

n° 2
mars 1993

Actualité et dossier en **santé publique**

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

dossier
**Recherche
d'information
et
banques
de données**

n°2
mars 1993

Actualité et dossier en santé publique

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE
L'ACTION HUMANITAIRE

haut comité de la santé publique

17, rue Margueritte

75017 Paris

Téléphone 42 67 19 41

Télécopie 46 22 31 43

Président

M. Bernard Kouchner,
Ministre de la santé et
de l'action humanitaire

Vice-Président

Guy Nicolas

*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°2**

ISSN en cours

Dépôt légal mars 1993

Reproduction d'après documents fournis

IMPRIMERIE NATIONALE 3 256 057 P

■ Directeur de publication

Jean-François Girard

■ Rédactrice en chef

Ségolène Chappellon

■ Comité de rédaction

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

Catherine Guénot

Patricia Croutte

Catherine Descôtes

Annie J. Sasco

Michel Legros

Maria Antonia Bertrand-Baschwitz

Véronique Dutrech

Annie-Claude Marchand

Françoise Rouch

François Baudier

Bernard Pissaro

Merci à Stéphane Legrand

Sommaire

- 2 Actualité**
Stratégie pour une politique de santé publique. Consultation nationale et débats régionaux
Les programmes des partis politiques en matière de santé publique
- 5 Europe**
Année européenne des personnes âgées
- 6 International**
La politique de la santé et du bien-être
Journée mondiale contre le tabac
- 9 Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France**
- 10 Statistiques**
Le tabagisme des jeunes en France, une lueur d'espoir, Dr Annie J. Sasco
- 13 Formation**
Maîtrise de sciences et techniques de santé publique Bordeaux II
- 14 Société**
La perception de la santé,
Patricia Crouette et Michel Legros
- 16 En documentation**
- 24 Législation et réglementation**
- 38 Actualité du Haut comité**
Rapports du Haut comité
Prix Robert Debré et Michel Fontan
- 41 Calendrier**

Éditorial

Qu'est-ce que la santé publique ? Question essentielle et sans réponse univoque, il nous a paru utile d'alimenter le débat.

Définie comme un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population, la santé publique est aussi un ensemble de savoirs et de savoir faire. Sa finalité est non seulement l'action mais aussi la recherche.

La santé publique fait appel à un ensemble de concepts et de méthodes issus de disciplines scientifiques variées.

L'épidémiologie décrit les phénomènes morbides à l'échelle des populations ou des groupes sociaux, analyse les déterminants aux différents stades du processus morbide et évalue les actions entreprises.

Les sciences sociales (Sociologie, Anthropologie) la complètent : elles analysent les représentations et les pratiques des acteurs individuels et les institutions et les politiques mises en oeuvre pour répondre à la maladie et au « malheur ».

L'économie de la santé s'intéresse à la place du système de soins dans le système économique, aux modalités de sa gestion et à celles de ses institutions, aux mécanismes de protection sociale.

La santé publique s'appuie sur bien d'autres sciences, disciplines ou techniques, à commencer par la médecine mais aussi la démographie, l'histoire, le droit, la géographie, la biostatistique, etc. qui apportent leur propre éclairage sur la santé et la maladie au niveau des collectivités et les réponses des différentes sociétés.

L'une des principales caractéristiques de la santé publique est la pluridisciplinarité de sa démarche, voire la transdisciplinarité de certaines de ses actions ou recherches.

Dans le domaine de l'action, plusieurs domaines sont essentiels : l'observation de la santé, la prévention et la promotion de la santé, l'intervention de santé publique, la rationalisation de la distribution des soins, la coopération internationale.

Deux types d'acteurs doivent clairement être distingués : les professionnels exerçant un métier de soins curatifs ou préventifs qui devraient tous avoir une « culture de santé publique » (sensibilité au coût des prescriptions, reconnaissance de comportements à risque, participation à la surveillance épidémiologique...) et les professionnels exerçant un métier de santé publique (identification des problèmes de santé dans une population, programmation des réponses à y apporter, évaluation des actions entreprises) qui doivent recevoir une formation spécifique.

