

Actualité et dossier
en
santé publique

n°1 décembre 1992

haut
comité
de la
santé
publique

n°1

dossier
La
formation
en
santé
publique

Actualité et dossier ^{en} **santé publique**

n°1 décembre 1992

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE
L'ACTION HUMANITAIRE

haut comité de la santé publique

Pour tout renseignement
contactez le secrétariat général du

Haut Comité de la santé publique

17, rue Marguerite
75017 Paris

Téléphone 42 67 19 41

Télécopie 46 22 31 43

*La reproduction totale ou partielle des
éléments publiés dans ce document est
autorisée sous réserve de la mention :*

Haut Comité de la santé publique
Actualité et dossier en santé
publique n°1

ISSN en cours

Dépôt légal décembre 1992

Reproduction d'après documents
fournis

IMPRIMERIE NATIONALE 2 256 059 P

- **Président**
M. Bernard Kouchner,
Ministre de la santé et de
l'action humanitaire
- **Vice-Président**
Guy Nicolas
- **Directeur de publication**
Jean-François Girard
- **Rédactrice en chef**
Ségolène Chappellon
- **Comité de rédaction**
Jean-Pierre Cotton
Denis Couet
Ruth Ferry
Geneviève Guérin
Jean-Claude Henrard
Claudine Le Grand
Philippe-Jean Parquet
Marie-Josèphe Strbak
- **Secrétaire de rédaction**
Marie-Josèphe Strbak
- **Réalisation graphique**
Philippe Ferrero
- **Secrétariat**
Arlette Dardy
Maïté Ibarreche
Riama M'Bae
- **Ont participé à ce numéro**
Marie Mauffret
René Demeulemeester
Michel Depinoy
Sylvaine Boige-Faure
Roger Salamon
Daniel Lagier

Actualité

actualité et dossier en santé publique n°1 décembre 1992

Éditorial

C'est avec satisfaction, plaisir et... une certaine fierté que nous vous présentons ce premier numéro de la nouvelle revue du Haut Comité de la santé publique *Actualité et Dossier en Santé Publique*.

Satisfaction, car c'était un projet qui nous tenait à coeur

Plaisir, car nous avons aimé le faire

Fierté, car c'était un défi difficile à relever pour l'équipe du secrétariat général

Notre projet était de concevoir un nouvel outil pour les acteurs et décideurs de la santé publique en leur proposant, au travers d'un dossier et des rubriques régulières un certain nombre de données-repères politiques, institutionnelles, juridiques, économiques et sociales.

Nous remercions Jean-Claude Henrard, Philippe-Jean Parquet, Ruth Ferry et Denis Couet qui ont bien voulu se joindre au comité de rédaction pour nous y aider.

Nous espérons apporter un plus à nos anciens lecteurs, et répondre aux besoins de nombreux nouveaux lecteurs.

L'équipe du secrétariat général

Sommaire

2 **Actualité**

- 6^{ème} congrès national des ORS
- Stratégie pour une politique de santé

4 **Europe**

- Conseil des ministres européens de la santé
- Handicapés : les programmes Hélios et Horizon

6 **International**

- La santé de la nation, une stratégie pour la santé en Angleterre

7 **Organisme**

- ANDEM

8 **Statistiques**

- Viticulture
- Industries agricoles et alimentaires

14 **Législation et réglementation**

18 **Informations parlementaires**

22 **En documentation**

28 **La vie du Haut Comité**

29 **Calendrier**

Le dossier *La formation en santé publique* se trouve encarté entre les pages 14 et 15. Il est numéroté I à XX.

Actualité

6^{ème} CONGRÈS NATIONAL DES ORS

700 participants réunis à Bordeaux
les 8 et 9 octobre 1992

Organisé par l'ORS d'Aquitaine et la Fédération nationale des ORS, le sixième congrès national des ORS marquait le dixième anniversaire de leur création. Cette manifestation a rassemblé, pour des débats d'idées riches en bilans et en perspectives, plus de 700 participants venus d'horizons institutionnels extrêmement divers, reflétant bien la diversité des acteurs et des cultures dans le domaine sanitaire et social.

UN THÈME

Les disparités régionales et leurs évolutions récentes

Au cours des années 1980, le paysage sanitaire et social français a considérablement évolué. Sur le plan institutionnel, la mise en place de la décentralisation a profondément modifié la répartition des responsabilités. L'arrivée du SIDA a bouleversé, non seulement le paysage épidémiologique, mais aussi le paysage politique et social. L'apparition de nouvelles technologies et de nouvelles thérapeutiques a sensiblement fait évoluer les modalités de prise en charge des malades. Durant la même période, la poursuite de la crise économique a conduit à un renforcement sensible des mesures destinées à la maîtrise des dépenses de santé, mais a entraîné aussi des difficultés nouvelles dans l'accès aux soins d'une partie de la population.

Il était donc intéressant de faire le point pour tâcher de savoir quels effets avaient eu tous ces changements sur la situation respective des régions les unes par rapport aux autres.

DES CONSTATS

Des progrès, des bilans en demi-teinte, des situations inchangées

L'analyse de la mortalité par département fait apparaître une France très contrastée, voire à deux vitesses. Les écarts qui existaient au début des années 80 ne sont pas comblés et les contrastes ne vont pas en se réduisant. Très schématiquement on dis-

tingue, en effet, un zone d'Ouest en Est passant par le nord (Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne et Alsace-Lorraine) où la mortalité est très élevée. La mortalité périnatale est également plus élevée au nord de la France mais aussi dans certaines zones du sud, ce qui traduit sans doute le fait que les femmes ne bénéficient pas partout de la même qualité d'environnement et de surveillance au moment de leur grossesse.

Une partie importante de la surmortalité observée dans certaines régions est directement liée à des comportements s'accompagnant de consommation excessive d'alcool ou de tabac. La France de l'Ouest est ainsi marquée par l'alcoolisme, celle de l'Est par le tabagisme et celle du Nord par les deux à la fois.

La capacité des soins hospitaliers et de ville a connu en France des évolutions aussi importantes que contrastées. Le souci de planifier la création d'établissements hospitaliers dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses de santé, a engendré la fermeture de plusieurs milliers de lits depuis plus de 10 ans. Cette baisse des capacités hospitalières s'est accompagnée d'un développement important des techniques de diagnostics et de soins, d'une baisse de la durée de séjour à l'hôpital, d'une modification des modes de prise en charge avec davantage de soins ambulatoires et à domicile. Mais les régions les mieux équipées en lits hospitaliers sont restées les mêmes depuis dix ans, bien que les écarts se soient un peu atténués.

En matière de médecine de ville, la situation est inverse et une forte croissance des effectifs s'est produite en dix ans, notamment pour les spécialistes. Néanmoins, les régions où les densités sont les plus élevées sont toujours les mêmes (Ile-de-France et régions du sud) et les écarts se maintiennent entre les régions les moins bien pourvues en médecins libéraux et celles qui le sont le mieux.

L'action dans le seul cadre du système de soins montre ainsi ses limites pour réguler

les équipements et maîtriser les dépenses. Sans doute, faut-il élargir la politique de santé à tous les aspects des modes de vie (éducation, aménagement du territoire, conditions de travail, environnement, etc.), dans le cadre d'une véritable démarche de santé publique, pour espérer aboutir à des résultats durables dans ce domaine.

L'augmentation du nombre et de la part des personnes âgées, conséquence de l'allongement de la durée de vie et de la baisse de la natalité, entraîne aujourd'hui le développement de multiples structures pour venir en aide à plus d'un million de personnes âgées dépendantes. Il est vrai que cette donnée générale cache sans doute d'importantes inégalités dans les besoins puisque les personnes de 75 ans et plus représentent selon les régions de 4 à 14 % de la population.

Mais les disparités en équipements restent parfois encore plus saisissantes. Si l'on s'en tient aux structures d'hébergement collectif, les taux d'équipement en maisons de retraite varient de 1 à 4 selon les départements. L'introduction de nouvelles compétences pour les collectivités territoriales n'a pas modifié pour l'instant les disparités antérieures, bien que l'on puisse s'accorder à penser que les populations hébergées ont, en revanche, sensiblement évolué.

C'est dans le domaine des soins à domicile que les différences restent encore les plus marquantes. Selon les régions, des taux d'équipements varient de 1 à 6, pouvant même passer de 1 à 17 si l'unité est le département. Cependant le nombre de places a quasiment doublé entre 1980 et 1990 et l'on observe une tendance à la réduction des inégalités. Enfin, le montant des aides sociales proposées à la personne âgée montre encore de profondes inégalités puisque ces prestations peuvent varier selon les départements de 1 à 15.

UN NOUVEL OUTIL POUR L'OBSERVATION

Les tableaux de bord régionaux

Le congrès a également été l'occasion de présenter la maquette des tableaux de bord régionaux ; ce document élaboré par la Fédération des ORS et un groupe de travail d'une dizaine d'ORS, rassemble tous les indicateurs disponibles les plus

pertinents pour rendre compte de la santé à l'échelon d'une région.

Les indicateurs sont rassemblés en 33 thèmes regroupés en 9 grands chapitres*. Chaque thème fait l'objet d'une fiche de 4 pages associant tableaux, graphiques et commentaires. A la condition d'en avoir les moyens, chaque ORS pourra réaliser le tableau de bord sur la santé de sa propre région selon une présentation et des sources communes à toutes les régions. Les comparaisons inter régionales seront possibles et une synthèse nationale de chacun des indicateurs étudiés pourra être effectuée. Ces présentations ont naturellement débouché sur une large confrontation d'idées durant les séances mais également pendant les pauses ou les repas.

Les ORS ont ainsi démontré leur capacité à rassembler (600 sur les 700 participants étaient extérieurs à ces structures) et à provoquer un débat.

Ils se sont par contre interrogés sur leur avenir.

Se situant à l'interface de ceux qui ont pour tâche d'évaluer les besoins de la population, de ceux qui mènent des actions pour répondre à ces besoins et de ceux qui assurent l'allocation des ressources et gèrent les moyens, les ORS occupent une position institutionnelle originale.

Cependant, ils souffrent d'une précarité de leurs financements, et d'un engagement insuffisant, à leur sens, de l'État, les propos du Docteur Édith Pons, conseiller technique au cabinet de Monsieur Bernard Kouchner : « Les ORS ont encore des ressources insuffisantes pour développer une activité pleinement satisfaisante... Un effort financier est nécessaire, l'État souhaite poursuivre son effort dans les années à venir..., mais il est nécessaire que les ORS se mobilisent pour rechercher des contrats État -collectivités territoriales et développent ainsi des politiques partenariales » ne les a pas totalement rassurés.

R. F.

* Constat d'ensemble, offre et consommation de soins, mère et enfant, personnes âgées, personnes handicapées, pauvreté, précarité, pathologie, facteurs de risque, santé et environnement.

STRATÉGIE POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ

Rapport et consultation

En juin 1992, le Haut Comité de la Santé Publique entamait une réflexion pour **définir une politique de santé** ; à la demande du ministre, il rendait ses premières propositions fin septembre.

Ces premières propositions privilégient une approche globale et intersectorielle de la santé ; alors qu'une première partie expose la démarche du Haut Comité et ses valeurs de référence, la deuxième partie propose une brève analyse des problèmes puis la définition d'objectifs par des approches croisées : populations (tranches d'âges), pathologies, et quelques approches transversales (modes de vie, environnement, qualité des soins) et enfin des « stratégies de soutien à une politique de santé ».

Ces premières propositions sont soumises à une **large consultation** nationale : 5.500 exemplaires auront été envoyés, sur toute la France, aux acteurs et structures de santé et soumis à leur appréciation critique et quatre débats régionaux se seront déroulés courant novembre.

Conformément au calendrier que le ministre lui a fixé, le Haut Comité devrait rendre ses nouvelles propositions, amendées et enrichies par cette consultation, à la mi-décembre ; il appartiendra alors au ministre de s'en saisir pour définir et mettre en oeuvre une politique de santé.

Remarques, c'est la **définition d'objectifs** qui fonde la démarche du Haut Comité et en cela, d'une part il se rapproche de la démarche impulsée par l'O.M.S. (notamment dans la région Europe, cf. les buts de la santé pour tous, actualisés en 1991), d'autre part il remplit une des missions qui lui est explicitement confiée par son décret constitutif (cf. décret du 3/12/91 article 1, paragraphe 2 « 1° il contribue à la définition des objectifs de la politique de santé publique »).

A ce stade de sa démarche, le Haut Comité n'a pas défini de priorités parmi ces objectifs ; pour lui, s'agissant d'un choix politique, il appartiendra aux responsables de la politique de santé, chacun à leur niveau, « d'établir des choix prioritaires

différenciées au sein de l'ensemble des objectifs concevables » (note de présentation du Haut Comité pour les débats régionaux) ;

Toujours à ce stade, la recherche d'indicateurs n'est qu'amorcée, et tout en jugeant nécessaire de disposer d'indicateurs pertinents pour tous les objectifs, le Haut Comité ne veut pas en faire une condition préalable.

Par contre, le Haut Comité propose des valeurs de référence : « la règle générale proposée est, pour chacun des indicateurs retenus, sa confrontation -aux fins de s'en rapprocher- avec la situation la plus favorable au sein d'un ensemble ayant une certaine homogénéité ainsi la comparaison des indicateurs nationaux peut-elle être valablement effectuée avec les valeurs de ces indicateurs dans les autres pays de la Communauté Européenne ; celle des indicateurs d'une région nationale particulière avec celle des autres régions du pays. » (*ib.*)

Enfin s'agissant des actions, le Haut Comité préfère ne faire que dessiner le type d'actions à entreprendre, laissant aux acteurs et responsables locaux la responsabilité de les définir en fonction d'objectifs précis et des ressources locales.

En conclusion, la démarche du Haut Comité est une démarche nouvelle pour la France dans la mesure où elle privilégie une approche globale et procède par définition d'objectifs.

Par ailleurs, le principe d'une consultation nationale sur un premier document est également tout à fait nouveau.

Quant au rapport lui-même, il n'a pas la prétention d'être exhaustif dans son analyse des problèmes et tout spécialiste qui chercherait des éléments particuliers sur sa discipline, risquerait d'être déçu. Son ambition est bien plus, d'une part de définir un cadre de référence commun aux acteurs et structures de santé et de leur fournir un outil de communication, d'autre part de proposer un cadre de réflexion et d'aide à la décision aux acteurs politiques.

S. C.

Europe

CONSEIL DES MINISTRES EUROPÉENS DE LA SANTÉ

16^{ème} session
Bruxelles, 13 novembre 1992

Était notamment inscrit à l'ordre du jour « l'action future dans le domaine de la santé publique ; débat général d'orientation » ; il s'agit de concevoir d'ores et déjà ce que pourrait être l'application de l'article 129 du traité de Maastricht. Le débat s'est déroulé sur la base d'un document présenté par la commission le 20 octobre 1992 ; il reste, à ce stade, général ; il s'agit essentiellement de définir un cadre (trouver un équilibre entre approche horizontale et verticale, définir des priorités...) tout en respectant le principe de subsidiarité (valeur ajoutée qu'apporteront ces futurs programmes européens).

Le Danemark qui assurera la présidence à partir de janvier 1993 s'est engagé à continuer le travail amorcé.

Ce conseil a également permis d'adopter :

- une résolution sur le contrôle et la surveillance des maladies transmissibles,
- les conclusions d'un rapport sur l'éducation pour la santé (suites de la résolution du Conseil des ministres de l'éducation du 23 novembre 1988),
- les conclusions du deuxième rapport sur la réduction de la demande de la drogue dans la communauté européenne.

Par contre les ministres de la santé n'ont pas pu se mettre d'accord sur la directive concernant la publicité en faveur des produits du tabac.

Enfin, en questions diverses, les ministres belge, français et néerlandais ont fait part de leurs préoccupations quant à l'autosuffisance de la Communauté en sang humain et au maintien du principe du don volontaire et non rémunéré dans la perspective de la libre circulation des produits sanguins, telle que prévue par la directive 89/381/CEE.

(Source : conseil des communautés européennes, secrétariat général, communication à la presse)

HANDICAPÉS :

Quelques 30 millions de citoyens de la Communauté européenne ont un handicap mental, sensoriel ou moteur.

Dans la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, adoptée au Conseil européen de Strasbourg des 8 et 9 décembre 1989 les personnes handicapées ne sont pas oubliées dans la démarche en faveur d'une société européenne plus ouverte et plus équitable :

« Toute personne handicapée, quelles que soient l'origine ou la nature de son handicap, doit pouvoir bénéficier de mesures additionnelles concrètes visant à favoriser son intégration professionnelle et sociale.

« Ces mesures d'amélioration doivent notamment concerner, en fonction des capacités des intéressés, la formation professionnelle, l'érgonomie, l'accessibilité, la mobilité, les moyens de transports et le logement (article 26). »

(Le traité de Maastricht prévoit : « Art 2 : [...] l'intégration des personnes exclues du marché du travail »)

D'ores et déjà plusieurs programmes d'intérêt communautaire permettent aux pays de l'Europe d'établir des liens et de créer des réseaux de formation, d'information et de transferts de savoir-faire. Certains d'entre eux ont été mis en place pour permettre aux personnes handicapées hommes et femmes, de comprendre leur handicap et réussir une insertion sociale et professionnelle. Ces programmes s'appellent : *Hélios*, *Handynet*, *Horizon*, *Tide*. En France, le Secrétariat d'État aux Handicapés a développé pour sa part, les initiatives *Hélios I* puis *Horizon* qui sont des initiatives communautaires spécifiques pour les personnes handicapées accidentées de la vie. Ces mesures spécifiques se situent nécessairement dans le cadre d'actions transnationales.

LES PROGRAMMES HELIOS ET HORIZON

HELIOS

Né en 1988, le programme d'action quadriennal *Hélios* (1988-1991) est l'axe majeur de la politique communautaire en faveur des personnes handicapées.

Il établit une base et un réseau d'activités pour le développement au niveau communautaire, d'une politique globale et cohérente en faveur de l'intégration et de la vie autonome de toutes les personnes handicapées.

Cette action consiste à promouvoir des initiatives pilotes, réalisées dans les domaines de l'éducation, de la formation professionnelle et de l'emploi, de la mobilité et du transport, de l'accessibilité, du logement, des nouvelles technologies, de la créativité et du sport, etc... puis, après évaluation de chacune d'entre elles, à coordonner une action et une politique d'envergure européenne.

A cet effet quatre réseaux sont chargés de stimuler et de réaliser des actions innovatrices.

Réseau des centres et expériences de réadaptation et de formation professionnelles

Cinquante centres et expériences de réadaptation et de formation professionnelles, répartis dans toute la Communauté Européenne, forment l'ossature du réseau. Chaque centre et expérience constitue un relais au niveau national ouvrant la voie vers d'autres centres ou activités du même type.

Activités modèles locales (AML)

Au nombre de 80, les Activités modèles locales sont dirigées par une équipe pluridisciplinaire composée de spécialistes du handicap et de représentants des pouvoirs publics locaux ou nationaux concernés par l'activité du réseau. Trois réseaux d'AML couvrent l'ensemble du processus d'intégration : les secteurs éducatif, économique et social.

Intégration scolaire (AML I)

Ce réseau regroupe 21 projets pilotes partageant le même objectif d'insertion de

tous les enfants et jeunes élèves handicapés dans l'enseignement ordinaire. De cette intégration scolaire dépend l'égalité des chances pour leur avenir.

Intégration économique (AML II)

27 projets pilotes ont mission de promouvoir les aptitudes des personnes handicapées auprès des acteurs économiques et le développement des possibilités de réadaptation, de formation professionnelle et d'emploi. Autre priorité : stimuler la législation dans le domaine de l'emploi afin d'établir une politique d'égalité des chances pour l'insertion des personnes handicapées au sein du marché du travail.

Intégration sociale (AML III)

L'objectif des 32 projets est de promouvoir une vie autonome des personnes handicapées dans un environnement propice. Les actions prioritaires sont l'accessibilité, la mobilité et transport, le logement, les loisirs...

Le programme communautaire *Hélios* a permis de développer un système informatisé de données sur les problèmes des handicapés et d'approfondir la réflexion sur la politique à mener.

HORIZON

La Commission des Communautés Européennes a décidé, le 18 décembre 1990, de créer l'initiative communautaire Horizon, mesure financière spécifique en faveur des personnes handicapées et de certains groupes de personnes défavorisées. Le budget total est fixé à 180 M. ECU pour une période de trois ans (1991-93). L'intervention financière porte sur des mesures qui doivent nécessairement se situer dans le cadre d'actions transnationales et associer au moins une des régions européennes les moins développées.

Cette coopération consistera en des échanges de programmes, de formation, de formateurs et de stagiaires.

Le volet « personnes handicapées » de l'initiative Horizon a pour objet de renforcer le programme Hélios – dont le

système Handynet – et de permettre le financement direct, par le Fonds Social Européen et par le FEDER, de programmes concernant :

la formation professionnelle et l'emploi des personnes physiquement et mentalement handicapées ;

l'adaptation de l'infrastructure en tenant compte des besoins spécifiques des personnes handicapées.

2 300 personnes handicapées bénéficient du programme Horizon, réparties sur 30 départements pour le premier programme qui comporte 56 projets. Enfin d'autres programmes communautaires intègrent les besoins des personnes handicapées: *Petra, Lingua, Erasmus* (pour l'échange des jeunes), *Tempus* (programme européen de coopération entre universités. Le Secrétariat d'État aux handicapés et accidentés de la vie soutient, dans ce cadre, conjointement avec la Belgique, la création de formation universitaire dans le domaine de la rééducation et réadaptation en Roumanie), *Cost 219* (pour les services et équipements futurs en télécommunication et téléinformation), *Now* (pour l'égalité entre les hommes et les femmes), *Euroform* (pour la formation professionnelle).

Cette politique vis-à-vis des personnes handicapées et l'Europe a été présentée par le Secrétaire d'État aux Handicapés lors d'une conférence de presse du 3 septembre 1992.

Pour toutes informations supplémentaires il suffit de s'adresser :

Sources d'Europe, Socle de la Grande Arche

92054 Paris la Défense Cedex 61
Commission des Communautés Européennes, Direction générale DG5, Action en faveur des handicapés
Rue de la loi 200, 1049 Bruxelles
Tel : (19) 322 235 1111

LA SANTÉ DE LA NATION Une stratégie pour la santé en Angleterre

THE HEALTH OF THE NATION, A strategy for health in England

Le ministère de la Santé anglais a conduit, entre janvier 1991 et juin 1992, une démarche pour élaborer un plan de Santé Publique ; ce plan a été publié en juillet 1992 et vient de faire l'objet d'un débat à la Chambre des communes (octobre 1992). Le Gouvernement britannique, en entreprenant cette démarche pour une stratégie de santé, a voulu s'échapper du débat interne trop exclusivement centré sur la réforme du N.H.S. (National Health Service). L'intention a été de rappeler que la santé ne peut être limitée au système de soins et qu'il convient de démedicaliser les problèmes de santé.

Un premier document, le « green paper », a été élaboré par des experts du ministère de la Santé ; ce document expliquait la démarche (cf. infra) et proposait déjà une analyse secteur par secteur.

Ce document a été diffusé largement et soumis à une consultation publique pendant cinq mois ; des conférences, séminaires... ont été organisés ; la presse a participé au débat ; enfin plus de 2 000 contributions écrites, émanant de particuliers ou d'organisations, ont été recueillies. Après cette consultation, un « steering committee », présidé par le ministre de la

Santé, a travaillé en vue de la production d'un « white paper », document engageant le gouvernement et soumis à l'approbation du Parlement.

La démarche anglaise se caractérise en particulier par la *sélection de domaines-clés prioritaires* (« key areas »).

