

Celui qui a dit « Tu gagneras ton pain à la sueur de ton front » s'est fait des ennemis. Avaient-ils mal entendu ou est-ce de l'indiscipline, toujours est-il que très vite les hommes ont essayé de gagner leur pain à la sueur du front des autres. Certains y sont parvenus. Ainsi se bâtirent les positions sociales et les hiérarchies. Pour faire bref, les inférieurs cultivent le blé et se démènent sur les champs de bataille tandis que les supérieurs mangent le pain et gagnent les guerres. On s'est rapidement rendu compte que les premiers n'avaient pas une aussi bonne santé que les seconds. Plus tard les hommes ont inventé la tension artérielle et la semaine de 35 heures. Et là on s'est rendu compte que même quand ils arrêtent de travailler, après dix-sept heures ou au chômage, les inférieurs ne se portent pas mieux, leur tension le prouve ! La conclusion s'impose : pour avoir une population saine, arrêtons de gonfler le budget de la santé et nommons tout le monde chef.

Voilà qui résume l'article de Michel Roland : « Faim de travail, fin de la santé ». Mais je ne suis pas sûr d'avoir tout bien compris. Mieux vaudrait que vous le lisiez vous-même en page 5.

Savez-vous que lorsque, enfants, vos parents vous intimaient de vous tenir droits, ils vous aidaient à avoir une bonne occlusion dentaire ? Et que « ferme la bouche quand tu manges » agissait sur votre posture ? C'est, en moins primaire, ce que nous explique Jacqueline Dassy en page 18. A la lecture de son article, la rédaction fut surprise des relations entre orthopédie et odontologie, illustration insolite de la transdisciplinarité et d'une approche globale de la santé. Nous publions ce

texte dans son intégralité, bien que les lecteurs moins avertis seront rebutés par sa partie technique : chacun y trouvera selon son goût matière à réflexion.

A peine les médecins viennent-ils de participer à leurs premières élections syndicales que les kinésithérapeutes leur emboîtent le pas. Michel Jacob nous en parle en page 3 avec une absence d'objectivité tout à fait reconfortante.

« Trop souvent, l'homme ne parvient plus à comprendre celui qui ne pense pas comme lui ». Nous l'avions toujours pensé, ils l'ont dit. « Ils », les auteurs de *Hippocrate à l'épreuve du temps*, un ouvrage collectif qui accoste sur les rives de l'éthique et des pratiques médicales. La diversité des points de vue et le souci de dialogue qui animent ces réflexions les rendent proches et vivantes. Daniel Burdet, un des auteurs, nous en fait partager les richesses en page 24.

La mort de l'autre est un sujet que l'on aime éviter. Mais qui n'évite aucun d'entre nous. Dans son livre *Faire son deuil, vivre un chagrin*, Manu Keirse nous aide à affronter ces moments difficiles et à les vivre. Des pages où tout soignant trouvera des ressources pour accompagner ses patients en deuil. Bénédicte Dubois nous en expose les grandes lignes en page 26.

Hasard ou résonance avec le livre de Manu Keirse, Santé conjugquée a croisé le chemin du Centre de prévention du suicide. En quelques mois une chape de silence recouvre la violence du suicide et les proches du suicidé se retrouvent seuls avec des questions qui

les taraudent. Dès cet hiver, le Centre leur offre la possibilité de participer à des groupes d'endeuillés. Ses responsables nous expliquent le projet en page 18.

Il a envahi tous les champs de notre vie. Le médicament est partout, il se prélassse sur nos tables de nuit à la saison des rages de dents, il agace la perplexité des chercheurs, il grimace au fond des cratères du budget de la santé. Obscur objet du guérir, nous te sortons de ton blister, mais voilà que tu nous poses ta question de sphinx : toi qui veux guérir à tout prix, me prendras-tu à n'importe quel prix ?

Oui et non. Guérir à tout prix, oui, mais pas à n'importe quel prix. Les médicaments arborent des prix à trois ou quatre ou cinq chiffres. Ils sont de moins en moins abordables en dehors des systèmes de solidarité. Un paradoxe pour une « marchandise » dont le coût est fixé selon les principes du marché. Voilà qui nous plonge dans la problématique économique - et donc politique - du médicament. Une problématique aux multiples facettes que nous explorons dans notre cahier en page 29.



Le projet Aelvoet de structuration de la première ligne

Pierre Drielsma, médecin généraliste, cellule politique de la Fédération des maisons médicales

Dans le système de santé, la deuxième ligne est d'évidence la mieux structurée autour des hôpitaux généraux. La première ligne est beaucoup plus émietée géographiquement et les modes d'organisation doivent prendre cette situation en compte. Le décideur politique a deux possibilités. Soit réduire cet émiettement et soutenir le développement de structures de première ligne type centres de santé ; des modalités de coordinations comme celles appliquées à l'hôpital sont transposables et la coordination devient alors structurelle au sein d'une équipe fixe de soins ambulants. Soit, accepter cette dispersion et chercher à créer des formes neuves de coordination qui, vu le libre choix et l'absence de lieu commun, seront purement conjoncturelles et à géométrie variable.

Peu après sa prise de fonction à la Santé publique, la ministre Agalev Magda Aelvoet a déposé un note visant la structuration de la première ligne. Elle présentait une typologie des formes d'organisations sur cinq niveaux, qui rejoint complètement notre analyse :

- des pratiques individuelles ;
- des groupes mono disciplinaires ;
- des réseaux pluridisciplinaires ;
- des groupes pluridisciplinaires ;
- des pratiques intégrées qui en outre développent un protocole de soins pluridisciplinaires et un travail communautaire.

Ce dernier niveau représente un objectif organisationnel rarement atteint même par les maisons médicales. Mais une telle échelle était trop violente pour beaucoup des confrères qui y voyait une contestation

personnelle ; difficile de faire entendre qu'il s'agit d'une question d'organisation et pas de qualités humaines des individus !

Nous savons que l'affect sert de support décisionnel à la rationalité et dès lors ce retour d'affect négatif peut conduire à une rationalité perturbée.

Amasio

La ministre propose dès lors d'autres niveaux de coordination : celui des pratiques qui regroupe des pratiques différentes considérées comme équivalentes, un niveau local, assimilable à celui des rôles de garde actuel, pour régler et financer la collaboration autour du patient et enfin un niveau supra local proche du concept de district en santé publique qui devrait comprendre au moins un hôpital général, intégrer progressivement des structures comme les centres locaux de promotion de la santé ou les plates formes palliatives. Ce niveau serait chapeauté par un conseil des acteurs de première ligne. Les cercles locaux de médecins et les associations mono disciplinaires de paramédicaux en seront ; des affiliations pluridisciplinaires – type maisons médicales – devraient être possibles. Les syndicats médicaux cherchent cependant à faire reconnaître leurs cercles comme interlocuteurs exclusifs et obligatoire de la médecine générale au plan local. Dans ce cas de figure, les maisons médicales deviennent une forme équivalente de pratique ; la diversité des pratiques n'est plus reconnue, ni la richesse de l'expérimentation qu'elle peut représenter. Voilà pourquoi votre fille ne restera pas muette... paraphrasant Poquelin.

Election dans le monde de la kinésithérapie

Michel Jacob, kinésithérapeute à la maison médicale Bautista Van Schowen

.....

En Belgique, le mois de mai 2000 aura marqué l'histoire de la défense d'un des arts de guérir : la kinésithérapie. « L'histoire de la défense ? ». Cet art de guérir doit-il être défendu ? Contre qui, contre quoi ? Plutôt que de défense, parlons de représentation des kinésithérapeutes au sein des instances décideuses de ce pays. Pour la première fois en Belgique, les représentants des kinésithérapeutes étaient élus.

.....

Pour écrire simple, nous avons à droite l'Association des kinésithérapeutes de Belgique (AKB) et à gauche le Cartel. Le Cartel est la réunion d'une vingtaine d'associations, dont les kinésithérapeutes de la Fédération des maisons médicales, soit à peu près toutes les associations de kinésithérapeutes, sauf l'Association des kinésithérapeutes de Belgique.

L'Association des kinésithérapeutes de Belgique était, depuis 1964 et jusqu'à ce 30 mai 2000, seul maître à bord ; peu envieuse de partager sa non-démocratique représentativité et, disons-le, peu soucieuse de la mise en avant de la grandeur de la kinésithérapie. Les kinésithérapeutes qui souhaitaient que rien ne change pouvaient s'abstenir de voter, l'Association des kinésithérapeutes de Belgique serait restée en place et tout aurait continué comme avant.

Les kinésithérapeutes ont clairement choisi le changement de leurs représentants dans les différentes instances de l'INAMI : cinq sièges sur huit pour le Cartel en Commission de convention, quatre sièges sur huit au Conseil d'agrément, etc. (± 60% pour le Cartel et 40% pour l'Association des kinésithérapeutes de Belgique).

C'est un bonheur. J'ai toujours apprécié le souci de transparence et le système d'assemblées générales décentralisées (Liège, Gand, Bruxelles, ...) en vigueur à la Chambre syndicale des kinésithérapeutes dont je fais partie et qui est membre du Cartel. Cela ne changera pas beaucoup la vie des kinésithérapeutes de maison médicale. Le Cartel a certes un programme plus progressiste que l'Association des kinésithérapeutes de Belgique, mais nous devons continuer à faire entendre la spécificité des kinésithérapeutes qui travaillent en maison médicale au sein des différentes associations qui forment déjà, ou peut-être, qui formaient le Cartel.

La plus grande réjouissance est que 60% des kinésithérapeutes ont voté alors que ce vote n'était pas obligatoire. Or, moins de 40% d'entre eux sont inscrits dans une association ou un syndicat de kinésithérapeutes. Si 60% des kinésithérapeutes se sont donc montrés très intéressés par ces élections, 40% n'ont pas voté. Certains ont oublié, d'autres sont arrivés trop tard à la poste. Pas un seul ne m'a dit (ou osé me dire) que ces élections ne l'intéressaient pas. Les kinésithérapeutes se sentent donc massivement (70% ? 80% ?) concernés par la politique en soins de santé. Bravo.



• Élection dans le monde de la kinésithérapie • (suite)

Ces élections étaient, sont, cependant un départ et non un aboutissement. Je citerai ici Jacques Jolis*, administrateur des Chambres syndicales des kinésithérapeutes en reprenant la fin de son article dans le Journal du kinésithérapeute de juin 2000.

« Quoi qu'il en soit, les choses ne sont pas terminées, classées, elles ne font que commencer et, désireux de travailler comme nous avons toujours voulu le faire, nous lançons cet appel : Nous avons besoin de vous ! Maintenant et toujours. Car les choses ne se feront bien qu'ensemble. Nous avons besoin de vos idées, de vos remarques. Ne soyons plus des râleurs dans notre petit coin, mais des acteurs soucieux d'apporter leur contribution, leur petite brique à l'édifice de la défense constructive de notre profession.