Jean-Claude Henrard

Stratégie pour une politique de santé publique

Consultation nationale et débats régionaux

En septembre 1992, le Haut Comité de la Santé Publique présentait au ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire, un premier rapport « Stratégie pour une politique de santé - premières propositions » ; ce rapport devait être soumis à une consultation nationale décentralisée avant d'être à nouveau proposé au Ministre à la mi-décembre (cf *adsp* n°1 p. 3). L'objet de cet article est de tenter de présenter les principales remarques et critiques, positives ou négatives, issues de cette consultation.

Rappel

Le premier rapport a été tiré en 5 000 exemplaires : 4 000 exemplaires ont été distribués dans les 4 régions (Bretagne, Lorraine, Midi-pyrénées, Nord-Pas-de-Calais) qui avaient été choisies pour l'organisation de débats régionaux, les 1 000 autres ont été envoyés par courrier aux responsables des structures, institutions, etc. oeuvrant dans le champs de la Santé Publique ou de l'intervention médico-sociale. Ce courrier comprenait un questionnaire simple. Par ailleurs l'association des médecins inspecteurs avait proposé de consulter directement ses adhérents. Cependant le taux de réponse de cette consultation écrite a été faible (50 réponses) : désintérêt ou trop court délai de réponse imposé ? Par contre, les rapports des débats régionaux et de leurs ateliers sont particulièrement riches.

C'est donc de l'ensemble de ces contributions écrites que sont tirés les éléments qui suivent.

Sur la démarche et le document dans son ensemble

L'approche globale est unanimement appréciée : l'accent mis sur le caractère intersectoriel et multifactoriel, la prise en compte des facteurs sociaux, la reconnaissance de l'apport des sciences humaines et sociales à la santé publique... sont en particulier remarquables.

Le caractère synthétique et concis, même si pour certains il s'accompagne d'un côté réducteur, est apprécié également ; le document peut constituer ainsi un cadre général de réflexion pour l'ensemble des intervenants de la santé publique dont la nécessité de coordination apparaît, à bon escient, soulignée.

L'approche par définition d'objectifs est largement approuvée et la référence à la région ou à la nation la plus favorisée, bien que moins souvent relevée, semble très consensuelle.

Enfin le chapitre sur les stratégies de soutien à une politique de santé, bien que jugé trop court, a particulièrement intéressé.

Cette remarque est à relier à une première critique : le déséquilibre entre les différents chapitres, peu apprécié.

Mais essentiellement, c'est le caractère trop général, pas assez concret, voire quelque peu idyllique du rapport qui est souvent regretté.

Plus précisément les critiques portent sur :

- une définition d'objectifs trop vagues ; certains vont plus loin en notant le manque d'unité conceptuelle entre buts - objectifs - actions ou le mélange de quelques, trop rares, objectifs de résultats avec des objectifs de moyens ;
- l'absence de hiérarchisation des problèmes, la non définition de priorités ;
- le décalage entre une définition large de la santé, phénomène social autant qu'individuel, et le découpage par tranches d'âge du rapport (et des ateliers) d'une part, et les objectifs ou types d'action proposés, trop médicalisés d'autre part ;
- le flou sur les conditions de mise en oeuvre : actions à mener souvent vagues, pas de détails sur les moyens nécessaires, pas d'évaluation des coûts (impasse sur l'aspect économique).

Il convient de noter également le regret que ne soient pas approfondies la question du partage des compétences (État, collectivités locales notamment, mais organismes de protection sociale également) et celle de la nécessaire refonte de la législation.

Par ailleurs, dans les quatre débats régionaux, le Haut Comité a été soupçonné de méconnaissance, ou du moins, de sous-estimer, les expériences localement accumulées.