Pour identifier des secteurs clés, les auteurs du « green paper » avaient retenu trois groupes de critères :

- le premier groupe est en rapport avec la gravité du problème (mortalité, morbidité, coût, perception...)

- le deuxième groupe se réfère à la possibilité de mener une action efficace en vue d'améliorer la situation (comparaisons internationales ou inter-régionales, mais également contraintes techniques, budgétaires, sociales...)

- le troisième groupe cherche à ne retenir que les domaines dans lesquels des objectifs peuvent être quantifiés et des indicateurs de suivis retenus.

16 secteurs analysés en fonction de ces critères ont été proposés à la consultation. 5 secteurs clés ont finalement été retenus dans le « white paper » : maladies cardiovasculaires, cancers, maladies mentales, SIDA, accidents.

Outre la sélection de ces 5 domaines clés prioritaires, la stratégie s'attache à :

- déterminer des objectifs généraux (« objectives ») et des objectifs quantifiés (« targets ») dans chaque domaine retenu ;

- dessiner les actions à mener pour atteindre ces objectifs ;

- et les initiatives à prendre pour mettre en oeuvre cette stratégie (partenaires...) ;

- prévoir des modalités d'évaluation et d'adaptation.

Plusieurs remarques s'imposent à propos de ce processus :

- à toutes les étapes, le rôle et la place du N.H.S. ont été rappelés ;

- l'étape de consultation a été longue et a conduit à de nombreuses modifications entre le « green » et le « white » paper ;

- pour les Anglais, la détermination de priorités est la première étape incontournable d'une démarche stratégique de façon à utiliser au mieux les ressources ;

- ce « white paper » est présenté, non comme une fin, mais comme la première étape d'un processus continu, dans lequel les objectifs devraient être régulièrement revus ;

- ce travail fait référence à la stratégie de l'O.M.S. « Santé pour tous » (par exemple aux buts généraux « ajouter des années à la vie, ajouter de la vie aux années ») et représente la participation des Anglais au processus engagé au niveau européen par le bureau régional de l'O.M.S.

Principaux objectifs

Maladies cardio-vasculaires et infarctus

Réduire la mortalité par maladies cardio-vasculaires et infarctus, dans la population des moins de 65 ans, d'au moins 40 % d'ici l'an 2000 b⁹⁰ (b^{xx} : base 19xx, b⁹⁰ = base 1990)

Réduire la mortalité par maladies cardio-vasculaire dans la population de 65 à 74 ans d'au moins 30 % d'ici l'an 2000 b⁹⁰

Réduire la mortalité par infarctus dans la population de 65 à 74 ans d'au moins 40 % d'ici l'an 2000 b⁹⁰

Cancers

Réduire la mortalité par cancer du sein dans la population soumise à un dépistage systématique d'au moins 25 % d'ici l'an 2000 b⁹⁰

Réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus d'au moins 20 % d'ici l'an 2000 b⁸⁶

Réduire la mortalité par cancer du poumon, avant 75 ans, d'au moins 30 % chez les hommes et d'au moins 15 % chez les femmes d'ici l'an 2010 b⁹⁰

Stopper la croissance continue de l'incidence du cancer de la peau d'ici l'an 2000.

Maladies mentales

Améliorer de façon significative la santé et l'insertion sociale des malades mentaux

Réduire le taux de suicide global d'au moins 15 % d'ici l'an 2000 b⁹⁰

Réduire le taux de suicide des malades mentaux graves d'au moins 33 % d'ici l'an 2000 b⁹⁰

SIDA et M.S.T.

Réduire l'incidence des gonorrhées d'au moins 20 % d'ici 1995 b⁹⁰, en tant qu'indicateur de l'évolution du V.I.H.

Réduire d'au moins 50 % le taux de grossesse chez les moins de 16 ans d'ici l'an 2000 b⁸⁹

Accidents

Réduire la mortalité par accidents chez les enfants de moins de 15 ans d'au moins 33 % d'ici 2005 b⁹⁰

Réduire la mortalité par accidents chez les jeunes de 15 à 24 ans d'au moins 25 % d'ici 2005 b⁹⁰

Réduire la mortalité par accidents chez les plus de 65 ans d'au moins 33 % d'ici 2005 b⁹⁰



Nom	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
Sigle	ANDEM
Statut	Association régie par la Loi du 1 ^{er} juillet 1901.
Tutelle	Le Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration et le Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.
Date de Création	7 février 1990.
Texte de référence	Le Journal Officiel de la République Française « Associations » du 7 mars 1990 - N° 10.
Missions	L'évaluation de stratégies et techniques médicales préventive, diagnostique et thérapeutique et l'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital et en médecine libérale.
Objectifs	Conduire toute action dans le domaine de l'évaluation médicale, des soins et des technologies médicales ayant un impact en terme de santé publique.
Moyens	Budget 1992 : 23,5 millions de francs.
Organisation et fonctionnement	L'Agence est administrée par un Conseil d'Administration présidé par Monsieur Jacques Bonnet. Un Conseil Scientifique donne un avis consultatif sur les problèmes scientifiques qui lui sont soumis. L'Agence est composée d'une Direction, un Secrétariat Général, un service chargé des études d'évaluation des stratégies et techniques médicales, un service chargé de l'évaluation hospitalière, un service chargé de l'évaluation en médecine ambulatoire, un service de documentation scientifique, de formation, de communication et diffusion des publications de l'ANDEM et de relations internationales.
Particularités	L'Agence fonctionne avec un Conseil scientifique présidé par le Professeur Joël Ménard et en relation avec de nombreux experts français et étrangers, institutions et professionnels de santé.
Effectifs	29 personnes équivalent temps plein.
Responsable	Le Professeur Yves Matillon, Directeur de l'Agence.
Actions et publications	L'ANDEM élabore, valide et met en oeuvre des méthodes d'évaluation des techniques, stratégies préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Elle teste les méthodes et la faisabilité de l'évaluation des pratiques professionnelles en milieu hospitalier et ambulatoire. Elle favorise la diffusion et l'impact de ses études. La plupart des études de l'ANDEM font l'objet d'une publication. A ce jour, sont disponibles à l'Agence deux guides méthodologiques sur les conférences de consensus, huit rapports et synthèses d'études d'évaluation, tels le rapport : « <i>Évaluation des Examens Préopératoires</i> » de Juin 1992 et le document de synthèse « <i>Indications des Examens Préopératoires</i> » de Septembre 1992, les recommandations des conférences de consensus auxquelles l'Agence a participé ou attribué un label, un annuaire des formations à l'évaluation et divers compte-rendus d'ateliers ou séminaires qu'elle a organisés.
Partenaires	Les Pouvoirs publics : Ministères, Caisses d'Assurance Maladie, Universités, Hôpitaux publics et privés et plus généralement les professionnels de santé...
Perspectives et projets	Développer deux secteurs d'activité dans les domaines de l'Hôpital et de la Médecine Libérale. Les prochaines études engagées en 1992 traiteront du «Télémonitoring foetal», du «Syndrome d'Apnées du Sommeil», des «Implants Dentaires» et des «Autogreffes de moelle».
Coordonnées	ANDEM Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale 5 bis, rue Pérignon 75015 Paris Tél. (1) 44 38 50 00 Fax (1) 47 34 91 46

Statistiques

Viticulture

Bilan de la campagne 1990/1991

Évolution des récoltes de vin
*Récoltes par catégories de vin**

Production mondiale de vin
Production de vin

Industries agricoles et alimentaires

Fabrication de boissons et alcools :
effectifs salariés et investissements du
secteur d'entreprise

Production ou ventes des différentes
branches de fabrication des spiritueux
*Production d'alcool par les distillateurs de
profession*
Ventes de Cognac
Production de liqueurs et crèmes de cassis
Production de spiritueux consommés à l'eau
Production d'apéritifs à base de vin

Évolution de la consommation
française des principaux spiritueux.

Production des branches de
fabrication de boissons non
alcooliques
*Production de boissons non alcooliques
élaborées et de jus de fruits*
Ventes d'eau minérales naturelles

Produits à base de tabac : production
et consommation
*Produits à base de tabac, production par
branche*
Consommation française de cigarettes
Consommation et prix du tabac

* Les italiques indiquent un graphique

Viticulture

Bilan de la campagne 1990/1991
(en milliers d'hectolitres)

Stocks au 1^{er} sept. 1990	43 395
dont à la propriété	28 680
au commerce	14 715

Récolte 1990 déclarée	65 529
dont vins et moûts	
pour vinification	63 939
moûts pour autres usages	1 590

Quantités récupérées	107
-----------------------------	------------

Importation de vins et moûts	5 591
---	--------------

Disponibilités	114 622
-----------------------	----------------

Stocks au 31 août 1991	47 417
dont à la propriété	32 680
au commerce	14 737

Utilisation au cours de la campagne 1990-1991	67 205
--	---------------

Consommation en franchise et pertes	2 549
Consommation taxée	34 971
Distillation	14 538
Moûts concentrés	214
Autres usages industriels	2 817
Exportations	12 117

(Source DGI)

Évolution des récoltes de vin

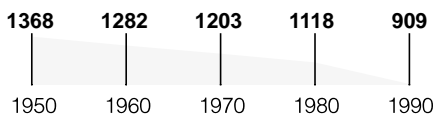
Sur les vingt dernières années, les récoltes enregistrent un mouvement analogue à celui de la consommation taxée : augmentation sensible des récoltes de vins d'appellation, diminution depuis 1980 pour les autres vins : dans cette dernière catégorie toutefois, la baisse ne touche

que les vins de table, alors que la récolte de vins de pays augmente constamment (passant de 9 616 Mhl en 1986 à 12 278 Mhl en 1990). On doit aussi signaler que la baisse très importante des récoltes en 1991, qui a touché toutes les catégories de vins, est surtout dûe aux conditions climatiques.

Il est intéressant d'analyser en détail cette corrélation entre la baisse des récoltes et la baisse de la consommation pour savoir laquelle impulse l'autre. En fait la chute de la consommation de vin de table est due à un changement profond des modes de consommation parmi les nouvelles générations, et semble être le facteur originare des tendances observées. Mais il existe aussi des facteurs liés à la politique agricole commune (réduction des surfaces de production destinée à résorber l'excédent structurel de vins au niveau communautaire) ;

L'analyse de la superficie totale du vignoble français à travers les recensements généraux de l'agriculture et les déclarations de récolte montre une régression sur longue période, avec une accentuation de la diminution des surfaces de production sur la dernière décennie.

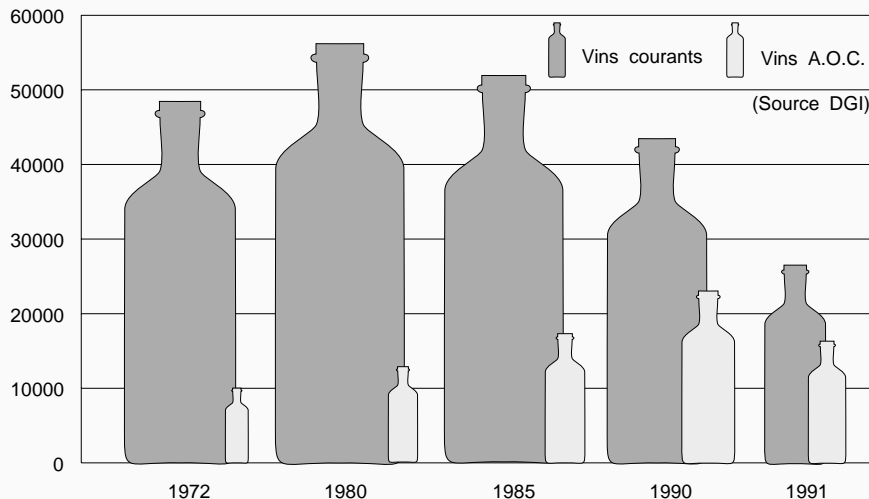
Superficie totale du vignoble français (en milliers d'hectares)



Cette évolution d'ensemble recouvre des grandes disparités au niveau des régions et des catégories de vin. Certains vignobles enregistrent une expansion entre les deux derniers recensements, comme l'Alsace (+ 14 %), la Champagne, la Gironde et la Drôme (+ 11 %) ou la Bourgogne (+ 10 %). Par contre on observe des régressions sensibles en Corse (- 51 %), dans le Gers (- 34 %), les Bouches du Rhône (- 32 %), le Tarn (- 28 %) et les Charentes (- 19 %). Le Languedoc-Roussillon, qui reste le plus grand vignoble français, voit sa superficie baisser de 12 %, de même que le Val de Loire, ce qui est la moyenne France entière.

Récoltes par catégories de vin

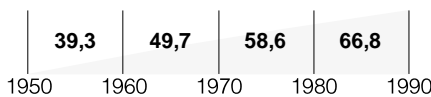
(en milliers d'hectolitres)



Les rendements moyens révèlent une forte augmentation de productivité.

Rendements

(en hectolitres par hectare)

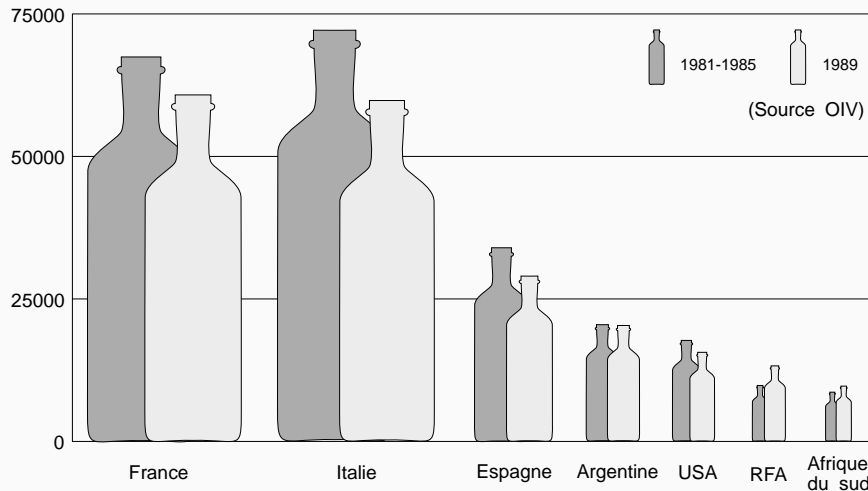


Production mondiale de vin

La tendance française s'inscrit dans un mouvement mondial de décroissance. La production de vin dans le monde a progressé de 55 % entre 1950 et 1980, jusqu'à un pic de 366 millions d'hectolitres en 1982 ; depuis elle décroît, pour se situer dans une fourchette d'environ 300 millions d'hectolitres.

Production de vin

(en milliers d'hectolitres)



Industries agricoles et alimentaires

(Boissons et Alcools)

Fabrication de boissons et alcools Effectifs salariés et investissements du secteur d'entreprise

Secteur d'activité	Effectifs			Investissements (MF)			
	Année	1971	1980	1988	1971	1980	1988
Distillation d'alcool		2 124	1 182	1 489	27,5	47,0	142,7
Distillation d'eau de vie		5 244	4 909	5 079	55,3	129,0	226,3
Liqueurs, apéritifs		7 106	6 721	4 375	87,7	140,0	122,9
Apéritifs à base de vin		3 972	2 563	1 069	17,2	33,0	89,5
Champagnisation		8 858	8 174	7 483	112,0	195,0	578,9
Brasserie		18 806	12 947	7 144	189,2	808,0	887,5
Cidrierie		932	1 192	887	10,5	27,0	48,3
Jus de fruits de légumes		1 596	2 157	1 235	20,3	67,0	125,0
Boissons non alcoolisées élaborées		4 198	3 674	3 996	53,2	107,0	240,1
Eaux minérales		10 401	9 957	9 508	109,0	264,0	622,6

On rappelle que le secteur regroupe des entreprises ayant la même *activité principale*. La branche d'activité par contre inclut tous les établissements exerçant cette activité, même à titre secondaire.

(Source : Enquête annuelle d'entreprise, SCEES)

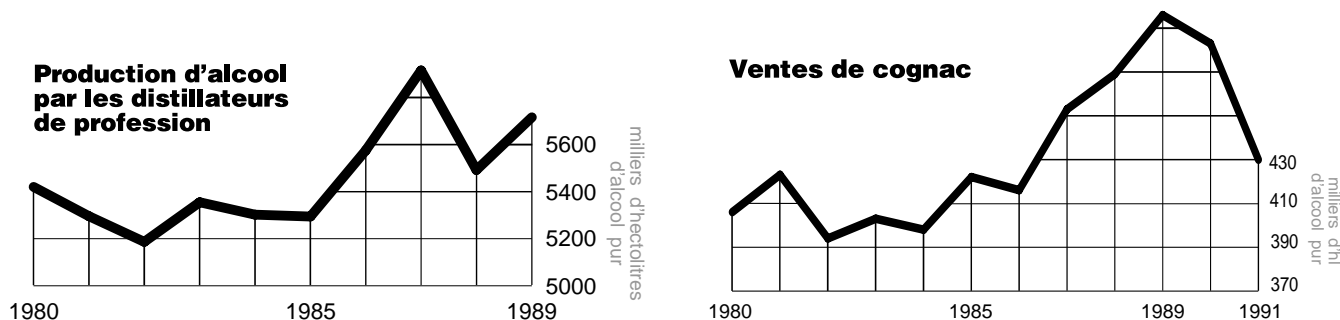
On note que les plus fortes réductions d'effectif concernent les apéritifs à base de vin (qui subissent un fort recul du marché intérieur et une perte de parts de marché face à la concurrence étrangère) et dans la brasserie, qui a connu un fort

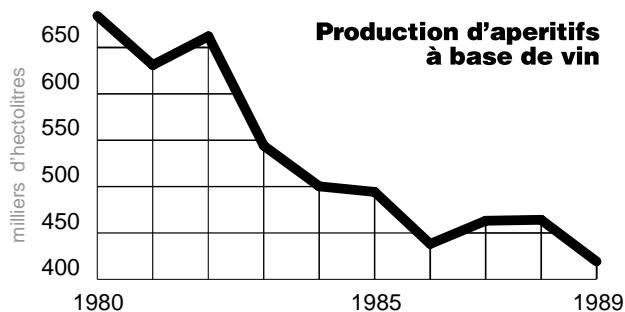
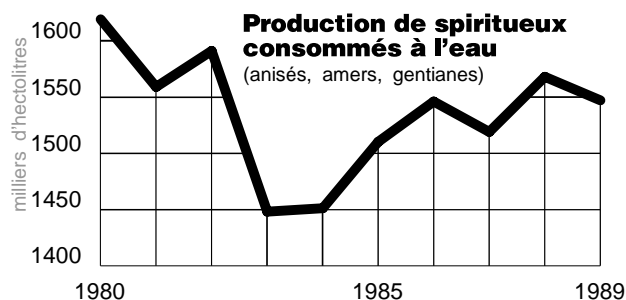
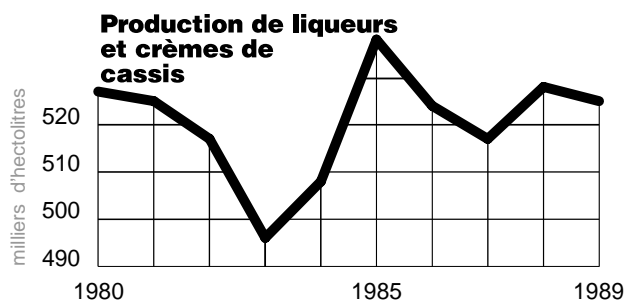
mouvement de concentration et de modernisation.

Au total, entre 1971 et 1988, l'effectif salarié occupé dans les secteurs industriels fabriquant des boissons alcooliques passe de 47 042 à 27 526, soit une diminu-

tion de 41 %. Sur la même période, l'emploi salarié dans les secteurs de fabrication de boissons non alcooliques passe de 16 195 à 14 739, soit 9 % de diminution.

Production ou ventes des différentes branches de fabrication de spiritueux





	3	4
graphiques	5	
	1	2

(Source INSEE)

Évolution de la consommation française des principaux spiritueux

La consommation totale de spiritueux en alcool pur, dont près des deux tiers sont représentées par les anisés et les alcools de céréales ou de grains, augmente de 14 % entre 1981 et 1991, passant de 1250 Mhl d'alcool pur à 1420 Mhl.

La production de spiritueux consommés à l'eau (graphique 4) et celle de liqueurs et crèmes de cassis (graphique 3) bénéficient du relatif essor de la consommation intérieure depuis le milieu de la décennie 1980. Celle d'apéritifs à base de vin chute, à la suite d'une demande atone et de pertes de parts de marché au profit de la concurrence étrangère. Le cognac est

	1981	1985	1989	1990	1991
Anisés	548,5	534,9	566,2	577,5	585,0
Amers, gentianes	28,7	26,8	28,6	30,3	29,0
Alcools de céréales (whisky, gin, vodka)	198,1	251,7	305,9	310,0	302,0
Apéritifs à base de vin, vermouths	N.C.	119,0	123,9	118,6	116,4
Cognac, armagnac, calvados	93,6	69,3	64,9	57,5	54,4
Vins mousseux, VDN	66,3	49,4	43,4	58,4	50,5
Rhum	100,0	78,7	74,8	68,2	72,5
Crèmes de cassis	16,7	19,8	23,3	22,6	24,1
Autres digestifs, liqueurs	122,5	123,2	N.C.	157,8	175,0

(Source : DGI)

(en milliers d'hectolitres d'alcool pur)

surtout un produit d'exportation, aussi ne pâtit-il pas trop de la faiblesse de la consommation intérieure jusqu'en 1990, année à partir de laquelle la crise mondiale de la demande (en particulier sur les produits de luxe) fait sentir ses effets. Quant au whisky, au gin, à la vodka et au rhum,

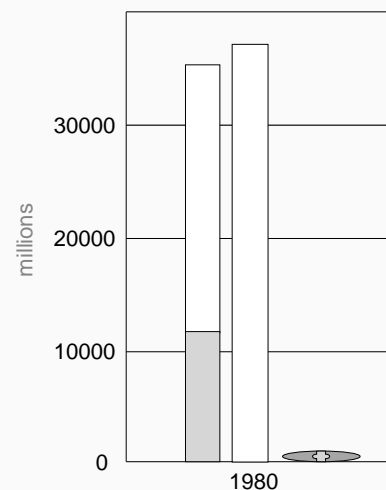
ce sont surtout des boissons importées (depuis les DOM-TOM en ce qui concerne le rhum). Aussi les fortes évolutions observées sur la consommation intérieure se traduisent-elles surtout en termes de commerce extérieur.