Amener notre profession aux sommets, au niveau qualitatif qu'elle a, afin de montrer toujours mieux l'efficacité de notre art : nous sommes capables de soigner de façon écologique et de faire baisser, par la même occasion, la consommation dans d'autres secteurs... A nous de le prouver ensemble.

Nous pouvons traiter de façon préventive, en évitant l'évolution néfaste de pathologies qui conduiraient à l'augmentation de la consommation de soins.

Défendre la valeur de nos honoraires en dénonçant les surconsommations abusives que certains de nos confrères, peu soucieux de l'avenir de notre profession, peuvent cautionner par leur pratique. Des honoraires valables pour une kinésithérapie de qualité.

Bien d'autres choses encore ... A vous de nous les suggérer.

Nous les analyserons, les défendrons, vous répondrons.

Nous comptons sur votre mobilisation.

Notre défense doit devenir interactive.

Rencontrons-nous au niveau des associations locales, aux assemblées générales. »

Autre sujet brûlant : le numerus clausus en kinésithérapie.

Et bien c'est simple, il est reporté à 2005. C'est une bonne chose. Avec l'augmentation du stress au travail et des maladies musculo-squelettiques qui découlent de ce stress, (et dont nous parlent FGTB et CSC), les kinésithérapeutes ne seront pas trop d'être beaucoup.

Si limitation du nombre de kinésithérapeutes il doit y avoir, les kinésithérapeutes de la Fédération des maisons médicales se sont déjà prononcés en faveur d'un examen d'entrée (en deux phases dont une pratique de plusieurs jours style Institut national des sciences de l'art et du spectacle, INSAS) et non d'un numerus clausus.

** Jacques Jolis
rue de Mafile, 18 à 7180 Senefte.
Téléphone et fax : 064-54.08.31*

Faim de travail, fin de la santé ?

Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale de Santé plurielle.

Extrait d'un exposé dans le cadre d'un colloque de la Fondation Travail et Santé en décembre 99

Paradigmes du travail

Une malédiction divine

Dans nos sociétés chrétiennes, le travail a d'abord été une malédiction divine. Chassé du paradis, l'homme doit peiner pour survivre (« tu gagneras ton pain à la sueur de ton front ») et la femme accoucher dans la souffrance (« tu enfanteras dans la douleur »). Il n'est pas surprenant que le mot « travail » s'applique à l'origine à l'un comme à l'autre comme un châtiment, un tourment. Étymologiquement, on associe « travail » à « tripalium » un instrument de torture à trois pieux auxquels on attachait le supplicié. Ce même terme a désigné par la suite la cage en bois du maréchal ferrant à laquelle le cheval était attaché.

Le travail n'est pas une valeur morale

Au Moyen-Age, l'édifice social est bâti sur la méfiance à l'encontre du travail qui n'est pas une valeur morale. A la différence de l'usage des armes ou de l'esprit (les chevaliers et le clergé), le travail ne permet d'obtenir ni noblesse ni richesse ni honneurs. Le noble ne doit pas travailler, cela lui est interdit parce que dégradant. Le manant, les vilains travaillent : c'est leur devoir social et la marque de leur infériorité.

Le travail est une activité

Même pour les philosophes qui en ont tant parlé, le travail n'était considéré que comme un champ de l'activité humaine, et qui se bornerait d'ailleurs au travail manuel. Le travail est une activité dont le résultat est distinct. Le résultat du travail, c'est la chose

travaillée, pas l'état du travailleur. C'est même ainsi que Kant, les pragmatistes ou Marx ont considéré le travail : une activité qui transforme et produit quelque chose. Celui qui ne travaillait pas de ses mains, qui ne produisait rien n'avait pas droit au titre par ailleurs méprisable de travailleur. Ce système de valeurs s'est maintenu au moins jusqu'au XVI^{ème} siècle.

Le travail est une valeur matérielle, morale et sociale

Actuellement, le travail est considéré le plus souvent comme ce qui permet la réalisation de vertus humaines, assure un revenu et une sécurité vitale, et procure un statut social. C'est même l'emploi plus que le travail qui assure l'identité sociale.

Les secteurs d'activité

Saint-Thomas d'Aquin déclarait en 1270 exécuter l'oisiveté qui est la mère de tous les vices. Mais il n'aimait pas non plus le travail. Ce sont la prière et la méditation les activités les plus nobles et les plus pures. Quant aux activités du travail elles s'ordonnent selon un ordre hiérarchique de valeurs des plus vers les moins estimables :

- L'agriculture ;
- Les arts mécaniques ;
- Le commerce.

Saint-Thomas avait curieusement déjà divisé le travail en ses trois grands secteurs d'activités encore actuellement cités :

- Le secteur primaire : l'agriculture, la sylviculture, les extractions de la terre ;
- Le secteur secondaire : l'industrie et

- les activités de transformation ;
- Le secteur tertiaire : les activités de commerce, de services, de bureau.

Aujourd'hui néanmoins, l'échelle de valeurs est inversée au détriment du secteur primaire en faveur du tertiaire : déclin de l'agriculture qui ne représente plus que 5-10 % des activités, révolution puis crise de la production industrielle et explosion du secteur des cols blancs.

Paradigmes de la santé

La maladie est une punition de Dieu

Et donc la santé sa récompense. L'idée est ancienne mais persiste encore malgré tout au travers de certains comportements (voyage à Lourdes) ou de certaines affirmations (le SIDA est la punition des débauchés). Au Paradis, il n'y avait d'ailleurs pas de maladie.

La santé est l'absence de maladie

Vision somatique, elle se développe à partir de la Renaissance : observations, dissections, etc. Elle aboutit au modèle positiviste du XIX^{ème} siècle. La santé, c'est le fonctionnement du corps dans le silence des organes.

La santé est globale

La santé n'est pas que l'absence de maladie, c'est aussi un état de parfait bien-être physique, mental et social (Organisation mondiale de la santé). La maladie est la traduction d'une agression extérieure qu'il convient d'éliminer.

La santé est un concept holistique

La santé est un état de relation

• Faim de travail, fin de la santé ?
 • (suite)

harmonieuse entre l'homme et son milieu, qui lui permet de mobiliser ses propres ressources et/ou les ressources de son environnement face aux agressions venues de lui-même ou du monde extérieur. C'est là l'état d'autonomie, en opposition à celui d'hétéronomie. On peut relever un ensemble de dimensions toutes nécessaires à des degrés divers pour une bonne santé, une bonne autonomie : certaines sont d'ordre individuel (physique, mentale, sociale), d'autres d'ordre collectif correspondant à des conditions pragmatiques (logement, ressources financières, travail, outils de communication, environnement, etc.).

L'évolution sur une des dimensions, en mieux ou en pis, s'accompagne généralement d'une évolution similaire sur les autres, conduisant en bien à un état de bien-être, de bonne santé, d'autonomie, en mal à celui de mal-être, de maladie, d'hétéronomie, de précarité. La tendance peut être infléchie, ralentie ou inversée par une série de « structures intermédiaires » d'échelle individuelle (médecin, psychologue, assistant social) ou collective (centre de santé mentale, maison médicale, entreprise d'insertion, centre d'accueil, etc.). Voir la figure 1.

La santé répond à un modèle économique

Sans que ce modèle soit vraiment explicité comme un nouveau para-

digme, on ne peut que constater l'évolution du concept de soin comme service vers celui de marchandise à vendre (les dispensateurs) ou à acheter (les payeurs) selon les lois du marché de l'offre et de la demande (*managed care*). La santé devient alors un bien à préserver qu'il faut assurer en fonction du risque actuarien de la perdre : on est loin de la solidarité de la sécurité sociale.

• • • •
Déterminants de l'état de santé d'une population

L'état de santé est la résultante ponctuelle d'une convergence de facteurs déterminants, certains synergiques, d'autres antagonistes :

- **Généraux** : organisation politique et sociale ;
- **Démographiques** : âge moyen,

Figure 1.

- distribution des classes d'âge ;
- **Biologiques** : génétiques ;
- **Écologiques** : eau, air, déchets, environnement professionnel ;
- **Sociaux** : écarts de revenus, cohésion sociale, répartition des catégories sociales, relations familiales et sociales, événements de vie, modes de vie et consommation ;
- **Culturels** : valeurs dominantes, niveau de formation et d'information ;
- **Sanitaires** : système de soins.

L'importance relative de ces différents facteurs est impossible à évaluer même sur des grandes populations. Ce qui est néanmoins certain, et contrairement à ce qu'on pourrait imaginer à première vue, c'est que, s'il est indispensable pour soigner les maladies, le système de santé n'intervient qu'à une échelle mineure

dans l'état de santé global de la population. L'exemple de la tuberculose pulmonaire, rapporté par McKeown, est classique. Les deux figures 2 montrent bien que les progrès sanitaires n'ont que peu contribué, même si cette contribution a été indiscutable, à la diminution de la mortalité par tuberculose.

Cette détermination de l'état de santé global d'une population est statistique et se marque à grande échelle. Pour un individu déterminé, souvent un ou quelques facteurs particuliers précis se manifestent de manière exclusive : par exemple une maladie génétique, un environnement professionnel pathogène, une phase de vie, etc.

La présente communication pose plus précisément le problème de la relation entre le travail et la santé. La question est importante et la réponse qu'on peut y apporter est loin d'être univoque. Pour ce faire, plusieurs approches vont être utilisées :

- La perception de la santé en fonction de la catégorie socioprofessionnelle ;
- Les différentes phases qui caractérisent le passage de l'état de travailleur à celui de chômeur ;
- Les relations entre activité professionnelle, morbidité et mortalité, et un essai de modélisation causale de ces relations.