Enfin, plusieurs déplorent le manque de précision sur les sources des données, de références documentées, d'indicateurs chiffrés et plus généralement d'une bibliographie.

Sur les différents thèmes ou chapitre du document

Il est pratiquement impossible de résumer l'ensemble des contributions. Nous nous contenterons de mentionner les manques les plus souvent évoqués :

- la dimension psychologique dans la petite enfance (les inter-actions mère - enfant par exemple) et le rôle des services de pédopsychiatrie : l'influence de ses différents milieux de vie : famille mais également modes d'accueil ;
- le problème des 6-13 ans et plus tard, celui des étudiants (objectif et organisation des services de médecine préventive universitaire) ;
- les problèmes de santé de la femme enceinte ;
- la santé en milieu rural ;
- les problèmes des populations les plus vulnérables, les sans domicile fixe, les

suite page 4

Les programmes des partis politiques en matière de santé publique

Judi 11 février 1993, la Société Française de Santé Publique organisait, avec le soutien du Haut Comité, un débat sur les programmes des partis politiques en matière de santé publique.

Étaient représentés : le R.P.R. par monsieur Jean-Yves Chamard, l'U.D.F. par monsieur Gérard Dubois, le P.S. par monsieur Claude Pigement, le P.C. par madame Claude Beaudeau, Génération Écologie par monsieur Bernard Guéguen et les Verts par monsieur Gaël Lagadec.

Le débat était organisé autour de quatre thèmes et quatre questionnements :

- le développement de la prévention sanitaire : alors que les activités de prévention sont au cœur d'un projet de santé publique, l'effort de la nation pour promouvoir ces activités est très modeste aussi bien en terme de ressources mobilisées que de reconnaissance de la fonction, de formation ou de recherche et d'évaluation. Quelles orientations, quels objectifs, quelle répartition des rôles pour cette politique de prévention ?
- l'environnement et la santé : il y a un paradoxe, entre le rôle réel de l'environnement comme facteur de santé et l'état actuel d'organisation de la recherche, de la surveillance et de l'intervention administrative dans le domaine des relations santé et environnement. Comment améliorer l'expertise dans ce domaine, l'information et le dialogue entre population et les pouvoirs publics, l'intégration des objectifs sanitaires dans la politique d'aménagement ?
- maîtrise des dépenses de santé : si la maîtrise des dépenses de santé n'est pas une fin en soi, d'une part il importe des maîtriser les dépenses médicales qui représentent la part la plus importante des dépenses de santé et se développent aux dépens d'autres interventions, d'autre part pour répondre à des critères de santé publique il convient d'abord de définir explicitement les principaux objectifs sanitaires à atteindre et réfléchir sur les moyens les plus efficaces. Quelles mesures pour mieux maîtriser l'évolution future des dépenses de santé, tout en ré-équilibrant l'affectation de ces importantes ressources ?
- l'accès aux soins et la couverture sociale : deux évolutions observées aux cours des années 80 sont préoccupantes : l'aggravation des inégalités géographiques et sociales de l'offre de soins et la dégradation de la couverture sociale des dépenses de santé ; quelles propositions pour améliorer l'accès aux soins médicaux pour l'ensemble de la population, et notamment ses fractions les plus démunies ?

Sur ces thèmes, ces questionnements, on a pu noter que les discours étaient relativement proches, voire consensuels. Seul monsieur Lagadec, pour les Verts a adopté une approche résolument différente et cherché à rompre avec les logiques dominantes.

Les orateurs ont d'abord été invités à s'exprimer sur le développement de la prévention sanitaire et les questions d'environnement. Dans cette première partie notamment les points d'accord étaient nombreux.