Production des branches de fabrication de boissons non alcooliques

Production de boissons non alcooliques élaborées et de jus de fruits

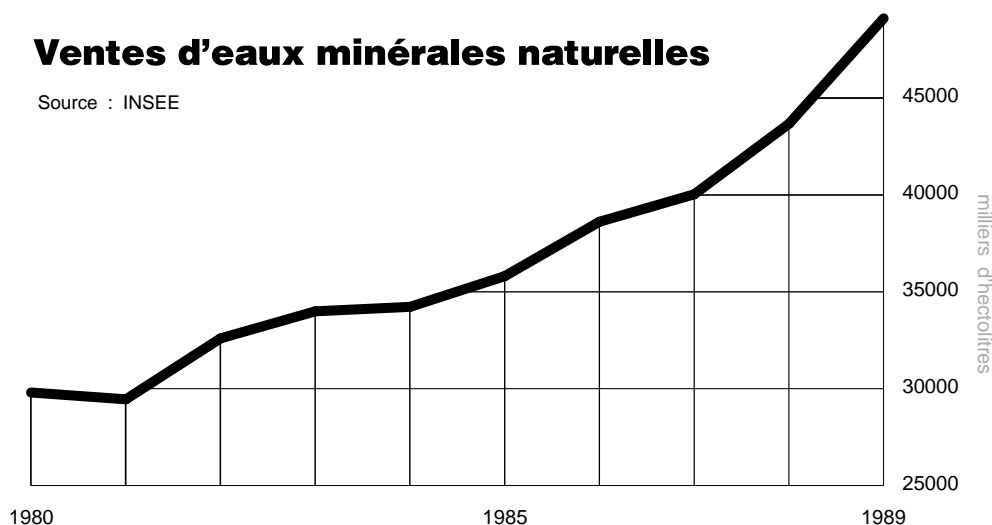


Produits à base de



Ventes d'eaux minérales naturelles

Source : INSEE



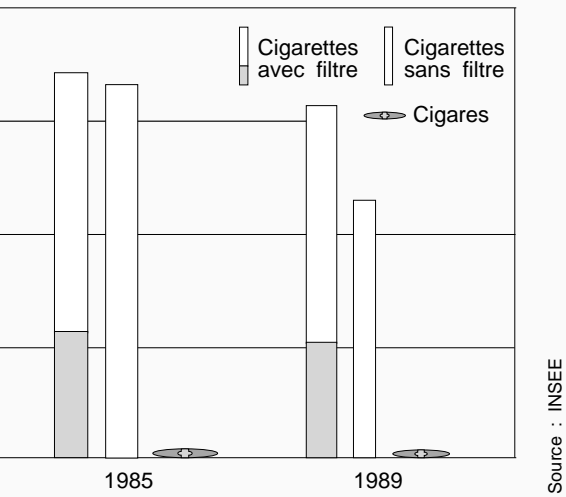
Les productions françaises de boissons non alcooliques bénéficient du développement sensible de la consommation intérieure depuis dix ans,

ainsi que de l'essor des exportations, notamment pour les eaux minérales et certaines boissons non alcoolisées élaborées.

La consommation de cigarettes enregistre une croissance très importante jusqu'en 1985. Quant à la production intérieure, elle baisse depuis 1980, en particulier pour les cigarettes sans filtre. Aussi la pénétration étrangère du marché français est-elle forte. Le graphique ci-contre permet de comparer la consommation, en 1985, de tabac en grammes par adulte de 15 ans ou plus dans plusieurs pays (1 gramme équivaut à peu près à 1 cigarette) en liaison avec le prix du tabac (en indice base 10 pour la moyenne CEE). Il y a une évidente corrélation négative entre niveau de prix et consommation, mais d'autres facteurs peuvent jouer, d'ordre culturel notamment : la consommation est plus faible (et les prix plus élevés) dans les pays du Nord de tradition protestante ou anglicane, que dans les pays Latins plus permissifs.

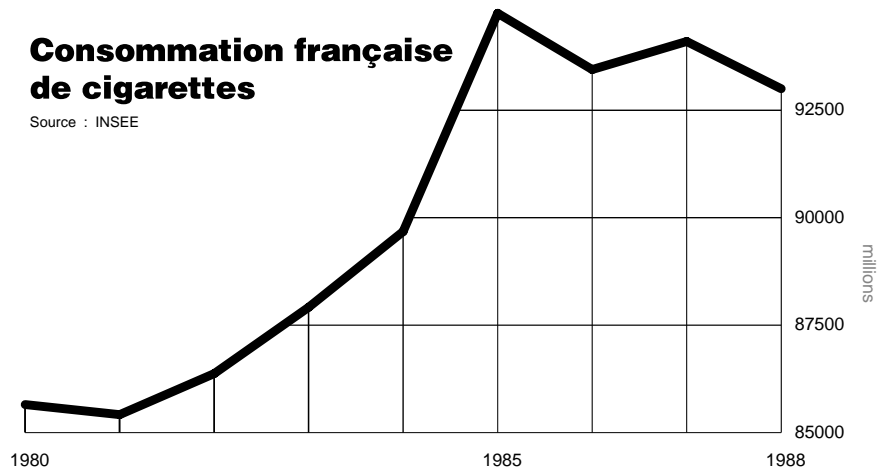
Produits à base de tabac : production et consommation

tabac, production par branche



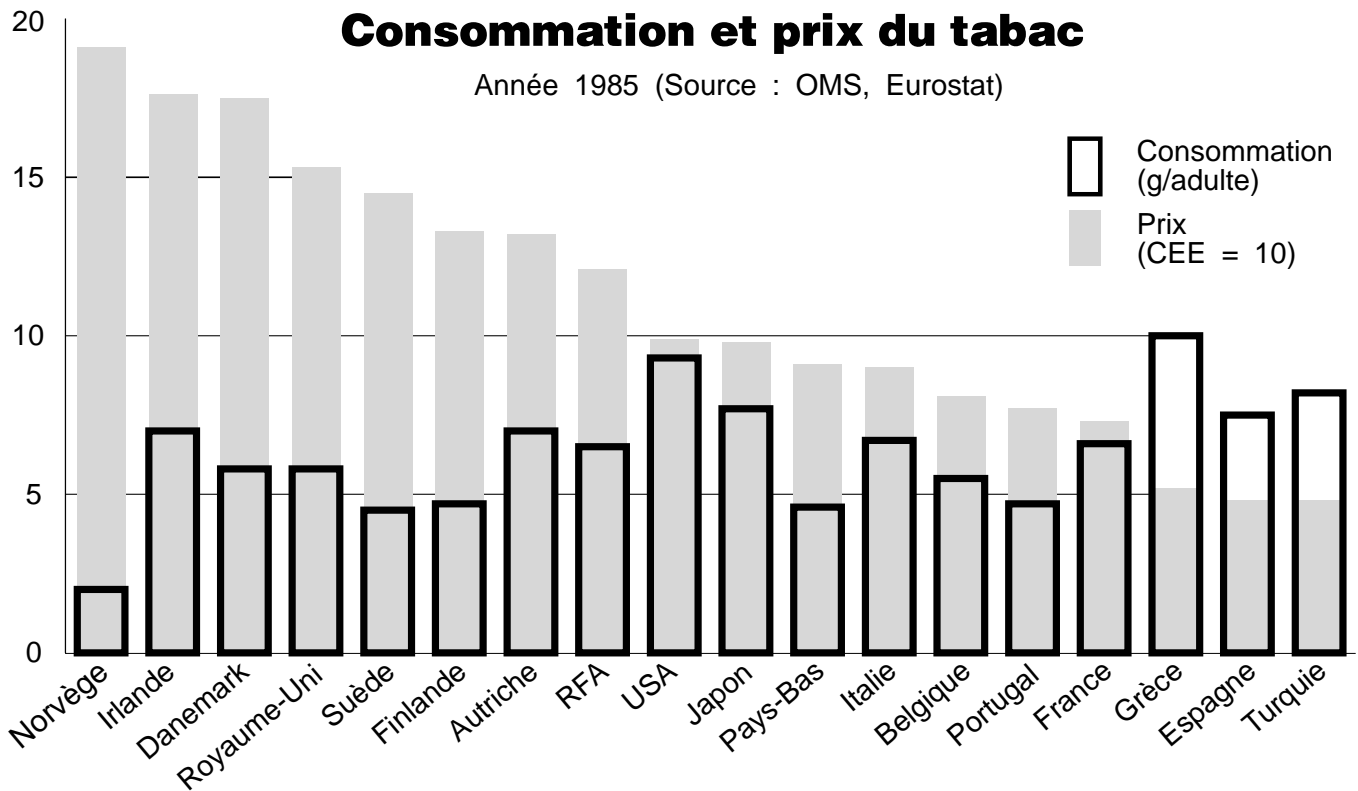
Consommation française de cigarettes

Source : INSEE



Consommation et prix du tabac

Année 1985 (Source : OMS, Eurostat)



Législation et Réglementation

1 **Examens de santé.** Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. (*J.O.* du 19 septembre 1992)

2 **Centre de planification familiale.** Décret n°92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale. (*J.O.* du 12 août 1992)

VIH. Décret n° 92-691 du 17 juillet 1992 modifiant le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 relatif au dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine. (*J.O.* du 23 juillet 1992) Non reproduit.

Toxicomanie. Décret n° 92590 du 29 Juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes. (*J.O.* du 2 juillet 1992) Non reproduit.

Infections nosocomiales. Décret n° 92785 du 6 Août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. Arrêté du 3 Août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales. (*J.O.* du 18 août 1992) Non reproduit.

3 **Débits de boissons et installations sportives.** Décret n°92-880 du 26 août 1992 relatif aux dérogations temporaires d'ouverture de débits de boissons dans les installations sportives (*J.O.* du 1^{er} septembre 1992)

Promotion des activités physiques et sportives. Loi n°92-652 du 13 juillet 1992 modifiant la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives et portant diverses dispositions relatives à ces activités (*J.O.* du 16 juillet 1992) Non reproduit.

4 **Code pénal.** Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes (*J.O.* du 23 juillet 1992)

5 **Publicité radiophonique.** Décret n° 92-1047 du 23 septembre 1992 relatif à la propagande et la publicité pour les boissons alcooliques par voie de radiodiffusion sonore (*J. O.* du 28 et 29 septembre 1992)

Mayotte. Ordonnance n° 92-1079 du 1^{er} Octobre 1992 relative au code de la consommation des boissons et des mesures contre l'alcoolisme applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte. (*J.O.* du 6 octobre 1992) Non reproduit.

1 Le ministre des Affaires Sociales et de l'Intégration et le ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 221-1 (3°), L. 321-3 et R. 321-5 ;

l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladies des travailleurs salariés,

Arrêtent :

Art. 1^{er} Des examens périodiques de santé sont offerts à tout assuré et à ses ayants droit.

Art. 2 Les organismes d'assurance maladie doivent veiller à offrir ces examens en priorité aux catégories énumérées ci-dessous dans la mesure où elles ne bénéficient pas par ailleurs d'une surveillance médicale au titre d'une législation particulière :

- 1 Ayants droit inactifs âgés de plus de seize ans ;
- 2 Demandeurs d'emploi et leurs ayants droit ;
- 3 Personnes affiliées à l'assurance personnelle et leurs ayants droit ;
- 4 Titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite et leurs ayants droit ;
- 5 Autres assurés inactifs et leurs ayants droit ;
- 6 Populations exposées à des risques menaçant leur santé définies par l'arrêté programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

Art. 3 Les centres d'examen de santé gérés directement par les organismes d'assurance maladie ou conventionnés avec ces organismes ont pour mission :

- d'assurer les examens de santé définis aux articles 1^{er} et 2 ci-dessus ;
- de participer aux campagnes de dépistage définies par le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance mala-

Dossier

actualité et dossier en santé publique n°1 décembre 1992

Le premier thème retenu pour notre dossier est *la formation en santé publique*. En choisissant ce thème, nous n'avons pas mesuré la difficulté de cerner ce sujet. Cette difficulté tient d'abord à un problème de définition ; en effet, la Santé Publique est un carrefour de disciplines et ses limites ne sont pas formellement arrêtées ; à ce problème de définition s'ajoute, voire correspond, un foisonnement et un éclatement des formations proposées pour les formations initiales comme pour les formations complémentaires. Ce foisonnement témoigne cependant de l'intérêt croissant porté, depuis une dizaine d'années, aux disciplines de la Santé Publique, tant par les cadres de la santé que par les professionnels médicaux et paramédicaux ; l'éclatement, lui, pourrait, par contre, témoigner d'une absence de politique en ce domaine.

Deux parties structurent ce dossier : une partie analytique et une partie *Tribune*. La partie analytique dresse un *état des lieux* de la formation en Santé Publique. Il s'agit de préciser la place de la santé publique dans la formation initiale et la formation continue des professionnels et cadre de la santé (enseignement dispensé dans les écoles, par les universités et l'ENSP essentiellement) en présentant l'organisation et le contenu des études d'une part et un inventaire et une classification des diplômes d'autre part. Dans la partie *Tribune*, des personnes concernées et compétentes sur ce thème ont été sollicitées pour exprimer leur point de vue, personnel et professionnel, dans un cadre de réflexion préalablement défini par 3 questions. Quatre personnes ont bien voulu nous apporter leur contribution. En définitive, il apparaît que la formation en santé publique répond à un besoin en connaissances, pratiques, méthodes,... qu'appellent les nouveaux *métiers* de la Santé.

La formation en santé publique

II **État des lieux**

- II Cours universitaire
- II Études médicales
- IV Autres professionnels de la santé
- IV Formation des cadres
- V Formation continue

VI **Tribune**

XIV **Annexes**

- XIV Inventaire des formations universitaires
- XVIII UFR Santé publique de Bordeaux II
- XIX Bibliographie
- XIX Adresses utiles
- XX Mais encore...

La formation en santé publique

Cursus universitaire

Diplômes universitaires de 3^{ème} cycle

Pour accéder à l'un des diplômes du 3^{ème} cycle, il faut être titulaire d'un diplôme du 2^{ème} cycle ou d'un diplôme équivalent. Les diplômes universitaires de 3^{ème} cycle sont :

- Le **DESS**. Le diplôme d'études supérieures spécialisées : formation professionnelle dans un domaine très précis (1 an).
- Le **DEA**. Le diplôme d'études approfondies : enseignements théoriques et initiation aux techniques de la recherche, pouvant mener à la préparation d'un doctorat.

Le DESS et le DEA sont des diplômes nationaux reconnus par l'État.

- Les diplômes d'Université : les universités sont autorisées à délivrer des diplômes de leur choix, qui leur sont propres et correspondent à une politique locale. **Ils ne sont pas reconnus au plan national.** Ils sont très nombreux, de dénominations diverses, et de durée variable. Dans ces diplômes d'université, on distingue :
 - le DU, diplôme d'université
 - le DI, diplôme interuniversitaire
 - l'AEA, attestation d'études approfondies
 - sans compter les attestations de participation, de présence, d'études ou de stage.

■ La formation en Santé Publique est assurée, dans le cadre universitaire, essentiellement au niveau du 3^{ème} cycle (bac + 5). Dans l'inventaire et la classification des enseignements universitaires que nous avons tenté de faire (cf. liste, partie V), nous n'avons dénombré que peu de D. E. A. et D.E.S.S. (30 pour les deux), par comparaison avec les D. U. (82) ; ce sont donc en grande majorité des diplômes non reconnus au niveau national que délivre actuellement l'Université en matière de Santé Publique.

Par ailleurs, plusieurs remarques s'imposent :

- les matières fondamentales enseignées dans ce D. E. A. et D. E. S. S. sont directement liées à l'U. F. R. dont ils relèvent ; ils sont l'aboutissement d'une filière et s'adressent aux étudiants de ces U. F. R. , le plus souvent seuls habilités à suivre ces formations (droit de la santé dans un U. F. R. de droit, économie ou gestion de la Santé dans des U. F. R. d'économie ou gestion... épidémiologie dans les U. F. R. de médecine).

- en revanche les D. U. offrent des formations plus variées (et plus transversales...) et sont ouverts à un public plus large. Ils sont plus destinés à compléter une formation initiale qu'à approfondir des études entreprises. Ces D. U. « santé publique » sont plus souvent organisés dans les facultés de médecine (une U. F. R. de médecine peut proposer un D. U. de droit médical).

■ Cependant, le 1^{er} cycle et surtout le 2^{ème} cycle s'ouvrent dorénavant à des enseignements en Santé Publique. C'est le cas, en premier cycle avec le DEUG « sciences de la nature et de la vie » et avec le DEUST (Diplôme d'Études Universitaires scientifiques et techniques) ; ces diplômes proposent des disciplines ayant trait à la Santé Publique (santé, environnement, gestion... , ex. : DEUST « hygiène et santé ») ; et plus encore en deuxième cycle avec :

- les nouvelles licences et maîtrises « sciences sanitaires et sociales » (arrêté du 23 septembre 1991) ; cette formation était dis-

pensée en 1991-92 dans les universités de Paris 13, Nancy 1, Bordeaux 2, Paris-Dauphine ;

- les maîtrises de sciences et techniques, M. S. T. , qui offrent des options à thèmes Santé Publique (ex. M.S.T. sanitaires et sociales, M.S. T. gestion des organisations, M.S.T. gestion et contrôle des établissements de soins et de prévention, M.S.T. santé publique).

Par ailleurs il existe des maîtrises de sciences biologiques et médicales, plus particulièrement destinées aux étudiants en médecine (cf. paragraphe II)

La formation en Santé Publique apparaît donc aux différents niveaux des cursus universitaires, mais elle est le plus souvent fondue dans d'autres enseignements ; il n'existe pas de « filière Santé Publique » (dernièrement encore, un projet de maîtrise de Santé Publique a été refusée par le ministère de l'Éducation Nationale).

Par ailleurs il n'existe aujourd'hui qu'une **UFR Santé Publique** à Bordeaux II mise en place en avril 1989 (cf annexe).

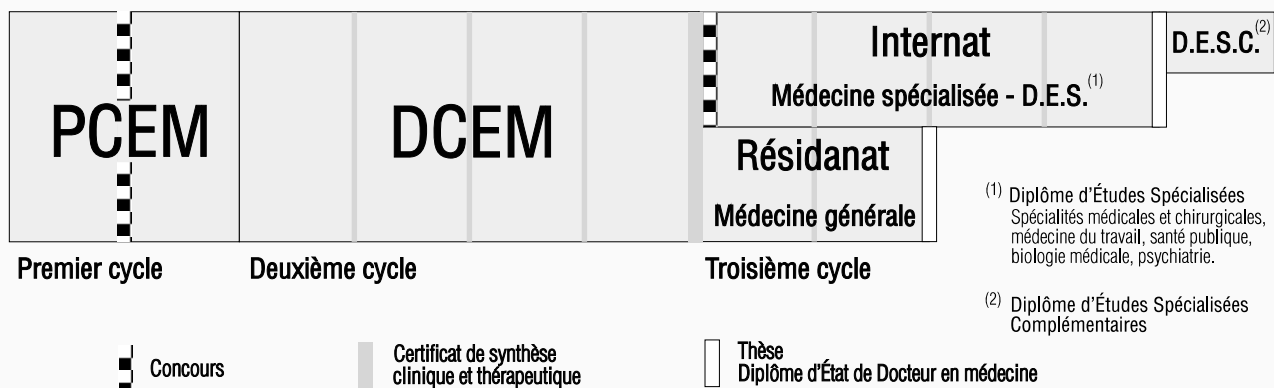
Études médicales

■ La Santé Publique est enseignée depuis 1982 dans les facultés de médecine, mais là également c'est essentiellement au niveau du 3^{ème} cycle qu'on retrouve cet enseignement c'est-à-dire au cours de l'internat et avec le D. E. S. Santé Publique.

L'internat conduit à l'obtention en 4 ou 5 ans d'un D. E. S. (diplôme d'études spécialisées) ; si en internat la filière Santé Publique a été supprimée, il s'y est substitué une spécialité « Santé Publique » qui peut être choisie parmi les 6 spécialités offertes ; il existe également une spécialité médecine du travail

■ Pourtant dernièrement la Santé Publique avait été introduite en 2^{ème} cycle et tout récemment elle vient d'être prévue dans les **trois premières années d'études** ; un arrêté du 18 mars 1992 concernant l'organisation du 1^{er} cycle et de la première année

Études médicales



hcsp 1992

du 2^{ème} cycle des études médicales, a introduit un enseignement portant sur l'épidémiologie, la démographie, l'économie de la santé et l'organisation des systèmes de santé, à partir de la rentrée universitaires 1993-94. Ainsi dorénavant tous les étudiants en médecine suivront un enseignement minimum obligatoire en Santé Publique.

■ Un arrêté du 24 juin 1987 a institué les « Maîtrises de sciences biologiques et médi-

cales » (MSBM). Elles sont destinées à faciliter l'orientation des médecins vers la recherche médicale. Elles comportent 3 certificats et sont accessibles aux étudiants admis à s'inscrire en 2^{ème} année des études médicales (en 3^{ème} année seulement pour certains certificats)

Il s'agit de former ces étudiants à l'utilisation d'outils nécessaires à la recherche clinique, épidémiologique, thérapeutique, objectif qui ne peut ignorer la Santé Publique.

Enseignements dispensés en DES (DIS)

Santé Publique et médecine sociale

- Épidémiologie
- Statistiques
- Informatique
- Communication et documentation
- Économie et gestion des services de santé
- Actions en santé publique
- Santé et environnement
- Santé et développement
- Droit et protection sociale
- Analyse des institutions

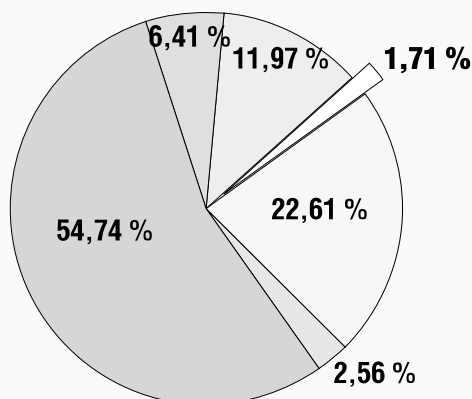
Certificat des MSBM

- 1 Statistique, Informatique et Modélisation ;
- 2 Méthodes en recherche clinique et épidémiologique ;
- 3 Informatique médicale.

Répartition des postes d'internat

année 1991-1992

1281	Spécialités médicales
150	Biologie médicale
280	Psychiatrie
40	Santé publique
529	Spécialités chirurgicales
60	Médecine du travail



La formation en santé publique

Autres professionnels de la santé

Module de Santé Publique du diplôme d'infirmier

- Démographie, épidémiologie, statistiques, économie :
- Définitions et concepts en Santé Publique
- Les outils
- Économie de la Santé
- Santé Publique
- Politique de santé, action sanitaire et sociale
- Les structures sanitaires et sociales
- Organisations humanitaires nationales
- La santé dans le monde

Une place croissante est faite à l'enseignement de la Santé Publique dans les formations initiales des para-médicaux depuis les années 1980.

■ Le programme des études conduisant au **diplôme d'état d'infirmier** comprend un module de santé publique de 80 heures, étalées sur les trois années de formation (décret du 2/04/81 et arrêté du 23/03/92). La dimension santé publique est également présente dans l'enseignement sur les différentes pathologies ; ex : au sein de la formation « soins infirmiers et VIH », est prévu un enseignement en éducation et prévention sanitaires.

■ De même, au fur et à mesure que les programmes de formation des différentes autres professions médicales et paramédicales sont révisés, des modules de santé publique sont introduits :

- au programme de formation des pédicures-podologues (décret du 2/10/91) : 40 heures d'enseignement portant sur le système de santé, l'état sanitaire de la population, les actions de santé préventives éducatives, les soins de santé primaires, les organisations internationales, études de certains groupes à risques ;
- au programme de formation des masseurs-kinésithérapeutes (décret du 05/09/89) : 30 heures d'enseignement portant sur la prévention, la promotion de la santé, l'ergonomie ;
- au programme de formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale (arrêté du 01/08/90) : 25 heures d'enseignement portant sur la santé publique (état sanitaire de la population, le système de santé, les actions de santé communautaire).

L'objectif affiché par les pouvoirs publics est de permettre à ces élèves de devenir des acteurs de santé dans l'évolution du système sanitaire français.

Formation des cadres

■ La formation des cadres de la Santé Publique est essentiellement assurée par l'**Ecole Nationale de Santé Publique**. (ENSP)

L'ENSP a pour mission générale « d'assurer des formations et de mener des recherches dans le domaine de la Santé Publique et de la Protection Sociale ».

Ses formations s'adressent plus particulièrement aux cadres supérieurs de Santé Publique et d'Action Sociale exerçant dans les services extérieurs du Ministère des Affaires Sociales, dans la fonction publique hospitalière et dans les établissements sanitaires et sociaux publics des collectivités locales (et d'une façon plus large aux cadres du domaine sanitaire et social pour la formation continue)

Filières de L'ENSP

- Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales (2ans)
- Directeur d'Hôpital (27 mois)
- Médecin Inspecteur de la santé (1an)
- Pharmacien Inspecteur de la Santé (1an)
- Directeur d'établissement social (10 mois)
- Infirmier(ère) général(e) (9 mois)
- Ingénieur de génie sanitaire (1an)
- Assistant de génie sanitaire (1an)

■ D'autres écoles forment des cadres appelés à intervenir dans le champ de la Santé Publique.

● le CNESSS : Centre National d'Études Supérieures en Sécurité Sociale (St Etienne) qui forme les cadres des organismes de protection sociale ;

● le CNFPT : centre national de la fonction publique territoriale qui forme tous les cadres des collectivités locales ;

● Institut National du travail, de l'emploi et de la Formation professionnelle qui forme les inspecteurs du travail.

Ces écoles n'apparaissent pas encore vraiment sensibilisées à la Santé Publique et ne l'ont pas encore introduite, en tant que telle, dans leurs formations ; cependant certaines matières juridiques, économiques, ergonomiques,... sont enseignées.

Formation continue

Rappel

La formation continue est en principe destinée aux personnes qui, exerçant une activité professionnelle en France ou à l'étranger, ont accès à l'enseignement au titre de la formation professionnelle. L'Université ou l'organisme public ou privé, passe alors une convention avec l'employeur pour la totalité de l'enseignement ou pour une partie de cet enseignement (ex : module(s) isolé(s).)

Pour les personnes exerçant en secteur libéral ou sans employeur ou si l'employeur ne prend pas la formation à sa charge, cette convention est établie entre l'Université ou l'organisme et la personne elle-même.

■ La formation continue en Santé Publique au sein de l'Université.

Les formations de 3^{ème} cycle offertes par l'université peuvent également être suivies en formation continue ; les diplômes universitaires en particulier sont souvent plus accessibles aux professionnels en exercice ; l'université organise également de séminaires, stages,... de formation continue.

Le programme en formation continue mis en oeuvre par l'École de santé publique de l'Université de Nancy I offre une bonne illustration de formation continue en Santé Publique. Elle propose différentes formations ouvertes à l'ensemble des professionnels du secteur sanitaire et social.

exemples :

DU *Santé Publique*

DU *Santé dans les pays en développement*
modules :

- introduction à la santé publique
- introduction aux sciences sociales en santé publique et communautaire
- initiation aux méthodes épidémiologiques
- évaluation des actions de santé
- santé et environnement
- nutrition et santé publique
- etc.

■ La formation continue en Santé Publique proposée par l'École Nationale de Santé Publique.

En formation continue, l'ENSP s'adresse aux agents ayant bénéficié de la formation initiale de l'École et plus largement aux cadres du domaine sanitaire et social des collectivités territoriales et administrations de l'État.

L'ENSP, parfois en collaboration avec une ou plusieurs Universités, assure des formations continues diversifiées tant au regard des thèmes et disciplines traitées que des modalités d'enseignement. Ces formations sont proposées en cycle court (stages de quelques jours) ou en cycle long (D. E. S. S.)

■ Formation continue proposée par divers organismes, associations, institutions, à statut souvent privé :

Les organismes proposant des sessions de formation continue aux professions médicales ou paramédicales ou aux intervenants du champ sanitaire et social sur des thèmes de santé sont très nombreux et il est très difficile d'apprécier la dimension Santé Publique dans les enseignements proposés. Aussi avons-nous exclu d'en faire un inventaire.

Nous avons cherché par exemple à cerner les formations à contenu santé publique que pourrait proposer l'U.N.A.F.O.R.M.E.C. mais n'avons pu obtenir d'éléments précis. Citons seulement :

- la formation proposée par le CESAM (centre d'enseignement de la statistique appliquée à la médecine et à la sociologie médicale) ;
- la formation du C. E. P. E. Santé (centres d'études des programmes économiques), destinée aux cadres en exercice dans le secteur public et privé de la santé ;
- les formations proposées par l'ANDEM (agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale), en lien avec l'université. (voir adresses en annexe)

Classement par thèmes des actions de formation continue de l'ENSP

- management et gestion des ressources humaines
- inspection, contrôle, audit et évaluation
- planification sanitaire et sociale
- gestion financière, économique et technique
- solidarité par l'action sanitaire et sociale
- gestion du risque environnemental
- épidémiologie, statistiques, économie, sciences juridiques
- technologie et systèmes d'information

Illustration

- DESS en éducation pour la santé
- DESS Droit-Santé-Éthique
- DESS Santé-Protection Sociale et vieillissement
- DESS information médicale à l'hôpital
- Session droit de l'environnement et hygiène publique
- Session architecture pour la santé
- Session introduction aux méthodes d'évaluation dans le domaine de la santé
- Session administration et gestion d'un programme d'éducation pour la santé
- etc.

Dossier réalisé par **Marie Mauffret** ■

Tribune

Trois acteurs de la santé publique et deux professionnels de la formation en santé publique nous apportent ici leur réflexion et leur expérience.

René Demeulemeester
Michel Depinoy
Médecins Inspecteurs de Santé Publique

Une culture de santé publique en voie de développement : Réflexions sur l'avenir de la formation des médecins en santé publique

Sylvaine Boige-Faure
Médecin-Directeur du Service Hygiène Santé de Valence.
La formation en santé publique vue par un médecin directeur de service communal d'hygiène et de santé

Pr Roger Salamon
Professeur d'Épidémiologie
Université Bordeaux II
La formation à la santé publique

M. Daniel LAGIER
Sous-Directeur des Professions de Santé DGS
(jusqu'en novembre 1992)

Une culture de santé publique en voie de développement :
Réflexions sur l'avenir de la formation des médecins en santé publique

Si la santé publique n'est pas seulement affaire de médecins, elle les concerne tous quelque soit leur mode d'exercice. La formation des médecins de santé publique, quant à elle, est conditionnée par le développement des métiers de santé publique. Ces métiers sont eux mêmes dépendants de l'évolution du concept de santé publique au sein des politiques de santé.

La santé publique en France, quel avenir, quels développements pour les métiers de santé publique ?

Historiquement, la notion de santé publique est rattachée à celle d'épidémie et d'hygiène sociale. La vocation de la santé publique se limite essentiellement à assurer une prévention collective des maladies infectieuses. La France n'a pas disposé, comme les pays anglo-saxons, d'une culture de santé publique suffisamment solide pour progresser du contrôle des maladies infectieuses à celui des autres problèmes de santé, accidents et maladies chroniques.

Durant la dernière décennie, la préoccupation essentielle dans le domaine de la santé a manifestement été d'ordre économique. La maîtrise des dépenses de santé et la gestion du système de soins, et singulièrement de l'hôpital public, ont été au coeur des préoccupations.

Les missions des médecins au sein des collectivités, et plus particulièrement des services de l'Etat, ont été fortement orientées vers la planification des équipements et les actions de contrôle des activités hospitalières. L'allocation de ressources par taux directeurs, indices et ratios, est l'aboutissement d'une gestion plus inspirée par des normes susceptibles de garantir une apparente équité que par l'évaluation de l'efficacité des moyens attribués.

A l'heure actuelle, l'idée que l'amélioration de l'état de santé n'est pas nécessairement liée à l'accroissement des dépenses de soins commence à faire son chemin. En termes de stratégie, cela suppose de faire de la santé un objectif et de l'économie une contrainte et non l'inverse. Dans ce schéma, l'approche de santé publique est un outil qui permet de définir la manière la plus utile d'utiliser des ressources qui ne sont pas illimitées.

Dans ce contexte, la santé publique pourrait se développer, dans une approche globale, selon trois axes complémentaires. Le premier a trait à l'identification, dans une population, des problèmes de santé, de leurs déterminants biologiques, sociaux, environnementaux ou liés au système de soins. Le second est en relation avec les actions à entreprendre ou les services à offrir en réponse à ces problèmes, aussi bien dans le domaine préventif que dans le domaine curatif, dans le système de santé ou à l'extérieur de ce système. Le troisième, enfin, comporte les actions d'évaluation, de supervision et de contrôle des activités mises en oeuvre et des services offerts.

Si ces orientations devaient se confirmer, les besoins en médecins de santé

publique s'accroîtraient dans les organismes qui interviennent au sein de collectivités.

Les handicaps de la formation en santé publique

Le malaise est, pour une large part, extérieur à la discipline. L'insuffisance de définition d'une politique de santé en termes de problèmes de santé à résoudre est source de difficultés à déterminer des fonctions et des métiers de santé publique. Dès lors, comment définir clairement les objectifs d'une formation ? L'absence de prospective relative aux besoins en médecins de santé publique entraîne l'impossibilité de quantifier les besoins en formation. Les carrières actuellement offertes dans le secteur public sont peu attrayantes, tant par la qualité de vie au travail que par le niveau de rémunération. Il est paradoxal de constater que c'est le secteur privé, laboratoires pharmaceutiques et firmes d'audit, qui offre actuellement le plus de débouchés aux anciens internes de santé publique, alors que les collectivités publiques sont incapables de les attirer.

A l'intérieur de la discipline, il n'existe pas de lien entre les trois piliers qui sont à la base d'une discipline: pratique, enseignement et recherche. La formation demeure très théorique, encore largement fondée sur l'apport de connaissances, l'acquisition de méthodes est encore embryonnaire. L'enseignement est trop dispersé et manque d'homogénéité. Les enseignants de santé publique, peu nombreux, souvent formés initialement dans d'autres spécialités, ont peu d'expérience de la pratique de terrain. Les praticiens de terrain participent peu à l'enseignement. La recherche est également distincte de la pratique, plus orientée vers des recherches sur la santé publique ayant peu de retombées opérationnelles que vers des recherches pour la santé publique, uti-

lisables rapidement pour l'adaptation des actions. La majorité des stages pratiques se déroule à l'hôpital et non sur les lieux où est censée se pratiquer la santé publique. Il persiste une confusion entre la formation de médecin d'informatique médicale et la formation de médecin de santé publique.

Ainsi, au moment où les besoins en médecins de santé publique pourraient connaître une évolution, le système de formation ne paraît pas adapté. Ce double constat nous amène à formuler quelques propositions qui résultent de la vision certainement partielle et probablement partielle d'acteurs de terrain qui souhaitent, tout naturellement, voir se développer la discipline qu'ils pratiquent. Ces propositions n'ont rien de spectaculaire, ce que nous souhaitons c'est qu'elles suscitent réflexion et échanges entre enseignants, professionnels et employeurs actuels ou potentiels.

Faciliter l'acquisition, pour l'ensemble des médecins, au cours du premier et du second cycle, de connaissances et de concepts communs à la pratique individuelle et à la santé publique

Chaque médecin, quelque soit son mode d'exercice, sera amené à participer à l'amélioration de l'état de santé de la collectivité au sein de laquelle il exercera. Le premier et le second cycle des études médicales devrait être l'occasion d'acquérir des connaissances, des concepts et des méthodes qui lui seront utiles, dans sa pratique future et qui faciliteront sa participation à des actions de santé publique, plutôt que de faire l'objet d'un enseignement « de santé publique » qui ne motive pas réellement les étudiants.

Dans le domaine des connaissances, l'étude de chaque pathologie devrait être l'occasion de développer, plus

que cela n'est réalisé actuellement, les aspects épidémiologiques, les modes de prévention individuels et collectifs, l'impact réel des soins médicaux, leur coût.

Quelques concepts clef tels que le raisonnement épidémiologique, l'approche globale du malade, prenant en considération les dimensions médicales, sociales et éducationnelles de l'individu, le concept de qualité des soins, et celui d'évaluation devraient pouvoir être acquis dès ce stade.

Cette acquisition peut préparer à la participation ou à la mise en oeuvre d'actions de santé publique sans pour autant être d'emblée orientée vers un abord des populations. Les infirmiers formés à la *démarche en soins infirmiers*, n'ont aucune peine à s'adapter au raisonnement de santé publique. En effet, les étapes de ces deux démarches sont strictement superposables, à la différence que l'une est appliquée à un individu et l'autre à une collectivité.

L'épidémiologie clinique serait utile pour le médecin qui exercera une activité clinique, autant qu'elle faciliterait l'accès à l'épidémiologie populationnelle de celui qui se destine à la médecine de santé publique. L'apprentissage de l'évaluation de la qualité de ses propres soins devient nécessaire pour tout médecin et prépare le futur médecin de santé publique à l'évaluation des programmes de santé.

Donner aux médecins qui souhaitent s'orienter vers un métier de santé publique la capacité d'effectuer une démarche globale de santé publique au niveau d'une collectivité.

Pour ce faire ils ont besoin de connaissances supplémentaires quant aux déterminants des problèmes sanitaires et

sociaux les plus importants, mais aussi en démographie, sociologie, économie, droit et éthique appliqués à l'abord communautaire de la santé et de connaissances relatives aux différentes institutions intervenant dans le domaine sanitaire et social. C'est également au cours de ce cycle que doivent être approfondies l'épidémiologie populationnelle, l'analyse de données et l'apprentissage de l'utilisation d'outils informatiques spécifiques et que devrait être réalisée la sensibilisation aux méthodes d'organisation, de gestion par objectifs, de promotion de la qualité et d'évaluation des programmes de santé.

Ces différents éléments figurent théoriquement dans les programmes des D.E.S. Ils auraient besoin d'être plus opérationnels et mieux intégrés dans un cursus global.

Dans un tel schéma, les écoles telles que l'École Nationale de Santé Publique, libérées des formations de base qu'elles doivent aujourd'hui assurer, auraient pour rôle la préparation à un emploi déterminé par un apprentissage pratique de la pluridisciplinarité. Elles seraient également l'un des lieux où devraient se développer l'apprentissage et la pratique de la recherche opérationnelle en santé publique et l'adaptation de techniques nouvelles telles que la prospective et l'analyse de scénarios, par exemple. Elles pourraient également servir de cadre à une confrontation dynamique des expériences.

La formation continue: une adaptation pragmatique à l'évolution des méthodes et des métiers.

Plus encore que pour les formations initiales, la définition d'une politique de santé publique devrait permettre d'énoncer clairement les différents métiers qu'exercent les médecins de santé publique. Cet énoncé est le préalable qui permettra de mieux finaliser les forma-

tions continues qui leurs sont proposées. Aux formations actuelles, souvent réalisées sous forme de diplômes d'université et qui demeurent très théoriques devraient progressivement se substituer des formations-actions adaptées aux problèmes à résoudre en situation professionnelle.

Tendre progressivement vers une formation en santé publique de qualité.

Le repérage prospectif des besoins en médecins de santé publique, nous semble essentiel. Le contenu de la formation ne peut pas être défini à partir des seules propositions de la profession médicale. Les universités et les écoles doivent se rapprocher des employeurs publics actuels et futurs, notamment du secteur public. D'une part, il s'agirait de mieux faire percevoir à ces employeurs les potentialités d'utilisation des médecins formés en santé publique au sein de leurs institutions, d'autre part, de mieux connaître les besoins spécifiques des institutions et des collectivités en vue d'adapter les formations.

Les moyens de communication actuels, le développement de l'enseignement à distance, font qu'il n'est sans doute pas indispensable de dispenser partout toutes les formations possibles, mais plutôt de poursuivre le développement de pôles d'excellence accessibles de partout grâce à des conventions entre universités ou entre écoles et universités.

Une réflexion mériterait d'être menée sur la manière d'évaluer les formations et les compétences pratiques sur lesquelles elles débouchent. Réciproquement, ceux qui exercent actuellement une profession de santé publique et qui n'ont bénéficié que d'une formation initiale limitée devraient accepter de remettre en cause leur compétence. L'application de la loi du 20 juillet dernier qui permet la validation d'acquis professionnels pour la délivrance de diplômes

pourrait servir d'appui à cette démarche réciproque.

Enfin il devient urgent d'entreprendre un rapprochement entre pratique de santé publique, enseignement de santé publique et recherche pour la santé publique.

Favoriser la participation des médecins de santé publique à l'enseignement de cette discipline est à la fois un moyen de donner à cet enseignement un caractère plus opérationnel et d'améliorer le niveau de connaissance des praticiens de terrain. A l'inverse, les enseignants de santé publique devraient pouvoir participer de façon plus importante à des activités de santé publique en dehors de l'hôpital. La carrière hospitalo-universitaire est-elle la plus pertinente dans ce domaine? Est-t-il utopique d'imaginer des possibilités de carrière administrativo-universitaire?

Enfin, le nombre d'enseignants dans cette discipline, devrait être augmenté sensiblement.

Pour nous résumer

Si les Français souhaitent conserver les acquis et plus encore progresser, ils ne peuvent pas faire l'économie d'une réorientation de leur système de santé. Dans cette perspective, le développement quantitatif et qualitatif de la formation en santé publique constitue un enjeu majeur.

La pratique, la formation et la recherche en santé publique ne peuvent continuer à évoluer indépendamment sans s'appauvrir.

Le recentrage d'une politique de santé vers des objectifs d'amélioration de la santé est susceptible d'accroître la demande de l'approche de santé publique. Cette approche permet, en effet, de relier, de façon explicite, les priorités retenues, les résultats recherchés et les ressources à mobiliser. Le développement d'organismes divers, privés ou parapublics, proposant des prestations

de professionnels de santé publique, témoigne d'un besoin grandissant de cette discipline médicale.

Pour que la formation en santé publique puisse répondre à cette attente, il est, de notre point de vue nécessaire que le dialogue entre professionnels, enseignants et employeurs s'accroisse rapidement, qu'il soit fondé sur une vision prospective et qu'il débouche sur l'instauration de relations formelles.

René Demeulemeester
Michel Depinoy

La formation en santé publique vue par un médecin directeur de service communal d'hygiène et de santé

Lorsque j'ai eu à prendre cette fonction, juste avant la décentralisation, le Ministère de la Santé qui donnait alors son avis sur le recrutement, exigeait une formation en santé publique. Titulaire alors du CES de Santé Publique, cette exigence m'a paru normale et saine, même si je dois dire aujourd'hui que la pratique sur le terrain m'a apporté beaucoup en complément.

Avec quelques années de recul, cette formation qui me paraît toujours indispensable, aurait avantage à être plus adaptée et surtout mieux reconnue.

Une formation qui me paraît indispensable

Il est sûr que sans formation, on peut être assez démuné pour prendre des décisions dans des domaines aussi divers et variés tels que :

- une pollution sur un réseau d'eau potable,
- la mise en place de mesures prophylactiques d'une méningite cérébro-spinale,
- l'élaboration d'un programme de prévention pour des jeunes en recherche d'emploi,
- la coordination d'un groupe de travail sur l'accès aux soins des populations défavorisées,
- la direction d'un service de vaccinations internationales,
- la mise en place d'actions de prévention de la toxicomanie au sein du Con-

seil Communal de Prévention de la Délinquance,

- etc.

En effet, en dehors des missions réglementaires de surveillance et de contrôle de l'hygiène du milieu, de prophylaxie des maladies infectieuses, un médecin-directeur de Service Hygiène Santé a une fonction de conseiller technique auprès de la municipalité, pour développer sa politique de santé.

Il est évident que ce rôle ne s'improvise pas et qu'il est nécessaire d'avoir des bases solides et des connaissances à la fois vastes et précises pour prendre des décisions et développer des actions avec un « esprit Santé Publique » que les études médicales classiques n'abordent guèrent.

Une formation qui mériterait d'être plus adaptée

- Il est vrai que pour mieux cerner les besoins des populations auxquelles nous nous adressons et mieux évaluer les actions que nous avons initiées, il est important de maîtriser des outils d'observation, d'épidémiologie, de planification ou de gestion.

- Cependant, le médecin-directeur de Service Hygiène Santé n'est pas toujours préparé dans sa situation d'interface entre la population, les décideurs, les médias, les professionnels de santé, les associations de prévention et les acteurs du développement social.

Un gros travail de communication, de coordination et de relation sociales à différents niveaux l'attend.

La formation actuellement dispensée le mettra-t-il à l'aise dans cette fonction visant à établir des liens avec de multiples réseaux de partenaires dans un souci de nécessaire décloisonnement institutionnel ?

Donne-t-on les moyens aux futurs médecins de Santé Publique d'être en capacité de « bien parler pour convaincre », d'animer des groupes, de com-

muniquer avec des outils performants, de réfléchir aux stratégies de prévention ?

- Par ailleurs, les nouvelles données sociales et la montée des préoccupations en matière d'écologie, nous demande d'être plus présents dans deux domaines :

- Santé et développement social
- Santé et environnement

Ces deux secteurs qui sont en pleine évolution, font l'objet de nombreuses expériences de terrain qu'il serait bon d'intégrer aux formations de Santé Publique avec leurs dimensions multidisciplinaire et interprofessionnelle.

Insiste-t-on assez sur cette nécessaire approche globale et transversale de la santé au sens du concept de l'OMS ô combien actuel ?

Une formation qui n'est pas encore reconnue

Les employeurs des collectivités locales connaissent-ils l'intérêt et les exigences d'une telle formation ?

Dans les communes ou les départements, le médecin de santé publique peut-il espérer être recruté à la hauteur des efforts que ses études supérieures sûrement trop longues et très denses lui ont demandés ?

Ses compétences seront-elles exploitées autant qu'il le souhaiterait et sa position au sein de l'institution lui permettra-t-elle de mettre en application les connaissances acquises ?

J'ai bien peur que tant que le domaine de la santé publique n'est pas mieux connu, par la population et les politiques, le médecin spécialiste dans cette discipline ne soit pas attendu et entendu comme sa formation le lui laissait supposer.

Les statuts et les situations de recrutement très diversifiés et très inégaux peuvent en attester en même temps que je constate avec beaucoup d'étonnement que sont encore recrutés sur de

tels postes des médecins sans aucune formation de Santé Publique, ou parfois même des cadres administratifs sans formation sanitaire.

Conclusion

L'échelon communal me paraît extrêmement intéressant pour exercer une activité de Santé Publique et induire des actions de Santé Communautaire. Les souhaits de formation que je viens de formuler vont de paire avec la promotion de Santé Publique toute entière et j'espère que l'ensemble des professionnels concernés seront convaincre les pouvoirs publics de l'importance de ce type de fonction.

Sylvaine Boige-Faure

La formation à la Santé Publique

La formation à la Santé Publique est généralement considérée en France comme insuffisante.

Cela n'est pas totalement vrai, en particulier en Épidémiologie (domaine certainement le plus important de la Santé Publique). Un effort considérable a été réalisé depuis une dizaine d'années et les différentes formations offertes (diplômes d'Université, certificats de Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales, DESS, DEA, ...) sont de qualité. Ce succès n'est que récent et partiel : il concerne une formation « haut de gamme » orientée surtout vers la recherche et intéresse un public majoritairement médical.

Des efforts restent à accomplir dans d'autres secteurs, en particulier :

- introduire une « culture de Santé Publique » pour les praticiens,
- former des spécialistes non médecins.

