

« ménages ordinaires », a pour objectif de connaître et de mesurer les différentes consommations médicales ainsi que leurs caractéristiques et d'évaluer l'état de santé de la population française.

La méthode d'enquête présentée dans ce rapport combine l'entretien et le carnet de soins. Chaque ménage est suivi pendant 12 semaines et reçoit 5 visites d'enquêteur espacées de trois semaines. Entre les visites, le ménage note dans un carnet de soins toutes les consommations médicales.

Les consommations relevées concernent : les soins médicaux et paramédicaux, la consommation pharmaceutique et para-phar-

maceutique, les analyses, examens, traitements radiothérapeutiques, les hospitalisations.

Par ailleurs pour évaluer l'état de santé des individus, diverses questions ont été posées : les maladies, handicaps et infirmités, la consommation de tabac, d'alcool, les régimes alimentaires, les caractéristiques morphologiques des individus, les antécédents chirurgicaux et port de prothèses.

SOULAGER LA SOUFFRANCE Soigner et accompagner jusqu'au bout

Ministère de la Santé

« Il n'y a pas d'objectivité de la douleur et on ne peut montrer aucune proportionnalité entre les causes décelables des douleurs et leur intensité. [...] Par contre on peut intervenir sur elle de façon souvent très satisfaisante pour tous et cela est, bien sûr, un devoir pour le médecin. » C'est pour cette raison que le ministère délégué à la Santé, avec la collaboration du Comité français d'éducation pour la santé, propose un fascicule comprenant un assez court développement sur l'accompagnement, et un développement plus long et précis sur le « médical et technique » : douleur et maladie, traitement des autres symptômes du patient en phase termi-

nale, rappel des règles de prescription des médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à prescription médicale spéciale. Ces conseils utiles, sur un sujet délicat, auraient mérité un support plus attrayant.

LES DENSITÉS MÉDICALES EN ÎLE-DE-FRANCE EN 1992

Paris, ORS Île-de-France, 1993, 52 p.

L'objectif de ce rapport est de présenter les principaux résultats d'une étude que vient de réaliser l'Observatoire régional de la santé sur les densités médicales en

PROSPECTIVE

LE SYSTÈME DE SANTÉ EN L'AN 2010

Rapport au plan, La documentation française, 1993, 152 p.

Le groupe de prospective du système de santé présidé par Raymond Soubie se propose de répondre à la question suivante : à l'horizon 2010, le système de santé français sera-t-il capable de répondre aux évolutions prévisibles de la morbidité et au développement des techniques médicales en préservant la solidarité collective, les principes d'organisation et la régulation actuels, sachant que pour des résultats, en matière de mortalité, comparables à nos voisins, nous consacrons aux soins 1,5 point de PIB (produit intérieur brut) de plus.

Dans un premier chapitre, le rapport montre que tout contribue à l'expansion de la demande et de la réponse sanitaire : accroissement des morbidités chroniques, nouvelles maladies épidémiques telles que le sida, aug-

mentation des exclus sociaux — n'ayant pas ou peu recours au système de soins —, pression consumériste des usagers ; expansion des innovations technologiques, cloisonnement entre les différentes formes de soins curatifs. Ce dernier facteur est nettement remis en cause par le groupe de travail. En revanche on notera le poids de la conception biomédicale de la santé dans les travaux du groupe. Deux exemples : les déterminants sociaux des problèmes de santé sont considérés essentiellement dans leurs relations avec le système de soins et non comme pouvant faire l'objet de politiques sociales prioritaires visant à améliorer la santé ; la diffusion des techniques doit être accompagnée d'une protection des personnes (problème éthique) sans que soit questionnée l'utilité pour la santé de la population de cette diffusion.

Le deuxième chapitre est une démonstration de l'inadaptation de notre système de soins pour la maîtrise de l'accroissement des dépenses de santé et pour l'allocation des ressources : absence de responsabilité de l'ensemble des partenaires au niveau indivi-

duel (usagers, professionnels) et collectif (élus nationaux et locaux, partenaires sociaux), excès de centralisation, cloisonnement des régulations sectorielles (médicament, hôpital, médecine ambulatoire) et dichotomie entre le financement et la décision juridique. Dès lors le système est bien mal adapté aux défis du futur.

Trois scénarios types sont passés en revue :

- un scénario tendanciel qui évite réforme et choix explicites ;
- un scénario « tout technique » avec développement de la gestion des risques individuels qui conduit rapidement à ébranler les principes de solidarité et d'équité sur lesquels repose le système ;
- un scénario de « la santé organisée » où les choix reposent sur l'efficacité tant pour les individus (fonction de leur patrimoine génétique, de leur environnement) que pour la collectivité. Le champ de la prise en charge s'élargit avec soutien aux aidants informels et action sur l'environnement et le domicile. Dans une telle approche, les choix individuels trouvent difficilement leur place.

Dans le dernier chapitre le groupe soumet au débat : une tentative de réponse d'ensemble aux problèmes soulevés par la régulation du système de soins inspirée par les réformes des pays voisins (Pays-Bas, Royaume-Uni). Le modèle propose un système d'assurance maladie universel et unique financé par un prélèvement sur l'ensemble des revenus des ménages couvrant les dépenses pour un *panier* de biens et services dont le contenu fait l'objet d'une redéfinition permanente, à l'intérieur, de principes généraux validés par le Parlement. Les soins non inclus dans le *panier* sont susceptibles d'être couverts par les assurances privées.

La politique de santé, définie nationalement, est mise en œuvre pour l'essentiel aux niveaux régional et local.

➤ Au niveau national reviendrait la responsabilité de fixer les objectifs d'évolution des dépenses de santé, d'allouer les ressources à partir d'indicateurs de besoins, de définir des programmes d'intérêt national (greffes d'organes, technologies très lourdes, grandes campagnes de dépistage).