Les différents partis se sont retrouvés en particulier sur

- le constat du manque de moyens : manque de moyens pour les interventions de prévention (madame Beaudeau a été jusqu'à souhaiter un doublement des effectifs dans les services de médecine préventive : santé scolaire, PMI, médecine du travail...); manque de moyens pour développer l'expertise sur les questions d'environnement et santé (en lien avec ce dernier point monsieur Guéguen a particulièrement insisté sur l'enjeu que représente la transparence de l'information et la nécessité de restaurer la confiance entre experts et citoyens).
- la nécessité de développer l'évaluation de ces interventions.
- le constat d'une multiplicité de pôles de décisions et d'actions, parfois même en concurrence, du fait de la décentralisation, du fait également de l'intervention de deux ministères (Environnement et Santé); d'où l'impérative nécessité d'inventer des modes de coordination : lieux, structures...?
- l'importance de développer l'observation et sur ce point le rôle des O.R.S. a été largement mis en avant.
- le rôle des médecins libéraux, généralistes notamment, dans la prévention, rôle à encourager en rémunérant l'acte de prévention.

Sur la loi Évin (lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme), monsieur Pigement a redit combien il considérait cette loi comme une grande loi de Santé Publique, et messieurs Chamard et Dubois se sont engagés à ne pas y toucher ; cependant les écologistes ont tout de même fait remarquer qu'elle ne présentait pas un caractère très éducatif.

Notons enfin que messieurs Dubois et Chamard se sont délibérément placés à un niveau plus institutionnel et organisationnel : ils ont tous deux réaffirmé le rôle que devait garder l'État en matière de santé (« assurer la sécurité sanitaire », « pouvoir régaliens de l'État ») et reconnu le rôle que devait avoir un Haut Comité de la Santé Publique : rôle de synthèse et rôle d'alerte, même si sa composition actuelle ne leur apparaît pas satisfaisante ; mon-

sieur Dubois a par ailleurs souhaité voir diminuer la taille des cabinets (de façon à diminuer les intermédiaires entre connaissance technique et connaissance politique) tandis que l'administration verrait ses effectifs renforcés. Plus politique, monsieur Chamard s'est prononcé en faveur d'un débat parlementaire annuel sur la politique de santé.

L'analyse et les propositions sur la deuxième partie du débat qui portait sur la maîtrise des dépenses de santé et l'accès aux soins ont été un peu moins convergentes. Les orateurs se sont cependant retrouvés sur :

- la conviction que la voie contractuelle est la seule voie qui pourra conduire à une maîtrise des dépenses de santé,
- l'importance d'assurer une transparence pour établir la confiance,
- la nécessité de mieux définir les rôles et les responsabilités, notamment entre l'État et l'assurance maladie (on a parlé de double pilotage),
- le développement de l'évaluation médicale.

Par contre le PS et le RPR se sont démarqués sur la nature des dépenses à chercher à maîtriser : toutes les dépenses de santé pour monsieur Pigement, alors que monsieur Chamard a clairement distingué les dépenses de santé et les dépenses « médicalement nécessaires » : le taux moyen de remboursement ne doit plus diminuer, et certaines dépenses verront leur remboursement augmenter, d'autre diminuer.

Le budget global a fait l'objet d'un autre débat : l'UDF, par l'intermédiaire de monsieur Dubois s'est prononcé contre ce budget global et pour le retour à un système de tarification identique dans le secteur public et le secteur privé. Monsieur Prigent pour le PS a défendu le budget global mais reconnu la nécessité d'inverser la démarche pour son calcul en partant de contrats d'objectifs.

Dans ce deuxième débat le PC s'est clairement démarqué puisqu'il refuse la logique du « rationnement » et prône une politique de relance économique (créations d'emplois, augmentation des allocations familiales, du R.M.I...) d'une part, d'une taxation des revenus financiers d'autre part pour augmenter les ressources.

Notons que si le problème des inégalités a été repris, par les écologistes et le PS, peu de propositions ont été faites (si ce n'est celle de la mise en place d'une mutualisa-

tion pour l'avance des frais par le PS) ; Enfin il faut revenir sur la différence du discours et de l'approche de monsieur Lagadec : insistant l'importance des déterminants sociaux, économiques et culturels dans la santé ou dénonçant les discours sur « la rentabilisation du système de santé ».