La culture de Santé Publique

Toutes les bonnes pratiques actuellement recommandées au corps médical font appel de près ou de loin au secteur de la Santé Publique. On attend de lui :

- qu'il soigne aussi bien étant « moins coûteux » : encore faut-il qu'il comprenne la notion de coût, qu'il apprécie le rôle qu'il y joue, qu'il souhaite et sache évaluer son action,
- qu'il prévienne plutôt qu'il soigne : encore faut-il qu'il reconnaisse les comportements à risque, qu'il apprécie l'intérêt d'un dépistage, qu'il maîtrise les

outils de l'éducation sanitaire, qu'il sache intégrer une action individuelle dans une démarche collective,

- qu'il participe à la surveillance épidémiologique, à la recherche de la connaissance, aux progrès de la recherche clinique et thérapeutique : encore faut-il qu'il connaisse l'importance et la rigueur nécessaires à un protocole, qu'il s'associe à une démarche multicentrique et pluridisciplinaire,
- qu'il se forme de manière continue : encore faut-il qu'il maîtrise sa documentation, qu'il puisse apprécier de manière critique un article scientifique,
- qu'il s'intègre au mieux dans une filière de soins et dans un dispositif sanitaire médico-administratif : encore faut-il qu'il connaisse les différents acteurs locaux, régionaux et nationaux qui concourent au fonctionnement du système de santé, qu'il connaisse les règles administratives élémentaires.

Il est bien évident que la formation actuelle du médecin ne le prédispose pas à de telles démarches.

L'introduction mesurée (ni trop, ni trop peu) d'une « culture » de Santé Publique doit être réalisée dans le cursus des études médicales. Actuellement, l'enseignement, qui est prévu, se heurte à un grand nombre de difficultés dont la moindre n'est pas la démotivation compréhensible des étudiants surtout avides de connaissances et de pratiques cliniques et prioritairement orientés par une préparation à l'internat qui exagère cette tendance.

Un effort doit être réalisé dans ce domaine car « l'amélioration » de la Santé Publique doit passer par une prise de conscience et une meilleure formation des médecins praticiens.

La formation de spécialistes non médecins

Dans ce domaine, il y a à l'évidence en France une situation médiocre. Ceci est d'autant plus regrettable qu'à côté des médecins de Santé Publique il

ya dans ce secteur une place importante pour des spécialistes d'autres disciplines.

Pour répondre à ce défi, l'UFR de Santé Publique de l'Université de Bordeaux II a mis en place une Maîtrise des Sciences et Techniques de Santé Publique dont les objectifs, les débouchés et le contenu représentent très précisément des idées dans ce domaine : il y a en France un besoin de professionnels capables :

- d'observer et d'analyser des problèmes de santé,
- de prendre en compte des besoins de santé dans des secteurs d'activité variés qui ne peuvent négliger une dimension de Santé Publique (Urbanisme, Industrie Agro-Alimentaire, Industrie Pharmaceutique, Transport, Tourisme, Vie Associative, Ingénierie, Gestion Sanitaire et Sociale, Agronomie, ...).

Les étudiants ainsi formés devront être à même de collaborer efficacement avec des spécialistes issus de la filière médicale ou des responsables administratifs ou encore d'autres spécialistes issus de formations diverses.

Les débouchés que l'on peut attendre sont les suivants :

- Spécialistes en organisation, planification et évaluation dans les structures sanitaires et sociales.
- Conseillers ou consultants en Santé Publique :
 - auprès des établissements de soins publics ou privés, des administrations et collectivités territoriales, des industries agro-alimentaires, bio-technologiques, du secteur transport-tourisme,
 - dans le cadre de bureaux ou organismes d'études et d'ingénierie à vocation sanitaire et sociale, publics ou privés, régionaux, nationaux ou internationaux.
- Conseillers techniques, administrateurs de programmes auprès des administrations des pays en voie de développement, des organisations internationales (notamment OMS, UNICEF, FAO), des organisations non gouvernementales.

- Cadres hospitaliers spécialisés en Santé Publique.
- Chargés d'études et de monitoring des essais cliniques dans les industries de santé.
- Chargés d'études, Ingénieurs et Techniciens dans les départements d'information médicale (DIM) des établissements de soins.
- Métiers de la formation et de la communication dans le champ de la santé.
- Enseignants, Chercheurs ou Ingénieurs dans les structures publiques (INSERM, CNRS, INTRA, ORSTOM, Universités, CHR) ou privées.

Conclusion

Je voudrais insister sur les points suivants :

- nécessité de renforcer dans les Facultés de Médecine la formation à la Santé Publique de l'ensemble des futurs médecins,
- préservation et renforcement de l'Internat de Santé Publique,
- mise en place de formations générales solides de Santé Publique dans des UFR de Santé Publique.

Mais surtout il ne faut pas se masquer la réalité :

ce n'est pas la médiocrité de la Formation qui est responsable d'une pratique insuffisante de la Santé Publique en France mais bien l'inverse.

Si la fonction de professionnel de la Santé Publique est mieux reconnue et renforcée, si leur statut est amélioré, alors très vite la formation se hissera au niveau nécessaire.

Pr Roger Salamon

4

Les types de formation à promouvoir

Si idéalement, compte tenu du caractère horizontal des actions de Santé Publique et de l'implication d'acteurs différents devant agir en partenariat, il serait souhaitable de développer une formation multi-professionnelle et pluri-disciplinaire, force est de reconnaître que les difficultés de mise en oeuvre de telles actions réussissent à promouvoir au moins en, un premier temps des actions de formation très spécifiques et très ciblées.

Aujourd'hui les troncs communs de formation concernant plusieurs professions de santé sont pratiquement inexistantes et tout au plus peut-on signaler le nouveau programme du PCEM, commun aux médecins, chirurgiens-dentistes et à titre exceptionnel à quelques professions paramédicales dans lequel l'enseignement de Santé Publique vient d'être introduit.

Dans l'ensemble et faute de pouvoir aller plus loin dans l'immédiat, l'enseignement de Santé Publique est maintenant présent dans toutes les formations de base des différents métiers de la santé. C'est en premier lieu un enseignement général théorique et méthodologique dispensé le plus souvent sous forme de modules qui doivent donner aux professionnels les concepts et les outils nécessaires à la mise en oeuvre de politiques de santé publique. On peut citer les sciences de l'information, l'analyse des institutions et des politiques de santé, la protection sociale, les méthodes épidémiologiques, les actions

en Santé Publique, (planification, programmation, évaluation, diagnostic de santé de la communauté) le droit, l'économie, les statistiques, l'informatique... En dehors de ces modules méthodologiques, des modules thématiques doivent être mis en place correspondant à des problèmes spécifiques (environnement, conditions de travail, mutation, personnages, handicap, maladies sexuellement transmissibles...) qui conservent un caractère optionnel et correspondent à des orientations et de choix professionnels.

Il n'y a donc pas d'incompatibilité entre les formations générales qui s'imposent en premier lieu et des formations spécialistes par disciplines qui viennent compléter les premières. Les formations initiales doivent privilégier les enseignements méthodologiques surtout quand elles concernent les professions paramédicales laissant aux formations continues si possible pluriprofessionnelles, le soin d'approfondir les modules thématiques.

Quand il s'agit de promotions longues communes en médecine et en pharmacie, il est évident que les diplômés d'études spécialisées mis en place dans le troisième cycle permettent de concilier les modules méthodologiques et les modules thématiques.

Les formations pluralistes et pluridisciplinaires sont encore rares et restent à développer. L'École Nationale de la Santé Publique, l'UFR de Santé Publique de Bordeaux II ainsi que quelques structures s'y emploient déjà.

Quel cycle et quelles structures privilégier pour l'enseignement de la santé publique

A partir du moment où la réponse à la première question est de dire qu'il faut intégrer la formation à la Santé Publique dans les formations initiales et qu'il faut l'entretenir dans la formation continue,

la réponse à cette nouvelle question sera diversifiée.

La Santé Publique doit être enseignée dans les cycles initiaux si on veut qu'elle devienne une approche cohérente et constante des étudiants au même titre que les disciplines fondamentales qui lui permettront de développer tous les axes de sa formation. Elle devrait ensuite être intégrée dans la suite de la formation tant au niveau des enseignements théoriques que pratiques. Savoir ce qu'est l'homme sain et ce qui lui permet d'entretenir sa santé, savoir ce qu'est l'homme malade et pourquoi dans l'approche diagnostique il a contacté telle maladie, savoir lui prescrire ou lui appliquer une thérapeutique en toute connaissance de son milieu et de sa réhabilitation future en y intégrant les considérations économiques et sociales qui en constituent l'environnement et qui en conditionnent le succès, telles sont les démarches qui devraient devenir naturelles.

Il est évident que dans des formations longues et spécialisées, des cycles spécifiques comme en médecine ou en pharmacie sont mises en place pour former des professionnels spécifiquement destinés, à exercer dans le secteur de la Santé Publique mais la formation en Santé Publique ne peut être absente des autres cycles de formations.

Il est évident que dans ce cas les facultés sont le lieu privilégié de l'enseignement.

Pour les autres structures qui dispensent des formations plus courtes et qui nécessitent des approfondissements en fonction des besoins d'orientation des professionnels, il est évident que l'existence d'Écoles ou d'UFR de Santé Publique ne peuvent que contribuer à rassembler en même lieu des professionnels différents et à développer une culture commune.

A la limite, le choix de la structure est moins important que ce qu'on y fait.

Il existe une École Nationale de la Santé Publique qui s'est créée et développée

en marge de l'Université pour des raisons historiques mais qui s'en rapproche actuellement dont le rôle correspond à des besoins spécifiques et qui ne peut couvrir tous les besoins du pays.

Toutes ces structures doivent surtout être complémentaires les unes des autres et travailler en réseau en fonction de leur savoir-faire et de leur spécificité. Une bonne coordination entre elles est absolument nécessaire et elles auraient notamment dans le secteur de la formation continue en rôle important à développer notamment vis à vis des associations de formations continue qui constituent un partenaire et dynamique.

Quels liens assurer entre formation et métiers de la santé ?

Aujourd'hui les préoccupations de Santé Publique sont insuffisamment prises en compte par les professionnels de santé d'une part parce qu'ils y ont été jusqu'à présent insuffisamment préparés d'autre part parce que la volonté politique ne s'est pas assez clairement exprimée dans ce secteur.

La dimension santé a été insuffisamment prise en compte par les pouvoirs publics dans l'ensemble de ses actions (aménagement du territoire, urbanisme, environnement, alimentation, travail...) et ce sont d'autres métiers que ceux traditionnels de la santé qu'il faut sensibiliser et former à ces problèmes de santé, y compris les décideurs tant au niveau local que national.

Il faut aussi que les professionnels de santé apprennent à travailler en équipe avec les décideurs politiques ou administratifs, avec les travailleurs sociaux, avec les psychologues, les sociologues etc... et surtout avec les gens du terrain. Les priorités à prendre en considération sont celles des professionnels même si ceux-ci peuvent aider à les faire émerger.

L'expérience du terrain est importante

au même titre que la méthodologie pour évaluer les problèmes de Santé Publique, apprécier les interactions entre les individus et leur environnement et optimiser l'insertion des professionnels dans leurs lieux d'exercice, qu'il s'agisse de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, de psychologues, de sociologues, de personnels administratifs ou d'autres.

L'empirisme et l'expérimentation au même titre que les connaissances scientifiques et méthodologiques ont leur importance dans la mise en oeuvre des actions de santé publique. Il est donc important que la Santé Publique, discipline de réflexion, mais surtout d'action, reste proche du terrain où elle peut valider ses concepts et développer utilement sa pratique au sein des populations que formation et exercice sont comme dans d'autres domaines, deux activités qui s'alimentent et s'enrichissent mutuellement.

M. Daniel LAGIER

Annexes

Inventaire des formations universitaires

Nous avons tenté d'inventorier les formations de 3^e cycle assurées par les Universités. Devant la multitude des diplômes et la diversité impressionnante des disciplines enseignées, nous avons procédé à une classification de ces formations par disciplines ou par thèmes.

(Certaines formations auraient pu entrer dans deux rubriques, voire trois ; un choix a été fait en fonction de l'approche qui paraît dominante).

voir ci-contre

UFR Santé publique de Bordeaux II

Bibliographie

Adresses utiles

Mais encore...

Droit

DEA

Droit, économie et sociologie de la décision médicale, *Paris VII*

Droit de la santé, *Bordeaux I*

Éthique et santé, *Paris V*

Droit de la santé et du travail, option droit de la santé, *Aix-Marseille III*

Droit de l'environnement, *Lyon III, Paris I, Paris II*

DESS

Droit de la santé, *Paris XI*

Droit, santé, éthique, *ENSP, Rennes*

Droit des interventions sanitaires et sociales des collectivités territoriales, *Angers*

Droit de l'environnement et de l'aménagement du territoire, *Strasbourg III*

Droit médical, *Tours*

DU

Droit de la santé, *Poitiers*

Droit médical, *Grenoble I, Lyon I*

Économie médicale, *Lyon I*

Responsabilité des établissements de transfusion sanguine, *Aix-Marseille II*

(ouvert aux titulaires d'un DU de biologie appliquée à la transfusion sanguine)

Protection sociale

DESS

Santé, protection sociale et vieillissement, *Grenoble II*

DU

Sécurité sociale, *Aix-Marseille II*

Santé, protection sociale et vieillissement, *Grenoble II*

Économie

DESS

Économie et gestion du système de santé, *Paris I*

Économie et gestion hospitalière privée, *Montpellier I*

DU

Administration et économie de la santé, *Paris VII*

Économie de la santé, démographie de la santé et sécurité sociale, *Paris V*

Économie médicale, *Lyon I*

Socio-économie de la santé, *Montpellier I*

AE

Analyse clinique et économique de la décision médicale

Sciences économiques et sociales de la santé, *Paris VII*

Épidémiologie

DEA

Recherche clinique, épidémiologique et évaluation des actions de santé, *Nancy, Reims, Dijon, Strasbourg*

Épidémiologie et intervention en santé publique, *Bordeaux II, Tours*

DESS

Épidémiologie appliquée

DU

Épidémiologie appliquée, *Toulouse III*

Épidémiologie psychiatrique, *Paris VI*

Épidémiologie et statistiques médicales, *Brest*

Médecine et épidémiologie des risques majeurs et sécurité collective, *Paris VI*

Méthodes épidémiologiques, statistiques et informatiques médicales, *Nice*

Méthodologie de recherche clinique et épidémiologique, *Bordeaux II*

Épidémiologie et économie appliquée à l'évaluation de la santé, *Tours*

DIU

Formation à la recherche clinique et épidémiologique

Santé publique et santé communautaire

Doctorat en sciences

Santé publique, *Nancy I*

DEA

Santé publique, *Paris XI*

DU

Santé publique et communautaire, *Nancy I*

Développement social et santé communautaire, *Paris VI*

Méthodologie en santé communautaire, *Rennes I*

Pratiques en santé communautaire, *Grenoble I et II*

Méthodologie en santé communautaire et médecine sociale, *Rennes I*

Santé communautaire, *Paris VII*

Santé communautaire, promotion de la santé, développement social local, *Bordeaux II*

Santé publique dentaire, *Bordeaux II*

Stratégies et actions en santé publique, *Montpellier I*

Méthodes en santé communautaire, *Paris XII*

Éléments de méthodologie en médecine et santé publique, *Montpellier I*

Santé publique, *Grenoble I*

Formation à l'action sanitaire et sociale, *Paris XIII*

Annexes

DIU

Santé publique, *Grenoble I et II*
(en collaboration avec l'ENSP)

Analyse comparative des politiques et des systèmes de santé

DEA

Méthode d'analyse des systèmes de santé, *Lyon I*,
Aix-Marseille II, *Rennes I*,
Toulouse III

DU

Europe et santé, approche comparative des systèmes, *Paris V*

Médecine et santé en Europe, *Paris V*

Politiques européennes de santé, *Nancy I et II*

Gestion

DESS

Gestion des services de santé, *Paris IX*

Gestion des activités sanitaires et sociales, *Bordeaux II*

Économie et gestion du système de santé, *Paris I*

Économie et gestion hospitalière privée, *Montpellier I*

Environnement, hygiène du milieu et hygiène hospitalière

(voir aussi rubrique Droit)

DEA

Toxicologie de l'environnement, *Rouen*

Chimie de l'environnement et santé, *Aix-Marseille I et II*

DU

Environnement et santé publique option environnement dans les Communautés, *Paris VII*

Environnement, agression et santé, *Paris VI*

Évaluation des risques liés à l'environnement, *Grenoble I*

Environnement et cancer, *Montpellier I*

Santé et environnement, *Paris VI*

Stratégie globale en hygiène hospitalière, *Lyon I*

Méthodes en hygiène appliquée, *Rennes I*

Santé publique et hygiène, *Paris VI*

Énergie nucléaire, denrées alimentaires et santé, *Aix-Marseille II*

Médecine des catastrophes et santé dans le monde, *Tours*

Risque nucléaire et santé, *Montpellier I*

DIU

Hygiène hospitalière, *Nancy I*,
Strasbourg I

AE

Environnement et santé publique, *INSERM et Paris XI*

AEA

Infections nosocomiales et qualité des soins, *Aix-Marseille*,
Paris VII

Environnement et santé publique, *Paris VII*

AIU

lutte contre l'infection nosocomiale, *Nancy*

Évaluation

DEA

Recherche clinique, épidémiologique et évaluation des actions de santé, *Nancy*, *Reims*, *Dijon*,
Strasbourg

DU

Évaluation à l'hôpital, *Paris VI*

Évaluation des risques liés à l'environnement, *Grenoble I*

Méthodologie de l'évolution thérapeutique, *Paris VII*

DIU

Évaluation de la qualité en médecine, *Bordeaux, Lyon*

AEA

Évaluation des services de santé, *Paris VII*

Prévention

Éducation, promotion de la santé

DEA

Psychologie clinique et pathologique (santé mentale, développement de l'individu et prévention, *Paris V*

DESS

En éducation pour la santé, *Rennes*

DU

Santé et éducation, *Nancy I*

Promotion de la santé et prévention chez l'enfant, *Brest*

Pédiatrie préventive, *CHRU Rouen*

Médecine préventive de l'enfant, *Nantes, Rennes I*

Santé et développement de l'enfant, *Paris V*

Alcoologie, *Montpellier, Brest*

Formation en alcoologie, *Rennes I*

Formation des formateurs d'adultes, éducation, santé, entreprise, *Bordeaux II*

Prévention des maladies transmissibles

DU

Formation à l'épidémiologie de SIDA, *Paris VI*

Prévention des grandes endémies, *Paris VII*

Prévention des maladies transmissibles, *Bordeaux II*

Recherche, prise en charge et prévention SIDA, *Grenoble I*

Prise en charge de l'infection à VIH, *Bordeaux II*

AE

Prévention de l'infection à VIH

Santé et développement

DEA

Santé et développement, *Paris IV*

DU

Santé, coopération, développement, *Lyon I*

Santé et développement, *Bordeaux II, Aix-Marseille II*

Santé dans les pays en développement, *Nancy I*

Sciences sociales et santé

DEA

Vieillesse, santé et société, *Paris V*

Droit, économie, sociologie de la décision médicale, *Paris VIII*

DU

Sociologie de la santé, *Montpellier I*

Socio-économie de la santé, *Montpellier I*

Médecine Sociale, *Saint-Etienne*

Approche collective des problèmes de santé, *Aix-Marseille*

Santé et sciences humaines, *Rennes I*

Médecine pénitentiaire, *Lyon I*

Abréviations

DEA Diplôme d'études approfondies

DESS Diplôme d'études supérieures spécialisées

DU Diplôme universitaire

DIU Diplôme inter-universitaire

AE Attestation d'études

AEA Attestation d'études approfondies

UFR SANTÉ PUBLIQUE Bordeaux II

Une seule UFR (Unité de Formation et de Recherche) de Santé publique existe en France, composante de l'Université Bordeaux II. C'est une UFR à part entière, bien distincte des autres UFR médicales, de sciences sociales,...

Dès 1985, un accord de principe avait été à l'origine d'une UFR *Environnement et santé Communautaire*.

Mais, en octobre 1988, le Président de l'Université présente au Ministère de l'Éducation Nationale un projet de création d'une UFR « Santé Publique », qu'un arrêté du 30 décembre 1988 organise. En avril 1989, l'UFR est mise en place.

Au fil des ans, des enseignants propres à l'UFR *Santé Publique* sont nommés. Par ailleurs, si tout d'abord ce sont essentiellement des *DU* que l'UFR propose, des *diplômes nationaux* de 2^e et 3^e cycles sont ensuite créés, notamment la nouvelle maîtrise sciences et techniques *santé publique*.

DESS

gestion des activités sanitaires et sociales (avec Bordeaux 1)

DES

Médecine du travail

Santé communautaire et médecine sociale

DESC

Médecine légale et expertises médicales

DIS

Médecine du travail

Santé communautaire et médecine sociale

MST

Santé publique

DU

Soins infirmiers aux personnes âgées

Sociologie et sciences humaines appliquées au travail

Sciences neuropsychologiques

Psychologie médicale

Prise en charge de l'infection à VIH

Prévention des maladies transmissibles

Préparation aux actions de Santé dans l'entreprise

Santé communautaire, promotion de la santé, développement social local

Méthodologie de la recherche clinique et épidémiologique

Médecine d'urgence

Études médicales approfondies appliquées à l'ergonomie

Ergonomie : optimisation des systèmes de travail

Indemnisation du dommage corporel et de préparation aux fonctions de médecin conseil de sociétés d'assurances

Kinésithérapie du sport

Désastres sanitaires

Expertise médicale et médecine légale criminelle

DIU

Gérontologie sociale (1er cycle)

Épidémiologie appliquée

AEA

médecine sociale

Capacité

Médecine pénitentiaire

Médecine de catastrophe

Aide médicale urgente

AE

Prévention de l'infection à VIH (1er cycle)

Préparatoires santé communautaire et médecine sociale (1er cycle)

Préparatoires médecine du travail

voir les abréviations page précédente

Bibliographie

Annuaire des formations francophones en épidémiologie, Santé Publique et médecine tropicale, Réseau Epidémiologie pour le développement, Publisud, 1991

Annuaire des formations Santé Publique en Région Rhône-Alpes, Société Régionale de santé publique Rhône-Alpes

Annuaire National des Universités, l'Étudiant, 27 rue du Chemin-Vert, PARIS CEDEX 11.

Annuaire National de l'enseignement supérieur, l'Étudiant, 27 rue du Chemin-Vert, PARIS CEDEX 11.

La Santé Publique : formation et débouchés, rapport IGAS présenté par Hélène Strohl, août 1987.

Démographie médicale - Débouchés et réorientations, rapport Direction Générale de la Santé pour le Ministre délégué à la Santé, juillet 1991.

Commission Santé Publique, rapport IGAS, juillet 1988.

Les nouveaux métiers de la santé, Revue de la collection « Demain les cadres », APEC, DC 59.

KIFECOI : l'actualité des pratiques en santé publique dans la région Rhône-Alpes, société régionale de santé publique Rhône-Alpes.

Adresses utiles

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire

Direction Générale de la santé (DGS)

Sous-Direction des professions de santé
Tél : 46 62 40 00

Ministère de l'Éducation Nationale

Direction des enseignements supérieurs

Bureau d'information
61-65, rue Dutot
75015 PARIS

ENSP

École Nationale de Santé Publique

Avenue du Professeur Léon Bernard
35043 RENNES CEDEX

CNESS

Centre National d'Études Supérieures de Sécurité Sociale

27, rue du Docteur Charcot
42031 ST ETIENNE CEDEX 2

Institut National du Travail

Route de Saint-Bel
B.P. 84
69280 MARCY L'ÉTOILE

CUESP

Collège Universitaire des Enseignants de Santé publique

Société régionale de santé publique Rhône-Alpes
Faculté Rockefeller
8, avenue Rockefeller
69373 LYON Cedex 08

UNAFORMEC

Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue

83, boulevard Voltaire
75011 PARIS

ANDEM

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

5, rue Pérignon
75015 PARIS

INSERM

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

101, rue de Tolbiac
75654 PARIS CEDEX 13

CNFPT

Centre National de la Fonction publique territoriale
311, rue Lecourbe
75015 PARIS

Annexes

Adresses utiles suite et fin

CESAM

**Centre d'Enseignement de la
Statistique Appliquée à la
Médecine et à la biologie
médicale**

16, avenue Paul Vaillant Couturier
94807 VILLEJUIF CEDEX

CEPE Santé

Formation économique pour les
cadres de la Santé
242, avenue Marx Dormoy
92120 MONTRouGE

ONISEP

**Office Nationale d'Information
sur les enseignements et les
professions**

46-50, rue Albert
75635 PARIS CEDEX

CIDJ

**Centre d'Information et de
Documentation Jeunesse**

101, quai Branly
75740 PARIS Cedex 15

Minitel

3615 Code ENSUP
Liste des formations Universitaires

Mais encore...

École Supérieure de commerce de Toulouse

Mastère management de la
Santé
20, Boulevard Lascrosses
31068 TOULOUSE CEDEX

Ecole Supérieure de commerce de Tours

Mastère Santé : gestion financière, commerciale, de production de logistique, d'organisation et de système d'information.
1, rue Léo Delibes
B.P. 0535
37005 TOURS CEDEX

CNAM

Conservatoire National des Arts
et métiers
2, rue Conté
75003 PARIS

ISTA

Institut Scientifique et Technique
de la nutrition et de l'alimentation

Association pour le développement de l'épidémiologie en gérontologie

49, rue Mirabeau
75016 PARIS

Centre International de l'Enfance

avec le DU PARIS V, cours
international sur la santé de la
mère et de l'enfant

avec l'INSERM, cours international
de nutrition et Santé Publique
Chateau de Longchamp
75116 Paris

MSF - EPICENTRE

Stage européen de formation
pratique en santé internationale
(formation de formateurs)
8, rue St Sabin
75011 PARIS

Migrations Santé

Attestation de stage : « Education
pour la santé », « Médecine
et société »

Institut pour le développement de l'épidémiologie appliquée

attestation « géographie de la
santé »
74290 VEYRIER-du-Lac

On peut citer diverses formations en
lien indirect avec la Santé Publique.

Baccalauréat F 8 *Sciences
médico-Sociales*

DEUST, *Technologie de l'organisation
dans les professions de
santé*, Lille II

Maîtrise universitaire reconnue
par l'OMS, et DU *Pédagogique
des sciences de la Santé.*,
PARIS XIII

Maîtrise de psychologie, *recherche
sur alcool et personnalité*,
Villeneuve d'Ascq

DEA *chimie de l'environnement
et Santé*, Aix-Marseille I et II

DEA *informatique médicale*,
Paris V, Paris VI, Rennes I

die des travailleurs salariés et figurant dans l'arrêté programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;

- de participer aux campagnes d'information et d'éducation sanitaires définies par le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et figurant dans ce même arrêté programme, dans un esprit de partenariat avec les associations locales.

Ces centres peuvent contribuer à la collecte de données épidémiologiques et éventuellement à la réalisation de programmes de recherche après accord du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Art. 4 Sans préjudice de leurs activités prioritaires visées ci-dessus, les centres peuvent accueillir, le cas échéant, des personnes dont le coût de l'examen de santé n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. Le centre concerné est alors indemnisé, selon le cas, soit par l'organisme de prise en charge, soit directement par le patient lui-même.

Art. 5 Le contenu des examens de santé est modulé en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risque conformément à un document de référence établi par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et soumis à l'avis du Haut Comité médical de la sécurité sociale et celui du Haut Comité de la santé publique. Ce document de référence comporte également des actions de dépistage et des actions d'éducation pour la santé ayant fait la preuve de leur intérêt en santé publique.

Afin d'encourager la prise en charge

optimale des affections dépistées, les centres d'exams de santé organisent une activité de suite destinée à orienter en cas de nécessité le patient, à donner toutes les informations médicales utiles au médecin traitant désigné par ce dernier et à exploiter les retours d'information.

Art. 6 Les tranches d'âge, la nature et la périodicité des examens sont conformes au document de référence visé à l'article 5.

Art. 7 Les examens visés à l'article 2 sont gratuits s'ils sont effectués dans un des centres prévus à l'article 3. Dans les autres cas, ils donnent lieu à un remboursement suivant le tarif de responsabilité de la caisse.

Un double des résultats de l'examen est transmis au médecin traitant désigné par l'assuré.

Les résultats de l'examen peuvent être communiqués au médecin conseil de la caisse de sécurité sociale dont relève l'assuré avec l'accord de celui-ci.

Art. 8 L'arrêté du 19 juillet 1946 déterminant les périodes de la vie auxquelles doivent être pratiqués les examens de santé prévus à l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 ainsi que la nature de ces examens et les modalités selon lesquelles ils sont effectués est abrogé.

Art. 9 Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 20 juillet 1992.

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

M. LAGRAVE

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur général :

Le sous-directeur,

L. DESSAINT

2 [...] **Section 2**

Dispositions applicables au dépistage et au traitement de certaines maladies sexuellement transmissibles

Art. 8 En application de l'article 6bis de la loi du 28 décembre 1967 susvisée, les centres peuvent inclure dans leurs activités, à l'occasion des consultations relatives à la maîtrise de la fécondité :

1 Le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;

2 Le dépistage et le traitement de la chlamydie, de la gonococcie et des vaginites aiguës.

Le dépistage des maladies mentionnées au présent article a lieu, soit à la demande des consultants, soit avec l'accord de ceux-ci, sur proposition du médecin qui fait connaître les résultats des examens au cours d'une consultation médicale ultérieure.

Art. 9 Tout centre qui décide d'exercer les activités de dépistage ou de traitement mentionnées à l'article 8 est tenu d'en faire la déclaration auprès du préfet du département, qui en informe le président du conseil général, en justifiant :

1 De la présence permanente d'un médecin ayant la formation requise pour procéder aux investigations cliniques et biologiques préalables à l'établissement d'un diagnostic ;

2 De l'accès à un laboratoire

d'analyses de biologie médicale autorisé en application des dispositions de l'article L.757 du code de la santé publique ou d'un laboratoire d'un établissement public de santé suffisamment proche pour que les prélèvements ne soient pas affectés par leur transports qui doit s'effectuer dans des conditions garantissant leur préservation.

Si ces prescriptions ne sont pas respectées, le préfet met le centre en demeure, après avis du médecin inspecteur départemental de la santé, de s'y conformer dans le délai qu'il fixe : à défaut, le centre doit cesser immédiatement de procéder au dépistage et aux traitements mentionnés à l'article 8.

Art.10 Les activités de dépistage et de traitement mentionnées à l'article 8 sont soumises au contrôle prévu par le premier alinéa de l'article 16 du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Le contrôle médical défini à l'article R.315-1 du code de la sécurité sociale s'exerce sur les appréciations et les prescriptions des médecins des centres qui participent aux activités mentionnées à l'article 8.

Art.11 Lorsque les centres délivrent à titre gratuit aux personnes mentionnées à l'article 6 bis de la loi du 28 décembre 1967 susvisée des médicaments en vue du traitement des maladies mentionnées au 2° de l'article 8, ils doivent s'assurer le concours d'un pharmacien.

Si ces centres relèvent d'un établissement de santé, ce pharmacien est le responsable de la pharmacie de l'établissement. Dans les autres cas, le pharmacien doit être inscrit au tableau de la section D de l'ordre.

A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du

centre, nommé désigné, peut-être autorisé par le préfet, après avis du pharmacien inspecteur régional, à gérer et à délivrer directement ces médicaments aux personnes mentionnées au premier alinéa.

Art.12 Dans le cadre de la surveillance épidémiologique des maladies sexuellement transmissibles effectuées au niveau national, les centres qui exercent les activités mentionnées à l'article 8 ont l'obligation de remplir, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, un recueil standardisé de données individuelles anonymes, faisant l'objet d'un état récapitulatif transmis chaque trimestre au préfet.

[...]

Fait à Paris, le 6 août 1992

Par le Premier Ministre

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique,

PAUL QUILES

Le ministre de l'économie et des finances,

MICHEL SAPIN

Le ministre du budget,

MICHEL CHARASSE

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,

LOUIS MERMAZ

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,

RENÉ TEULADE

Le secrétaire d'Etat aux collectivités locales,

JEAN-PIERRE SUEUR

Le secrétaire d'Etat aux droits des femmes,

VERONIQUE NEIERTZ

Le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés,

LAURENT CATHALA

3

Le Premier ministre, Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire, le code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, notamment son article L. 49-1-2, alinéa 3,

Vu

Décète :
Art.1^{er} Le préfet peut, par arrêté, accorder des autorisations dérogatoires temporaires, d'une durée de quarante-huit heures au plus, à l'interdiction de vente à consommer sur place ou à emporter et de distribution des boissons des deuxième et troisième groupes sur les stades, dans les salles d'éducation physique, les gymnases et les établissements d'activités physiques et sportives définis par la loi n°84-610 du 16 juillet 1984 modifiée relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, en faveur :

- a** Des groupements sportifs agréés dans les conditions prévues par la loi du 16 juillet 1984 susmentionnée et dans la limite d'une autorisation annuelle pour chacun des dits groupements qui en fait la demande ;
- b** Des organisateurs de manifestations à caractère agricole dans la limite de deux autorisations annuelles par commune ;
- c** Des organisateurs de manifestations à caractère touristique dans la limite de quatre autorisations annuelles, au bénéfice des stations classées et des communes touristiques.

Art.2 Les dérogations mentionnées à l'article 1^{er} font l'objet d'un arrêté préfectoral annuel. Les demandes de dérogation ne sont recevables que si les fédérations sportives ou les groupements pouvant y prétendre les adressent au cours du dernier trimestre de l'année précédant celle du déroulement des manifestations.

Ces demandes précisent la date et la nature des événements pour lesquels une dérogation est sollicitée.

Toutefois en cas de manifestation exceptionnelle, le préfet peut accorder une dérogation au vu de la demande adressée au moins quinze jours avant la date prévue de cette manifestation.

Art.3 Pour chaque dérogation sollicitée, la demande doit préciser les conditions de fonctionnement du débit de boissons et les horaires d'ouverture souhaités ainsi que les catégories de boissons concernées.

Il est statué sur ces points dans l'arrêté préfectoral d'autorisation qui rappelle, en outre, l'obligation de souscrire une déclaration d'ouverture d'un débit de boissons auprès de la recette locale des impôts.

Art. 4 Tout établissement mentionné à l'article 1er du présent décret qui ouvre un débit de boissons sans l'autorisation préfectorale ou sans respecter les conditions fixées par la dérogation temporaire est soumis aux procédures énoncées à l'article 6 du décret n°89-685 du 21 septembre 1989 relatif à l'enseignement contre rémunération et à la sécurité des activités physiques et sportives, sans préjudice des dispositions prévues au code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, en ce qui concerne l'ouverture des débits de boissons.

Art. 5 Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, le ministre du budget, le ministre de la santé et de l'action humanitaire et le ministre de la jeunesse et des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 26 août 1992

Par le Premier ministre

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire

BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique

PAUL QUILÈS

Le ministre du budget

MICHEL CHARASSE

Le ministre de la jeunesse et des sports
FRÉDÉRIQUE BREDIN

4 **Art. 42-4** Sera puni d'une amende de 600 F à 15 000 F quiconque aura accédé en état d'ivresse à une enceinte où se déroule une manifestation sportive.

Art. 42-5 Sera puni d'une amende de 600 F à 20 000 F quiconque aura introduit dans une enceinte où se déroule une manifestation sportive des boissons des deuxième, troisième, quatrième et cinquième groupe, telles que définies à l'article L. 1^{er} du code des débits de boisson et des mesures contre l'alcoolisme.

Art. 227-19 Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques est puni de deux ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans, l'infraction définie par le présent article est punie de trois ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende.

5 Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre d'État, ministre de l'éducation nationale et de la culture, et du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme ;

la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 modifiée relative à la liberté de communication ;

la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 modifiée relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, notamment son article 10-IV ;

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}A compter du 1^{er} janvier 1993, la propagande et la publicité directe ou indirecte, par voie de radiodiffusion sonore en faveur de boissons dont le degré volumique d'alcool est supérieur à 1,2 p. 100 ne sont autorisées que :

Le mercredi entre 0 heure et 7 heures ;

Les autres jours, entre 0 heure et 17 heures.

Art. 2 Le ministre d'État, ministre de l'éducation nationale et de la culture, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la santé et de l'action humanitaire et le secrétaire d'État à la communication sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 23 septembre 1992.

Par le Premier ministre :

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

BERNARD KOUCHNER

Informations parlementaires

Questions écrites à l'Assemblée Nationale

Santé Publique (SIDA)

1 La politique française de lutte contre le sida, question 59829 du 13 juillet 1992, Mme Christine Boutin (UDC).
(J.O. du 13 octobre 1992)

Sang et organes humains (don du sang)

2 Le fonctionnement de la transfusion sanguine, question 55698 du 23 mars 1992, M. Alain Griotteray (UDF).
(J.O. du 3 août 1992)

3 Donneurs de sang bénévoles et campagnes de presse sur la transfusion sanguine française, question 55312 du 16 mars 1992, M. Bernard Schreiner (RPR).
(J.O. du 3 août 1992)

Boissons et alcools (alcoolisme)

5 Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA), question 60873 du 10 août 1992, M. Guy Hermier (PC).
(J.O. du 14 septembre 1992)

6 Loi sur la publicité, question 56833 du 20 avril 1992, M. Jean Falala (RPR).
(J.O. du 17 septembre 1992)

7 Le mouvement « Vie Libre », question 58319 du 1^{er} juin 1992, M. Jean-Paul Calloud (PS).
(J.O. du 24 août 1992)

Hôtellerie et restauration (débits de boissons)

8 Maintien sur site des cafés assortis d'une licence de 4^{ème} catégorie, question 57216 du 4 mai 1992, M. Michel Lambert (PS).
(J.O. du 8 juin 1992)

Question écrite au Sénat

Recrudescence des risques professionnels

4 Question 20934 du 23 avril 1992, M. Édouard Le Jeune (UC).
(J.O. du 24 septembre 1992)

1 Mme Christine Boutin (UDC) attire l'attention de M. le ministre de la santé et de l'action humanitaire sur la politique française de lutte contre le sida. En effet, lors de sa 45^e assemblée mondiale, qui s'est tenue au début du mois de mai 1992, l'OMS a prévu de revoir toute sa stratégie en matière de lutte contre l'épidémie. Ayant ainsi considéré que la politique de prévention qu'elle avait menée jusqu'à ce jour avait échoué, l'OMS envisage dorénavant d'aborder cette campagne sous d'autres angles. C'est pourquoi, connaissant les efforts mis en oeuvre en France pour endiguer le fléau, elle lui demande de bien vouloir lui faire connaître les mesures qui seront prises à la suite des déclarations et prises de conscience de l'OMS.

Réponse La résolution de la 45^e Assemblée mondiale de la santé formule effectivement des demandes à l'intention des États membres, en raison de l'importance de la pandémie. Au niveau de la France, ces mesures ont déjà été mises en oeuvre pour l'essentiel. Dès le 25 avril dernier, un ensemble de décisions ont été prises visant à permettre un accès plus large au dépistage volontaire de l'infection par le VIH. Il a été ainsi prévu la désignation de nouvelles consultations de dépistage gratuit dans les centres de planification familiale et les consultations de protection maternelle et infantile. Un plan de formation s'adressant aux professionnels de ces centres ainsi qu'à tous les médecins a été lancé pour les préparer au conseil, à la prescription du test, à la remise des résultats et au soutien psychosocial des intéressés quel que soit le résultat du test. En matière de lutte contre les discriminations, tant au niveau législatif (cf.) la loi du 12 juillet 1990, qu'au niveau institutionnel, avec le Conseil national du sida, ou au travers de campagnes d'information de l'Agence française de lutte contre le sida, tout a été entrepris pour éviter l'exclusion et la stigmatisation. Rien n'indique que la politique de prévention menée en France jusqu'à alors ait échoué, bien au contraire. En matière de prévention du sida, chaque action engagée fait l'objet de pré et post tests permettant de mesurer son impact. De façon régulière, des enquêtes sur la population générale évaluent l'évolution du comportement des personnes vivant en France. La dernière enquête INSERM-A de juin 1992 fait ainsi état du haut niveau de protection observé parmi les sujets les plus jeunes du meilleur niveau d'information de la popula-

tion sur le mode de contamination et d'une amélioration de la perception de messages de prévention en général. Cela constitue un élément très important pour la poursuite active des politiques de prévention. Toute action de prévention visant des changements de comportement est à long terme, c'est pourquoi les résultats significatifs obtenus en un temps très court (cinq ans) imposent la poursuite de cette politique, en assurant la permanence des messages.

2 Les tristes conséquences des erreurs de la « transfusion sanguine » sont dans toutes les mémoires. M. Alain Griotteray a eu l'occasion de constater les préoccupations des donneurs de sang qui l'ont interrogé sur la fiabilité des services de transfusion sanguine. Quelles garanties les protègent contre de nouveaux errements ? L'auteur de la question s'est informé auprès de la préfecture de Créteil où il lui a été répondu que la transfusion sanguine dépendait d'une association agréée par le ministère de la santé. Mais quelle est la nature de cet agrément ? Par ailleurs, maire d'une commune, il se demande dans quelle mesure il peut inciter ses administrés à donner leur sang, comme il l'a fait et comme les services de la mairie le font encore, sans être responsable, ou coupable, puisqu'une association n'est qu'une association que l'agrément de l'État ne met pas au-dessus de tout soupçon. Il demande donc à M. le ministre délégué à la santé de présenter une information complète sur le fonctionnement de la transfusion sanguine de façon à mettre fin aux inquiétudes légitimes des donneurs de sang et aux rumeurs qui se comprennent.

Réponse Les récents événements intervenus dans le domaine de la transfusion sanguine ont effectivement suscité chez les donneurs de sang bénévoles et plus encore chez les personnes susceptibles de bénéficier d'une transfusion sanguine de vives inquiétudes. Le ministre de la santé et de l'action humanitaire a donc engagé une réforme importante du dispositif transfusionnel français. Ce nouveau dispositif comprend en premier lieu la création d'un groupement d'intérêt public destiné à être transformé en établissement public, l'Agence française du sang, qui définira les règles médicales, scientifiques, administratives et financières que devra respecter l'ensemble des centres et postes de transfusion sanguine. Cette réorganisation permettra donc

d'exercer une vigilance accrue à chaque étape de la chaîne de collecte du sang. En deuxième lieu, l'ensemble des activités de fractionnement du plasma sera désormais assuré par un organisme public unique, le Laboratoire français du fractionnement, qui sera placé sous le contrôle direct de l'agence. Cette nouvelle organisation permettra un contrôle strict de l'activité transfusionnelle et visera à restaurer pleinement la confiance tant des patients qui doivent savoir qu'ils bénéficient des garanties sanitaires les plus élevées, que des donneurs qui sont en droit de connaître l'usage qui est fait de leur sang. Enfin le Gouvernement doit soumettre, à la session d'automne du Parlement, un projet de loi pour modifier la loi de 1952 qui permettra au système transfusionnel français de réaliser les adaptations nécessaires tout en respectant la valeur éthique du don anonyme et gratuit.

3 M. Bernard Schreiner (RPR) s'inquiète auprès de M. le ministre délégué à la santé des conséquences sur les donneurs de sang bénévoles des campagnes de presse dont a fait l'objet la transfusion sanguine française. Le don du sang est de plus en plus indispensable pour notre pays. Il doit garder son caractère de gratuité et de bénévolat. Pour relancer le don du sang une information multimédia apparaît comme nécessaire. Il lui demande les mesures qu'il compte prendre pour faire diffuser à la radio et à la télévision un film ou un « clip » incitant les nouvelles générations à faire le don régulier de leur sang. Il apparaît en effet nécessaire que les pouvoirs publics, par des moyens audiovisuels, recréent la confiance parmi les donneurs de sang et incitent de nouveaux donneurs à faire ce geste qui peut sauver la vie de chacun d'entre nous.

Réponse Les récents événements intervenus dans le domaine de la transfusion sanguine ont effectivement suscité, chez un grand nombre de donneurs de sang, de vives inquiétudes. C'est pourquoi le ministre de la santé et de l'action humanitaire a engagé une importante réforme du dispositif transfusionnel français qui réaffirme notamment les principes éthiques applicables au don du sang, à savoir le bénévolat, l'anonymat et la gratuité. Conscient de la nécessité de promouvoir le don de sang, le ministre a par ailleurs pris l'engagement de soutenir très activement la Fédération française des don-

neurs de sang bénévoles qui lancera, dès cette année, une importante campagne d'information et de sensibilisation publique sur le don de sang. En dehors des supports de promotion usuels (tracts, affiches) la FFDSB a prévu de faire appel aux moyens de communication télévisuels et radiophoniques existants. Cette initiative devrait donc permettre de retrouver un potentiel de donneurs stable, d'inciter de nouvelles personnes à faire don de leur sang et de parvenir ainsi à l'autosuffisance. La conjonction de ces deux mesures permettra de restaurer pleinement la confiance tant des donneurs qui sont en droit de connaître l'usage qui est fait de leur sang que des patients qui doivent savoir qu'ils bénéficient des garanties sanitaires les plus élevées.

4 M. Édouard Le Jeune (UC) attire l'attention de Mme le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle sur le nombre des accidents du travail et maladies professionnelles qui augmentent encore en 1990. Après une période « favorable », qui avait vu le nombre d'accidents avec arrêt de travail baisser de près de 30 p. 100 de 1982 à 1987, la période 1987-1990 consacre une recrudescence des risques professionnels : le total des accidents avec arrêt a progressé de 14,6 p. 100, celui des décès de 23 p. 100 et celui des accidents graves de 2,8 p. 100, soit 90 000 accidents supplémentaires, quelle que soit leur gravité. Par ailleurs, le nombre de visites de l'inspection du travail a été, en 1990, le plus faible depuis dix ans. La dégradation des conditions de travail se trouve donc encore confirmée. Face à ce constat, il semble que les orientations de la politique de prévention n'aillent pas assez loin. S'il faut sensibiliser, former, informer, il faut aussi prévoir des moyens de contrôle et de sanctions des entreprises, comme il faut aussi améliorer la réparation des accidents du travail, qui doit demeurer un élément de la prévention. Il faut déplorer également l'inertie de la commission spécialisée des maladies professionnelles, qui ne s'est réunie que deux fois en 1991, et le retard apporté à l'évolution des tableaux des maladies professionnelles. Il lui demande en conséquence, quelles mesures elle envisage de mettre en oeuvre dans ce domaine.

Réponse Les statistiques publiées par la

Informations parlementaires

Caisse nationale d'assurance maladie font apparaître qu'en 1990, par rapport à 1989, le nombre des accidents avec arrêt a augmenté de + 3,19 p. 100. Cette hausse est légèrement supérieure à celle constatée au niveau des effectifs salariés qui augmentent de 2,85 p. 100. Le nombre des accidents avec incapacité permanente augmente quant à lui de 4,99 p. 100 et celui des accidents mortels passe de 1 177 à 1 213, soit une hausse de 3,06 p. 100. Les maladies professionnelles, pour leur part, enregistrent une hausse en 1990, par rapport à 1989, en ce qui concerne le nombre de cas constatés et le nombre d'incapacités permanentes réglées, mais le nombre de décès réglés suite à une maladie professionnelle est en baisse. Pour la troisième année consécutive donc, l'augmentation du nombre des accidents du travail a été plus rapide que celle de l'emploi. Le phénomène ne peut plus être considéré comme simplement conjoncturel, ce mauvais résultat confirmant malheureusement qu'un relâchement dans la prévention des risques professionnels est intervenu dans notre pays. Le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle a donc demandé à l'ensemble des acteurs sociaux de se mobiliser pour donner à la prévention des risques professionnels une véritable priorité. A cet effet, la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 constitue un élément important sur lequel les partenaires sociaux pourront s'appuyer. Qu'il s'agisse notamment de la définition des principes généraux de prévention, des moyens nouveaux dont sont dotés les CHSCT, la mise en oeuvre de cette loi doit contribuer à relancer l'action de tous ceux qui concourent à la prévention des risques professionnels, en 1992, qui est, par ailleurs, l'année européenne pour la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu de travail. Sans attendre les effets, à plus long terme de la loi, trois priorités seront poursuivies au cours de l'année 1992, sur lesquelles les services extérieurs du ministère du travail seront mobilisés : le secteur du BTP, pour lequel le renforcement de la prévention des accidents mortels reste une priorité absolue, la sécurité des salariés précaires, pour s'assurer de la mise en oeuvre effective des nouveaux dispositifs mis en place en 1990 et 1991 ; les risques chimiques dans la mesure où la prévention des atteintes à la santé suppose une bonne connaissance et application des dispositions applicables à l'étiquetage et aux fiches de données de sécurité. S'agis-

sant de l'évolution de la réglementation relative à la réparation des maladies professionnelles, plusieurs réunions d'un groupe de travail de la commission des maladies professionnelles ont été organisées aux fins d'examiner les suites à donner aux conclusions du rapport établi par l'inspecteur général Dorion, sur la base d'un avant-projet de loi préparé par le ministère des affaires sociales et de l'intégration.

5 M. Guy Hermier (PC) attire à nouveau l'attention de M. le ministre du budget sur les inquiétudes de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme. En effet, dans la séance des questions orales du 5 juin 1992, sa réponse à la question sur la réduction des crédits de prévention de l'alcoolisme inscrits chapitre 47-14 du budget du ministère de la santé, loin d'apaiser les inquiétudes de ceux pour qui la prévention de l'alcoolisme exige la continuité et la durée, a renforcé leurs craintes car elle met en évidence que le Gouvernement privilégie les actions médiatiques aux actions de terrain à long terme :

1 les crédits du chapitre 47-13, principalement affectés au financement des grandes campagnes médiatiques (dont la durée est éphémère), ont progressé de plus de 450 P. 100 entre 1989 et 1992, passant de 4,6 millions à 25,6 millions ;

2 alors que les crédits du chapitre 47-14, destinés à des actions d'information et à l'accueil, l'écoute et les soins des personnes en difficulté avec l'alcool ont connu dans la même période une augmentation limitée, passant seulement de 129,9 millions à 142,4 millions. Or c'est sur le seul chapitre 47-14 qu'il était interrogé, et la réponse globalisante optimiste qu'il a cru devoir apporter ne peut faire disparaître la menace, en 1992, d'une réduction des crédits sur le chapitre 47-14, laquelle, si elle est mise en oeuvre, se traduira inévitablement par la fermeture de centres et de consultations d'alcoologie et le licenciement de salariés dont la compétence est reconnue. C'est pourquoi il lui demande de bien vouloir lui apporter plus de précisions quant à une éventuelle réduction des crédits inscrits au chapitre 47-14, article 50.

Réponse Un dispositif de régulation budgétaire a été mis en place, à la demande du Premier ministre, pour faire face à la dégradation de la situation budgétaire en 1992. En effet, comme il était prévisible au vu des

résultats de 1991, les pertes de recettes enregistrées au cours de cet exercice se retrouvent mécaniquement dans l'exécution de 1992. Le Gouvernement a clairement exposé sa ligne de conduite face à cette situation : refus d'augmenter les impôts pour tenter de compenser les pertes de recette ; maîtrise de l'évolution des dépenses pour contenir leur montant dans les strictes limites prévues par la loi de finances, malgré les nouvelles charges intervenues (accord salarial et dépenses pour l'emploi notamment). De ce fait, le dispositif de régulation n'a pas pour objet de réduire globalement les crédits, mais bien de respecter le plafond de dépenses autorisé par le Parlement. Ce dispositif de mise en réserve des crédits s'applique au ministère des affaires sociales comme à l'ensemble des départements ministériels. Il ne remet aucunement en cause l'intervention de l'État dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme. En effet, l'État s'est d'ores et déjà très largement préoccupé de la prévention contre l'alcoolisme, source de maladie, de désinsertion, véritable fléau social. Cet effort s'est notamment traduit par une augmentation des crédits affectés à cette action de près de 25 p. 100, entre 1989 et 1992. Cette croissance extrêmement importante, qui s'est trouvée consolidée à un haut niveau en loi de finances pour 1992, concrétise sans contestation possible le caractère prioritaire qu'attache l'État à cette politique. Il convient enfin de rappeler qu'aux 168 MF prévus dans la loi de finances s'ajoutent les crédits du fonds de prévention, d'éducation et d'information sanitaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, qui financent ce type d'actions à hauteur de 11,2 MF. Ces précisions illustrent l'engagement de l'État dans ce domaine, engagement sur lequel il n'est absolument pas à l'ordre du jour de revenir.

6 M. Jean Falala (RPR) rappelle à M. le ministre de la santé et de l'action humanitaire que dans la réponse faite à sa question écrite n°41608 du 8 avril 1991 (J.O., Débats parlementaires, Assemblée Nationale, questions du 30 décembre 1991), concernant les conditions d'application de la loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, il précisait : « A compter du 1er janvier 1993, la propagande ou la publi-

citée directe ou indirecte en faveur des boissons alcooliques ne sera autorisée que sur les supports énumérés à l'article L. 17 nouveau. Dès lors, les objets publicitaires grand public seront interdits ; ainsi, verres, cendriers ou épinglettes ne pourront plus être distribués ou vendus et la question de l'emplacement du message sanitaire ne se posera pas. A noter que les objets publicitaires mis à disposition des professionnels pour l'usage de la clientèle à l'intérieur des lieux de vente à caractère spécialisé (cafés, restaurants, par exemple) seront autorisés et dispensés du message sanitaire ». Il lui fait remarquer que le cadeau aux clients représente une tradition autant qu'une pratique commerciale et que si les vigneron ne peuvent plus distribuer d'objets publicitaires ils offriront des bouteilles de leur production, ce qui contribuera à amplifier la consommation d'alcool. De plus, de nombreux emplois liés à la fabrication de ces cadeaux (verre, porcelaine, carton, coutellerie...) risquent d'être supprimés. Il lui signale également que les petits vigneron vont se trouver défavorisés par rapport au gros négoce et aux grandes maisons puisque une distribution d'objets publicitaires sera possible dans certains lieux de vente, comme les cafés ou les restaurants, lieux auxquels ils n'auront pas accès. Il souhaite enfin que des assurances soient apportées en ce qui concerne le respect de cette interdiction par les autres pays européens, afin que les vigneron français ne subissent pas dans ce domaine une concurrence déloyale de la part des producteurs italiens, espagnols, allemands ou grecs. Il lui demande de bien vouloir lui faire connaître son avis à propos des différents problèmes qu'il vient de lui exposer et de répondre aux interrogations et aux inquiétudes des vigneron français.

Réponse Le ministre de la santé et de l'action humanitaire apporte à l'honorable parlementaire les précisions suivantes au sujet des conditions d'application de la loi n°91-32 du 10 janvier 1991 en ce qui concerne la lutte contre l'alcoolisme et la distribution d'objets publicitaires ; il l'assure qu'aucune inégalité ne pourra s'instaurer entre les petits vigneron et les producteurs ou distributeurs importants car la distribution ou la vente, à la clientèle et à des particuliers, de cadeaux ou d'objets portant le nom d'un producteur, d'un fabricant ou d'une marque d'alcool, même comportant un message sanitaire précisant que l'abus d'alcool est

dangereux pour la santé, seront interdites à compter du 1er janvier 1993. Quant aux objets de toute nature, matériels et vaisselle, strictement réservés au fonctionnement d'un débit de boissons, d'un restaurant ou d'hôtel, ainsi qu'à l'usage du personnel pendant ses activités professionnelles et à celui de la clientèle lors de son passage ou pendant son séjour dans l'établissement, comportant le nom d'un producteur, d'un distributeur ou d'une marque de boisson alcoolique qui sont dispensés du message de caractère sanitaire, ils ne peuvent être ni vendus ni remis à titre gratuit. Aucune dérogation aux dispositions de la loi du 10 janvier 1991 ne peut être envisagée au profit des objets remis en qualité de cadeaux d'entreprises. Enfin, la loi française qui s'applique sur l'ensemble de notre territoire doit être respectée par les entreprises étrangères commerçant sur le sol français, au même titre que par les nationaux.

7 Le mouvement Vie Libre, association de buveurs guéris et d'abstinent volontaires pour la guérison, la réinsertion et la promotion des malades alcooliques, a lancé depuis plusieurs mois une grande action d'information dans les entreprises, en partant du constat que 15p.100 des accidents du travail seraient dus à l'alcoolisme. S'agissant d'une intéressante initiative de prévention, M. Jean-Paul Calloud (PS) demande à Mme le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle comment cette demande peut être encouragée et qu'elle suite peut lui être donnée.

Réponse La prévention de l'alcoolisme sur les lieux de travail fait partie des préoccupations du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. C'est ainsi que le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle a confié à un groupe de travail constitué au sein du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels le soin d'examiner l'ensemble des problèmes posés par l'alcool en milieu de travail en vue de développer les actions de prévention sur ce thème dans les entreprises. Ce groupe de travail, qui a débuté ses travaux en février 1992, est composé des partenaires sociaux, des représentants des administrations concernées et des associations de lutte contre l'alcoolisme. Le mouvement « Vie Libre » est représenté au sein de ce groupe de travail et participe à la

réflexion qui y est menée. Le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle fera part de la suite donnée aux propositions de ce groupe de travail.

8 M. Michel Lambert (PS) attire l'attention de M. le ministre délégué au commerce et à l'artisanat sur les difficultés rencontrées par les petites communes s'agissant du maintien sur site des cafés assortis d'une licence de 4^{ème} catégorie. Le maintien de ce type de commerce est souvent un élément déterminant d'une politique de redynamisation des bourgs ruraux. Il s'avère que différentes règles strictes et contraignantes font parfois obstacle, tout au moins, engendrent des difficultés quant à la vente ou à la reprise de ce type de fonds de commerce. Il arrive souvent que l'exploitant du dernier débit d'une petite commune prenne sa retraite tout en conservant son local. Dans ce cas, les acquéreurs sont peu nombreux, obligeant souvent la commune à acheter la licence, ne serait-ce que pour éviter sa péremption. La recherche d'un nouvel exploitant est longue et entraîne bien souvent une ou deux translations. Cette situation génère des frais et provoque quelquefois une course contre la montre incompatible avec la recherche de la meilleure solution. Il lui demande dans ce cas bien particulier de maintien par la commune du commerce en milieu rural, si les dispositions légales et réglementaires applicables sont susceptibles d'être assouplies dans un proche avenir. Il lui indique, en particulier, qu'une augmentation de six mois ou d'un an du délai pour la péremption de la licence serait de nature à aider les communes rurales.

Réponse Les bénéficiaires de l'indemnité de départ titulaires d'une licence de débit de boissons disposent déjà d'un délai supplémentaire d'un an à compter de la date de radiation du registre du commerce et des sociétés pour céder leur licence, ceci en application de l'article L. 44 du code des débits de boissons. Cependant un allongement de la période de validité des licences de débits de boissons, après cessation d'activité, est actuellement envisagé par les pouvoirs publics, ceci afin de répondre aux préoccupations des propriétaires de débits de boissons implantés notamment en zone rurale.

En documentation

Le prix de la fumée. *Albert Hirsch, Serge Karsenty*

Drogues illicites et attitudes face au SIDA. *Marie Choquet, Sylvie Ledoux, Claude Maréchal*

Enfance menacée, analyses et prospectives. *Ginette Raimbault, Michel Manciaux*

Politique sanitaire et sociale en milieu urbain

Guide de la santé en Europe

Évolution de la protection sociale entre 1980 et 1990

Santé et précarité : du droit à la réalité

Comportements et santé : question pour la prévention. *Pierre Aïache, Hubert Bon, Jean-Pierre Deschamps*

Introduction à l'économie de la santé. *Guy Delande*

Recherche et politiques de santé
L'apport des registres de morbidité

Ici et ailleurs : la prise en charge des personnes âgées.
Évaluations et comparaisons

Vieillesse et santé, rapport du Haut Conseil de la population et de la famille

Les registres des cancers en France

La santé est-elle un marché ? *Alain Cordier*

Les buts de la santé pour tous

Les effets du bruit sur la santé. *Dr Jacques Mouret, Michel Vallet*

La démographie médicale européenne en son contexte social et économique

Notre planète, notre santé : santé et environnement

Dépenses de santé : un regard international. *Yannick Moreau*

Santé et valeur en hausse



Alcoolisme et premiers indicateurs d'évaluation de la cirrhose dans une perspective comparative, Danemark, France, Italie.

À propos de sécurité routière. *Docteurs R. Vièville, Gilles Errieau*

Les alcoolisés. *Docteur Jean Maisondieu*

Les conduites d'alcoolisation chez l'adolescent. *Daniel Bailly, Philippe-Jean Parquet*

LE PRIX DE LA FUMÉE

Albert Hirsch, Serge Karsenty
Éditions Odile Karsenty, 1992, 199 p.

« Ce livre tente d'éclaircir les tenants et les aboutissants de la transformation de nos relations avec le tabac : tranquilles il n'y a pas si longtemps elles ont pris un tournant mouvementé ».

Albert Hirsch pneumologue qui a fait parti du groupe de travail des Cinq sages dont le rapport publié en 1988 a servi de guide à l'élaboration de la loi Évin de 1991 et Serge Karsenty sociologue, chargé de recherche au CNRS et spécialiste de l'analyse socio-économique des systèmes de santé se complètent parfaitement dans l'écriture de ce livre.

Entre l'utopie d'un monde sans risque et la mort par ignorance, ils offrent à chacun de nous les connaissances qui lui permettent, en toute indépendance de s'affranchir lui-même du tabagisme en toute liberté, sachant que les pathologies liées au tabac sont devenues la première cause de mortalité évitable en France.

DROGUES ILLICITES ET ATTITUDES FACE AU SIDA

Marie Choquet, Sylvie Ledoux, Claude Maréchal

INSERM, La Documentation Française.

C'est le deuxième livre de la série *Les 11-20 ans et leur santé* après *Les troubles des conduites alimentaires* sorti en 1991, âge critique qui marque le changement, la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Comment se passe-t-il le passage est-il ressenti par l'adolescent par rapport à lui-même, à son contexte familial et socio-culturel ?

Cette série qui comprendra en tout 7 volumes donne les résultats d'une enquête épidémiologique réalisée dans le sud Haute-Marne de 1988 à 1990 sur 3287 adolescents scolarisés.

Drogues illicites et attitudes face au SIDA permet de mesurer la prévalence de la consommation des drogues illicites, de mieux cerner l'évolution de cet usage au

cours de l'adolescence, de déterminer les facteurs associés et les indicateurs qui accompagnent l'essai d'un produit illicite, d'étudier les relations entre ce comportement et d'autres troubles de la conduite (alcool, tabac, médicaments psychotropes...), d'analyser le recours au soin des utilisateurs de drogues illicites, de mettre en évidence les relations entre conduites de consommation et attitudes face au SIDA.

Les auteurs de ce deuxième volet Marie Choquet et Sylvie Ledoux sont épidémiologistes à l'INSERM, Marie Choquet est aussi directeur de recherche, Claude Marchal quant à lui est proviseur du lycée Roger Godart d'Épernay.

ENFANCE MENACÉE, Analyses et prospectives

Ginette Raimbault, Michel Manciaux

INSERM, La Documentation Française.

Devant la multiplicité et la complexité des problèmes que recouvre le vocable « Enfance Menacée », cet ouvrage rassemble en autant de chapitres, une série de recherches, de situations où le développement de l'enfant son bien-être et parfois même sa vie sont en jeu.

Avec une ouverture pluridisciplinaire, les recherches présentées émanent de chercheurs et d'équipes très divers : biologistes fondamentaux, généticiens, obstétriciens, pédiatres, psychiatres, psychanalistes, épidémiologistes, ethnologues, historiens... apportent sur les mêmes problèmes des regards professionnels différents, enrichissant et éclairant, allant jusqu'à l'interdisciplinarité dans certaines recherches menées conjointement sous différentes approches.

Les auteurs ont choisi de se limiter dans le temps : de la période prénatale à la petite enfance ; espace : dans les pays industrialisés.

Cet ouvrage permet de mettre l'accent sur les menaces directes qui pèsent sur l'enfance avant, pendant et au cours des pre-

mières années.

POLITIQUE SANITAIRE ET SOCIALE EN MILIEU URBAIN

Échanges Santé, juin 1992, n° 66.

Ce dossier spécial, constitué de plusieurs articles, est consacré aux actions et mesures mises en oeuvre dans le cadre de la politique de la ville définie par le ministère de la Ville en 1991.

Les opérations « Développement social des quartiers » donne l'occasion d'expérimenter des démarches de santé qui concernent, du diagnostic à l'action, aussi bien les habitants, les professionnels que des institutions diversifiées.

Parmi ces dernières, les DDASS et les DRASS sont amenées à « constituer ou renforcer un pôle social chargé du suivi des actions de développement social urbain ».

GUIDE DE LA SANTÉ EN EUROPE

1992, 288 p.

Ce guide, réalisé sous la direction du Pr A. Mebazaa, ancien président de l'association nationale des internes et chefs de clinique de France, donne des renseignements sur la démographie médicale, la formation, les lois et les organismes officiels de santé dans 17 pays européens.

Il s'agit d'un ouvrage de référence unique et indispensable à tous ceux qui s'intéres-

sent à la santé en Europe et à son développement futur.

Diffusion : Impact Médecin, 20 boulevard du Parc, Neuilly-sur-Seine.

ÉVOLUTION DE LA PROTECTION SOCIALE ENTRE 1980 ET 1990

CREDES, 1992, 81 p.

Cette étude analyse l'évolution de la pro-

tection sociale sur la dernière décennie à partir des résultats de deux enquêtes :

- l'enquête INSEE de 1980-1981 sur la santé et les soins médicaux auprès de 7 300 ménages ;
- l'enquête CREDES de 1990 sur la santé et la protection sociale auprès de 3 200 ménages.

Ces deux enquêtes ne sont pas à priori comparables : aussi a-t-il fallu créer, pour chacune d'elles, un sous échantillon composé de ménages ordinaires (ce qui exclut les personnes vivant en institution) dont l'un des membres au moins appartient au régime général des travailleurs salariés. Ceci implique en particulier que les agriculteurs et les professions libérales de l'échantillon ne sont pas représentatifs de leur population.

Les résultats comparés mettent en évidence, parmi les enquêtes appartenant à un ménage dont au moins une personne est ou a été salariée, une très faible proportion de 0,3 % de personnes sans couverture sociale en cas de maladie. Ce taux sous estime évidemment la situation réelle, à cause de la nature de la population enquêtée.

Il est de toute façon difficile de toucher les populations marginales, qui vivent par exemple en logement collectif ou sans domicile fixe.

La part des personnes ayant une couverture complémentaire passe de 72 % à 83 % : en particulier, les personnes âgées bénéficient deux fois plus souvent d'une couverture complémentaire en 1990 qu'en 1980. La part des personnes exonérées du ticket modérateur reste la même (9 %), mais sa composition évolue : les personnes âgées de 80 ans et plus sont beaucoup plus souvent exonérées du ticket modérateur en 1990 qu'en 1980.

Certaines disparités sociales ont tendance à s'accroître : les écarts se creusent entre chômeurs et actifs occupés. Les familles nombreuses, et les personnes les moins diplômées, restent les moins fréquemment protégées.

SANTÉ ET PRÉCARITÉ : DU DROIT À LA RÉALITÉ

Éd. ENSP, collection ODAS, 1991,
118 p.

Ce premier ouvrage débute une collection dirigée par l'Observatoire départemental de l'action sociale (ODAS) dont la vocation est de délivrer aux décideurs un regard à la fois pratique, complet et innovant sur les politiques sociales.

La connaissance des besoins de santé des populations en situation de précarité, souvent instables et hétérogènes, soulève de nombreuses difficultés.

En effet, l'inadaptation des principales sources d'information existant au plan national et la nécessité d'une coopération de multiples partenaires pour une meilleure identification des besoins de santé sont à l'origine d'une décentralisation du cadre de recherche habituellement retenu. Les approches dans ce domaine sont très diverses : les études peuvent concerner différentes catégories de population sur un même lieu (approche territoriale) ou être engagées à partir d'un axe catégoriel déterminé sur des critères sociologiques et fonctionnels (population rurale, jeunes, RMI).

C'est aussi au niveau local que la mobilisation collective autour de l'accueil des exclus du système de santé génère une diversité d'actions ciblées sur les réalités locales (carte santé et mutualisation). Cinq expériences significatives sont présentées afin de rechercher les éléments qualitatifs permettant d'alimenter le champ de connaissance et donc de compétence des décideurs.

58 départements ont d'ores et déjà engagé un processus d'amélioration de l'accès aux soins des plus défavorisés et vingt-six autres sont sur cette voie.

COMPORTEMENTS ET SANTÉ : QUESTION POUR LA PRÉVENTION

Pierre Aïache, Hubert Bon,
Jean-Pierre Deschamps

Presses universitaires de Nancy,
1992, 247 p.

Cet ouvrage est une oeuvre collective,

très collective même puisque ses trois coordonnateurs, ont fait appel à pas moins de 35 autres auteurs ; ces contributions nombreuses parfois trop courtes mais bien ordonnées dans trois chapitres (prévention des fondements anthropologiques aux comportements observés ; histoires et principes de la prévention ; moyens et limite de la prévention) permettent de marier une approche théorique large à celle plus expérimentale de quelques acteurs de terrain.

L'approche théorique est, elle-même très variée et fait appel à la sociologie, bien sûr, mais également à l'histoire, à l'anthropologie, à la sémantique et à l'économie.

Il se dégage de l'ensemble beaucoup plus de questions que de réponses et le schéma simple « informer, responsabiliser, modifier les comportements » n'en sort pas indemne.

L'historien vient nous rappeler la place que la prévention a toujours tenu dans le maintien de l'ordre social, le sociologue le risque de faire trop peser la santé sur la responsabilisation personnelle et la limite des logiques individualistes qui sous-estiment les réseaux sociaux et le poids culturel, tandis que l'économiste revient sur une idée rabattue : les économies que devraient engendrer la prévention ne sont pas toujours prouvées.

En définitive, ce sont les questions de la définition de la prévention, de son éthique et de sa légitimité qui sont posées.

Mais l'acteur de prévention s'il veut bien se laisser un peu destabiliser n'en sortira pas découragé pourvu qu'il sache reprendre, comme on lui le propose, les notions de promotion, d'accompagnement de sujet...

INTRODUCTION À L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Guy Delande
CESEGE, 118 p.

Malgré son remarquable essor au cours des dernières années, l'économie de la santé est une discipline jeune : on peut situer à la fin des années 50 aux USA et en

Grande-Bretagne, au début des années 70 en France, les premières tentatives de regrouper de manière cohérente les différents travaux d'analyse économique portant sur le secteur de la Santé. Guy Delande, professeur d'économie à l'Université de Montpellier I, analyse dans cet ouvrage le contexte de l'émergence de cette discipline et ses facteurs explicatifs. Il dégage ainsi une vision conceptuelle plus claire de l'économie de la santé, définie comme une branche spécialisée de la science économique qui a pour objet d'étudier les contraintes que fait peser l'environnement socio-économique sur le système de santé, et de définir les conditions optimales de répartition des ressources dont on dispose pour assurer à la population les meilleurs soins médicaux et le meilleur état de santé possible.

Cet ouvrage constitue ainsi une présentation claire, même pour le non spécialiste, des réponses que peut apporter l'économie aux différents problèmes touchant à la santé, en particulier l'augmentation sensible des dépenses de santé. Il éclaire la complémentarité entre l'approche économique et l'éthique médicale, et tente de renouveler l'approche théorique habituelle selon laquelle le progrès technique est une des sources essentielles de la croissance exponentielle des dépenses de santé, en mettant en évidence l'absence de méthodes efficaces d'évaluation technologique dans le secteur sanitaire.

RECHERCHE ET POLITIQUES DE SANTÉ

L'apport des registres de morbidité

INSERM, 1992, 228 p.

Depuis 1986, grâce au partenariat entre l'INSERM et la Direction Générale de la santé, une réflexion s'est développée autour de l'apport des registres de morbidité dans les domaines de la recherche et de la santé publique. Cet ouvrage présente les résultats de cette réflexion, structurée en quatre grands thèmes : information et surveillance, recherche clinique, recherche étiologique, et évaluation en santé,

qui regroupent chacun une dizaine de travaux de recherche en santé publique effectués en France ces dernières années. Il débouche sur deux interrogations principales :

- quelle est l'extension qu'il convient de donner aux registres de morbidité par rapport aux autres sources d'information en épidémiologie ? Cette forme particulière de recueil de données présente des avantages spécifiques, mais aussi l'inconvénient d'une certaine lourdeur et donc d'un coût relativement élevé ;
- comment faire droit aux interrogations d'ordre éthique, en particulier à propos de la protection de la liberté des citoyens, que pose le recueil des informations nécessaires à la constitution de registres, et notamment leur caractère exhaustif dans une région donnée ?

ICI ET AILLEURS : la prise en charge des personnes âgées. Évaluations et comparaisons

Sciences sociales et santé, juin 1992,
Vol. X, n° 2.

La revue Sciences sociales et santé a décidé de répondre à la sollicitation du Commissariat général du Plan de consacrer un numéro spécial à la prise en charge des personnes âgées, compte tenu de l'importance des enjeux politiques économiques et sociaux qui l'accompagnent.

Les recherches présentées dans ce numéro se situent tant au niveau local (Dr F. Cayla), régional (A. Berger et M. Nègre) qu'international (Pr J. -C. Henrard) afin de tenter d'évaluer de façon directe ou comparative l'efficacité relative des différentes modalités d'intervention publiques et professionnelles auprès des personnes âgées ainsi que l'effet induit par les pratiques tarifaires. L'article de F. Béland porte sur la part dévolue à l'entou-

rage au Québec ; il apparaît que l'aide disponible ne se structure pas socialement de la même façon pour les hommes et les femmes âgés. Le dernier article, du Dr D. Mayeux s'inscrit dans une démarche évaluative, cherchant à adapter, autant que faire se peut, ce nouvel outil d'évaluation hospitalière qu'est le PMSI aux spécificités de l'hospitalisation des personnes âgées.

VIEILLISSEMENT ET SANTÉ Rapport du Haut Conseil de la population et de la famille

Paris, La Documentation Française,
1992, 108 p.

Devant le conjugaison du vieillissement démographique et de l'augmentation du nombre de personnes âgées due à l'allongement de la vie, on pressent qu'en 2020, et même avant, les problèmes de santé publique se poseront avec une acuité et une ampleur particulières.

Partant du constat que la santé physique et mentale est un élément essentiel d'un bon vieillissement individuel et que la santé des individus commande le dynamisme collectif d'une société, le groupe de travail présidé par Léon Tabah formule un certain nombre de recommandations :

- donner plus d'efficacité à la médecine préventive,
- élargir le champ d'action de l'éducation sanitaire aux personnes âgées ;
- former les professionnels à la gériatrie-gérontologie ;
- renforcer les connaissances épidémiologiques ;
- donner une meilleure cohérence aux conditions financières de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- privilégier les liens familiaux ;
- développer la recherche.

Il s'agit du 2^e rapport établi par le Haut

Conseil qui a engagé une réflexion sur les différents aspects du vieillissement. Le premier portait sur « Vieillissement et emploi, vieillissement et travail ». Deux autres rapports suivront : « Vieillissement et société » et « Vieillissement et ressources ».

LES REGISTRES DES CANCERS EN FRANCE

BEH, n° 35/1992.

Le réseau des registres français (FRANCIM) a été créé en 1991 pour standardiser les méthodes d'enregistrement et favoriser la mise en route de travaux de recherche. Il comprend 16 registres, dont 8 spécialisés et 8 généraux et est intégré au réseau européen EUROCIM.

En 1992, les registres généraux couvraient une population de 4 760 000 habitants, soit 8,4 % de la population française.

Les registres des cancers permettent notamment :

- d'évaluer en permanence les taux d'incidence pour les différents cancers par

sexe et âge ;

- de repérer les populations à risque ;
 - d'étudier les relations existant entre les maladies non cancéreuses et le cancer.
- Véritables observatoires de la maladie cancéreuse, les registres interviennent à tous les niveaux au sein d'un large partenariat.

LA SANTÉ EST-ELLE UN MARCHÉ ?

Alain Cordier

Problèmes économiques et sociaux,
mars 1990, n° 267.

Les notions d'économie et de santé semblent parfois spontanément s'opposer, médecins et gestionnaires revendiquant chacun leur bon droit.

Pour éviter le rationnement des dépenses de santé que ferait naître une insuffisance de moyens financiers, le réalisme veut aujourd'hui que l'on recherche la conci-

Ces notes ont été rédigées par
Ségolène Chappellon , Marie-Josèphe Strbak ,
Claudine Le Grand , Jean-Pierre Cotton .

liation des points de vue.

Ce dossier, réalisé par Alain Cordier, directeur des Finances à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, se propose d'éclairer les termes de cette relation problématique à travers la théorie économique, le fonctionnement des systèmes de santé et un éventail de solutions politiques.

LES BUTS DE LA SANTÉ POUR TOUS

Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1985 et 1991.

En septembre 1991, le Comité régional de l'Europe de l'OMS a adopté la version actualisée des 38 buts européens de la santé pour tous, établie à l'issue d'un vaste processus de consultations et de réunions d'experts.

Ces buts traitent :

- des améliorations de l'état sanitaire à réaliser au cours des vingt années qui s'écouleront entre l'année où le Comité régional a approuvé la stratégie de la Santé pour tous (1980) et l'an 2000 ;
- des modifications du mode de vie, des mesures de protection de l'environnement et des améliorations en matière de prévention, de traitement, de soins et de réadaptation qui permettront de réaliser les buts ;
- de la formulation de politiques et de leur mise en oeuvre à long terme au moyen de tout un ensemble de mesures politiques, administratives et institutionnelles de soutien et de coordination.

Le Comité régional a instamment demandé aux pays de poursuivre leurs efforts pour adopter des politiques et programmes nationaux fondés sur la politique régionale de la santé, telle qu'elle s'exprime dans ces buts.

On trouvera dans le présent document le texte abrégé de cette nouvelle version. Le texte intégral, paru à l'origine en 1985, sera publié vers la fin de 1992.

LES EFFETS DU BRUIT SUR LA

SANTÉ

Dr Jacques Mouret, Michel Vallet
Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

« La santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais un état de complet bien-être physique mental et social. » (OMS 1948) Les auteurs de cette brochure, le docteur Jacques Mouret maître de conférence à l'Université Claude Bernard Lyon I et Michel Vallet, directeur de recherche à l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité à Lyon-Bron ont regroupés des données et résultats d'un nombre important d'études réalisées sur les problèmes liés au bruit.

La gêne due au bruit, les effets auditifs du bruit, les perturbations du sommeil par le bruit, le bruit au travail, le bruit et les enfants... sont autant de facteurs handicaps que pour peu qu'ils persistent, c'est à leur absence que nous réagissons.

L'organisme s'adapte à son environnement mais à quel prix !

Aussi convient-il à chacun de contribuer à mieux faire connaître une meilleure approche de l'impact de l'environnement sur la santé de l'homme, pour une prévention plus efficace contre les nuisances sonores.

Cette brochure éditée, par le Ministère de la santé et de l'action humanitaire s'adresse plus particulièrement aux médecins, au personnel soignant, aux divers intervenants, à tous les acteurs sanitaires.

Un projet de loi a été proposé par le Ministre de l'Environnement le 4 novembre dernier, et qui répond aux préoccupations quotidiennes des Français : se protéger contre le bruit.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EUROPÉENNE EN SON CONTEXTE SOCIAL ET ÉCONOMIQUE

Conférence internationale des ordres, 1992, 108 p.

Sous l'impulsion de l'Ordre des médecins français, la conférence internationale des ordres a dressé un panorama de la situation sanitaire des États membres de la CEE, à travers différents indicateurs :

- le produit national brut par habitant,
- les dépenses de santé par habitant,
- la démographie médicale,
- la mortalité infantile,
- l'espérance de vie des hommes et des femmes.

Dans une seconde partie, sont présentées une à une, les situations nationales.

Il ressort de cette étude que plus les pays sont riches, plus ils dépensent pour leur santé (exemples : Luxembourg, France, RFA), mais cela n'entraîne pas les habitants à se sentir mieux soignés, ni les indices décrivant le niveau de santé à être plus favorables.

NOTRE PLANÈTE, NOTRE SANTÉ : Santé et Environnement

Rapport de la Commission de l'O.M.S., 1992, 299 p.

Ce rapport est la principale contribution de l'OMS à la conférence des Nations-Unies sur l'environnement et le développement qui s'est réunie à Rio en juin dernier.

C'est un document qui, avec ses 11 recommandations, donne priorité absolue à la survie et à la santé de l'homme. Seule une politique globale pourra donner des résultats favorables en même temps pour la santé et pour l'environnement.

Ce sont les responsabilités des professionnels de santé, la participation des citoyens, qui aideront le monde à se préparer à compter 8 milliards d'hommes et de femmes en 2020. « C'est aux individus et aux entreprises qu'il appartient d'agir. »

DÉPENSES DE SANTÉ un regard international

Yannick Moreau

Ministère des affaires sociales et de

l'intégration, 1992, 276 p.

Dans ce rapport au Premier ministre présenté par Yannick Moreau, conseiller d'État en collaboration avec Marianne Berthod-Wurmser et Christian Béchon cinq pays de l'OCDE font l'objet d'études comparatives en ce qui concerne leur politique de santé et leurs performances : Les États-Unis, le Canada, l'Allemagne, le Royaume-Uni et les Pays-Bas.

« Leurs dépenses et leurs consommations de santé sont fortes, la couverture sociale de qualité moyenne, l'état de santé de la population plutôt bonne ». De nombreux graphiques illustrent les deux parties de ce rapport : l'une consacrée à la France, l'autre aux pays de l'OCDE.

« Cet outil de réflexion, sur l'économie de la santé, montre que la France est à mi-chemin d'une politique de régulation, dans laquelle d'autres pays se sont engagés. La France se trouve aussi à la croisée des chemins : c'est l'avenir du système qui peut-être menacé si les dépenses ne sont pas mieux maîtrisées ».

SANTÉ ET VALEUR EN HAUSSE

Éditions Assas, 1992, 125 p.

Maîtriser les coûts, mieux évaluer des politiques pour innover, voici le sommaire du n° 230 de la revue *Projet*.

« Évaluer, chaque aspect du système de santé, chaque innovation, chaque institution, c'est permettre que la santé reste une « valeur en hausse » mais au bon sens du terme ».

ALCOOLISME ET PREMIERS INDICATEURS D'ÉVALUATION DE LA CIRRHOSE DANS UNE PERSPECTIVE COMPARATIVE, DANEMARK, FRANCE, ITALIE

Écosanté, 1991, 112 p.

Ce rapport a été réalisé à la demande de la Commission des Communautés européennes par la société d'études Euro Santé

« Versailles ».

La première partie dresse un état des lieux et décrit le dispositif de chacun des pays. La comparaison des trois types d'interventions « 2e partie », à travers les institutions mises en place, rend compte de l'adaptation des structures sanitaires et sociales au problème de l'alcoolisme, mais aussi, dans certains cas, de l'intégration du secteur privé ou associatif dans la prévention et la réinsertion.

Enfin, la troisième partie est consacrée à l'évaluation des « ressources mobilisées » pour le traitement de la cirrhose alcoolique, l'objectif étant de comparer l'importance relative de l'assistance à cette maladie et la contribution des structures de soins utilisées.

À PROPOS DE SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Docteurs R. Vièville, Gilles Errieau
Éditions Codes Rousseau, 1992, 139 p.

La Sécurité Routière est un problème de santé publique. Les auteurs de ce livre démontrent l'importance des relations qui existent entre : risques routiers et facteurs humains. Quelle est l'influence de l'alcool, de la vitesse excessive, de la ceinture ? Quels éléments perturbent la vigilance du conducteur ?

Aux candidats au permis de conduire, à ceux chargés de les former, aux conducteurs obligés de se recycler, à ceux dont les filles ou les fils effectuent un apprentissage anticipé à la conduite ce livre leur apportera bien des réponses aux questions du nouveau programme.

De nombreux graphiques, dessins illustrent cet ouvrage, qui rassemble en un seul document des données : (jusqu'à épar- ses) médicales, statistiques, juridiques, réglementaires, historiques...

Le docteur Gilles Errieau, membre du Haut Comité de la Santé Publique, en collaboration avec le docteur R. Vièville ont déjà publié « Médecine et Sécurité Routière » à la Documentation Française.

LES ALCOOLÉENS

Docteur Jean Maisondieu
Bayard Éditions, 1992, 215 p.

Au début de l'alcoolisme, il y a la honte. Quiconque ne peut aborder les alcooliques sans les humilier ne peut prétendre les soigner. Ils leur est trop difficile d'admettre que l'alcool est utilisé pour effacer leur gêne et lever leur inhibition. Ils vivent la rage et le désespoir de ne se sentir ni aimables, ni aimés et ils se rendent haïssables par leur attitude chronique.

Jean Maisondieu psychiatre les a écoutés, a essayé de décrypter le non-dit des discours de l'alcoologie officielle. Pour lui, il faut tout d'abord réhabiliter les alcooliques « alcooléens », essayer de les comprendre, de savoir pourquoi ils en sont arrivés là, et dans leur cas qu'aurions-nous fait ? Puis dédramatiser, les aider à se réinsérer et redevenir des êtres humains. A cette condition seulement ils pourront se passer d'alcool.

LES CONDUITES D'ALCOOLISATION CHEZ L'ADOLESCENT

Daniel Bailly Philippe-Jean Parquet
Éditions Masson, 1992, 112 p.

Du 15 au 19 juin 1992 avait lieu à Saint-Etienne un congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française sur le thème « les conduites d'alcoolisation chez l'adolescent ».

Daniel Bailly, Philippe-Jean Parquet (membre du HCSP) tous les deux professeurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont rédigé suite à ce congrès : les conduites d'alcoolisation chez l'adolescent Tome 1 : rapport de psychiatrie ».

« Les adolescents boivent plus tôt, des boissons alcoolisées. La quantité et la fréquence de cette consommation a augmenté... augmentant ainsi l'implication de l'alcool dans les accidents de la circulation. »

Des facteurs socio-culturels sont souvent mis en avant pour expliquer cette évolution des conduites d'alcoolisation par cette tranche d'âge. C'est dire l'importance des enquêtes épidémiologiques, des études cliniques et biologiques, de la

36 14 ALCOINFO

Le nouveau service télématique de la Commission permanente alcool et santé publique est accessible au public depuis début septembre.

Ce service, périodiquement mis à jour, a été conçu pour permettre de

Connaître les missions de la Commission et le fonctionnement de son centre de documentation

Se procurer les publications éditées régulièrement

Être informé sur le calendrier des manifestations consacrées à l'alcoologie et la santé publique

Consulter les coordonnées des structures de prévention, de traitement et de réinsertion du malade alcoolique sur toute la France

Disposer d'une boîte aux lettres permettant de formuler une demande d'information ou de documentation

Avis !

Tiré, à ce jour, à 3500 exemplaires l'*avis et rapport sur le dépistage de l'infection par le VIH* a été diffusé auprès : des consultations de dépistage du VIH ; dispensaires antivénéreux ; associations du SIDA ; présidents de conférence des CHU et CHS ; caisses d'assurance maladie ; directions des affaires sanitaires et sociales ; observatoires régionaux de la santé ; comités d'éducation pour la santé. Il a été adressé à tous les cabinets ministériels. Rappelons que c'est une publication du Haut Comité de la Santé Publique, encore disponible, gratuitement, auprès du secrétariat général.

Démission Nomination

Le Professeur Claude Got, professeur d'anatomo-pathologie ainsi que le Professeur Jean-Pierre Deschamps, professeur de santé publique ont démissionné de leur fonction de membres du Haut Comité de la Santé Publique. Quant au Professeur Jean-François Lacronique, délégué général du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) il a été nommé membre du Haut Comité de la Santé Publique par arrêté du 15 juillet 1992 (JO du 31)

Prix

Robert Debré

En réunion, le 21 octobre 1992, le jury du Prix Robert Debré, après avoir délibéré a décerné

1^{er} prix

M. Bertrand Nalpas, pour sa thèse de doctorat de l'Université de Paris VII (spécialité biologie cellulaire), 1990, *Alcoolisme et virus hépatotropes*.

2^{èmes} prix ex æquo

Mme Christine Libon, pour sa thèse de doctorat à l'Université de Paris-Sud (mention sciences pharmaceutiques), 1990, *Effets d'une alcoolisation aiguë sur la production de radicaux libres oxygènes et d'interleukine-1 par les macrophages alvéolaires de souris : implications dans l'aggravation de la pneumonie grippale*.

Mme Jeannine Blanchard-Lavaud, pour sa thèse de doctorat en médecine de l'Université de Rennes I, 1990, *Enquête sur la consommation pharmaceutique d'anciens malades alcooliques (étude globale, aspects particuliers concernant les médicaments contenant de l'alcool éthylique)*.

LE CEN DRE A E R NI

Paris

6-7-8 janvier 1993

Dans l'amphithéâtre Poincaré du Ministère de la Recherche et de l'Espace, l'Association Descartes organise les 6-7-8 janvier 1993 un colloque «Dimensions sociales de la demande de drogues» en collaboration avec la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) et la participation d'intervenants internationaux.

Herbé Mortreux
Association Descartes
1, rue Descartes
75231 Paris Cédex 05
46 34 37 38

Paris

16 au 18 décembre 1992

Du 16 au 18 décembre 1992 à Paris aura lieu, organisé par le CREDES et le CES, un colloque européen sur le thème « de l'analyse économique aux politiques de santé ».

Sécrétariat du colloque
CREDES
1, rue Pau Cézanne
75008 PARIS
42 89 45 73

Chantilly

23 et 24 janvier 1993

Les 23,24 janvier 1993 aura lieu à Chantilly (Oise) un colloque sur «SIDA et systèmes de santé»

Les Fontaines
BP 219
60631 Chantilly Cedex
44 57 24 60

Montpellier

10 et 11 décembre 1992

Sous le haut patronage du Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, organisé par l'Association pour les applications médicales de l'Informatique et de l'Économie en Languedoc-Roussillon (AMIELR) président, le docteur J.-C. Penochet et le département de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, président le Professeur F. Grémy, membre du Haut Comité de la Santé Publique, se déroulera à Montpellier les 10 et 11 décembre 1992 un colloque : «Évaluer l'hôpital : pourquoi ? comment ?».

De nombreux intervenants, une table ronde de conclusion figurent, entre autres, au programme. Société Internationale de Congrès et Services

C.S.I. Congrès
10, rue Charles Amans
34000 Montpellier
67 58 59 03

Mauriac

1, 2, 3 avril 1993

Les 1^{er}, 2 et 3 avril 1993, Mauriac, au coeur de la Haute Auvergne accueillera le 4^{ème} Festival International du film Médical, placé sous le Haut patronage de l'OMS et de la Confédération mondiale du cinéma médical.

L'objectif de ce festival est de promouvoir la Formation et l'Information en matière de santé, et de créer aussi un véritable carrefour international de rencontres des professionnels de la santé, de la recherche médicale et scientifique, du cinéma, de l'industrie, de l'éducation et de l'environnement. Trois thèmes illustreront ce festival : «Environnement et Santé» - «Éducation pour la Santé» - «Film médical scientifique».

Festival International du film Médical de Mauriac
14, Place Georges-Pompidou
BP 53
15200 Mauriac

Amsterdam

24 au 26 mai 1993

Du 24 au 26 mai 1993 aura lieu la 3^{ème} Conférence européenne organisée par l'Union Internationale d'Éducation pour la santé et le Centre néerlandais de Promotion de la santé et de l'Éducation pour la Santé sur le thème : «Éducation pour la santé et mass média. Comment communiquer efficacement».

Sécrétariat de la Conférence
Van Namen & Westerlaken
Congress Organization Services
BP 1558
6501 BN Nijmegen
Pays-Bas

Bordeaux

27 au 30 septembre 1993

L'UFR de Santé Publique de l'Université de Bordeaux II avec le concours de l'ENSP, l'OMS, l'INSERM et le Ministère de la Santé, organise du 27 au 30 septembre 1993 à Bordeaux un congrès sur «Epidémiologie et santé publique».

INSERM Unité 330
Université de Bordeaux II
146, rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex
57 57 13 93

Santé Publique

REVUE MULTIDISCIPLINAIRE

POUR LA RECHERCHE ET L'ACTION

SOMMAIRE 4/1992

Éditorial **Action politique et prévention, trois ans après**, par *Virginie Halley des Fontaines*

Le « rapport des sages » de 1989 : l'action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention. *Propositions de Gérard Dubois, Claude Got, François Grémy, Albert Hirsch, Maurice Tubiana*

Trois ans après : l'opinion de G. Dubois

Les Français et le tabac en 1992: consommation et opinion avant l'entrée en vigueur des décrets sur l'interdiction de fumer, par *F. Baudier, D. Grizeau, V. Dutrech, Ch. Dressen, M. Danzon*

Rubriques Analyses de livres, Actualités, Fiches signalétiques.

Revue fondée en septembre 1988 par la Société Française de Santé Publique et l'École Nationale de la Santé Publique dont le siège est à Rennes. Éditions ENSP, Avenue du Pr Léon Bernard, 35043 Rennes Cédex

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

n°1 décembre 1992

2 Actualité

- 6^{ème} congrès national des ORS
- Stratégie pour une politique de santé

4 Europe

- Conseil des ministres européens de la santé
- Handicapés : les programmes Hélios et Horizon

6 International

- La santé de la nation, une stratégie pour la santé en Angleterre

7 Organisme

- ANDEM

8 Statistiques

- Viticulture
- Industries agricoles et alimentaires

14 Législation et réglementation

18 Informations parlementaires

22 En documentation

28 La vie du Haut Comité

29 Calendrier

La formation en santé publique

II État des lieux

- II Cours universitaire
- II Études médicales
- IV Autres professionnels de la santé
- IV Formation des cadres
- V Formation continue

VI Tribune

XIV Annexes

- XIV Inventaire des formations universitaires
- XVIII UFR Santé publique de Bordeaux II
- XIX Bibliographie
- XIX Adresses utiles
- XX Mais encore...

**haut
comité
de la
santé
publique**

17, rue Margueritte
75017 Paris

téléphone 42 67 19 41

télécopie 46 22 31 43