Île-de-France, par deux approches : d'une part, les variations de densités selon les départements et les secteurs sanitaires et d'autre part, les différences entre types d'activité médicale, c'est-à-dire médecins libéraux ou salariés, généralistes ou spécialistes.

Trois caractéristiques principales peuvent résumer la situation francilienne : la densité médicale est trois fois plus élevée à Paris qu'en Seine-et-Marne, plus de la moitié des médecins franciliens sont spécialistes, et plus de la moitié des médecins libéraux exercent avec des honoraires libres.

Cette étude a été menée dans le cadre de la participation de l'ORS

aux travaux préparatoires à l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire en Île-de-France, que pilote la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES HANDICAPÉES DROITS ET DÉMARCHES

Centre technique national d'études et de recherches sur les handicapés et les inadaptations (CTNERHI), juillet 1993, 256 p.

Le droit des personnes handicapées est reconnu depuis la loi du 30 juin 1975. Depuis cette date de nouvelles lois ont vu le jour, des dispositions particulières et des droits accordés... Pour les aider à mieux agir, se protéger, se défendre au quotidien, faciliter la tâche aux personnels d'encadrement, à leurs familles, le CTNERHI, a réédité ce guide à leur intention. Il leur permet de mieux comprendre la législation et la réglementation, complètes mais complexes, de combler un manque certain ne serait-ce qu'en ce qui concerne la fiscalité... Un premier ouvrage avait été édité il y a quatre ans.

● À noter la nouvelle adresse du CTNERHI, 236 bis, rue de Tolbiac, 75013 Paris

PERSONNES ÂGÉES

LES PERSONNES ÂGÉES DANS LES PAYS DE LA LOIRE Édition 1993

ORS Pays de la Loire, 1993.

Ce document réalisé par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, à la demande de

la conférence régionale des retraités et personnes âgées, nous dresse un tableau complet de la situation des personnes âgées dans les Pays de la Loire mais avec de nombreuses références également à la situation de l'ensemble des régions françaises (tableaux, cartes,...). Son lectorat devrait donc dépasser les acteurs et décideurs de cette seule région. Les données rassemblées concernent aussi bien l'évolution démographique que l'état de santé, le mode de vie et les ressources, les services et les équipements proposés. Les titres des chapitres sont à dessein évocateurs : « le nombre des personnes de plus de 85 ans devrait augmenter de 45 % en 10 ans », « 60 % des personnes de plus de 90 ans vivent à domicile », « le taux d'équipement varie de un à trois selon les régions »,...

● Conférence régionale des retraités et personnes âgées, Hôtel de la Région, 1, rue de la Loire, 44066 Nantes cedex 02, tél. : 40 41 41 41

SANTÉ PUBLIQUE

LA DÉCISION EN SANTÉ PUBLIQUE Surveillance épidémiologique, urgences et crise

William Dab
ENSP éditeur.

Cet ouvrage fera l'objet d'une analyse dans le prochain numéro.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE Bordeaux, 27-30 septembre 1993

Résumé des communications, liste des posters, revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 41, 1993, supplément 1, 104 p.

Il faut saluer cette initiative intéressante de faire paraître, avant

même le congrès, et dans une collection régulière, les résumés des communications de ce congrès organisé par l'UFR de santé publique de l'université de Bordeaux II.

Quatre-vingt-quinze résumés de communications retenus sont ainsi accessibles, regroupés dans seize rubriques. Ce grand nombre de rubriques reflète certainement la grande richesse et variété de la discipline épidémiologique. On s'y perd cependant un peu, d'autant que ces rubriques ne sont pas très clairement identifiées dans le corps de l'ouvrage.

FORMATIONS 1993/1994 CFES, 1993, 148 p.

L'expérience acquise par les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (CRES et CDES), en collaboration avec le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a permis à celui-ci d'éditer, et ce pour la première fois, sur le plan national, un catalogue de l'ensemble des formations 1993/1994 en éducation pour la santé proposées par les comités. Les formations présentées sont regroupées par thème.

Il s'agit de stages, ouverts aux professionnels et au public qui répondent à un certain nombre de critères. L'objectif est bien entendu de développer le savoir et le savoir-faire en éducation et promotion de la santé.

● Ce catalogue est gratuit et disponible au CFES, 2, rue Auguste Comte, 92170 Vanves, téléphone : 46 45 45 00

SOCIÉTÉ

L'ENFANT ET LA TÉLÉVISION

dans L'enfant en milieu tropical, 1993, n° 206, 62 p.

Le petit écran a envahi notre vie quotidienne. De plus en plus, ado-

► Au niveau régional serait mis en place une agence régionale des services de santé comprenant des représentants élus des assurés et des professionnels et des membres de droit (élus locaux et représentants de l'État). Cette agence aurait la responsabilité, dans le cadre des objectifs nationaux et des ressources allouées, d'organiser localement l'offre de soins. L'agence passerait des contrats pluriannuels avec les producteurs de soins assortis d'objectifs de résultats et d'exigence en terme de qualité des soins : ces contrats pourraient être mis en concurrence. Les modes de rémunération pourraient varier selon les professionnels et les programmes de soins selon plusieurs modalités inspirées d'exemples étrangers (Pays-Bas, Royaume-Uni, Allemagne). Enfin l'agence serait responsabilisée dans la réalisation des objectifs économiques et sanitaires.

Un tel rapport qui apparaît comme révolutionnaire en France a le grand mérite de poser clairement les enjeux et d'ouvrir des pistes de débat qui parcourent l'ensemble des pays voisins.

Jean-Claude Henrard