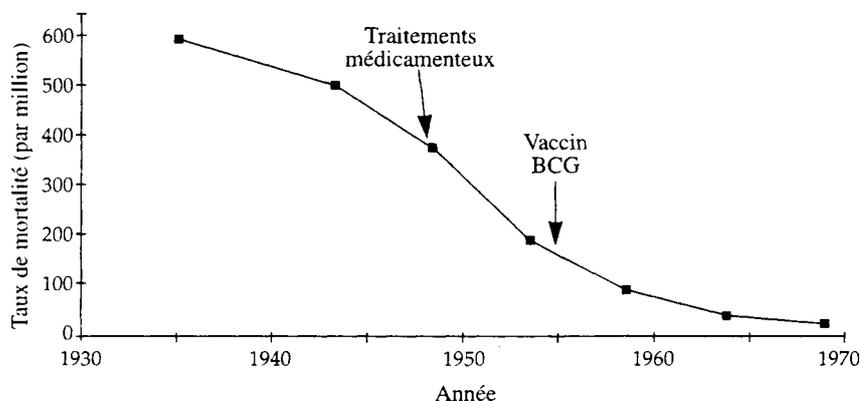
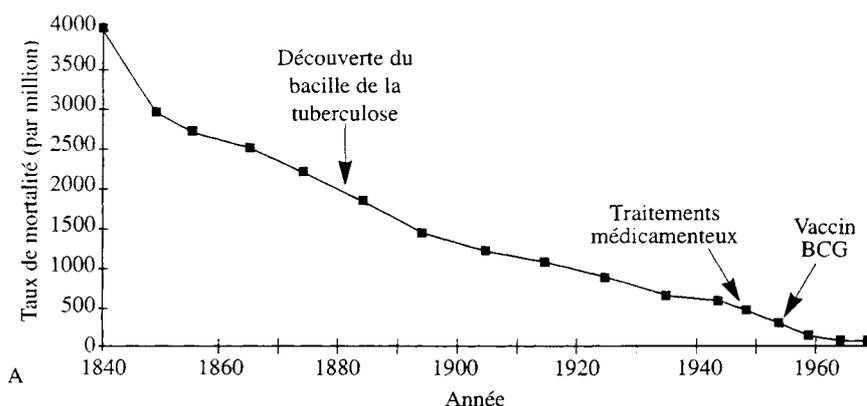


Figure 2A et 2B : Tuberculose pulmonaire : taux de mortalité annuel moyen (standardisé selon la population de 1901), Angleterre et Pays de Galles.

La figure 2A de 1840 à 1970 et la figure 2B de 1935 à 1970. Source : McKeown, 1979.

••••• Quelques notions épidémiologiques

Avant de développer ces différentes approches, quelques notions épidémiologiques de base sont nécessaires :

Association causale et association statistique

Une étude scientifique peut suspecter une relation entre deux événements, deux situations, deux phénomènes. Ce

sont des tests statistiques appropriés qui démontreront si cette relation est réelle ou non, c'est-à-dire si l'impression de relation repose sur le hasard ou traduit une réalité avec un certain degré de certitude.

Mais l'association statistique entre un phénomène A et un phénomène B ne veut pas dire que leur relation est causale. Pour que celle-ci le soit (probablement), il faut réunir un certain nombre de conditions (exemple de la cigarette et du cancer

- Faim de travail, fin de la santé ?
- (suite)
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Figure 3 et figure 4.

du poumon) :

- Séquence temporelle : A doit précéder B ;
- Force de l'association (risque relatif) : précision avec laquelle A permet de prédire B ;
- Spécificité de l'association : relation exclusive entre A et B (sans faire intervenir d'autres facteurs) ;
- Gradient biologique de l'effet : B est d'autant plus important que A a été important ou prolongé ;
- Constance de l'association et reproductibilité : diverses méthodes et approches doivent conduire aux mêmes conclusions ;
- Cohérence du mécanisme d'action avec les connaissances générales ;
- Preuve expérimentale : introduction ou suppression de A ;
- Parallélisme de lieu, de temps, de personnes entre A et B. ;
- Bilatéralité de la relation : l'effet de A sur B change si B change.

Les schémas de la page précédente montrent les différentes relations qu'on peut établir entre différents facteurs, par exemple entre une maladie (le cancer du poumon) et ses causes présumées (la marque de voiture du malade, la température extérieure moyenne de son lieu d'habitation, sa consommation d'alcool, le fait que son conjoint soit fumeur, le fait qu'il soit fumeur lui-même). D'après les résultats et les analyses statistiques des études épidémiologiques, et en fonction de l'état des connaissances actuelles (interprétation contextuelle), on peut distinguer les catégories d'associations suivantes :

- Il y a un lien très clair, d'ordre à la fois statistique et causal, entre le



cancer du poumon et la cigarette, et ce lien, au vu de l'état actuel de la science médicale, est direct.

- De la même manière, il y a un lien statistique et causal, mais indirect entre le cancer pulmonaire et le statut de fumeur passif.
- Par contre, il n'y a aucune relation, même statistique, entre le cancer du poumon et la marque de voiture du patient (ce qui semble logique).
- Nous ne pouvons trouver aucune explication à la relation statistique avec la température extérieure ; elle ne constitue même pas une hypothèse de travail et il s'agit probablement d'un pur hasard.
- Il y a une relation statistique entre la consommation d'alcool et le cancer du poumon. Il n'y a ici non plus aucune explication scientifique causale validée ou même suspectée, mais on sait que consommations d'alcool et de tabac sont significativement associées (il y a plus de buveurs parmi les fumeurs et réciproquement que dans la population générale). L'alcoolisme

constitue dès lors un facteur confondant, un biais.

•••••

La perception de la santé

Une enquête de santé menée par d'Houtaud à Nancy en 1994 auprès de quatre mille personnes a montré que les critères spontanément signalés aux enquêteurs peuvent être regroupés en trois catégories :

Critères subjectifs :

- Référence au corps : ne pas sentir son corps, se sentir bien dans sa peau ;
- Bien-être psychologique : joie de vivre, bonheur, avoir bon moral ;
- Aptitudes physiques : la pleine forme, pouvoir travailler.

Critères objectifs :

- Équilibre : l'équilibre physique, l'équilibre moral, le bon équilibre ;
- Vitalité ;
- Hygiène de vie : une vie régulière, une vie saine ;

• Faim de travail, fin de la santé ? • (suite)

- Prévention : passer un bilan régulier, se surveiller, bien se connaître.

Critères normatifs :

- Usage hédoniste de la vie : une vie sans contrainte, profiter de la vie ;
- Valeur de la santé : l'essentiel, la plus grande richesse ;
- Non-maladie : ne pas être malade, être suivi par un médecin.

Les perceptions sont très différentes en fonction des catégories socio-professionnelles, les catégories supérieures associant plus la santé à un corps en équilibre et à la possibilité de profiter de la vie, les catégories inférieures parlant plus de non-maladie, de capital à conserver pour pouvoir continuer à gagner sa vie.

classification qui suit, celle, légèrement modifiée, de Hopson et Adams, a été choisie pour plusieurs raisons :

- Les phases initiales, communes aux différents chercheurs, sont suivies de phases plus tardives moins pessimistes, ce qui non seulement ouvre des perspectives et un avenir pour les chômeurs, mais ce qui me semble également correspondre à la réalité.
- Elle correspond à un modèle plus général, utilisé par exemple en médecine en réaction à l'annonce d'une mauvaise nouvelle concernant la santé (modèle de Kübler-Ross) : choc et négation, révolte, dépression, dépassement.

Sept phases successives peuvent se

temps de faire mon jardin ».

- La dépression ou la maladie : « ma vie est finie ».
- L'acceptation (passive) d'une réalité qui s'est modifiée : « maintenant, je suis chômeur, il n'y a rien à faire ».
- L'acquisition et la mise à l'épreuve de nouveaux comportements : « je vais m'inscrire à un atelier de recherche active d'emploi ».
- La recherche d'un sens, l'acceptation active, l'intériorisation et l'adaptation au nouveau statut (voir ci-dessus : modèle de santé holistique, d'autonomie) : « je vais essayer de retrouver du travail, vu mon âge il y a peu de chance mais de toute façon je continuerai à m'occuper de mes petits enfants ».

Le blocage à la quatrième phase de dépression psychique ou de maladie n'est donc pas inéluctable. Des recherches ont mis en évidence qu'il dépend de la structure mentale et physique initiale du travailleur mis au chômage et des ressources ultérieures qu'il trouvera ou qu'on lui proposera. Néanmoins des différences réelles et significatives de

Critères	Cadre supérieur	Cadre moyen	Employé	Ouvrier	Agriculteur
Subjectifs	Référence au corps	Référence au corps	Bien-être psychique	Bien-être psychique	Aptitudes physiques
Objectifs	Équilibre	Vitalité	Hygiène	Hygiène	Prévention
Normatifs	Usage hédoniste de la vie	Usage hédoniste de la vie	Valeur de la santé	Non-maladie	Valeur de la santé

• • • • Passage du travail au chômage : différentes phases

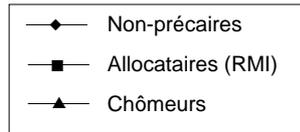
Plusieurs chercheurs (Parkes, Hopson et Adams, Harrison, Hill, etc.) en sociologie, en science du travail, en psychologie ont consacré d'importants travaux à ce thème, fondamental il est vrai, aux jours d'aujourd'hui. Leurs conclusions, basées sur des observations, des interviews, se recoupent assez bien, du moins en ce qui concerne les premières phases. La

succéder lors de l'annonce de la mise au chômage :

- L'immobilisation quand l'individu est dépassé par l'événement, qu'il est incapable de comprendre, encore moins de dominer ce qui lui arrive : « ce n'est pas possible ».
- La révolte face à un sentiment d'injustice : « je vais me retirer du syndicat ».
- La minimisation du changement qui aboutit parfois à figer ou à inverser la réalité : « je vais enfin avoir le

morbidity ou même de suivi des procédures préventives existent entre chômeurs et travailleurs en activité (figures 5 et 6).

On remarque que ces enquêtes ont introduit un autre groupe de population : les allocataires du revenu minimum d'existence. Et c'est justement pour ceux-ci que les taux de morbidité et de couverture préventive sont les plus mauvais. Peut-être le statut de chômage n'est-il alors qu'un facteur confondant par rapport à un



Source : CETAF, 1996

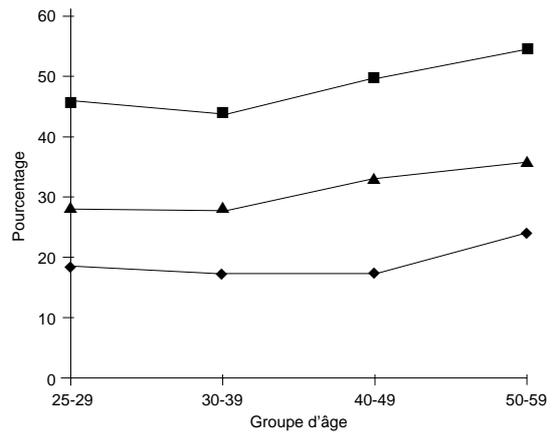
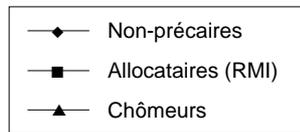


Figure 5 : Pourcentage de femmes sans suivi gynécologique régulier, Centres d'examens de santé, 1996.



Source : CETAF, 1996

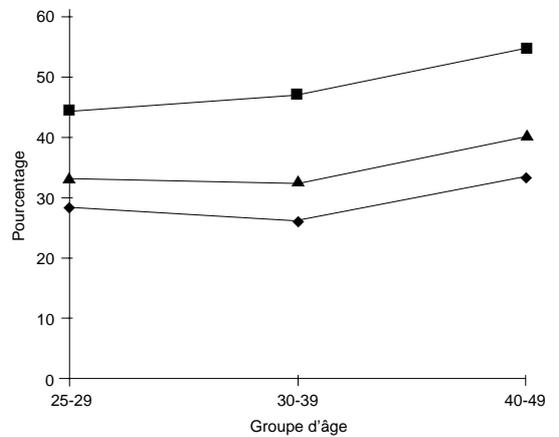


Figure 6 : Pourcentage de femmes sans aucune méthode contraceptive, Centres d'examens de santé, 1996.