La S.F.S.P. a conclu en souhaitant :

- qu'on ne laisse pas « filer » les dépenses de santé en ne maîtrisant que les dépenses d'assurance maladie,
- que soient développés les dispositifs d'évaluation,
- que soit valorisée la fonction prévention pour les professionnels,
- que soit assurée la transparence des risques notamment en matière d'environnement.

S. Ch.

Stratégie pour une politique de santé publique, suite...

chômeurs, les immigrés ;

- toutes les questions en lien avec l'hygiène du milieu (eau, déchets, pollution, bruit...).

Deux thèmes sont jugés insuffisamment développés ;

- le handicap : chapitre trop réduit, handicap mental à peine évoqué ;
- la santé mentale : chapitre spécifique mais absente dans l'approche par populations ou groupes d'âge.

Dans les débats régionaux comme dans les réponses écrites, les *suggestions* n'ont pas manqué. On peut les regrouper autour de trois pôles :

- les suites à donner à ce premier rapport :
 - établir un état des lieux plus complet des problèmes de leur déterminants, de leurs tendances évolutives,
 - définir des priorités,
 - définir et suivre des indicateurs,
 - développer les actions à entreprendre, les moyens à mettre en oeuvre et réfléchir à une remise à plat de l'affectation des moyens. Sur cette phase de mise en oeuvre, les rapporteurs régionaux ont beaucoup insisté sur le respect des particularités régionales : une décentralisation (régionalisation...) de la définition des priorités

en fonction des problèmes locaux et des actions en fonction des ressources locales, est fortement souhaitée ;

- éducation et formation : mieux éduquer le public, notamment les jeunes, former les professionnels à une approche plus large de la santé, sont très souvent évoquées comme le type d'actions à mettre en place de façon prioritaire ;
- coordination et définition des rôles : mieux définir les rôles et les responsabilités des différentes institutions et niveaux d'intervention, créer les conditions d'une coordination de l'ensemble des intervenants, décloisonner le sanitaire et le social.

Enfin, notons le souhait (exprimé en Midi-Pyrénées) que la responsabilité figure au rang des valeurs fondatrices de la politique de santé.

Conclusion

On peut craindre que les plus sceptiques aient évité de s'exprimer ce qui doit conduire à relativiser les conclusions trop optimistes qu'on serait tenté de tirer de cette consultation.

Cependant le soutien fort de personnalités importantes (comme le président de l'ordre des médecins, ou un autre niveau celui de l'association des médecins inspecteurs de la santé, ou encore celui du directeur du bureau régional de l'OMS) constitue déjà en soi un encouragement.

De la consultation elle-même, il ressort, une adhésion à la démarche d'une politique de santé *globale* basée sur la *définition d'objectifs*, une appréciation du principe même de la consultation, mais, des interrogations sur la suite de ce travail : comment vont être définis les objectifs prioritaires, comment seront repartis les moyens, comment seront pris en compte les particularités locales et plus globalement s'est exprimée l'appréhension que l'espoir né de cette démarche et de cette consultation ne soit déçu.

S. Ch.
N.B. Une telle synthèse est par nature éminemment réductrice ; aussi le HCSP tient à remercier l'ensemble des participants aux débats, tous ceux qui pour les débats régionaux ou directement au HCSP ont rédigé une contribution écrite, et tout particulièrement, les membres des comités de pilotage locaux et les responsables des DRASS qui, par leur forte implication ont contribué au succès de cette consultation.

La deuxième édition de ce rapport, revue et complétée sera disponible à partir de la mi-mars 1993.

Année européenne des personnes âgées

Les ministres des douze pays de la Communauté ont consacré 1993 Année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre générations.

« Il faut rééquilibrer l'image du vieillissement dans l'esprit des Français, car elle ne comporte pas uniquement des manques, mais aussi la créativité, l'expression, le goût de faire la fête... » a souligné le secrétaire d'État à la Famille, aux Personnes âgées et aux Rapatriés, Laurent Cathala, lors de la présentation du lancement de cette opération, le jeudi 20 janvier 1993.

Information complémentaire
Comité National des Retraités et des Personnes Agées C.N.R.P.A.
49, rue Mirabeau
75016 Paris
Tél. : 45 27 66 13

Dans la Communauté Européenne, une personne sur trois a plus de 50 ans, une personne sur cinq a plus de 60 ans. Sur une estimation de 400 millions d'habitants en 2020, une personne sur cinq sera âgée de 65 ans et plus. Dans tous les pays d'Europe, les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes. 70% des personnes ayant 65 ans et plus sont des femmes. En Espagne, en France et en Italie, l'espérance de vie a augmenté de façon significative depuis 1945, représentant en moyenne un gain de 10 ans pour les femmes. La population européenne toute entière va graduellement continuer à croître : elle passera de 340 millions en 1992 à 400 millions en 2020.

À ce défi de fin de siècle, le problème : la dépendance des personnes âgées a des répercussions humaines, sociales, et économiques mal définies et est encore mal perçu aujourd'hui. D'où cette initiative des douze pays de la Communauté pour éviter la rupture entre les jeunes actifs, dont certains rencontrent des difficultés économiques, et les personnes âgées parfois considérées comme *relativement nanties*. « À cette occasion il est important de poser des jalons pour que les actions engagées cette année puissent se poursuivre au-delà de 1993 ». Il faut que toutes les associations françaises et les organismes locaux à caractère social participent à la célébration. De très nombreuses associations (près de 70) se sont déjà mobilisées et, tout au long de l'année, des manifestations nationales ou locales, une centaine de projets manifestations sur 140 ont été retenus, prendront les formes les plus variées colloques, expositions, festivals, spectacles, manifestations sportives, concours, etc.

Un Comité Français a été mis en place comprenant un Comité de pilotage et un Comité consultatif. Le secrétariat du Comité français de l'année européenne est assuré par le Comité national des Retraités et des Personnes Agées.

Le Comité de pilotage est composé de représentants de Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration (Secrétariat d'État à la Famille, des Personnes Agées et aux Rapatriés), du Comité National des Retraités et des Personnes Agées et de la Fondation de France. D'autres départements ministériels (Éducation Nationale et Culture, Jeunesse et Sports, Affaires Européennes) y sont également associés. Le Comité consultatif regroupe l'ensem-

ble des partenaires français du secteur :

- les associations d'élus locaux : assemblées des présidents de conseils généraux, associations des départements de France, association des maires de France ;
- les associations des personnes âgées, qu'elles soient membres ou non du CNRPA ;
- les caisses de sécurité sociale et de retraite : CNAVTS, CNAMTS, MSA, ARRCO, AGRR, CANCAVA, Mines... ;
- les fédérations mutualistes : FNMF, FMF... ;
- les associations et organismes intervenant auprès des personnes âgées : UNC-CAS, UNASSAS, ADMR, FNADAR... ;

Mettre en valeur les contributions des personnes âgées à la société est l'un des objectifs de cette opération dotée de 48,3 millions de francs (6,9 millions d'écus). La Commission des communautés européennes et les comités de pilotages nationaux ont retenus des projets innovants dans chacun des pays susceptibles de créer un réseau d'échanges d'acteurs et d'expérience. Ces réseaux seront l'occasion de développer une coopération plus grande et de promouvoir une image positive du vieillissement.

Les premiers projets retenus s'articuleront autour de l'organisation des soins et du logement visant à stimuler l'autonomie des personnes âgées dans la société d'une part, et l'utilisation et la valorisation du potentiel et de l'expérience des personnes âgées d'autre part.

Pour la France les projets pilotes retenus sont : pour l'organisation des soins et du logement, le domicile du collectif de Tillay (Loire-Atlantique), les domiciles collectifs de Villeurbanne (Rhône) ; pour l'utilisation et la valorisation du potentiel et de l'expérience des personnes âgées, l'action menée par *Solidarité Inter-génération* à Saint Herblain (Loire-Atlantique), l'aide à la lecture dans les écoles menées par l'Office des Retraités et Personnes âgées de Brest (Finistère), l'opération menée par les retraités et le service de l'Action Sociale de Toulouse (Haute-Garonne) qui vise à réactiver la mémoire collective autour d'une exposition retraçant l'histoire de la construction aéronautique toulousaine et, à travers ce biais susciter un dialogue, voire une formation des jeunes.

M.-J. S.

La politique de la santé et du bien-être

Québec,
juin 1992

En juin 1992, le gouvernement québécois présentait sa « politique de santé et du bien-être », offrant ainsi un exemple supplémentaire de définition par objectifs d'une politique globale de santé.

En annonçant ce plan, le ministre précisait cependant bien que celui-ci constituait le quatrième volet d'une politique dont les trois premiers volets avaient concerné la réforme du système de santé et des services sociaux, de leur financement, et la mise à jour complète de la législation.

Deux remarques préalables s'imposent

- comme le titre le sous-entend, politique de santé publique et politique d'action sociale constituent une seule et même politique pour les Québécois
- cette politique est inscrite dans une perspective historique, en lien avec le développement économique et social.

Plus de 200 personnes ont participé à l'élaboration du document présentant cette politique et l'analyse qui la sous-tend.

Trois « convictions » sont en prime abord énoncées : la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu ; le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective ; la santé et le bien-être de la population représentent a priori un investissement pour la société. Le document présente ensuite une analyse globale des problèmes et des enjeux, avant de proposer d'une part des objectifs (en terme de réduction des problèmes) et des voies d'actions prioritaires afférentes, d'autre part des stratégies horizontales pour agir sur les causes communes des problèmes.

Les enjeux

L'analyse globale des problèmes permet aux auteurs de conclure sur trois constats :

- la santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises se sont, dans l'ensemble, beaucoup améliorés au cours des vingt-cinq dernières années
- l'accessibilité universelle aux services n'a cependant pas permis au système de santé et de services sociaux d'éliminer, ni parfois même de réduire, les écarts de santé et de bien-être (les auteurs s'attachent en particulier à dénoncer que le service finisse par être considéré comme une fin en soi plutôt qu'un moyen et que les individus soient considérés comme des bénéficiaires alors qu'ils sont les principaux acteurs de leur santé)
- le système doit agir avec d'autres secteurs d'activité pour que l'on puisse réaliser des gains additionnels en matière de santé et de bien-être.

19 objectifs d'ici l'an 2002

1

Diminuer les cas d'abus sexuel, de violence et de négligence à l'endroit des enfants, et atténuer les conséquences de ces problèmes.

2

Réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants, les adolescents et les adolescentes.

3

Diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance.

4

Diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial.

5

Prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer

suite page 8

ses conséquences, et favoriser la réinsertion sociale des itinérants.

6

Réduire de 15 % la consommation d'alcool, de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours, et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales.

7

Réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de bébés de poids insuffisant, et diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques.

8

Réduire de 30 % la mortalité par maladie cardio-vasculaire.

9

Stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon et réduire de 15 % la mortalité par cancer du sein.

10

Réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui

surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives.

11

Réduire la prévalence des maux de dos de 10 % et diminuer la durée de l'incapacité liée à l'arthrite et aux rhumatismes.

12

Réduire de 10 % la mortalité par maladie du système respiratoire.

13

Réduire l'incidence du virus du sida et des maladies transmissibles sexuellement ainsi que leurs complications, et stabiliser les infections résistantes aux antibiotiques classiques.

14

Éliminer la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite, et réduire la coqueluche et l'*hoemophilus influenzae* (de type B) à moins de 100 cas et de 50 cas par année.

15

Réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et abais-

ser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans.

16

Diminuer les problèmes de santé mentale.

17

Réduire de 15 % le nombre de suicides et de tentatives de suicide. (voir page suivante)

18

Éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées.

19

Diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités.

Objectif 17

Réduire de 15% le nombre de suicides et de tentatives de suicide

Le problème

La problématique du suicide englobe les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides comme tels. Le suicide est la troisième cause de mortalité prématurée au Québec. [...] Pour chaque suicide complété, il y aurait cinquante tentatives de suicide. [...] Les comportements suicidaires d'une personne ont en outre un impact important sur son entourage [...].

Les facteurs explicatifs

Déterminants familiaux, isolement social, chômage, maladies chroniques, usage abusif d'alcool et de drogues ; le risque de suicide augmente également selon le nombre de tentatives antérieures.

Les groupes les plus touchés

Les jeunes (15 - 24 ans), les femmes entre 35 et 54 ans ; les communautés autochtones ; les milieux très défavorisés.

Les interventions actuelles

Manque de continuité et de coordination dans les interventions ; manque de sensibilisation aux symptômes précurseurs ; prévention primaire insuffisante.

Les voies d'action prioritaires

- Améliorer les capacités psychosociales des individus et des familles
- Prévenir les crises familiales : favoriser l'engagement du père, soutenir les familles en difficultés, prévenir les abus et violence familiale.
- Adopter un approche sociale de prévention du suicide [...]
- Améliorer l'intervention lors de situation de crise : sensibiliser les parents et les intervenants de première ligne à la problématique du suicide ; favoriser le soutien des jeunes en appuyant les centres de prévention du suicide et les programmes en milieu scolaire

La recherche

Évaluer l'efficacité des modes d'intervention [...] ; standardiser les statistiques en provenance de différentes sources.

*La politique
de la santé
et du bien-être
suite...*

Les objectifs

19 problèmes ont été retenus sur les critères suivants : le nombre de personnes touchées (incidence, prévalence et évolution temporelle et spatiale) ; les effets néfastes sur l'individu (décès, incapacité, maladie, souffrances physiques et psychologiques) ; la sensibilité populaire au problème (ce qui est socialement acceptable) ; la disponibilité de solutions efficaces. Les problèmes retenus ont été répartis en cinq groupes : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale, l'intégration sociale.

Pour chaque problème, un objectif a été déterminé à partir d'une analyse de l'ampleur du problème, de ses facteurs, des groupes les plus touchés et d'une analyse critique des interventions actuelles ; enfin pour chaque objectif sont proposées des « voies d'action prioritaires » et des recherches à développer.

Les stratégies

Partant du constat que certains facteurs se retrouvent invariablement associés à la plupart des problèmes sociaux et de santé (facteurs biologiques, comportements, milieu et conditions de vie, environnement physique) et que certains groupes de population sont plus affectés, les auteurs proposent six stratégies d'ensemble qui ciblent davantage l'action sur les facteurs déterminants de la santé et auprès des groupes vulnérables.

- Favoriser le renforcement du potentiel des personnes ;
- Soutenir les milieux de vie et dévelop-

per des environnements sains et sécuritaires ;

- Améliorer les conditions de vie ;
- Agir pour et avec les groupes vulnérables ;
- Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien être ;
- Orienter le système de santé et de services sociaux vers la recherche des solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

Cette dernière stratégie s'attache notamment la conception de programmes régionaux intégrant l'ensemble des activités destinées à une clientèle ou à une problématique particulières, à la définition de règles pour une gestion optimum des ressources et à une évaluation permanente des interventions.

Conclusion

« Briser le cycle de la reproduction intergénérationnelle des difficultés d'intégration sociale et des problèmes de santé qui conduisent très souvent à la pauvreté ou qui en découlent » ; voilà en conclusion le gain premier que le ministre de la santé attend de l'atteinte des objectifs de sa politique.

S. