-19, p. 145-168.
6. Exposition médicale de la population française aux rayonnements ionisants: de l'état des lieux à la mise en place d'un système pérenne d'information. Rapport IRSN, 2002.
7. Les rayonnements ionisants. Paysage institutionnel et réglementation applicable. Institut National de Recherche et de Sécurité, décembre 2008.
8. Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale. Société Française de Radiologie (SFR) et Société Française de Biophysique et de Médecine Nucléaire (SFBMN). Recommandations HAS, 2005.
9. Prévention des risques fœtaux: Irradiation et grossesse. Campus National de Gynécologie Obstétrique TICEM-UMVF. Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français (CNGOF) 23/08/2006, Item 20, module 2.
10. Prévention des risques liés à l'exposition professionnelle aux rayonnements ionisants. Dossier Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), 2007.
11. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>
12. Les maladies professionnelles: Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la sécurité sociale. INRS, édition 2008.
13. Plan National Santé Environnement: Rapport final de la Commission d'Orientation. Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement (AFFSE). 12 février 2004.
14. Circulaire DHOS/ HFD/ DGSNR n°277 du 2 mai 2002.
15. Arrêté du 13 octobre 2003 relatif aux niveaux d'intervention en situation d'urgence radiologique. JORF n°255 du 4 novembre 2003. page 18766. texte n°37.
16. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses: propositions de l'Assurance maladie pour 2015. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2015 (loi du 13 août 2014).

Pollution intérieure chez le jeune enfant : représentation des médecins généralistes par une enquête qualitative

Par les D^{rs} Nadia Gaouaou, Nicolas Hommey, Jehan Zabar & Gladys Ibanez

Introduction

Notre mode de vie nous conduit à passer près de 70 à 90 % de notre temps à l'intérieur de locaux divers (locaux d'habitation, de travail, moyens de transport, loisirs ou destinés à recevoir le public) [1]. À la différence de la pollution extérieure, médiatisée par les pics de pollution et faisant l'objet de plus de réglementations, la pollution de l'air intérieur reste relativement méconnue du grand public. 92 % des Français pensent que le logement est un lieu dans lequel on se sent à l'abri [2] or les niveaux de concentrations des polluants, influencés par la pollution extérieure mais aussi par les activités humaines (bricolage, ménage, utilisation d'appareils de combustion), par la présence d'animaux domestiques ou matériaux de construction et d'ameublement [3-5], y sont parfois plus élevés [6-8]. D'après un rapport de l'OMS de 2006, près d'un quart (24 %) des maladies pourrait être causé par des expositions environnementales évitables [9]. Plusieurs travaux scientifiques ont récemment mis en évidence les conséquences pour la santé d'une pollution de l'air intérieur dans l'habitat [8, 10-20], dont les effets sont particulièrement marqués chez le jeune enfant. Sa vulnérabilité se distingue du fait de ses particularités physiques, son comportement, et du contrôle qu'il exerce sur son environnement [21, 22]. Les principaux effets décrits dans la littérature chez le fœtus ou le jeune enfant ont été la survenue de retards de croissance intra-utérin, de prématurité, d'effets anti-androgènes; de bronchiolites et d'asthme chez le nourrisson; la survenue d'allergies et de manifestations ORL (toux chronique, rhinite etc.) ou de troubles neuro-comportementaux [8, 10, 23-29].

Les enquêtes d'opinion menées par la Commission Européenne ou en France par l'IFEN (Institut Français de l'Environnement) ou par l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire) depuis les années 70, révèlent que l'environnement n'a cessé de prendre de l'importance dans l'esprit des Européens et des Français [30]. Les Français placent les problèmes environnementaux en troisième position juste derrière le chômage, la misère ou l'exclusion et les conséquences de la crise financière, loin devant le SIDA [31]. Les

représentations des acteurs de santé publique tels que les médecins généralistes en santé environnementale restent inexplorées. L'analyse de ces représentations est intéressante pour plusieurs raisons. D'une part, ils assurent régulièrement le suivi des nourrissons et des femmes enceintes [32]. D'autre part, ils occupent une place stratégique dans le dépistage, le diagnostic et le suivi des pathologies environnementales [33-36]. Explorer leurs représentations permet de comprendre leurs pratiques professionnelles et de mettre en place des stratégies de prévention adaptées.

Notre principal objectif était donc d'explorer les représentations des médecins généralistes en matière de risque lié à l'environnement intérieur de la femme enceinte et du nourrisson. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les fondements de leur appréciation du risque et de savoir si le médecin généraliste s'appropriait un rôle en santé environnementale.

Méthodologie

Type d'étude

Pour étudier les représentations sociales, une approche multi-méthodologique associant méthodes qualitatives et quantitatives est souvent nécessaire [37]. Cette étude a été réalisée à partir d'une enquête qualitative par la méthode des focus groups. Cette méthode a été choisie pour ses capacités à faire émerger de nouvelles idées [38], à évaluer les attentes et à comprendre les comportements des populations [39].

Participants

L'étude a été réalisée à partir de 4 focus groups de médecins généralistes (31 participants), dans les départements du 75 (urbain) et du 95 (semi-rural et rural). La sélection des participants a été orientée par la connaissance de personnalités [40] selon un échantillonnage théorique⁽¹⁷⁾ [41] ou selon un mode aléatoire via les pages jaunes. Au total 31 médecins ont accepté de participer à l'étude sur les 50 médecins sollicités.

¹⁷ Repose sur le jugement du chercheur pour le choix des personnes qu'il juge intéressantes en raison de leurs caractéristiques (richesse d'opinions et d'expériences sur le sujet) et des buts de l'étude [42].

Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature sur la base de données MEDLINE. Au terme de cette recherche, un premier guide d'entretien a été élaboré puis discuté au cours de réunions de travail au sein du Département de Médecine Générale de Paris VI, pour aboutir à une version consensuelle (annexe 1).

Déroulement des focus groups

Les 4 focus groups se sont déroulés en novembre 2009, février, mars et avril 2010. Chaque focus group était constitué de 7 à 8 médecins généralistes [38, 42]. L'animation des groupes était assurée par un modérateur et un observateur. Tous les focus groups ont été enregistrés après accord écrit des participants. De plus, une tierce personne assurait un travail de secrétariat.

Analyse des données

Le verbatim de chaque séance a été individualisé [39] et retranscrit intégralement. Deux chercheurs indépendants ont procédé à une analyse manuscrite, de type syntaxique et progressive après chaque entretien : le verbatim a été découpé en mots, phrases, expressions ou extraits de texte qui présentaient une seule et même idée dans un premier temps : les UMS (Unités Minimales de Signification). Celles-ci ont été classées, regroupées en sous-catégories, puis en catégories et thèmes dans un second temps [43]. Plusieurs relectures du verbatim ont été nécessaires pour obtenir un codage pertinent et homogène selon une approche inductive par la Grounded Theory [40, 41, 44-47]. Toutes les idées des focus groups ont été exploitées pour construire une grille d'analyse contrôlée et la plus reproductible possible [39].

Fiabilité des résultats

Quatre focus groups ont été nécessaires pour aboutir à une saturation des données [48]. Une stratégie de triangulation des sources (matériel écrit, audio et vidéo) et de l'analyse [38, 49, 50-52] a été assurée par la comparaison permanente des données recueillies par les deux chercheurs. Par ailleurs, une validation rétrospective des résultats de l'analyse par les participants a permis d'accroître la validité interne de l'étude.

Résultats

Les caractéristiques des participants ont été décrites dans le Tableau 1. Dans l'analyse, trois thèmes de recherche se sont dégagés : la périnatalité : entre vulnérabilité et moment privilégié de sensibilisation ; les sources d'information, de la perception profane à l'ex-

pertise scientifique ; et le rôle du médecin généraliste en santé environnementale. Pour chacun des thèmes, des extraits d'UMS, de sous-catégories et de catégories ont été résumés dans les Tableaux 2 à 4.

La périnatalité : entre vulnérabilité et moment privilégié de sensibilisation

Les environnements psycho-socio-affectifs, sensoriels et nutritionnels de l'enfant ont été décrits comme des sources potentielles de vulnérabilité. Concernant les polluants de l'air intérieur, les effets nocifs sur la santé de l'enfant ont été communément admis pour le tabac, l'alcool, le monoxyde de carbone et le plomb. En revanche, les polluants relatifs à la problématique environnementale émergente ont été plus fréquemment débattus (composés organiques volatiles, formaldéhyde, particules, etc.). Une tendance donnait plus de crédits à ces « polluants nouveaux » parmi les jeunes médecins sensibilisés que pour les médecins plus âgés. Hiérarchiser les « nouveaux polluants » sur une échelle de risque pour la santé s'est révélé impossible. L'origine multifactorielle, le facteur dose-dépendant, la durée d'exposition inconnue et le délai nécessaire pour reconnaître les effets délétères ont été cités comme autant d'obstacles à l'évaluation du risque. Toutefois, les représentations communes des pathologies ont principalement été dominées par les pathologies allergiques, respiratoires, ORL et cutanées. Certains médecins ont également évoqué l'augmentation de certains cancers pédiatriques, troubles neurocomportementaux et endocriniens (tels que la puberté précoce) (Tableau 5). Parfois, les participants ont fait part de leurs incertitudes quant à la réalité du risque et ont principalement redouté un phénomène de mode (ondes électromagnétiques des téléphones ou des micro-ondes, lignes à haute tension etc.). Les médecins observaient également un changement de perception des risques durant la grossesse et durant les premiers mois de vie de l'enfant. Ils constataient des modifications de comportements au nom du bien-être du nouveau-né. Le terme de « fusion » entre la mère et l'enfant a été employé. Les parents étaient « plus réceptifs » aux messages de prévention. De plus, les médecins ont remarqué l'intérêt croissant des patients pour les questions relatives aux questions environnementales et à la pollution du milieu intérieur en particulier (crème pour la peau, biberons en plastiques, travaux dans la chambre de l'enfant etc.). Cette période est ainsi apparue comme « favorable en termes de prévention » et représentant un « enjeu en termes de santé publique ».

Les sources d'information : de la perception profane à l'expertise scientifique

Concernant ces problématiques environnementales, la presse et les médias « grand public » constituaient des moyens d'information largement utilisés et appréciés même si des réserves, principalement liées aux difficultés de gestion de l'information, ont été soulevées : rapidité de diffusion, stratégies de dramatisation/d'euphémisation, société parfois « culpabilisatrice ». L'accès à ce type d'information ne relevait ainsi pas d'une recherche spécifique, mais constituait une démarche « passive », correspondant au « bruit scientifique ». La presse scientifique est restée une référence pour les professionnels de la santé, notamment en cas de recherche « active » sur une question de santé. Cependant, les médecins gardaient un esprit critique vis-à-vis de ce type d'information, au vu des progrès scientifiques et de l'évolution des connaissances dans le temps.

Le rôle du médecin en santé environnementale

Les médecins (pédiatres, obstétriciens ou généralistes) ont été décrits comme les principaux acteurs de prévention en santé environnementale. Le manque d'experts en santé environnementale les plaçait au cœur du système de prévention. Cependant plusieurs difficultés telles que le faible nombre de visites à domicile, le manque de moyens « d'évaluation du risque » et une prévention déjà « lourde » à réaliser à cette période limitaient inévitablement le champ d'action et nourrissaient un sentiment d'impuissance. Les principales attentes concernaient le relais de leur action par des référents scientifiques, des travailleurs sociaux ou par les médias, favorisant ainsi l'éducation éco-citoyenne. Renforcer la formation professionnelle médicale ainsi que l'accessibilité à une « information scientifique pratique » ont également été citées comme indispensables. La mise en place de la prévention s'est révélée dépendante de facteurs d'acceptabilité des risques propres au médecin, aux parents et d'ordre organisationnel. Les facteurs liés aux médecins étaient les croyances et les expériences professionnelles ou personnelles. Les facteurs liés aux parents étaient le profil de personnalité « bio » ou « anxieux » ainsi que les conditions socio-économiques (favorisant l'exposition à une pollution de l'air intérieur et limitant les actions requises d'amélioration de l'habitat). Enfin, le temps nécessaire et la nécessité d'une priorité dans les messages de prévention étaient les facteurs limitants d'ordre organisationnel. Du « sentiment de danger » à « l'action de prévention », la confrontation des opinions aux attitudes a parfois mis en relief des diver-

gences entre les conduites des médecins en tant que « citoyen » et en tant que « professionnel de santé ». Certains médecins nécessitaient d'être « convaincus » eux-mêmes des effets potentiels d'une pollution avant d'entamer le dialogue avec leurs patientes. D'autres au contraire dissociaient leurs convictions et transmettaient des messages de prévention dès lors qu'une suspicion sur un polluant était évoquée. Les modalités concrètes de mise en place de la prévention au cabinet médical ont enfin été débattues : une information disponible « en salle d'attente » ou bien abordée « en consultation » ; une prévention « individuelle » à la demande des patients ou bien « généralisée ». Le lieu de délivrance de l'information a été un des thèmes abordés. De manière générale, les médecins interrogés ont été confortés par l'absence de personnalisation de la salle d'attente mais ont souligné le risque important de rater la cible : les patients exposés à une pollution importante de l'habitat pouvaient être moins favorisés socialement et moins enclins à lire les guides de prévention dédiés en salle d'attente. Ils prônaient le caractère interactif et bénéfique de la consultation dans le bureau. Une prévention dans le cabinet de consultation pouvait être délivrée « individuellement », à la demande des parents, ou bien être « généralisée » envers une population ciblée. Pour conclure, les médecins généralistes partageaient l'idée d'appliquer le paradigme d'un principe de précaution raisonné. En effet, ils ont affiché leur volonté de faire preuve de pragmatisme et de bon sens.

Discussion

Synthèse des résultats

La périnatalité représente un enjeu sanitaire particulier et un moment de sensibilisation privilégié. Les représentations du risque pour la santé du nourrisson et du fœtus sont bien connues pour des toxiques communément admis. Pour les expositions environnementales de découverte plus récentes, ces représentations sont dépendantes du savoir, des croyances et des expériences propres au médecin. Les médias et la presse médicale sont apparus comme les principales sources d'information. Le médecin généraliste s'approprie un nouveau rôle dans le domaine de la santé environnementale tout en mesurant ses forces et ses limites. Les pédiatres et obstétriciens sont également des interlocuteurs de premier recours pour les jeunes parents. La mise en place d'une prévention au cabinet dépend ensuite de plusieurs facteurs propres au médecin, mais également de facteurs liés aux parents et à l'organisation. Une meilleure appropriation du risque au cabinet de consultation nécessite des réflexions

complémentaires accompagnées d'actions pratiques de la part des autorités et ses sociétés savantes.

Forces et limites de l'étude

À notre connaissance, il n'existe pas d'études ayant exploré les représentations de médecins généralistes sur la pollution du milieu intérieur de la femme enceinte et du nourrisson. La diversité des médecins généralistes a été propice aux échanges fructueux en particulier concernant les différences d'âge, de mode et lieu d'exercice, des expériences personnelles ou professionnelles. Bien que les résultats de cette étude aient été riches, l'extrapolation, propre aux méthodes quantitatives, n'est pas autorisée. Dans le déroulement des entretiens, deux effets limitant ont été observés : d'une part, un « leader d'opinion » [38] se démarquait parfois dans chaque focus group et était alors contenu par le modérateur ; d'autre part, 2 médecins généralistes d'un même focus group sont partis 20 minutes avant la fin de la séance, sans incidence sur la dynamique engagée (6 médecins ont continué à débattre après leur départ). Un autre effet limitant était celui du « bien paraître » ou de répondre à de prétendues attentes : la « désirabilité sociale » était un aspect difficile à éviter [53]. Il se peut que les participants aient répondu parfois à ce qui était attendu et pas à leurs croyances ou convictions personnelles. Cette limite est cependant partiellement prise en compte par le principe des focus groups, propice aux débats entre participants.

Comparaison avec les données de la littérature

D'autres travaux qualitatifs portant sur les perceptions ou les représentations d'un risque sanitaire tels que la pollution atmosphérique ou la pollution liée aux déchets et à l'incinération auprès de médecins [54-58] ont obtenu des résultats proches des nôtres. Comme dans notre étude : Medina P et al [54], Attané et al [55] et Lhuillier et al [56] ont souligné la difficulté d'établir un lien sûr entre les pathologies et les nouveaux facteurs environnementaux et donc d'évaluer l'impact concret sur la santé. Globalement, les médecins étaient peu informés sur le risque sanitaire en question. Les moyens d'information les plus courants que sont les médias ou la presse grand public étaient considérés par les médecins comme peu fiables et responsables de biais dans la perception du risque sanitaire. Les informations scientifiques étaient alors les seules données légitimes pour les médecins même si ceux-ci reconnaissaient qu'elles étaient indisponibles ou parfois controversées. Ces résultats similaires ont aussi été retrouvés dans l'étude menée par Antson et al [57]. De plus, le manque de formation professionnelle

a souvent été mis en évidence notamment par Rotily et al [59] dans leur étude quantitative.

Perspectives

Selon Gaudreau, « Prendre en compte les représentations sociales dans l'élaboration d'interventions éducatives favoriserait le développement de conduite de santé mieux intégrée (...) » [60]. Notre étude pourrait ainsi contribuer à l'élaboration de stratégies de recherche et de campagne d'éducation sanitaire [52, 61]. Une priorité reste le développement de la recherche pour réduire les incertitudes et aboutir à des réglementations, en utilisant par exemple les publications de l'AFSSET sur les valeurs guides complémentaires de l'air intérieur pour le benzène ; ou les résultats d'une campagne de mesure de la qualité de l'air intérieur lancée dans 300 crèches et écoles à partir de septembre 2009. Une évaluation plus précise des effets pour la santé des femmes enceintes et des nourrissons contribuerait à une meilleure gestion du risque. L'autre priorité de la prévention en santé environnementale est de réduire les inégalités sociales face au risque. Les populations les plus défavorisées sont davantage concernées par la problématique environnementale [33]. Harmoniser les discours, renforcer la formation médicale des médecins peu sensibilisés, durant leurs études et développer des réseaux ou des dispositifs de vigilance environnementale pourrait devenir indispensable. Les conseillers médicaux en environnement intérieur, relativement peu connus, apportent une aide précieuse [62-65] mais leur couverture territoriale reste insuffisante. Le critère économique est certainement un facteur limitatif de leurs actions. Des outils appropriés à la pratique de la médecine de ville devraient être diffusés à l'ensemble des médecins pour faciliter les dépistages ou les diagnostics. Enfin, il faudrait privilégier l'exercice de la médecine préventive dans le système de soins en valorisant la visite à domicile, et dispenser une éducation éco-citoyenne pour cultiver la culture de l'environnement [33,66]. Toutes ces propositions ont pour but d'aider le médecin généraliste à investir son rôle tant attendu en matière de santé environnementale.

Bibliographie:

1. ZEGHNOUN A, DOR F, KIRCHNER S, GREGOIRE A, LUCAS JP. Estimation du temps passé à l'intérieur du logement de la population française. Groupe de travail « Exploitation des données » de l'OQAI. Nov 2008.
2. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC). Quelques opinions et aspirations en matière de logement. Juil 2008.
3. Observatoire Régionale de la Santé Ile-de-France (ORS IDF). Host S, Lefranc A, Camard JP, Chardon B, Grémy I et al. Pollution de l'air intérieur: Etat des connaissances concernant les effets sanitaires. Oct 2005.
4. Observatoire Régionale de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA). Tableau de bord régional santé environnement. L'environnement domestique: l'habitat. 2004.
5. RAW GJ, COWARD SK, BROWN VM, CRUMP DR. Exposure to air pollutants in English homes. *J Expo Anal Environ Epidemiol*. 2004; 14 Suppl 1: S85-94.
6. Observatoire de la Qualité de l'air intérieur (OQAI). Campagne Nationale Logements. Etat de la qualité de l'air dans les logements français. Rapport final. Nov 2006. <http://www.air-interieur.org/oqai.aspx?idarchitecture=26&Country>
7. GUERBET M. La pollution de l'air intérieur: un risque chimique spécifique. *Le concours médical*. Mai 2010; 132(09):367-8.
8. VIEGI G, SIMONI M, SCOGNAMIGLIO A, BALDACCI S, PISTELLI F, et al. Indoor air pollution and airway disease. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004 Dec; 8(12):1401-15.
9. Rapport OMS. Genève. Près du quart de toutes les maladies sont dues à une exposition environnementale. 2006. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/fr/index.html>
10. JANSON C. The effect of passive smoking on respiratory health in children and adults. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004 May; 8(5):510-6.
11. BILLIONNET C, GAY E, KIRCHNER S, LEYNAERT B, ANNESI-MAESANO I. Quantitative assessments of indoor air pollution and respiratory health in a population-based sample of French dwellings. *Environ Res*. 2011 Apr; 111(3):425-34.
12. Clearing the Air: Asthma and Indoor Air Exposures, Institute of Medicine, 2000. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9610
13. CASSET A, MARCHAND C, PUROHIT A, LE CALVE S, URING-LAMBERT B, et al. Inhaled formaldehyde exposure: effect on bronchial response to mite allergen in sensitized asthma patients. *Allergy*. 2006; 61(11): 1344-1350.
14. KRZYZANOWSKI M, QUACKENBOSS JJ, LEBOWITZ MD. Chronic respiratory effects of indoor formaldehyde exposure. *Environ Res*. 1990; 52(2): 117-125.
15. NORBÄCK D, BJÖRNSSON E, JANSON C, WIDSTRÖM J, BOMAN G. Asthmatic symptoms and volatile organic compounds, formaldehyde, and carbon dioxide in dwellings. *Occup Environ Med*. 1995; 52(6): 388-395.
16. ARIF AA, SHAH SM. Association between personal exposure to volatile organic compounds and asthma among US adult population. *Int Arch Occup Environ Health*. 2007; 80(8): 711-719.
17. PAPPAS GP, HERBERT RJ, HENDERSON W, KOENIG J, STOVER B, et al. The respiratory effects of volatile organic compounds. *Int J Occup Environ Health*. 2000; 6(1): 1-8.
18. BEACH JR, RAVEN J, INGRAM C, BAILEY M, JOHNS D, et al. The effects on asthmatics of exposure to a conventional water-based and a volatile organic compound-free paint. *Eur Respir J*. 1997; 10(3): 563-566.
19. WIESLANDER G, NORBÄCK D, BJÖRNSSON E, JANSON C, BOMAN G. Asthma and the indoor environment: the significance of emission of formaldehyde and volatile organic compounds from newly painted indoor surfaces. *Int Arch Occup Environ Health*. 1997; 69(2): 115-124.
20. ZOCK JP, PLANA E, JARVIS D, ANTÓ JM, KROMHOUT H, et al. The use of household cleaning sprays and adult asthma: an international longitudinal study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176(8): 735-741.
21. European Environment Agency, WHO Regional Office for Europe. Children's health and environment: a review of evidence. 2002.

22. Third WHO international conference on children's health and the environment. 2009.
23. RUMCHEV KB, SPICKETT JT, BULSARA MK, PHILLIPS MR, STICK SM. Domestic exposure to formaldehyde significantly increases the risk of asthma in young children. *Eur Respir J*. 2002 Aug; 20(2):403-8.
24. HUANG P, KUO P, CHOU Y, LIN S, LEE C. Association between prenatal exposure to phthalates and the health of newborns. *Environ Int*. 2009 Jan; 35(1):14-20.
25. KOLOSSA-GEHRING M, BECKER K, CONRAD A, LÜDECKE A, RIEDEL S, SEIWERT M, et al. German Environmental Survey for Children (GerES IV)--first results.
26. MENDELL MJ. Indoor residential chemical emissions as risk factors for respiratory and allergic effects in children: a review. *Indoor Air*. 2007 Aug; 17(4):259-77.
27. ENGEL SM, MIODOVNIK A, CANFIELD RL, ZHU C, SILVA MJ, et al. Prenatal phthalate exposure is associated with childhood behavior and executive functioning. *Environ Health Perspect*. 2010 Apr; 118(4):565-71.
28. LATINI G, DE FELICE C, PRESTA G, DEL VECCHIO A, Paris I et al. In utero exposure to di-(2-ethylhexyl) phthalate and duration of human pregnancy. *Environ Health Perspect*. 2003 Nov; 111(14):1783-5.
29. MATSUI EC, HANSEL NN, MCCORMACK MC, RUSHER R, BREYSSE PN, et al. Asthma in the inner city and the indoor environment. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2008; 28(3): 665-686.
30. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). *Baromètre santé environnement 2007*.
31. Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN). *La perception des risques et de la sécurité par les Français. Baromètre 2009*.
32. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Dress). Scheidegger S, Vilain A. *Disparités sociales et surveillance de grossesse. Etudes et résultats. Jan 2007, n° 552*
33. HALIMI P. Médecin généraliste : bien placé pour observer la pollution à domicile. *Le concours médical*. Mai 2010; 132(09):378.
34. JONCKEER P. La place du médecin généraliste en santé-environnement. *Education du patient et enjeux de santé*. 2002; 21(4):114-3.
35. LEDRANS M, BRETIN P, GOURIER-FRÉRY C, LECOFFRE C, LE MOAL J et al. Surveillance et information sur les risques environnementaux: le rôle du praticien. *La revue du praticien*. 2005; 55: 2016-24.
36. PAULUIS J. Rôle du médecin généraliste dans les maladies liées à l'environnement. *Louvain médical*. 2007.
37. 10^e conférence internationale sur les représentations sociales. *Représentations, transmission des savoirs et transformations sociales*. Juil 2010 : <http://www.10cirs.org/>
38. WOOD M. Focus Group Interview in Family Practice Research: Implementing a qualitative research method. *Can Fam Physician*. 1992 Dec; 38: 2821-7.
39. MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L, LE GOAZIOU MF, LABARÈRE J, et al. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du Praticien. Médecine générale*. Mar 2004; 18(645):382-4.
40. WONG L. Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J*. 2008 Mar; 49(3):256-60.
41. HENNEBO N. *Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1. 2009*.
42. KITZINGER J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995 Jul; 311(7000):299-302.
43. KLEIN D, WILD T, CAVE A. Understanding why adolescents decide to visit family physicians: qualitative study. *Can Fam Physician*. 2005 Dec; 51: 1660-1.
44. COOPER S, ENDACOTT R, CHAPMAN Y. Qualitative research: specific designs for qualitative research in emergency care? *Emerg Med J*. 2009 Nov; 26(11):773-6.
45. TSE L, HALL W. A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention. *Child Care Health Dev*. 2008 Mar; 34(2):162-72.
46. LETRILLIART L, BOURGEOIS I, VEGA A, CITTÉE J, LUTSMAN M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie d'« Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer*. 2009; 20(87):74-9.

47. GUILLEMETTE F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? Recherches qualitatives. 2006; 26(1): 32-50.
48. AUGER-AUBIN I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ AM, IMBERT P et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 19(84):142-5.
49. DE ALLEGRI M, SARKER M, HOFMANN J, SANON M, BÖHLER T. À qualitative investigation into knowledge, beliefs, and practices surrounding mastitis in sub-Saharan Africa: what implications for vertical transmission of HIV? BMC Public Health. 2007; 7:22.
50. HENDRY M, WILLIAMS N, MARKLAND D, WILKINSON C, MADDISON P. Why should we exercise when our knees hurt? A qualitative study of primary care patients with osteoarthritis of the knee. Fam Pract. 2006 Oct; 23(5):558-67.
51. PATTON MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. Health Serv Res. 1999 Dec; 34(5 Pt 2): 1189-208.
52. BARIBEAU C. Analyse des données des entretiens de groupe. Recherches qualitatives. 2009; 28(1):133-48.
53. LACOURSE V. Le rapport des femmes à la santé et à l'environnement dans la région du lac Saint-Pierre: vers une éducation relative à la santé environnementale dans une perspective écoféministe. Montréal: Université du Québec. Août 2008.
54. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes (ORS Rhône-Alpes). Enquête sur les connaissances, perceptions et attentes des élus, médecins généralistes et établissements scolaires sur la pollution de l'air en Isère. Phase 1, Etude qualitative. Medina P, Fontaine D. Mai 2006.
55. ATTANÉ A, BOUCHAYER F, LANGEWIESCHE K, MATTEI JC. Perception des risques environnementaux (Marseille et alentours). Étude exploratoire en sciences sociales, auprès des médecins et dans la presse. Juil 2005.
56. LHUILIER D, COCHIN Y. Déchets et santé. Représentations des risques sanitaires liés aux déchets et à leurs modes de traitements. Synthèse du rapport final. Université Paris 7. Oct 1999.
57. ANTON A, DAUCHE F, DESBROSSE A, EBENER S, FLINOIS E et al. École nationale de la santé publique. Le professionnel de santé publique face à la perception des populations du risque sanitaire lié à l'environnement. 2007.
58. LEVY J. Evaluation des connaissances et attitudes du médecin généraliste au sein d'une problématique environnementale: la pollution atmosphérique par la méthode des « focus group » dans 3 secteurs Est Parisiens: Paris 19^e, proche banlieue et grande banlieue. Université Pierre et Marie Curie. Déc 2004.
59. ROTILYM, TRÉMOLIÈRES L, ARMENGAUD A, CHARPIN D. Connaissances, opinions et attitudes des médecins face à la pollution atmosphérique dans les Bouches du Rhône. Rev Mal Respir. 1999; 16: 575-584.
60. GAUDREAU L. Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé. Représentations sociales et éducation. Montréal: Éditions Nouvelles. 2000; 143-164.
61. LOBDELL D, GILBOA S, MENDOLA P, HESSE B. Use of focus groups for the environmental health researcher. J Environ Health. 2005 May; 67(9):36-42.
62. CHARPIN-KADOUCHE C, MOUCHE JM, QUÉRALT J, ERCOLI J, HUGUES B et al. Le Conseil Habitat-Santé dans la prise en charge des maladies allergiques respiratoires. Rev Mal Respir. 2008; 25: 821-7.
63. DE BLAY F, LIEUTIER-COLAS F. La chambre de l'allergique. La revue du Praticien. Médecine générale. Jan 2004; 18(637/638):53-4.
64. OTT M, DE BLAY F. L'éviction des allergènes: les services des conseillers médicaux en environnement intérieur. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique. Jan 2006; 46: 330-1.
65. MORGAN WJ, CRAIN EF, GRUCHALLA RS, O'CONNOR GT, KATTAN M, et al. Results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. N Engl J Med. 2004 Sep; 351(11):1068-80.
66. FROMENT-VÉDRINE M, propos recueillis par Maillard C. Vigilance environnementale. Les médecins bientôt mis à contribution. Le concours médical. Juin 2007; 129(23/24):740-3.

Tableau 1. Caractéristiques des participants

Caractéristiques	m ± sd [étendue] ou % (n)
SEXE	
Masculin	42 % (13)
Féminin	58 % (18)
AGE (ans)	41,4 ± 12.7 [27-63]
PARENTS	
Oui	55 % (17)
Oui, jeunes enfants < 6 ans	23 % (7)
ACHATS « Bio »	77 % (24)
TABAGISME	
Actif	6 % (2)
Sevré	19 % (6)
Non	75 % (23)
ZONE D'HABITAT	
Urbain	84 % (26)
½ Rural	13 % (4)
Rural	3 % (1)
EXERCICE ACTUEL	
Privé	74 % (23)
Public (PMI / planning)	26 % (8)
ZONE D'EXERCICE*	
Urbain	97 % (30)
½ Rural	6 % (2)
Rural	6 % (2)
STATUT PROFESSIONNEL	
Remplaçants	39 % (12)
Poste Fixe ou installés	61 % (19)
Enseignants	13 % (4)
ABONNEMENT REVUES	90 % (28)
FMC	90 % (28)
PRESCRIPTION HOMEOPATHIE	35 % (11)

*2 remplaçants avaient une activité mixte en zone urbaine, semi-rurale et/ ou rurale

Tableau 2. Thème I. La périnatalité: entre vulnérabilité et moment privilégié de sensibilisation

CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES	UMS
A Moment de vie vulnérable	A1 Relation mère-enfant	ENVIRONNEMENT PSYCHO-SOCIO-AFFECTIF « L'environnement intérieur: on peut aussi le voir comme la situation psychique de la maman quand elle est enceinte et quand elle vient d'avoir son bébé. C'est-à-dire le contexte par rapport à son travail, ses relations avec son conjoint. Est-ce que cet enfant était attendu ou pas? C'est tout le contexte dans lequel arrive cet enfant ».
		ENVIRONNEMENT SENSORIEL « Quand je pense à l'environnement: je pense à tout ce qui est de plus proche à son contact, au contact de sa peau, de ses oreilles, de ce qu'il boit, de tout ce qu'il peut mettre effectivement dans sa bouche. Ses vêtements, les couches, le bain, ce avec quoi on va l'habiller. Après pour la femme enceinte et son environnement, c'est comme un oignon: les premières couches, les vêtements, le contact physique, ce qu'elle va manger, ce qu'elle va respirer: l'air, le tabac, les parfums ».
	A2 Lieux de vies	COCON FRAGILE « Cela me fait penser à la sécurité ». « Le logement social: c'est un facteur social, c'est aussi un facteur environnemental ».
		SOURCES ET EFFETS: SAVOIR SCIENTIFIQUE ET SAVOIR POPULAIRE « Je mettrais toutes les toxicomanies en première ligne, tabac, alcool mais il y a aussi le haschich et compagnie, qui sont beaucoup plus consommés qu'on ne l'imagine notamment chez les jeunes. La cocaïne est quand même extrêmement consommée, je ne suis pas sûr que les femmes ne consomment pas, même enceinte, surtout dans les milieux parisiens un peu branchés. En 2: je mettrais tous les produits types: peinture, colles, aérosols; je pense qu'il y a quand même du progrès à faire. En 3: je me méfie beaucoup de tout ce qui est cosmétologie, tout ce qui est crème, tous les produits pour la peau qu'on tartine à longueur de journée. Je suis très méfiant de tout ça, ce n'est pas très scientifique comme remarque mais c'est une opinion personnelle ».
B Un moment privilégié de sensibilisation		HIERARCHISATION DIFFICILE « On ne sait pas où se trouve la substance toxique (...), on ne connaît pas la durée d'exposition, ni le délai d'exposition ». « Identifier la molécule nuisible... car tout dégage des molécules, après quelle est la molécule à identifier? »
		« J'ai fini par m'y intéresser parce que la femme enceinte a une prise de conscience par rapport à ça, au moment où elle tombe enceinte. Elle réalise tout ce qu'elle doit ingérer, elle a un bébé dans son ventre et se pose beaucoup plus de questions, elle ne s'est jamais posée le problème de sa couleur de cheveux avant. Si c'est mauvais pour le bébé, c'est peut-être mauvais pour elle, mais ça n'a jamais été un problème auparavant. Quand elle est enceinte: ça devient un problème ». « C'est un moment crucial, je pense que c'est un moment où les informations sont reçues et dix fois mieux en plus ». « On est plus sensibilisé quand on est une femme enceinte ».

Tableau 3. Thème II. Les sources d'information : de la perception profane à l'expertise scientifique

CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES	UMS
A Presse et médias grand public	A1 Information « grand public »	« Je lis ça plus pour savoir ce que lisent les gens, et puis aussi parce que cela fait partie du bruit scientifique qu'on a continuellement. Par contre, je ne mets pas ça sur le même plan, par rapport à ce que je lis pour apprendre : des « bouquins », la revue du Prat, ou des sites Internet quand je me pose des questions ».
	A2 Difficulté de gestion de l'information	« Cela me fait penser à la rapidité de l'information. En fait, je crois que cela va à une vitesse, même pour nous, on est quand même des citoyens lambda aussi bien que des médecins, on est les deux à la fois ». « Pour ces biberons : on a commencé à faire une campagne de presse terrible en disant : tous les bébés vont mourir ! » « Je sais qu'il n'y a pas de données scientifiques encore mais on ne se donne pas les moyens. On sait bien qu'il y a un « lobbying » industriel monstrueux qui fait que les choses n'avancent pas et particulièrement en France quand même. D'autres pays ont interdit des substances toujours utilisées en France. Par exemple : dans tous les produits d'entretien, je sais qu'il y a des choses qui existent en France et qui n'existent pas dans d'autres pays comme en Allemagne ». « Elles se sentent à 100 % responsables de ce qui peut arriver à leur bébé, peut-être que c'est des clichés : une pression de la société : tu es enceinte, ne bouge pas, ne fais pas d'efforts sinon pour le bébé... ».
B Les revues médicales spécialisées	B1 Information scientifique	« Oui, une brochure de l'INPES qui est sortie sur les pollutions domestiques qui explique en 3/4 volets. C'est assez pratique parce que la conclusion est assez simple : bien ventiler la maison, ouvrir tous les matins la fenêtre des chambres. On peut énormément limiter les risques ». « Il y a un site Internet que j'utilise beaucoup pour prescrire des médicaments chez la femme enceinte : c'est le CRAT. Le centre de référence des agents tératogènes qui est extrêmement pratique. Cela permet d'avoir la réponse un peu officielle scientifique sur ce qu'on peut prescrire ». « C'est un peu le reflet de ce qu'il se passe ce soir ici pour la grippe. Il y a tellement d'informations dans tous les sens qu'on a déjà, nous, du mal à avoir les vraies sources d'information enfin les sources d'information fiables. La grippe c'est vraiment l'exemple typique, on patauge tous, on a un mal fou à trouver les bonnes informations ». « J'ai dû taper la référence sur Pubmed, puis j'ai regardé l'abstract sans recherche intégrale, juste l'abstract, déjà on a une bonne idée en regardant les abstracts sauf si vraiment on voit des différences. C'est la seule fois où j'ai fait la démarche active de regarder ».
C Controverses scientifiques et évolution des connaissances		« J'ai quand même mis pas mal de temps à comprendre qu'un de mes enfants faisait de l'asthme. Je me souviens à l'époque, on leur donnait du Toplexil® à ces gamins qui toussaient la nuit. Il y avait des théories physiopathologiques sur la rhinopharyngite qui serrait la gorge, qui faisait tousser et des tas de choses, mais on ne pensait pas à l'asthme. Effectivement, on a progressé au niveau des connaissances des risques et des symptômes ».

Tableau 4. Thème III. Le rôle du médecin généraliste en santé environnementale

CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES	UMS
A Acteur de prévention générale	A1 Forces	« Oui, c'est clair, c'est notre boulot. C'est l'essence de notre boulot car les patients ne vont pas aller voir des environnementalistes pour parler de ça. Il faut que ce soit nous qui en parlions parce que nous sommes au contact des personnes ».
	A2 Limites	« La prévention, je suis très convaincu qu'on en fait beaucoup mais j'ai beaucoup de doutes sur notre efficacité. On est toujours là à donner des tas de conseils dans tous les sens mais je ne suis pas sûr qu'on soit très percutant... ».
	A3 Attentes	« Cela renvoie à un problème qui devient de plus en plus criant en médecine c'est-à-dire une non formation sur les risques environnementaux ». « Il faut que les informations soient plus percutantes parce que là c'est de l'ordre du vague ». « Ce qui compte aussi c'est qu'on ait des systèmes, enfin des références et que l'on puisse trouver des références scientifiques qui nous apportent des réponses ».
B Facteurs influençant la mise en place de la prévention	B1 Facteurs liés au médecin	« Instinctivement, l'odeur nauséabonde de peinture semble plus nocive qu'une peinture sans odeur ». « Je trouve qu'il y a vraiment une prise de conscience de la part des patientes parce que j'ai vraiment été sollicité par énormément de questions sur la pollution intérieure. Moi quand j'ai commencé la médecine, on n'en parlait pas du tout. Je me suis dit qu'il faut quand même que je m'intéresse à la question ».
	B2 Facteurs liés aux parents	« Je pense qu'il sélectionne obligatoirement les patients pour une prévention ».
	B3 Facteurs liés à l'organisation	« Je pense qu'il faut aussi un peu prioriser les choses. C'est vrai que si on a une femme qui est fumeuse et qui n'arrive pas à arrêter de fumer, je crois qu'il faut parler du tabac point ». « On manque de temps, on le dit tous les jours. Je pense qu'on est dans des actes techniques et de prescriptions, dans des rituels de vérifications obligatoires. Je pense qu'on passe certainement à côté de pas mal de questions environnementales au sens large ».
C Mode de mise en place de la prévention	C1 Les premiers acteurs concernés : le professionnel de santé et le citoyen	« Il faut quand même être convaincu de ce qu'on dit et des préconisations qu'on va édicter ». « On est un peu obligé de croire ce qu'on lit et répéter la bonne parole ». « Ce sont des inquiétudes de mamans mais pas des inquiétudes de médecins... Je n'ai pas encore la preuve qu'il y ait réellement une incidence entre telle et telle chose. Donc scientifiquement, je ne peux pas me prononcer. Peut-être que j'ai tord ».
	C2 Au cabinet médical	« Pour une femme enceinte, tu ne peux que faire, à mon avis qu'une prévention adaptée. Tu ne vas pas parler de tout à la fois », « Je trouve ça gênant de donner des conseils à certaines patientes et pas à d'autres. Je veux dire que si on estime qu'il y a un risque, à ce moment-là, le risque est le même pour tout le monde(...) »
	C3 Vers un nouveau paradigme médical : un principe de précaution raisonné	« Le principe de précaution est tellement important, je pense qu'il faut rassurer. Les gens sont tellement anxieux, on passe plus de temps à rassurer les jeunes mamans que d'alerter ». « On essaye d'appliquer le principe de précaution quand on ne sait pas ». « Arrêter de vous angoisser, aérer simplement chez vous. C'est du bon sens et c'est bien de le faire ».

Tableau 5. Sources et effets de la pollution intérieure: entre savoir scientifique et savoir populaire

SAVOIR	SOURCES	EFFETS	
Savoir scientifique	En pratique	<i>Tabagisme actif / passif</i>	<i>Pathologies respiratoires / ORL / obstétriques : bronchiolite, asthme, rhinopharyngite, trouble de la croissance, prématurité ppréprématurité...</i>
		<i>alcoolisme</i>	<i>Syndrome d'alcoolisation fœtale</i>
		<i>plomb</i>	<i>Saturnisme</i>
		<i>malnutrition</i>	<i>Pathologie cardio-vasculaires / métaboliques : diabète, hypertension artérielle, pré-éclampsie, obésité</i>
		<i>animaux domestiques / peluches / moquette / poussière / plantes / insalubrité</i>	<i>Allergies cutané-respiratoires</i>
		<i>intoxications médicamenteuses</i>	<i>Accidents domestiques</i>
		<i>carence affective</i>	<i>Trouble du développement psychomoteur</i>
	En théorie	<i>chauffage inadapté</i>	<i>Intoxication au monoxyde de carbone</i>
		<i>Radon</i>	<i>Pathologies pulmonaires</i>
		<i>distillène</i>	<i>Complications gynéco-obstétriques / cancer</i>
		<i>carence en vitamine B12</i>	<i>Retard mental</i>
Savoir populaire	En pratique	<i>Parabens, phtalates et produits de cosmétologie : crèmes, sprays, parfums, désodorisants</i>	<i>Allergies cutané-respiratoires</i>
		<i>cOV, solvants et produits de bricolage, de décoration et d'entretien</i>	<i>Pathologies respiratoires / ORL</i>
		<i>traitement anxiolytique durant la grossesse</i>	<i>Troubles du comportement chez l'enfant</i>
	En théorie	<i>Solvants</i>	<i>Troubles de la croissance / Neuro-comportementaux non étiquetés</i>
		<i>pollution sonore</i>	<i>Presbyacousie</i>
		<i>bisphénol A</i>	<i>Troubles endocriniens</i>
		<i>colorants alimentaires</i>	<i>Hyperactivité</i>
		<i>téléphone portable, wifi, radiation d'écran</i>	<i>Tumeurs cérébrales</i>

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Q1. Que vous évoque l'expression « Environnement de la femme enceinte et du nourrisson » ?
Q2. D'après vous, quelles sont les sources de pollution intérieure pouvant avoir un impact sur la santé de la femme enceinte et du nourrisson ? Pouvez-vous donner une hiérarchisation de ces polluants en termes de risque pour la santé ?
Q3. Quelles pathologies en rapport avec l'environnement dans l'habitat chez la femme enceinte et le nourrisson pouvez-vous identifier ?
Q4. Quelles sont vos sources d'informations ? Quelle est votre expérience concernant la pollution intérieure chez les femmes enceintes et le nourrisson ?
Q5. Pensez-vous que le médecin généraliste puisse être utile en matière de santé environnementale auprès des jeunes ou futurs parents ?

Les Brèves des cahiers

Appauvrissement des jeunes

La part des aides sociales reçues par les jeunes s'est un peu réduite en trente ans. Ils se sont appauvris par rapport aux retraités. En 2011, un quart des 18-24 ans considéraient que l'on privilégiait les seniors au détriment des jeunes. France Stratégie dans une étude commandée par Matignon le constate : la part des dépenses de protection sociale affectée aux moins de 25 ans a baissé de 4 % du PIB à 3,6 % entre 1979 et 2011. Elle n'a donc pas décliné significativement sur trente ans. Qui plus est, en ajoutant les dépenses d'éducation, qui sont aussi une forme d'aide sociale à la nouvelle génération, la part des jeunes est stable autour de 8,6 %. En comparaison, les sommes versées aux plus de 60 ans ont explosé : en trente ans, leur part de dépenses est passée de 11 % à 17,2 % du PIB, alors que dans le même temps le « gâteau » de la protection sociale s'agrandissait de 23 % à 31 % du PIB. Cette évolution reflète le vieillissement de la population, avec moins de jeunes et plus de personnes très âgées et dépendantes. Alors que les prélèvements sociaux se sont alourdis sur les seniors et les actifs de 25-59 ans en trente ans, les jeunes s'en tirent plutôt mieux. Les retraités paient désormais la CSG, tandis que les moins de 25 ans rallongent leurs études... ou ne trouvent pas d'emploi. Résultat, le pic de contribution a reculé, de trente ans en 1979 à cinquante-cinq ans aujourd'hui. Une baisse des prélèvements d'autant moins réjouissante pour les jeunes que leur situation relative s'est dégradée. Leur taux de pauvreté, en 1996 deux fois supérieur à celui des retraités, est 2,5 fois plus élevé en 2012. Leur niveau de vie moyen n'atteint plus que 82 % de celui des plus de 60 ans contre 88 % en 2002.

Il sera difficile pour les jeunes et les actifs de contribuer davantage à la réduction des dépenses de retraites et de santé dans le PIB, estime l'organisme France Stratégie. L'étude vient toutefois nuancer l'idée selon laquelle les plus âgés seraient les seuls responsables de l'explosion des coûts.

La hausse est d'abord imputable à la démographie : « L'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom renforce la contribution des plus âgés au financement de la protection sociale, mais cette arrivée alimente en retour des dépenses de protection sociale sensiblement plus importantes », peut-on lire. Les jeunes ont aussi contribué à l'explosion des dépenses. Néanmoins, même si la dépense moyenne dont bénéficie un individu de plus de 60 ans est toujours nettement plus élevée que celle dont bénéficie un individu de moins de 25 ans, cette dépense rapportée au PIB par habitant a augmenté dans les deux cas au même rythme (+15 %) entre 1979 et 2011. Cette

croissance s'explique par la massification de l'enseignement supérieur et de l'allongement de la durée des études. Du côté des prélèvements, l'organisme relève que les actifs sont mis davantage à contribution que par le passé, tout comme les plus âgés qui le sont deux fois plus qu'il y a 20 ans du fait notamment de la CSG (contribution sociale généralisée) mise en place en 1991.

La répartition du patrimoine dans le monde selon le rapport du Crédit Suisse

Moins de 10 % de la population mondiale détient 83 % du patrimoine mondial, alors que 3 % vont à 70 % des habitants. L'Amérique du Nord et l'Europe en possèdent 65 %. Le patrimoine mondial total détenu par les habitants de la planète était estimé à 240 900 milliards de dollars en 2013, selon le **rapport Global Wealth Databook 2013**, soit une moyenne de 51 634 dollars par individu. Ce patrimoine est réparti de façon profondément inéquitable : 83,3 % sont détenus par seulement 8,4 % de la population dont le niveau de fortune est supérieur à 100 000 dollars. Les 1 % les plus fortunés contrôlèrent pas moins de 46 % du patrimoine mondial total. En revanche, ceux dont la valeur de leur patrimoine est inférieure à 10 000 dollars (68,7 % de la population mondiale) disposent seulement de 3 % de l'ensemble. Les 10 % les plus riches du monde détiennent 86 % de la richesse mondiale alors que la moitié de la population mondiale ne dispose que de 0,5 % de cette richesse. Tout en haut de l'échelle, les ultra-fortunés qui ne représentent qu'une petite frange de 0,7 % de la population, détiennent plus de 41 % du patrimoine mondial - soit 31,7 millions d'adultes, dont 30,3 millions ont un patrimoine compris entre 1 et 50 millions de dollars et 98 663 personnes dont la fortune est supérieure à 50 millions de dollars. À l'opposé, les 50 % des individus les moins fortunés détiennent à peine 1 % du patrimoine mondial. En réalité, près de la moitié des habitants de la planète ne possèdent tout simplement quasiment rien, ou des biens de valeur monétaire presque nulle : un habitat de fortune, quelques têtes de bétail, une voiture ancienne...

Répartition de la richesse dans le monde :

50 % les moins fortunés : 0.50 %

50 à 80 % les moins fortunés : 5.50 %

20 à 10 % les plus fortunés : 8.00 %

10 % les plus fortunés : 86.00 %

Une répartition géographique inéquitable

Le patrimoine mondial est inégalement réparti selon les régions. L'Amérique du Nord et l'Europe (1 milliard d'habitants) détiennent ensemble 64,4 % du patrimoine monétaire mondial (31,7 % pour l'Europe et 32,7 pour l'Amérique du Nord). Les populations d'Asie-Pacifique (1,7 milliard d'habitants), sans l'Inde et la Chine, en possèdent 20 %. La population chinoise (1,3 milliard d'habitants) détient 9,2 % de ce patrimoine, tandis que l'Inde (1,2 milliard d'habitants) en possède 1,5 %. L'Afrique (1,1 milliard d'habitants) ne dispose que de 1,1 % de la richesse mondiale.

La fortune médiane par adulte s'élève à 48 540 dollars en Amérique du Nord, 13 502 dollars en Europe, 3 248 dollars en Asie-Pacifique et 680 dollars en Afrique. Un écart de 1 à 70 entre les grandes régions du monde.

La santé des Français selon l'OCDE

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a publié le 4 novembre 2015 le panorama annuel de la santé parmi ses États membres. Grâce à de nombreux indicateurs, elle donne ainsi un portrait évolutif de l'état de santé dans 34 pays, dont la France.

Espérance de vie : 82,3 ans

C'est, en moyenne, l'espérance de vie d'un Français, la cinquième plus longue au sein des pays membres de l'OCDE après le Japon, l'Espagne, la Suisse et l'Italie. Les femmes vivent toujours plus longtemps, en moyenne, que les hommes : 85,6 ans contre 79 ans en France. Les Françaises ont ainsi la troisième plus grande longévité au sein de l'OCDE après les Japonaises et les Espagnoles. Ces chiffres sont globalement en augmentation continue. Mais pas au même rythme : peu à peu, l'espérance de vie des hommes se rapproche de celle de femmes. Ainsi, depuis 2000, les femmes ont « gagné » 2,6 ans en moyenne et les hommes, 3,7 ans.

Tabac : 24,1 % de fumeurs quotidiens

C'était, en 2013, la part de la population adulte (âgée de 15 ans et plus) qui fumait quotidiennement en France. Cette part diminue progressivement : elle était de 27 % en 2000. Sur ce point, la France est mal classée au sein de l'OCDE, figurant loin derrière la moyenne des États membres (19,7 %) et de la Suède, première au classement (10,7 %). Les fumeurs sont majoritairement des hommes (28,7 % d'entre eux fument contre 20,2 % des femmes). La baisse de la consommation est constatée chez les hommes comme chez les femmes, mais est plus importante chez les pre-

miers (-4,3 points depuis 2000) que chez les secondes (-0,8 point).

Alcool : 11,1 litres par habitant

Les Français figurent parmi les plus grands buveurs au sein de l'OCDE. Avec 11,1 litres d'alcool consommés par habitant en moyenne en 2013, ils figurent en quatrième position derrière les Autrichiens (12,2 l), les Estoniens (11,8 l) et les Tchèques (11,5 l), à égalité avec les Hongrois. Ce chiffre est toutefois en diminution constante. En 2000, chaque Français consommait en moyenne 13,8 litres d'alcool par an, soit une baisse de 2,7 litres en treize ans.

Obésité : 1 adulte sur 7

L'obésité (définie lorsque l'indice de masse corporelle est égal ou supérieur à 30) touchait un adulte sur 7 en France en 2012 (derniers chiffres disponibles à l'OCDE), soit 14,5 % de la population âgée de 15 ans et plus. La France est l'un des pays les moins touchés, loin derrière la Nouvelle-Zélande (29,9 %), les États-Unis (28,7 %) ou encore le Royaume-Uni (24,9 %). Ce chiffre est cependant en augmentation : l'obésité concernait un adulte français sur 9 en 2000. Concernant les personnes en surpoids (IMC située entre 25 et 30), la France est également moins concernée que ses voisins (29,9 % de la population adulte contre 37,2 % au Royaume-Uni, 36,7 % en Allemagne, 36,1 % en Espagne, 35,5 % en Italie...). Mais la tendance est elle aussi en augmentation depuis 2000 (27,2 % alors).

Reste à charge des dépenses de santé : 7 %

Les dépenses de santé payées par les patients eux-mêmes ont représenté environ 7 % des dépenses totales de santé en France en 2013, selon l'OCDE. C'est beaucoup moins que la moyenne de l'Organisation (20 %) grâce « à la Sécurité sociale et aux dispositifs de couvertures complémentaires ». Les dépenses médicales ont ainsi représenté en moyenne 1,4 % des dépenses des ménages en 2013, quand la moyenne de l'OCDE se situe à 2,8 % et que certaines populations paient davantage, comme les Suisses (4,5 %), les Grecs (4,1 %) ou encore les Portugais (3,9 %).

Récapitulatif des cadeaux fiscaux et sociaux octroyés aux entreprises :

Niches sociales (exonérations sociales patronales :	42,629 milliards
Suppression de la CS3 :	2 milliards
Extinction de la surtaxe d'impôt sur les sociétés :	2,5 milliards
CICE :	18 milliards
Total :	65,129 milliards
Déficit des comptes publics prévus en 2016 :	73,6 milliards

Sans commentaires!

Les notes de lecture

« Le deuxième âge de la machine – Travail et prospérité à l’heure de la révolution technologique »

d’Erik Brynjolfsson et Andrew McAfee
(Edition Odile Jacob) par M. Limousin

Il est des livres énervants mais qu’il faut bien lire. Celui-ci en est un. Brynjolfsson et McAfee sont des économistes américains. Ils dirigent le Center for Digital Business du prestigieux MIT, le Massachusetts Institute of Technology. Ce sont des néolibéraux sans complexes, ouvertement affichés. Très fiers même, puisque la dédicace de McAfee à ses parents dit que ses parents lui ont donné tous les atouts qu’il est possible de donner ! Il a de la chance... Le livre décrit l’évolution profonde que la révolution numérique est en train d’opérer dans le monde. La première révolution selon eux avait créé des machines qui ont remplacé l’homme dans les travaux physiques ; la seconde crée des machines qui pensent. À demi-mot : la fin du travail... et surtout du travailleur. Bien sûr, ils n’imaginent rien d’autre de possible en dehors de cet univers façonné par l’argent et l’individualisme. Non, ils assument comme on dit aujourd’hui. Ils décrivent pourtant la crise économique et sociale en toute lucidité ; l’exclusion de tous ces travailleurs privés d’emplois et devenus « inutiles » ; les retentissements sur la santé : par exemple ils signalent le recul de l’espérance de vie de cinq ans des femmes aux États-Unis depuis la dernière crise financière. Ils montrent l’enrichissement monstrueux de quelques-uns qu’ils appellent les stars et les superstars de l’économie. Mais tout ceci leur paraît inéluctable. Il y a un certain cynisme dans cet aspect du néolibéralisme puisqu’ils ne méconnaissent pas les problèmes du moment et tout particulièrement le creusement des inégalités de toutes sortes. Simplement ils décrivent sans concessions un monde fermé. Cette description au moins a un intérêt puisqu’elle est faite par des gens du système et non par de mauvais esprits comme nous. De ce point de vue leurs constatations rejoignent les nôtres.

Le deuxième intérêt du livre est qu’il décrit l’évolution de la technologie informatique et tous les impacts que celle-ci a et va avoir à court terme. Ils montrent que la connaissance en se diffusant perd de sa valeur marchande. Que les objets électroniques sophistiqués créés perdent aussi de la valeur. Et que les gens qui produisent des richesses se voient appauvris par

cette évolution déflationniste. La propriété intellectuelle disparaît. L’enseignement traditionnel disparaîtra. Seuls, dans leur analyse, se voient octroyer des richesses considérables les humains en position de monopole dans leur domaine. Ainsi expliquent-ils la richesse astronomique de certains footballeurs, de certains intellectuels médiatisés ou commerçants. Les autres sont voués à la déchéance. Les inégalités seraient créées par ces nouvelles technologies et la fatalité du progrès technique conduirait l’immense multitude des hommes à la pauvreté. Seuls s’en sortiraient ceux qui seront au bon endroit pour « assembler » ces nouvelles techniques (sans en être pour autant les découvreurs) ou ceux qui les « accapareront » selon leur belle expression. Ils soulignent bien que les grandes fortunes de l’informatique ne sont pas constituées par des personnes qui ont découvert quelque chose dans le domaine scientifique mais bien qui ont su regrouper dans des applications des pièces éparses déjà existantes : exemple Amazon qui assemble Internet, la carte bancaire, des moyens de transport rapides, la logistique robotisée et les effets de pression sur les prix d’achat auprès des fournisseurs. Google domine le monde sans qu’on sache vraiment comment il fait de l’argent, où il est localisé et qui sont les clients.

La numérisation entraîne une nouvelle répartition du travail, un tournant majeur dans la gestion des entreprises ; la bit-économie apparaît en dehors de toute régulation d’État. L’intelligence artificielle et l’abondance informatique touchent tous les secteurs – parfois sans qu’on le sache –. La croissance matérielle mesurée par le PIB perd de sa pertinence ; les actifs immatériels deviennent prédominants. La monnaie est remise en cause. La quantité de travail nécessaire pour créer les richesses devient moindre grâce à des gains extraordinaires de productivité. Faute de réorganisation des temps et des modes de travail, le chômage devient endémique et paraît aux auteurs irréductible. C’est un système où il y a des perdants et des gagnants, surtout des perdants.

Pas une seconde, ils n'envisagent qu'un autre monde soit possible; que ce n'est pas la technique qui justifie le capitalisme mais que c'est le modèle capitaliste qui accapare les progrès de toutes sortes au risque d'en assécher la source. Bien sûr, ils énoncent quelques propositions « humanistes » ou « humanitaires » mais rien de fondamental. Le monde est bouclé et la numérisation sera la nouvelle forme d'aliénation. Tâchez d'être au bon endroit!

« Guide Soins et accompagnement des migrants/ étrangers en situation précaire »

(Edition 2015) par M. Benoît Hervieu-Léger, Chargé de communication,
Comede - Comité pour la santé des exilés

Depuis sa fondation, en 1979, le Comité pour la santé des exilés (Comede) s'empare au quotidien des questions d'ordre social, juridique, psychologique et médical qui affectent la vie des personnes exilées, que l'actualité fait resurgir dans le débat public. Dans le but de soutenir au plus près l'action des professionnels investis auprès des populations concernées, le Comede édite depuis 2003 son Guide Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire, réalisé avec le concours de la Direction générale de la santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). L'ouvrage fait aujourd'hui l'objet d'une quatrième réédition, tirée à 40 000 exemplaires.

Cette nouvelle édition du Guide a donné lieu à une présentation officielle le 21 octobre 2015 au siège du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, en présence du Pr Benoît Vallet, Directeur général de la santé, du Pr François Bourdillon, Directeur général de l'Inpes, du Pr Didier Fassin, Président du Comede, du Dr Pascal Revault, Directeur opérationnel du Comede et de plusieurs contributrices. Au cours de la discussion (cf. [article](#) publié dans Le Quotidien du Médecin), le Pr Fassin a relevé les entraves posées à l'accès aux soins des personnes exilées, en particulier à travers l'actuelle remise en cause de l'aide médicale d'État (AME). Le Dr Revault a, quant à lui, insisté sur le manque de connaissance des dispositifs existants parmi les professionnels concernés. Il a, par ailleurs, souligné la situation de vulnérabilité accrue dans un tel contexte de certaines populations comme les mineurs isolés étrangers, déclarés majeurs après des tests osseux et sous-informés des possibilités de recours devant la justice.

Élaboré à partir de l'expérience quotidienne des intervenants du Comede, salariés et bénévoles, le Guide comprend 19 chapitres et 70 articles répartis en quatre grands volets: Repères, Droits et soutien, Accès aux soins, Soins et prévention). Il explicite notamment les dispositifs d'accès aux soins, aux droits et à la prévention qu'appellent les problèmes de santé les plus fréquents chez les personnes exilées. Nourri

de références, de coordonnées et de conseils pratiques, il répond concrètement aux multiples demandes adressées aux professionnels – soin, soutien, accès aux soins, conseil juridique, prévention et dépistage – en donnant les clés d'un accompagnement global.

Le Guide Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire peut être téléchargé depuis le site de l'Inpes :

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663>

Il peut également être commandé gratuitement auprès de l'Institut : edif@inpes.sante.fr

Rappelons que le COMEDE s'est vu décerner le Prix Jean-François Rey lors du Congrès des centres de santé 2015 pour son action exemplaire en faveur des populations déplacées.

« Hôpital : vite... on est pressé »

d'Alexis Bertussi

(Les Éditions du net) par M. Limousin

Hôpital vite on est pressé : Alexis Bertussi a publié aux Éditions du Net un petit livre très intéressant sur l'histoire de l'hôpital ou plus exactement sur une lecture de l'histoire générale à partir du point de vue hospitalier. En particulier du point de vue des hôpitaux de Marseille où il a réalisé sa carrière. Je vous le recommande. C'est une écriture vive, simple, directe et vécue. La lecture en est aisée et agréable. Et surtout c'est l'écriture d'un syndicaliste qui a consacré sa vie militante au service des hôpitaux.

Alexis Bertussi n'est pas un médecin ni un soignant. Non, c'est un ouvrier des hôpitaux : il a fait 35 ans de carrière dans les hôpitaux publics de Marseille en qualité OP 3, OP 1 puis de contremaître et contremaître principal ; il a été dirigeant syndical hospitalier de L'US CGT de l'AP-HM pendant 15 ans. Il a siégé 25 ans au CGOS, 10 ans au CROSS de l'ARH et 6 ans au Comité Économique et Social (CES) de

la région Paca. C'est donc d'un point de vue original qu'il se place et qu'on entend trop peu. Les personnels ouvriers de l'hôpital sont essentiels à la vie hospitalière et à l'accueil des malades. Sans eux, rien ne fonctionnerait. Ils sont bien souvent oubliés. Il raconte alors ce qu'il a perçu des événements mêlant la vie hospitalière à l'histoire syndicale et politique du pays. Ainsi donne-t-il un sens, une perspective à son récit. « L'histoire de l'hôpital, c'est l'histoire de la nature humaine » écrit-il en conclusion de son ouvrage. L'écriture est pour lui le théâtre de la mémoire.

Alors des critiques ? Oui, on aurait aimé lire une analyse plus détaillée des problèmes de l'hôpital public aujourd'hui avec un appareil de notes et de référence de ses citations nombreuses et vivantes. Et surtout des propositions de réformes au-delà des remarques générales. Mais ce sera peut-être son prochain ouvrage ? Nous avons besoin de ses propositions.

Documents

Appel d'Osaka

Appel pour une protection sociale pour tous

L'Humanité tout entière n'a jamais autant créé de richesses qu'en ce début de XXI^e siècle. La science est portée à son plus haut niveau. Les techniques progressent tous les jours. La mondialisation doit faciliter les échanges. La numérisation ouvre de nouveaux espaces de progrès. Et pourtant, c'est la crise.

L'ensemble des systèmes de protection sociale du monde entier est en difficulté. Le chômage sévit partout, laissant de côté des millions de gens : il s'en suit une baisse des niveaux de vie ; les ressources nécessaires à la protection sociale font défaut. La précarisation se généralise. Les inégalités sociales et géographiques que nous constatons depuis plus de vingt ans ne cessent de s'amplifier : 1 % des habitants les plus riches dans le monde concentrent entre leurs mains 50 % de la richesse mondiale. À l'extrême pointe de la pyramide, les super-riches possèdent chacun une fortune de plus de 50 millions de dollars. À l'opposé, les 50 % des individus les moins fortunés détiennent à peine 1 % du patrimoine mondial : c'est dire que la moitié des habitants de la planète ne possède quasiment rien. Depuis 2008, les grandes fortunes ont atteint des niveaux inégalés depuis un siècle. Dans le même temps, les inégalités sociales de santé progressent. Les aides publiques aux enfants reculent. Les retraités et la jeunesse sont précarisés. Les services publics sont mis à mal. Les systèmes de santé sont privatisés. Les fléaux climatiques ne sont pas combattus. Les guerres n'en finissent pas, déplaçant des millions de gens. Le libre-commerce des armes favorise la barbarie.

Nous vivons une contradiction inouïe. Nous sommes arrivés au stade où l'idée-même de progrès social est considérée par les chantres de la nouvelle façon de penser comme une incongruité. Cette doctrine individualiste qui domine le monde et ferme l'espoir des jours meilleurs a un nom : le néolibéralisme.

La financiarisation accélère la désindustrialisation et entrave la création des richesses par le travail. Avec l'idéologie néolibérale, le capitalisme financier semble avoir oublié que c'est le travail qui crée les richesses. Et que ce qui produit le travail, c'est l'être humain.

L'homme ne serait alors plus nécessaire et la protection sociale serait de ce fait inutile.

Peut-on alors proposer une alternative qui puisse dire, dans le monde entier : stop ? Peut-on se mobiliser pour une protection sociale pour toute l'Humanité ? Pour une protection sociale qui soit un élément du développement économique universel ?

La protection sociale pour tous n'est pas une charge mais une condition indispensable au développement humain. Les années qui ont suivi la seconde guerre mondiale et qui avaient vu se développer de tels systèmes dans de nombreux pays de l'Europe de l'Ouest ont démontré la pertinence de ce raisonnement.

Aussi, partant de l'expérience commune acquise, nous nous rassemblons aujourd'hui pour demander que des politiques nationales et internationales soient mises en place pour atteindre les objectifs de dignité humaine et de sécurité face aux aléas de la vie. Nous exigeons une politique mondiale de progrès social portée par l'ONU et l'OMS et par les traités internationaux.

Nous voulons que soient mis en place de façon généralisée :

Des systèmes unifiés d'assurance maladie universelle, publique, égalitaire. Nous refusons tout système d'assurance privée à but lucratif.

Des systèmes de retraites pour tous qui permettent un maintien digne des niveaux de revenu. Nous refusons l'utilisation de la réserve des cotisations pour la spéculation et pour la guerre.

Des politiques familiales qui s'adressent à toutes les familles pour garantir le développement de l'enfant quels que soient le revenu et les biens de sa famille.

Des politiques en faveur de l'autonomie et du bien être des personnes âgées et des personnes handicapées.

La garantie d'un logement sûr et propre pour tous.

Un système digne et efficace de financement et de soutien des chômeurs en attente du retour à l'emploi.

Des politiques de santé qui empêchent la privatisation des soins, qui permettent à tous d'accéder à des soins de qualité et de proximité sans souci de frais, qui développent la prévention des maladies, la promotion de la santé et la recherche.

Des politiques de service public qui assurent à tous une réponse aux besoins et un accès dans des conditions d'égalité et de proximité.

La formation en nombre adéquat des professionnels de santé qui sont impliqués dans l'offre des soins aux malades, aux personnes âgées et aux handicapés.

Le soutien aux habitants qui agissent pour la promotion de la santé et à leurs organisations.

Des politiques du médicament qui permettent à tout humain d'accéder aux produits dont il a besoin sans souci de frais.

Des politiques de lutte contre toutes les formes de marchandisation du corps humain, y compris la vente et l'achat des organes.

Des politiques de paix et particulièrement des mesures d'interdiction du commerce de tous les armements.

Aussi nous appelons toutes les organisations progressistes agissant dans le domaine de la santé et de l'action sociale et toutes les personnes concernées à soutenir cet appel et à agir ensemble.

Séance de travail de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

« Les exercices, la déontologie et l'éthique de la médecine bucco dentaire ».

Communication du Dr Fabien Cohen,

Chirurgien dentiste de santé publique, parodontologiste, Secrétaire général du SNCDCS, Secrétaire général de l'ASPBD, Chef du service de santé publique dentaire du Conseil départemental du Val-de-Marne, Chef du service dentaire du Centre municipal de santé de la ville d'Ivry-sur-Seine

Chers confrères, Chères consœurs,
Cher-e-s ami-e-s,

Je vous remercie pour cette invitation à cette séance de travail de notre Académie. Pour ce qui me concerne, j'interviendrai en faisant part de plus de quarante années d'expérience d'exercice en centre de santé. Dans mon cas, il s'agit d'un centre de santé municipal, avec un statut de contractuel de la fonction publique territoriale à durée illimitée. Il faut le rappeler d'emblée, le chirurgien-dentiste de centre de santé n'est en rien différent de son confrère ou consœur libéral, puisqu'en tout point fidèle au code de déontologie, avec des contrats validés déontologiquement par l'Ordre, il respecte les grands principes fondateurs du libéralisme : liberté professionnelle, liberté du choix de son praticien par le patient, responsabilité professionnelle, liberté de prescription et de plan de traitement, ...

Pour autant, comme vous le savez, ce qui unifie les centres entre eux, ce n'est pas le type de gestionnaires ou de promoteurs très divers (qui peuvent être Municipaux, Mutualistes, de Caisse de sécurité sociale dont les Mines, associatifs dont culturels), mais leur statut défini par la loi :

Ainsi dans le CODE DE LA SECURITE SOCIALE, on trouvera dans la section 7, les centres de santé, les articles :

L162-32, qui précise notamment que Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.

L162-32-1, 2 et 3, qui établissent les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé par un accord national conclu les organisations représentatives gestionnaires des centres

La DIRECTIVE 1999/70/CE DU CONSEIL du 28 juin 1999 concernant l'accord-cadre CES, UNICE et CEEP sur le travail à durée déterminée.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST, dans ses parties qui concernent les centres de santé, modifie le code de la santé publique (CSP), le code de l'éducation et le code de la sécurité sociale. Et le **Décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010, qui** lui correspond.

Avec en Article 1 : définition des centres de santé

Les centres de santé sont définis par :

leur positionnement dans le système de soins : structure de proximité dispensant principalement des soins de premier recours.

la nature de leur activité : soins sans hébergement, actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients, actions sociales, accueil de professionnels de santé en formation comme lieu de stage. Les centres de santé peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention.

la pratique du tiers payant.

leur mode de gestion : Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif. Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

leur projet de santé : Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Leurs règles de fonctionnement : Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé.

Les centres de santé peuvent être chargés d'assurer, ou de contribuer à assurer, des missions de services publics, en fonction des besoins de la population appréciés par le **schéma régional d'organisation des soins.**

Si j'ai souhaité rappeler ces dispositions législatives et réglementaires, c'est pour que l'on comprenne que

les centres de santé sont une réalité, qu'a réaffirmée et amplifiée la loi de modernisation de santé, en cours de débat entre les deux chambres. Que les centres de santé sont des structures de santé et de soins ambulatoires ouverts à toutes et tous, et donc rien dans la Loi ne les définit comme des structures sociales à vocation de soigner les plus en difficulté. Mais une autre approche de la pratique professionnelle en matière de santé. Elles représentent autant de négociations que j'ai menées personnellement pour obtenir depuis des décennies toutes ces avancées sociétales, notamment au titre de secrétaire général du SNCDCS. Elles sont mes motivations, confortant mes convictions. Loin de moi de penser que cette forme d'exercice soit en elle-même supérieure que d'autres, comme le libéral. Elle a ses avantages et ses inconvénients, mais je pense qu'elle est porteuse d'avenir pour l'exercice de demain, comme en témoignent toutes les enquêtes faites auprès des futurs praticiens. Pour autant, j'ai toujours considéré qu'un centre de santé, pour l'être vraiment, doit être alternatif et complémentaire aux autres formes de pratiques. Je ne me suis pas engagé dans cette forme de pratique professionnelle pour faire la même chose que le privé, ni ce que devrait être l'hôpital public. Complémentaire, le centre de santé doit l'être dans l'offre de soin, mais aussi pour répondre à des besoins ou aspirations des patients différentes des deux autres organisations professionnelles. Alternatif, dans sa pratique, car elle prend en compte comme une exigence, le soin, la prévention et l'action sociale, soignant le patient dans ces trois dimensions et le mettant au centre du dispositif. Cela est permis par le salariat, surtout quand il est rémunéré à la fonction et non à l'acte. De fait, ce type de rémunération, hors hôpital, est en soit une démarche très novatrice, car elle permet :

une prise en charge globale du patient, avec pour objectif sa réhabilitation orale complète, conservant le plus longtemps possible la sphère endo-buccal dans son état naturel,

quand elle nécessaire, son changement de comportement vis-à-vis de santé bucco-dentaire, en lien avec sa santé générale et sa situation sociale, tout en faisant un plan de traitement qui vise à l'en extraire, grâce au pluri-professionnalisme du Centre de santé.

Cet aspect est aussi un enjeu majeur, car avoir dans une même structure, la médecine générale et les spécialités, la biologie, l'imagerie, le paramédical, l'assistante sociale, le service de santé publique, dont le dentaire, un accueil adapté, ... sont autant d'atouts pour une prise en charge globale.

La rémunération à la fonction, deux à trois fois inférieur à celle à l'acte, permet d'avoir une écoute de

qualité du patient quant aux motivations de notre plan de traitement. Il permet au patient une prise en charge par une équipe de praticiens autour d'un chirurgien-dentiste traitant. Il offre certaines compétences comme la pédodontie ou la chirurgie, la possibilité de respecter la nomenclature (par ailleurs indécente), et par une péréquation des recettes de ne pas stigmatiser telle ou telle activité du service dentaire. Par opposition, un centre où les praticiens sont rémunérés au pourcentage (soit près de 80 % de nos structures) ne peut avoir pour moi tout le bénéfice de l'appellation centre de santé, même s'il respecte le principe du salariat. Il est à noter que ce mode de rémunération a apparu tardivement, vers la fin des années 80 dans les centres de santé, à la faveur d'un changement de stratégie de la Mutualité qui a négocié directement avec l'Ordre national, les nouveaux contrats. Elles ouvraient la voie la multiplication de centres de santé dentaire, pour devenir un produit d'appel de l'assurance mutualiste en régions, prenant les devants de l'application de la directive européenne de 92 sur les assurances, date de nouvelles dispositions réglementaires des centres de santé, et avant la refonte du code de la mutualité de 2001, transposant dans le droit français cette directive européenne. Comme vous pouvez le constater il faut remonter loin pour comprendre l'évolution des centres de santé. La rémunération à la fonction, ou la forfaitisation de la prise en charge du patient doit éviter les risques de faire des centres de santé dentaires des produits d'appel de la Mutualité et de les utiliser pour une filiarisation permise par la « PPL LE ROUX » sur les réseaux. Elle doit pouvoir évoluer pour permettre aux équipes dentaires de centres de santé de mettre en œuvre de nouvelles techniques et une pratique médicale digne de notre temps. Elle doit mettre un terme à une certaine conception des centres dit « low-cost » ou au « tourisme médical » conduisant les praticiens à établir des plans de traitements différents sur critères socioéconomiques. Quel que soit le mode d'exercice, la compétence des chirurgiens-dentistes doit être reconnue et leur indépendance préservée dans leurs choix thérapeutiques et dans le colloque singulier avec le patient. Le praticien doit pouvoir rester seul responsable vis-à-vis de son patient, quel que soit le type de soins ou leur mode de financement. Cela suppose de renforcer les liens avec les facultés de chirurgie dentaire et augmenter le nombre d'odontologistes des Hôpitaux publics.

Dans son rapport sur l'accès aux soins, Mme Archimbaud, rappelait combien les personnes fragiles souffrent des difficultés d'accès aux soins. Aux difficultés matérielles, d'ordre existentiel (logement, emploi, alimentation), s'ajoutent celles de restes à charge élevés et une application

variable de la dispense d'avance de frais (tiers payant) favorisant le renoncement financier aux soins. « Les personnes précaires sont ainsi victimes d'une « triple pleine » : plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et celles qui ont le moins recours au système de soins. »

Ce sont sur ces trois composantes, qu'il faut revoir le système de santé bucco-dentaire, qui une fois de plus est un miroir grossissant de ces réalités, comme celles encore décrites par le rapport Archimbaud quand il est dit que « certaines catégories de la population cumulent les facteurs de précarité : c'est le cas des personnes placées sous main de justice, des jeunes issus des milieux populaires, des étudiants, des petits agriculteurs, les personnes âgées modestes ou encore les personnes en situation de handicap physique et psychique notamment. ». C'est dans ces populations-là, que la santé bucco-dentaire est y est le plus dégradée.

Ce n'est sûrement pas en laissant se multiplier des centres dentaires « low-cost » ou « à bas coût », permis par la Loi HPST et proposant des tarifs attractifs pour les plus démunis, que se trouvera la solution à leur problème. En vérité ces centres aux protocoles de soins stéréotypés, ne sont qu'une énième réponse aux failles d'un système qui a besoin d'une réforme de fond pour permettre à chacun l'accès aux soins dans les cabinets, libéraux ou salariés, de leur choix, en fonction de critères de qualité et non de critères économiques. C'est ainsi que l'on mettra fin aux « low-cost » ou au « tourisme sanitaire ». Les centres de santé dentaires pourront ainsi trouver leur place dans un nouveau paysage sanitaire et social qui, dans le cadre d'un service public territorial de santé de premier recours, garantira l'accès aux soins de qualité et à la prévention de tous.

Dans ce contexte, le tiers payant est réaffirmé comme un outil de lutte contre le renoncement aux soins lié à une problématique financière. Il facilite notre exercice, et l'accès aux soins, mais il a un coût important sur la structure, grevant son budget. Nous sommes, vous l'aurez compris bien loin des centres « low cost » dont il faudra bien, un jour, avoir une réelle définition commune, ce qui permettrait dans la période à venir, d'aller vers une nouvelle définition des centres de santé, ce que prévoit la Loi Touraine, par une prochaine ordonnance, bientôt en discussion à la DGOS. De fait si un centre low-cost, veut dire soigner à « bas coût, mais à qualité égale » je serai preneur, sauf que nous savons que derrière cette appellation, ce n'est pas cela dont il est question. Pour ma part, je vois derrière un centre low-cost, un centre virtuellement à but non lucratif, car adossé à une Société

Anonyme, donc destinée à dégager une plus value par la pratique professionnelle non sous la responsabilité déontologique mais celle de la loi marchande. Mais c'est aussi un centre qui limite la liberté du praticien en lui imposant un plan de traitement destiné à rentabiliser la partie non-opposable et hors nomenclature de notre CCAM. Il va donc bien falloir le définir!

Ne confondons pas non plus centre de santé et Maison de santé, dont nous savons qu'ils ne sont qu'une forme regroupée de l'exercice libéral, bien que probablement une forme d'avenir de celle-ci. On y retrouve certains aspects comme un toit commun et un secrétariat commun, mais ils n'ont ni l'obligation du tiers payant, ni le respect du secteur 1, ni le salariat, ni le dossier unique, ni le travail coordonné et partagé. Ce que sont les centres depuis des années, des scientifiques se sont penchés dessus, comme l'an dernier, le Pr Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, qui concluait son étude rétro-prospectrice en montrant l'exigence de création de 400 centres de santé.

Voilà quelques semaines c'est l'IRDES, qui 5 ans après les conclusions de l'étude EPIDAURE, qui démontrait l'aspect social de nos structures, objective aujourd'hui ce que nous nous évertuons à répéter depuis tant d'années : les centres de santé sont efficaces et sources par leur mode d'organisation et leurs pratiques de réduction de dépenses de santé. Selon les résultats des études menées par l'IRDES, l'exercice regroupé pluri professionnel impliquerait des gains de productivité dus à des économies de gamme et d'échelle liées à l'intégration entre professionnels d'une même profession ou discipline, ou pas (Mousquès, 2011). Ces économies résulteraient notamment de la minimisation des coûts relatifs aux échanges (on parle de coût de transaction) entre médecins généralistes ainsi qu'entre médecins généralistes et paramédicaux. Elles résulteraient également de la minimisation des coûts de délivrance des soins et services en raison de l'utilisation de facteurs de production communs. Elles résulteraient enfin de l'optimisation des complémentarités et substitutions entre le généraliste médecin traitant et les autres généralistes et entre généralistes et paramédicaux. Ces gains d'efficacité productive permettraient un moindre recours et une moindre dépense de soins spécialisés.

Enfin, ces économies n'auraient pas pour corolaire une augmentation notable de la dépense en soins primaires (Brilleman et al., 2014; Martin et al., 2011; Shi, 2012; Strumpf et al., 2014).

Ils évaluent un temps de travail très inférieur dans les centres de santé comparativement aux maisons et pôles de santé, a fortiori dans le cabinet libéral isolé. Ces résultats confirment que le regroupement, au travers du partage dans la prise en charge des patients sur la semaine, permet d'accroître l'activité quotidienne et, partant, la productivité journalière. Et ce, sans réduire la continuité relationnelle avec les patients, qui reste équivalente.

En conclusion, à qualité et durée de consultation donnée, avec des caractéristiques de la clientèle limitée, ils ont mis en évidence une productivité supérieure ou équivalente et des dépenses des patients assurées moindre entre les structures regroupées pluri-professionnelles et les cabinets isolés. Sur le plan qualitatif, l'IRDES note que les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une meilleure qualité de pratique que les témoins libéraux pour la quasi-totalité des indicateurs considérés. Un suivi par exemple de meilleure qualité des patients diabétiques... de même que les pratiques de vaccination, de dépistage et de prévention... et une meilleure efficacité de la prescription. Ces résultats confirment donc les hypothèses émises quant à l'amélioration des pratiques dans les sites pluri professionnels regroupés, comparativement à l'exercice isolé. Cette analyse renforce en outre la portée des résultats présentés sur l'activité, la productivité et la consommation des soins des patients (Mousquès, 2015), et permet de conclure à la plus grande efficacité de ce mode d'exercice. Bien entendu, je laisse au Pr Vigneron et à l'équipe de l'IRDES, totalement indépendante et répondant à une commande de la CNAMTS, de défendre le résultat de leurs travaux, mais à ce stade elle confirme l'importance des centres de santé dans l'avenir de l'organisation de l'offre de santé.

J'apprécie que notre nouveau Président de l'Ordre, veuille « supprimer la notion de rentabilité et de commercialisation de l'exercice au profit des soins conservateurs, et remettre le patient au cœur du dispositif », c'est ce que je fais en centre de santé depuis 40 ans, et n'a jamais été valorisé par l'Ordre. Cela va-t-il changer, j'en doute quand je vois que fin Aout, l'Ordre signait avec les seuls libéraux la Charte handicap pour la santé bucco-dentaire. Soyons honnêtes, nous l'avons pris comme un signal de l'appel à un nouveau marché pour le monde libéral, car ni le SNCDCS, ni l'ASPBD, tous deux en pointe dans ce domaine, non été invités ni même consultés.

Quoi qu'il en soit, je crois pourtant que nous répondons au souhait du Président, par exemple dans l'équipe de soins, dans la lutte contre le commercial et le mercantile, qui mieux que le service public pour s'en défendre. C'est pourquoi nous proposons la création d'Établissement public de santé ambulatoire pour un maillage de tout le territoire, plus d'égalité aux soins pour toutes et tous, ainsi que la mise en place d'un statut national des praticiens de ces établissements.

Nous l'avons proposé aux Parlementaires et à la DGOS, présents tout récemment à notre dernier congrès national des centres de santé. Cela nous semble une proposition d'avenir qui serait bien dans l'esprit que je défends d'une pratique alternative et complémentaire à l'exercice libéral et hospitalier, surtout quand la ligne actuelle est de prôner l'ambulatoire pour soulager l'hôpital. Pour autant, je crois que nous souffrons d'insuffisance de fauteuils et de praticiens hospitaliers. Ce trio, « libéral, centre de santé et hôpital », je l'ai fait vivre dans le Val-de-Marne, avec la mise en place en 1991, du programme départemental de prévention bucco-dentaire avec les résultats que vous connaissez (la meilleure santé bucco-dentaire d'Europe en 2010), celle du réseau social dentaire, aujourd'hui géré par l'AOI, et depuis six mois, de la première PASS dentaire ambulatoire de France dans mon centre de santé, à la demande de l'ARS IDF. Deux structures complémentaires, qui mériteraient d'être mieux connues, et sortir du domaine expérimental. Car travailler en centre de santé, c'est faire vivre la santé publique dentaire, en rappelant que je suis le seul chef d'un service public dentaire local au sein de mon centre de santé à Ivry comme départemental, intégré à la direction de la Direction départementale de la PMI/PS. Là encore, comment faire vivre la diversité de nos pratiques si, par exemple, à aucun moment le bulletin de l'Ordre n'en fait mention, pas plus que la prochaine 15e Journée de santé publique dentaire à Montrouge, consacré au thème de l'Éducation. Travailler en centre de santé, c'est accueillir tout le monde, y compris les toxicomanes et les SDF, c'est ce que je fais depuis des décennies, me faisant un des concepteurs du STERIBOX, et le correspondant de la MILDECA, tout en étant membre fondateur du Courrier des Addictions, un des plus importants journal scientifique dans ce domaine.

Chers confrères et consœurs, c'est avec ce vécu, qu'à la demande du Président de l'ANCD, je vous ai fait part de mon engagement, de ma pratique et de mes projections pour l'avenir de l'exercice en centre de santé. Je l'ai fait avec conviction, et malgré la dif-

ficulté que cela représente dans un monde libéral, je n'ai jamais opposé les pratiques, mais souhaité qu'elles puissent travailler côte à côte, toujours plus haut dans la qualité et l'accès aux soins à toute la population.

J'espère que cette soirée, y contribuera, merci pour votre attention.