● Faim de travail, fin de la santé ?
 ● (suite)

autre facteur « réellement » causal, le statut socio-économique ? De même, le mode de vie « moins sain » (tabac, alcool) donc « plus pathogène » du chômeur par rapport au travailleur actif est probablement aussi un facteur confondant du statut socio-économique (figures 7 et 8).

● ● ● ●
Les relations entre activité professionnelle, morbidité et mortalité

Le type de travail expose indiscutablement les travailleurs à certains types de risque spécifiques. Il s'agit là du domaine des maladies professionnelles et des accidents de travail :

● En ce qui concerne les maladies professionnelles, on a observé, en 1997, 7.615 demandes d'indemnisation pour incapacité de travail dans le système de liste, 866 dans le système ouvert, et 2.406 demandes de révision ont été introduites. Le nombre de demandes diminue régulièrement. L'analyse des chiffres montre que 40 % des indemnisations concernent des maladies dues à des vibrations mécaniques ; la silicose des mineurs vient en deuxième place mais, quoiqu'en diminution, continue à occuper la première place en ce qui concerne les montants versés et la mortalité ; on trouve ensuite la surdité due au bruit, les maladies de la peau et l'asbestose due à l'amiante ; toutes les autres maladies professionnelles ne représentent même pas 10 % du total des indemnités.

● En ce qui concerne les accidents de travail : on en a recensé 210.555 en 1997, ce qui montre à nouveau une

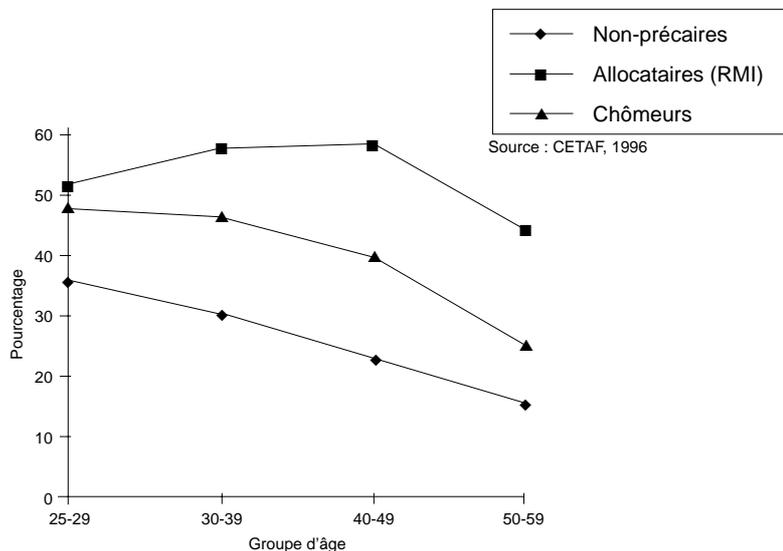


Figure 7 : consommation de tabac chez les hommes, Centres d'examen de santé, 1996.

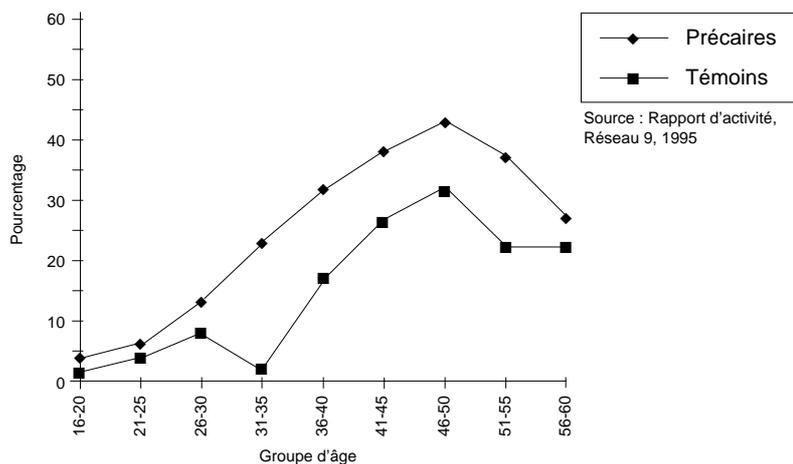


Figure 8 : taux de gamma-GT supérieur à 35 unités internationales par litre chez les hommes, Centres d'examen de santé, Réseau 9, 1995.

augmentation après une légère tendance à la baisse les années précédentes. Si le chiffre global est un peu plus bas, c'est parce qu'il y a eu en 1997 une importante diminution des accidents classés sans suite. En réalité, on observe en 1997 deux cent dix-neuf accidents mortels, quatre

mille accidents de plus qu'en 1996 pour les ouvriers et les employés cumulés, et cinq cents accidents supplémentaires avec suite à la rubrique « sur le chemin du travail ». Les secteurs avec le plus haut taux de fréquence d'accidents sont :

- Les entreprises de fabrication de

fibres artificielles ou synthétiques (première apparition dans le classement et d'emblée en case de tête) ;

- L'assainissement, la voirie et la gestion des déchets ;
- Les bâtiments et la construction ;
- La métallurgie ;
- Les transports.

Quant à la gravité, ce sont les secteurs de la manutention et de l'entreposage des marchandises qui sont en tête, juste devant le secteur de la construction d'ouvrage de bâtiments ou de génie civil. Il ne faut pas oublier le secteur des petites et moyennes entreprises, particulièrement mal connu et dans lequel les déclarations semblent très incomplètes.

A nouveau, même si à une échelle individuelle, la maladie professionnelle ou l'accident de travail est un risque bien réel, potentiellement présent à tout moment travaillé, il ne s'agit probablement encore une fois, à l'échelle de la

société, que d'un facteur confondant, le facteur causal étant à nouveau le statut socio-économique. On sait en effet que celui-ci constitue, dès la naissance, le meilleur prédicteur du niveau d'études le plus élevé atteint par la suite, lui-même le meilleur prédicteur de la profession exercée dans le futur.

Figure 9 : espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle chez l'homme.
Source : Desplanques, 1993.

Figure 10 : espérance de vie à 60 ans par catégorie socioprofessionnelle chez l'homme.
Source : Desplanques, 1993.

Parmi les déterminants de la santé et de la maladie, le statut socio-économique a été et est toujours un des plus étudiés, parce qu'apparaissant systématiquement en haut de l'échelle hiérarchique des causalités, une fois qu'on quitte le modèle biomédical de la santé et de la maladie, et qu'on prend en compte (qu'on accepte de

prendre en compte) les facteurs psychosociaux, culturels et politiques.

Les graphiques suivants montrent clairement le gradient de mortalité et de morbidité en fonction des classes socioprofessionnelles correspondant de fait aux classes socio-économiques (figures 9, 10 et 11).

• Faim de travail, fin de la santé ?
 • (suite)

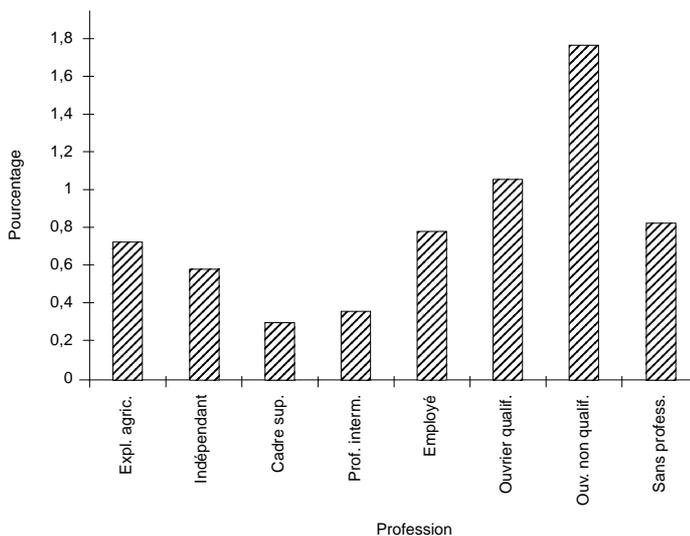


Figure 11 : précarité sociale et profession. Source : Enquête santé et soins médicaux, CreDES, 1991-92.

Figure 12 : Ratio standardisé de mortalité par catégorie sociale chez les hommes de 15 à 64 ans. Angleterre et Pays de Galles. Source : Marmot, 1986.

Il est intéressant et nécessaire de souligner à ce niveau que, si globalement l'espérance de vie augmente, l'augmentation n'est pas proportionnellement la même pour tous et que les écarts entre les différentes catégories professionnelles et socio-économiques, loin de s'amenuiser, ne font que s'aggraver (figure 12).

Une étude prospective de cohortes menée pendant plus de vingt ans en Grande-Bretagne en suivant plus de dix mille fonctionnaires regroupés en catégories professionnelles (cohortes), nommée « Whitehall Study » et dont les résultats ont commencé à être publiés en 1986, a bien confirmé, si besoin en était, la forte corrélation entre position sociale et santé (figure 13).

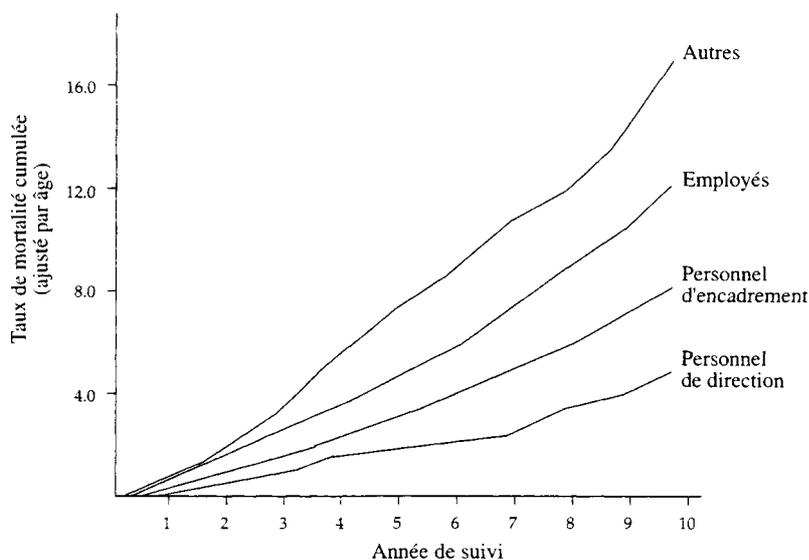


Figure 13 : Étude de Whitehall : taux de mortalité par année de suivi. Source : Marmot, 1986 : 23.

Mais elle a aussi montré que « quelque chose » manquait dans la relation univoque simple « statut social – état de santé ». Les tableaux et graphiques suivants montrent bien la moins bonne santé des catégories moins favorisées n'est pas explicable uniquement par des conditions matérielles insuffisantes (logement, pollution), des conditions socio-familiales plus pathogènes (promiscuité, contagion, violence) ou des modes de vie inadéquats (alcool, tabac, alimentation), même si tous ces éléments sont reconnus indiscuta-

Cause de décès	Personnel de direction	Personnel d'encadrement	Employés de bureau	Autres
Cancer du poumon	0.5	1	2.2	3.6
Autre type de cancer	0.8	1	1.4	1.4
Maladie coronarienne	0.5	1	1.4	1.7
Maladie cérébrovasculaire	0.3	1	1.4	1.2
Bronchite chronique	0	1	6	7.3
Autre maladie respiratoire	1.1	1	2.6	3.1
Maladies gastro-intestinales	0	1	1.6	2.8
Maladies génito-urinaires	1.3	1	0.7	3.1
Accidents et homicides	0	1	1.4	1.5
Suicides	0.7	1	1	1.9
Causes non reliées au tabagisme				
cancer	0.8	1	1.3	1.4
maladies non cancéreuses	0.6	1	1.5	2
Toutes causes	0.6	1	1.6	2.1

Tableau 1 : indices relatifs de mortalité* des fonctionnaires britanniques par cause, par décennie et selon leur position hiérarchique. Source : Marmot, 1986 : 25.

* calculés à partir d'une équation logistique ajustée par âge.

Cause de décès	Personnel de direction	Personnel d'encadrement	Employés de bureau	Autres	Total
Non-fumeurs					
Maladie coronarienne	1.4	2.36	2.08	6.89	2.59
Cancer du poumon	0	0.24	0	0.25	0.21
Anciens fumeurs					
Maladie coronarienne	1.29	3.06	3.32	3.98	3.09
Cancer du poumon	0.21	0.5	0.56	1.05	0.62
Fumeurs					
Maladie coronarienne	2.16	3.58	4.92	6.62	4
Cancer du poumon	0.35	0.73	1.49	2.33	2

Tableau 2 : Taux de mortalité ajustés par âge par décennie (et nombre de décès par maladie coronarienne et cancer du poumon) selon la position hiérarchique et par rapport à la consommation de tabac.

Source : Marmot, 1986 : 26.

• Faim de travail, fin de la santé ?
 • (suite)

blement comme des facteurs de risque (figure 14).

Ce « chaînon manquant », d'après les cohortes de Whitehall, pourrait donc bien être la position dans la hiérarchie sociale. Aucun des fonctionnaires suivis n'était en effet en état de détresse sociale, encore moins de précarité, tous avaient un logement, un habillement suffisants etc., et l'échelle barémique de service public est beaucoup plus tassée que dans la société en général. La différence la plus évidente entre tous était leur statut hiérarchique. Le nouveau facteur causal suspecté (appelé variable explicative) semblait donc s'imposer de lui-même. Encore à l'état brut, cette hypothèse a néanmoins été rapidement mise à l'épreuve de nouvelles études scientifiques et, dès 1988, Marmot, un des coordinateurs de l'étude Whitehall publiait certains résultats la confirmant : les fonctionnaires des rangs supérieurs et inférieurs sont soumis aux mêmes augmentations de tension artérielle pendant leur travail (sans doute liées au stress), mais la tension des premiers redescend beaucoup plus vite que celle des seconds dès qu'ils sont de retour à leur domicile. Or, le stress et l'hypertension artérielle sont reconnus comme d'importants facteurs directs de risque de morbidité et de mortalité cardio-vasculaire.

Figure 14 : risque relatif de mortalité (ajusté par âge) par maladie cardiovasculaire et par facteur de risque selon la position hiérarchique.
 Source : Marmot, 1978 : 248.

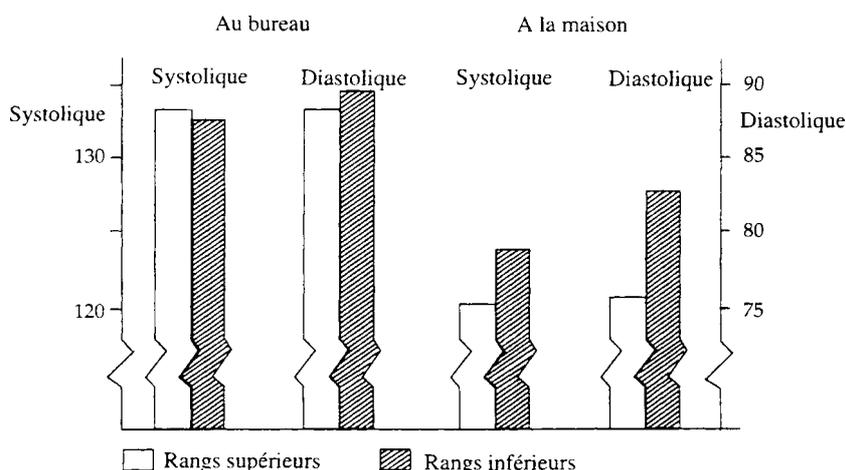


Figure 15 : Tension artérielle chez les fonctionnaires britanniques.
 Source : Marmot et Theorell, 1988 : 671.

Plusieurs autres études vont également dans le même sens. Vu l'importance de ces conclusions (et de leurs conséquences sociales et politiques potentielles), il s'agit là d'un domaine de recherche qu'il conviendrait d'approfondir (figure 15).

Toutes ces constatations sont compatibles avec celles de McKeown sur la tuberculose qui montraient que, sur de longues périodes, la mortalité due à cette maladie n'était que peu influencée par les progrès de la médecine, ou avec celles, effectuées

sur de courtes périodes sur certaines populations de babouins par Sapolsky au Kenya, qui montrent que chez les mâles dominants, la réaction au stress disparaît beaucoup plus vite que chez les mâles subordonnés.

•••••
Conclusions

Grossièrement, on distingue deux modèles explicatifs des importantes différences dans l'état de santé humaine entre les populations et à l'intérieur de celles-ci, largement sous-tendues d'ailleurs par des modèles idéologiques :

● Selon le premier, il y a toujours eu des pauvres et des malades, et il y en aura toujours. C'est lié à la nature, et cela constitue un facteur de sélection. La plus mauvaise santé des classes sociales défavorisées est liée à un ensemble de modes de vie plus pathogènes relevant de choix personnels. Les améliorations proviendront de mesures préventives et curatives d'ordre médical pour changer les comportements et soigner les maladies. Le paradigme est religieux et biomédical.

● Par contre, on peut aussi concevoir que les différences d'état de santé sont des marqueurs de la structure sociale et du système politique. Les améliorations proviendront de mesures sociales, politiques et économiques qui viseront à répartir les richesses de manière plus égalitaire : transformation de l'ordre social existant. Le paradigme est global à tendance holistique, et correspond plus à la réalité historique

des sociétés humaines. L'intérêt de ce modèle est aussi de sortir la santé du champ de la médecine, car la maladie, qu'il convient bien entendu de soigner lorsqu'elle se présente, n'y apparaît que comme l'expression, variable selon le temps, le lieu et le diagnostic médical, d'un statut socio-économique particulier mais surtout collectif : les pauvres ont toujours eu une espérance de vie plus faible que les riches, avant ils mouraient d'infection, aujourd'hui de maladie cardio-vasculaire, mais le résultat est identique.

Mais dès lors qu'on se trouve en dehors des conditions extrêmes de précarité, de famine, d'épidémies, etc. qui ont caractérisé le passé européen et qui caractérisent encore de nombreuses populations dans le monde, le deuxième modèle montre lui aussi ses limites. Le processus général de causalité de la santé serait alors lié en première intention à la hiérarchie sociale.

Quelles mesures dès lors préconiser pour améliorer l'état de santé des populations ? Elles ne peuvent être que radicales et à contre courant des évolutions actuelles si l'on voit que le secteur des soins de santé avec ses cinq cents milliards de BEF représente environ un tiers de toute la sécurité sociale. Des idées nouvelles sont à brasser, des initiatives à prendre, des hypothèses à valider, des changements à proposer qui vont dans le sens d'une réflexion sur la limitation de la croissance des coûts médicaux, sur une répartition plus juste des ressources, sur une diminution de la hiérarchie sociale et finalement sur plus d'autonomie et de marge décisionnelle à tous les individus, travailleurs ou non.

La bibliographie de cet article est disponible sur demande à la Fédération des maisons médicales.



L'Autre Temps : pour dire et vivre le deuil après le suicide d'un proche

Entretien avec Anne Ducamp directrice au Centre de prévention du suicide et Béatrix Lekeux, psychothérapeute et responsable du groupe d'endeuillés

.....
Le Centre de prévention du suicide lance une nouvelle initiative dans l'offre de soutien aux proches endeuillés à la suite d'un suicide : la création d'un groupe de parole à Bruxelles. L'Autre Temps propose un lieu d'écoute et de parole aux endeuillés dès octobre. Les groupes L'Autre Temps se développeront progressivement en Belgique francophone.

● **Santé Conjuguée : Quand on pense au Centre de prévention du suicide, on pense à la ligne téléphonique et pas au suivi des endeuillés. Pouvez-vous nous expliquer le contexte dans lequel se crée L'Autre Temps ?**

○ Anne Ducamp : L'activité principale du Centre de prévention du suicide consiste en effet à accueillir, à la permanence téléphonique 24h/24h, les personnes suicidaires et ou leurs proches. Par l'existence d'un numéro gratuit, ce service est unique dans la partie francophone du pays. Mais nos objectifs sont plus larges que l'écoute téléphonique qui est la partie la plus visible et la plus importante dans la mesure où nous disposons d'un soutien structurel (financier) de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale. Notre dénomination « groupe belge

d'étude et de prévention du suicide » indique la volonté de poursuivre des activités de prévention par la sensibilisation, la formation, la participation à des publications et à des recherches. Nous sommes sollicités pour débloquer des situations de crise après un suicide : en entreprise, à l'école, auprès de particuliers isolés ou auprès de familles.

En ce qui concerne les groupes d'endeuillés, l'idée est de mettre en place un groupe référent dans chaque province de façon à permettre à toutes les personnes souhaitant y participer d'y accéder facilement, sans avoir à traverser la Belgique. Le soutien de Cera Holding, coopérative active dans le soutien à des projets sociaux ou culturels, permet à cet objectif d'enfin se concrétiser.

● **Comment se déroulait auparavant le soutien aux endeuillés ?**

○ Nous pouvions recevoir des familles ou des proches pour un ou deux entretiens afin de les aider à trouver un soutien dans d'autres organismes. Mais en fait, il n'existe que très peu de lieux spécifiques pour ces personnes qui vivent un processus de deuil particulièrement difficile.

● **Le suicide est parfois difficile à définir, y incluez-vous les comportements à risques, le fait de ne pas se soigner, l'alcoolisme profond ou la toxicomanie...**

○ En effet, on parle alors des « équivalents suicidaires ». Mais un cas d'alcoolisme, pour reprendre votre exemple, peut être compris comme

une forme de suicide passif dans le sens d'une destruction de soi-même. C'est un problème différent dans la mesure où l'inéluctable s'annonce et où la famille peut anticiper, intervenir ou tenter d'intervenir sur le cours des choses. Le suicide proprement dit est une rupture brutale et inattendue de la vie et des liens affectifs. Il y a dans le suicide la violence d'un acte que l'on n'anticipe pas ou difficilement. L'effet de surprise ou de sidération fait écho à l'idée que la personne a choisi de mourir, elle manifeste en tous les cas par son acte cette volonté même si l'idée de choix, comme telle, peut être discutée. Mais il est certain que les soignants de première ligne sont confrontés à toutes sortes de situations qui s'apparentent au suicide.

● **Qui va animer les groupes de paroles pour les endeuillés ? Comment le groupe s'organisera-t-il concrètement ?**

○ A Bruxelles, il s'agit d'une personne référente du Centre de prévention du suicide. Béatrix Lekeux, psychothérapeute expérimentée et formée au deuil, accompagnera le premier groupe d'endeuillés.

□ Béatrix Lekeux : Dans les autres provinces, nous trouverons des personnes qui répondent au même profil, à savoir une formation à l'écoute, une capacité de rendre possible la parole et de la protéger. Les groupes sont constitués de cinq à huit personnes maximums. Il ne s'agit pas d'une famille ou de l'entourage d'une personne suicidée mais bien de personnes qui ont chacune vécu un suicide dans leur entourage. Un contact téléphonique et une rencontre individualisée ont lieu avec

l'accompagnant du groupe. Il s'agit d'un groupe fermé où l'on s'engage à être présent pour une durée de six mois à raison de deux soirées par mois. L'entretien préliminaire est fondamental à la constitution d'un bon équilibre dans le groupe. Six mois doivent s'être écoulés entre le décès et la participation au groupe et il faut être âgé de dix-huit ans minimum. En effet, les adolescents ont une autre perception et d'autres émotions à partager, la confrontation avec les adultes est encore difficile, nous préférierions leur offrir un espace autonome qui tienne compte de leur propre temporalité.

● ***Pourquoi un délai de six mois entre le décès et la participation au groupe et que deviennent ces personnes après la participation au groupe ?***

○ Ce cadre apparaît très structuré mais il a sa raison d'être : au moment du décès et dans les mois qui suivent, les personnes sont en général entourées et accompagnées par la famille élargie et les amis. C'est par la suite que l'isolement devient plus manifeste alors que le besoin de parler reste très présent pour les endeuillés.

□ Le besoin de comprendre et de trouver des explications les tourmente et c'est en cela que le délai de six mois prend son sens. L'idéal serait de pouvoir offrir une diversité d'approches et un accueil au moment de la crise également. Nous envisageons de les rencontrer deux mois après la clôture du groupe pour faire le point. Dans la mesure où il ne s'agit pas d'un groupe à vocation psychothérapeutique, les personnes

peuvent également se contacter entre elles en dehors des réunions. Ces liens sont aussi pour elles un soutien pour l'avenir. Nous souhaitons également susciter la réflexion chez les autres intervenants de première ligne. Ils ont un rôle très important à jouer.

● ***Il est vrai que ces personnes peuvent arriver chez le médecin et souvent, une confusion s'organise entre leur souffrance et une maladie...***

□ Après le suicide d'un proche, les personnes peuvent s'identifier comme malades, elles expriment la crainte de basculer dans la folie par exemple. Pourtant un accueil qui « pathologiserait » le deuil ne peut qu'amener ces personnes à fuir le cabinet de consultation. Le rôle des assistants sociaux et des professionnels de la santé est fondamental à cet égard, car c'est en général vers ces soignants de proximité que les endeuillés s'adressent en première intention. Il faut souligner l'importance de l'écoute bienveillante de cette souffrance.

● ***Pourquoi pensez-vous qu'un groupe soit plus approprié qu'un suivi individuel ?***

○ Ce n'est pas aussi absolu : pour certains, cela peut être plus approprié, pour d'autres pas. Il s'agit de deux formes d'aide possibles et qui peuvent être complémentaires. La participation au groupe peut aussi être un premier pas vers un travail individuel. Il reste que dans tous les cas, mettre des mots, c'est mettre de l'humanité là où au départ il y a un impossible à dire. Nous pensons pour notre part, et

l'expérience d'autres groupes en Europe en témoigne, que l'expérience partagée peut être un plus, aider ces personnes à retrouver des mots, ceux de la souffrance mais aussi ceux dans lesquels nous pouvons tous nous reconnaître.

Interview réalisée pour Santé conjugulée par Anne-Françoise Raedemaeker et Axel Hoffman.

*Pour plus d'information ou pour commander des dépliants :
Centre de prévention du suicide
Béatrix Lekeux
46, place du Châtelain
1050 Bruxelles
Téléphone : 02 640 51 56
Fax : 02 640 65 92*

« A bonnes dents... bon corps »

Jacqueline Dassy, diplômée en ostéopathie et membre de la Société belge d'ostéopathie

.....

« A bonnes dents, bon crâne et à bon crâne, bon corps » disait H. Magoun, ostéopathe américain de renom, au début du siècle. J.M. Landouzy, ostéopathe contemporain et auteur du livre dont nous nous sommes inspirés pour écrire cet article¹, poursuit : « Les traitements des articulations temporo-mandibulaires (ATM) comportent le traitement odontologique mais ne peuvent ignorer la posture ».

Le sujet est lancé : quels rapports peut-il y avoir entre l'occlusion, c'est-à-dire la manière dont les dents s'engrènent lorsque les deux mâchoires entrent en contact, bouche fermée, et la posture, c'est-à-dire la manière dont le corps se maintient debout. Et quels peuvent être les apports de différentes disciplines pour corriger l'une et/ou l'autre ?

.....

Phylogénèse

La relation « occlusion-posture » est le mieux illustrée par le processus d'homínisation : la position de la tête s'adapte à la position que prend le corps : à quatre pattes, couché, assis ou debout, la tête ne va pas se positionner de la même manière au sommet de la colonne vertébrale.

Les travaux de Delattre et Fenart² permettent de comprendre que l'évolution morphologique du crâne et de la face, au cours de la genèse de l'homme, est soumise à l'acquisition de la station bipodale : la « gueule » se verticalise en devenant « face » et l'occiput roule vers l'arrière et le bas pour venir dans l'axe de la colonne vertébrale qui, elle, s'est érigée verticalement (voir figures 1A et 1B).

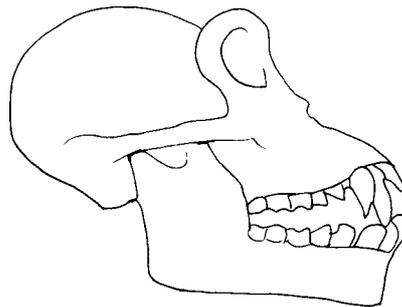


Figure 1A

J. Delaire³ souligne que cette évolution, sous l'influence de la posture bipodale et de l'évolution intellectuelle, a entraîné d'autres modifications morphologiques du corps.

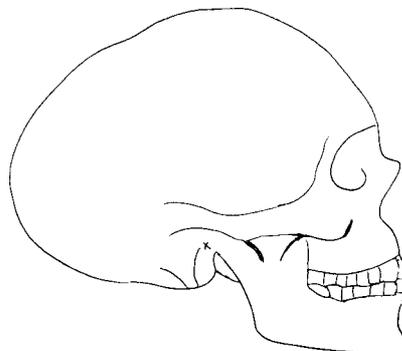


Figure 1B

Entre autres modifications, la clavicule apparaît, le thorax devient frontal, les membres antérieurs

deviennent supérieurs et ne servent plus à l'appui et au déplacement. La main se libère et devient un outil qui remplace définitivement la mâchoire, dans les fonctions de défense, de préhension et de préparation de la nourriture. La mâchoire conserve le cri mais s'y adjoint la phonation.

L'ensemble s'oriente pour libérer les membres supérieurs des contraintes d'appui et de déplacement. Le pied se transforme avec le bassin. L'orientation et la forme des deux os iliaques (du bassin) se modifient également, stabilisant le sacrum entre eux, pour soutenir la colonne vertébrale et permettant l'extension des deux hanches pour tenir debout.

Ontogénèse

Cela se passait-il y a quelques millions d'années. Trop longtemps peut-être pour s'en souvenir ? Oui et non : lorsque l'enfant grandit, change de posture, apprend à se mettre assis puis debout, il se produit une modification de sa morphologie céphalique et pelvienne. S'il connaît une affection lors de sa croissance, il peut développer des malformations. Certaines affections cervicales (torticollis congénital) peuvent engendrer des dysmorphoses cranio-faciales. La position de sommeil sur le ventre, préconisée par les pédiatres pour éviter les fausses routes, peut à long terme influencer le développement des articulations temporo-mandibulaires chez les adolescents. Certaines professions entraînent des postures pathogènes chez l'adulte qui retentissent au niveau des articulations

M'SIEUR MAGOUN, Y' M'DIT TOUJOURS :
V'Z'ÊTES UN EXEMPLE POUR MA
CORPORATION;...UN EXEMPLE !!



temporo-mandibulaires : on pense au violoniste ou au joueur d'instrument à vent.

L'asymétrie des membres inférieurs, une légère malformation du pied provoquent un déséquilibre postural, créent une pathologie ascendante qui aboutit à modifier la position de la tête et entraîner, à long terme, des pathologies au niveau des articulations temporo-mandibulaires.

Il suffit de pencher la tête en arrière, à droite, à gauche, pour vérifier que les contacts occlusaux varient selon ces positions.

Les fonctions des articulations temporo-mandibulaires ne sont pas soumises à la seule occlusion dentaire. Leur équilibre est la résultante d'un équilibre général, dans lequel elles assurent, à leur tour, une place prépondérante.

••••• **Différents facteurs peuvent influencer la posture et l'occlusion**

Tout d'abord la génétique qui les détermine. En chaînes musculaires, les différents types de posture sont mis en relation avec la typologie de l'individu, son schéma psychomoteur et donc sa personnalité.

Mais les défauts de la vue, les défauts de convergence oculo-moteurs, l'asymétrie de l'acuité visuelle, auditive vont être à la source de petits mouvements de compensation de la tête sur l'axe vertébral et induire des compensations musculaires à distance. La posture de la tête entraînera des compensations cervicales, non

seulement afin de garder l'horizontalité du regard mais aussi pour garder libre l'incompressible filière oropharyngée. Tous ces déséquilibres changent les paramètres de la statique et interviennent pathologiquement au niveau de l'appareil manducateur, d'autant plus que s'y ajoutent la tension nerveuse liée au travail ou à l'environnement et les habitudes alimentaires.

Dans la pratique, nous avons pu observer qu'un traitement dentaire ou orthodontique pouvait engendrer des douleurs cervicales, laryngées, d'épaule et même une scoliose...

La hauteur occupée par les mâchoires, appelée dimension verticale (DV), influence la posture. On peut constater que les patients en perte de dimension verticale présentent une cyphose dorsale avec une position antérieure de la tête.

Un maintien hypotonique donne lieu à une cyphose dorsale, une lordose lombaire et cervicale, compensatoire, avec bascule de la tête en arrière. La lordose cervicale étire les muscles antérieurs (sus- et sous-hyoïdiens) qui abaissent la mandibule et rendent difficile l'occlusion dentaire et labiale. Les muscles sus-hyoïdiens sont mis en tension et la rétrognathie apparaît : le menton est avalé.

La position de la tête influence grandement l'activité des muscles mandibulaires, cet effet peut être attribué aux influx provenant des fuseaux neuromusculaires siégeant dans la musculature cervicale ; par conséquent, lorsqu'on détermine la position de repos mandibulaire ou que l'on mesure l'espace libre sur un patient, on doit bien prendre garde à ce que la tête du sujet soit bien d'aplomb⁴. Attention donc aux repose-tête chez les dentistes lors d'évaluation.

• « A bonnes dents... bon corps »
 • (suite)
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •

S'il existe une contracture permanente du muscle psoas (pas rare), cela entraîne un flexum de hanches, une hyperlordose lombaire compensatoire et une projection de la tête vers l'avant. La correction ostéopathique de la déglutition ne peut être efficace si le psoas n'est pas libéré.

Toutefois, tous les sujets présentant des dysfonctions rachidiennes ne présentent pas systématiquement une dysfonction occlusale. La mandibule n'est donc pas toujours impliquée dans les compensations que le corps installe pour rétablir un équilibre perturbé. La mandibule, reliée au crâne par les articulations temporo-mandibulaires, contient la langue qui assure la suspension, par les fascias, des systèmes digestif et respiratoire et peut être influencée par toute tension de ce système ; elle est reliée aux temporaux et ainsi en liaison avec tout le système dure-mérien via la tente du cervelet (voir figure 2).

L'équilibre crânio-mandibulaire est soumis aux muscles assurant la mobilité et la posture de la tête sur le rachis cervical. Mais à son tour, une dysfonction des articulations temporo-mandibulaires peut provoquer un déséquilibre postural. Pour assurer cet équilibre, il existe des antagonismes musculaires entre les muscles de la nuque et les pré-vertébraux ; les muscles reliant la mandibule au crâne et ceux qui la relient à la ceinture scapulaire en passant par l'os hyoïde ; les muscles élévateurs (masticateurs, qui ferment la bouche) et les muscles abaisseurs (qui ouvrent la bouche) ; les muscles propulseurs et les rétracteurs ; les muscles de la langue (voir figure 3).

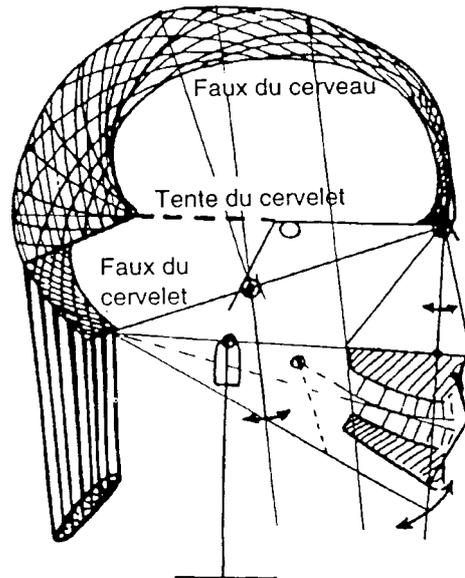
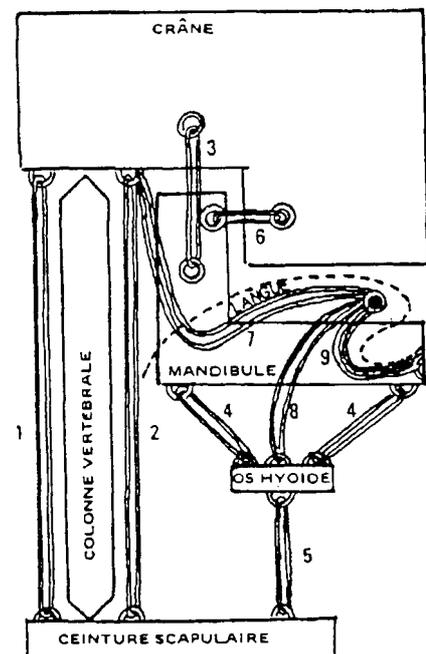


Figure 2 : schéma de l'équilibre crano-facial et cervical. Le poids de la face, appendue à la base antérieure du crâne, est compensé par le tonus des muscles de la nuque, dont l'action se prolonge dans la boîte crânienne, par l'intermédiaire des faux du cerveau et du cervelet (qui cintent la voûte) et de la tente du cervelet (qui tend la base antérieure du crâne). Par ailleurs, les articulations cranio-rachidiennes, temporo-mandibulaires, le maxillaire, et la mandibule sont liés par l'équilibre mutuel. (Schéma tiré de l'article de J Delaire, revue de Stomatologie ; Paris, 1978, 79, n°1, pp. 1-33).

Figure 3 : Schéma illustrant l'équilibre crano-mandibulaire dans lequel il est visible que les muscles de la langue jouent un rôle important (d'après Lejoyeux).

1. muscles de la nuque
 2. muscles pré-vertébraux
 3. muscles élévateurs
 4. muscles supra-hyoïdiens
 5. muscles sous-hyoïdiens
 6. muscles ptérygoïdiens latéraux
 7. muscles élévateurs et rétracteurs de la langue
 8. muscles abaisseurs de la langue
 9. muscles génio-glosses
- (schéma tiré de *La dimension verticale de l'étage inférieur de la face* par Robert Samoian).



L'os hyoïde, placé juste sous la mandibule, a une importance capitale dans l'équilibre de la mandibule (et donc des articulations temporo-mandibulaires) par ses multiples liaisons musculaires avec la langue, l'entonnoir thoracique et la ceinture scapulaire.

•••• L'examen

Le patient sera examiné en position debout, avant de passer au fauteuil. L'examen de la posture se fera d'un point de vue statique et dynamique. En statique, nous considérerons le plan sagittal (profil) et frontal (face et dos) afin de diagnostiquer soit cyphose et lordose soit scoliose.

Sur le plan dynamique : des mouvements passifs et actifs seront exécutés.

A titre d'exemple, debout, de dos et de face :

- test de hauteur et de postériorité des mastoïdes, des oreilles, de l'occiput ;
- test de mobilité cervicale, dorsale, lombaire, sacro-iliaque ;
- y a-t-il une ascension de l'angle supéro-interne de l'omoplate, de l'épaule ? ;
- y a-t-il asymétrie de l'angle thoraco-brachial, translation latérale du corps ? ;
- y a-t-il un déséquilibre pelvien ? : hauteur des crêtes iliaques, des hanches, jambe courte ?
- test de mobilité de l'os hyoïde.

Il y a moyen de vérifier l'origine occlusale des déséquilibres posturaux

par la mise en place d'une cale molaire (du côté où l'omoplate est la plus haute) : si la pose de la cale améliore les tests posturaux statiques et dynamiques (tests de mobilité), on peut en déduire que les troubles de la posture étaient induits par un déséquilibre occlusal. Nous parlerons dans ce cas de *pathologie descendante*.

Si par contre, il n'y a aucune amélioration des tests, nous serons probablement en face d'une *pathologie ascendante* où le trouble occlusal n'est que la résultante de déséquilibre à distance.

•••• Traitement

Par quelle discipline faut-il commencer le traitement ?

Les pathologies descendantes répondent à l'odontologie. Les ascendantes, à la rééducation posturale, à la podologie, à l'ostéopathie. Seules les formes pures peuvent bénéficier d'un seul type de traitement. Les formes mixtes sont à traiter par les différentes spécialités.

Lors de l'anamnèse et de l'examen, il sera utile de noter également le type de respiration (nasale, buccale,...), la position de la langue, l'élocution, l'acuité de l'ouïe, de la vue, les pieds plats, creux,... pour pouvoir proposer au patient le type de traitement qui lui sera le plus adéquat.

Autrement dit, pour comprendre les relations qui peuvent exister entre l'occlusion et la posture, il faut en sortir et voir tout l'ensemble - l'ensemble dans son mouvement - et le crâne là-haut en équilibre tout au

sommet de la colonne vertébrale.

Alors : « A bon corps, bon crâne et à bon crâne, bonnes dents » M. Magoun ?

Sources

- 1- Landouzy J.M., *Les ATM, Évaluation, traitements odontologiques et ostéopathiques*, Ed. de Verlaque, 1993.
- 2- Delattre A. et Fénart R., *L'homínisation du crâne*, Ed. du CNRS Paris, 1960.
- 3- Delaire J., « Essai d'interprétation des principaux mécanismes liant la statique à la morphogenèse céphalique », *Déductions cliniques, AOS n°130*, p.189 à 219, 1980.
- 4- Samoian R., « La dimension verticale de l'étage inférieur de la face », *Revue classifiée et analyse des notions actuelles*, troisième édition, imp. SAS 38100, Genève, Décembre 1984.

Hippocrate à l'épreuve du temps

Daniel Burdet, médecin généraliste à la maison médicale à Forest et membre du Comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales

Hippocrate à l'épreuve du temps.

Édité par Michel Libert et Bernard Hanson (éditions Academia Bruylants, 2000, 326 p).

Ce livre est un ouvrage collectif mais dont l'idée originale, la mise en application et la réalisation, la recherche d'auteurs divers (issus de milieux parfois très dissemblables) revient à deux médecins bruxellois : Michel Libert, urologue et Bernard Hanson, interniste. Tous deux préoccupés de questions éthiques et sociales (le second ayant achevé une formation en éthique à l'Université libre de Bruxelles), se sont rencontrés pour faire naître et mener à bien ce projet ambitieux : réaliser un ouvrage qui traite, selon divers aspects et à partir de positions différentes, de questions éthiques et sociales auxquelles la médecine est actuellement confrontée.

Comme ils l'expriment eux-mêmes, « *qu'il s'agisse de l'expérimentation humaine, des manipulations génétiques, des soins palliatifs, des dons d'organe, du coût des traitements, de l'exclusion de certaines catégories de malades, (...), du procès de Nuremberg, (...), la médecine moderne ne se conçoit plus sans une réflexion éthique, une dimension philosophique.* »

Il apparaît le plus souvent que face aux bouleversements très profonds et à la restructuration de la pensée médicale dans sa confrontation aux exigences de la culture moderne et du vécu des patients d'aujourd'hui, les citoyens,

les usagers aussi bien que les médecins, se retrouvent assez démunis et parfois déstabilisés. « *Le bon sens ne suffit plus toujours. Le monde politique ne propose que des embryons de réponse. Les cadres légaux sont souvent inexistants ou inadaptés. La tolérance doit répondre à l'écoute mutuelle. Une réflexion humaniste est nécessaire* ».

Le livre est conçu comme un lieu de dialogue entre des opinions diverses, des approches particulières, des lieux d'application singuliers de la pensée et de la pratique, entre différents courants philosophiques et la médecine moderne.

Loin d'aborder le sujet sous l'angle austère d'une somme philosophique et morale, voulant éviter de confronter le lecteur à un « traité » ou un livre d'une lecture ardue et rebutante, les deux auteurs-éditeurs ont choisi de faire appel à de nombreux

collaborateurs, très divers et d'origines multiples à la fois sur le plan de la profession, des convictions philosophiques et religieuses, des acquis en matière de pensée éthique ou spéculative.

C'est ainsi que se laissent découvrir, au fil des pages, médecins (généralistes et spécialistes, cliniciens ou non), théologiens, gestionnaires, psychologue, juriste, écrivain, etc.

Par ailleurs, les champs explorés par ces auteurs, les sujets abordés, le sont sous forme d'articles plus ou moins étendus et fouillés.

Une première partie approche certains aspects historico-philosophiques, passant par des rappels de l'histoire de la médecine en des périodes moralement très troublées, l'histoire des codes éthiques et déontologiques pour arriver à des considérations sur les modes de réflexion en éthique médicale.

La seconde partie met au premier plan

**C'ET PASSIONNANT COMME
UN ROMAN , DIS-DONC !!**



quelques situations particulières qui mobilisent les questionnements et les acteurs sur le terrain des soins ou de l'organisation de ceux-ci (sexualité, génétique, expérimentation, euthanasie, soins palliatifs, secret médical, dons d'organes, croyances, médecines parallèles, argent, sectes, ...).

Après une troisième partie centrée sur les droits des patients, une quatrième et dernière aborde diverses positions philosophiques ou religieuses en matière de pensée médicale et éthique (catholique, protestante, juive, musulmane et laïque).

Malgré le sérieux des sujets et la profondeur avec laquelle ils sont traités, la lecture de l'ouvrage est agréable, souvent passionnante même. Il est évident qu'une entreprise collective comme celle-ci produit une grande diversité de tons, de langages, donne lieu à des colorations parfois disparates sur des matières communes et pourrait, a priori, donner l'impression d'un « patchwork » un peu éclaté. Il n'en est rien : le fil conducteur reste constamment perceptible et la multiplicité des points de vue apparaît bien vite comme un réseau de réflexions animées par un but commun : réfléchir sur des pratiques, sur les pensées qui les fondent et les relations qu'elles impliquent.

D'aucuns pourront peut-être regretter que certains chapitres ne fassent pas « le tour de la question », laissent en arrière ou même suscitent beaucoup de questions sans réponse.

C'est sans doute vrai, mais le propos et le but ne sont pas là. Loin d'apporter des réponses (et surtout pas des réponses faciles, « toutes prêtes et

cuites »), cet ouvrage veut permettre à chacun de se faire une opinion, de la nourrir et de la mûrir, car si réponses il y a, le plus souvent c'est en nous qu'elles se trouvent. La lecture de ce livre nous aide dans ce cheminement.

J'aimerais terminer la présentation de cette publication, à laquelle j'ai eu la chance de collaborer, ainsi que Pierre De Loch, également membre du comité d'éthique, par cette citation des deux maîtres d'œuvre dans un communiqué de presse :

« La médecine est à la fois une science incertaine, qu'il faut développer et un art difficile, qu'il s'agit de promouvoir. Nous avons voulu, dans cet ouvrage, développer une réflexion critique sur la pratique quotidienne de la médecine moderne, sans nous attarder sur des pratiques certes symboliquement marquantes, mais quantitativement marginales. Nous sommes des soignants engagés dans une pratique concrète, dont nous parlons sans complaisance, mais sans renier notre art. Nous refusons de nous taire devant une évolution de la société qui favorise des dérives dangereuses de la médecine. Certaines sont tristement célèbres, comme celles des médecins nazis, mais la dynamique propre à la techno-science médicale en contient bien d'autres, moins connues et qui sont le fait de praticiens « normaux », qui ne se présentent, ni ne se ressentent comme des monstres et qui ne sont pas moins dangereux pour autant.

Trop souvent aussi, en éthique biomédicale, l'homme ne parvient plus à comprendre celui qui ne pense pas comme lui ; nous avons voulu comprendre comment des humains

sincères peuvent déployer leurs réflexions éthiques dans des directions différentes afin de redevenir capables de reconnaître toujours en l'autre un être de moralité, même si sa morale n'est pas la nôtre. Mieux se connaître et mieux connaître l'autre, pour une pratique qui respecte mieux le patient, tel est notre projet. »

Faire son deuil, vivre un chagrin

Bénédicte Dubois, kinésithérapeute à la maison médicale Aster

Faire son deuil, vivre un chagrin

Manu Keirse, Edition De Boeck et Belin, Bruxelles, 2000.

Les premiers chapitres décrivent les « étapes obligées » du deuil, les sentiments, les émotions et les réactions spécifiques à cet événement. Dans un deuxième temps, Manu Keirse nuance ces éléments en fonction des circonstances du décès et des liens qui unissaient les personnes concernées.

Le deuil des enfants

Les réactions d'un enfant sont différentes en fonction de son âge, de la place qu'il occupe dans la famille, de sa relation avec la personne décédée. Quelle que soit la situation, l'auteur insiste sur les explications à donner, sur la place à laisser aux enfants lors de la préparation des funérailles et sur l'attention à leur témoigner parfois longtemps après le moment du décès. Il leur faut parfois le temps de prendre conscience que la mort est un non-retour.

La perte d'un enfant

La perte d'un nouveau-né, d'un adolescent ou d'un enfant adulte sera vécue différemment par la famille et l'entourage. En tous les cas, il s'agit, pour les parents, d'une perte de soi-même, qui peut-être différente pour l'un et l'autre. Manu Keirse attire notre attention sur la place à laisser à cet enfant décédé (particulièrement en cas de mort-né) et la place à laisser aux autres enfants, aux grands-parents qui peuvent ne pas être reconnus dans leur chagrin tant ils se doivent d'aider leurs enfants à assumer leur tristesse.

Le deuil dans les couples divorcés

Comment le chagrin de l'ex-femme ou mari peut-il s'exprimer ? Quelle place est laissée à ces hommes et ces femmes quand le conjoint décédé avait fondé une autre famille ? Quelle place pour les enfants qui peuvent être partagés entre leurs parents et leurs beaux-parents ?

La perte des parents plus âgés

L'âge des parents lors de leur décès modifie le chagrin que l'on peut avoir mais pas l'intensité ; il s'agit toujours d'une perte, d'une séparation. Sentiments de culpabilité de n'avoir pas fait tout ce qu'il fallait, frustration d'une relation qui n'était pas ce que l'on souhaitait, responsabilité vis-à-vis de l'autre parent, changements familiaux sont autant d'éléments qui peuvent perturber le travail du deuil et auxquelles il faudra être attentif.

Les pertes non reconnues

Que ce soit la perte d'un emploi, la perte d'un ami, la mise à la pension, la maladie mentale... nombreuses sont les situations où le travail du deuil est entravé parce que le chagrin ne peut être exprimé car non reconnu. Et pourtant les étapes sont semblables aux autres situations et demandent la même attention. Quelques suggestions qui peuvent être utiles dans l'accompagnement de ces personnes sont proposées.

Les handicapés mentaux et la perte chez les handicapés mentaux

On devrait plutôt parler de pertes au pluriel car la mort d'un parent s'associe dans de nombreux cas à un placement en institution. La perte des repères environnementaux et affectifs augmente le chagrin lié au décès.

Manu Keirse nous propose d'intégrer ces personnes dans les préparatifs des funérailles et de leur expliquer ce qu'est la mort. Il faudra aider ces handicapés à vivre avec les pertes qu'un décès peut entraîner.

Le deuil à l'école et dans le milieu professionnel

Trop souvent, après les témoignages de sympathie d'usage lors d'un deuil, la vie reprend comme avant. Plus aucune allusion n'est faite à la personne décédée. Ces réactions peuvent être difficiles à assumer pour le frère ou la sœur qui est endeuillé, pour les amis qui n'ont pas la place d'exprimer leur désarroi, leur tristesse, mais aussi pour les professeurs qui peuvent jouer le rôle de confident, pour les parents qui ne sont plus conviés aux réunions, fêtes, ...

De même, on attend d'un employé qu'il reprenne son travail comme si de rien n'était alors que le deuil demande beaucoup d'énergie et qu'il peut entraîner des pertes de mémoires passagères, un manque de concentration.

Pouvoir parler de ce que l'on ressent dans ces situations, pouvoir parler de la personne décédée permet d'assumer son chagrin et de poursuivre son deuil. Que ce soit à l'école ou dans le milieu professionnel, quelques pistes concrètes sont proposées pour aider les uns et les autres à assumer la perte.

La mort par suicide

Le suicide provoque souvent un sentiment de culpabilité dans la famille et les amis proches. La peur du regard des autres peut amener la famille à cacher les véritables causes du décès. Comment aider ces personnes à sortir de ce silence ?



Comment pouvons-nous rester à l'écoute des questions, des angoisses ? Comment former les policiers, les premiers soignants à cette écoute sont quelques-unes des questions abordées dans ce chapitre.

Un chapitre est consacré aux condoléances : Que dire, comment le dire ? Quelle présence ? Un autre aborde les rituels et leur importance pour permettre d'amorcer le travail du deuil. Comment expliquer ces rituels aux enfants dans notre société où la mort est cachée ?

Le livre se termine sur quelques suggestions qui peuvent aider d'une part les personnes endeuillées à vivre leur chagrin et d'autre part nous tous à être à l'écoute et disponibles pour permettre à ces personnes de poursuivre leur travail de deuil.

Un livre plein de réflexions et de conseils destiné aux soignants et au

grand public pour mieux comprendre ce que signifie « faire son deuil », l'importance de ce travail pour l'équilibre de la personne, l'importance du temps de l'écoute, de l'attention pour permettre à tout un chacun d'en venir à bout et de pouvoir reprendre goût à la vie.

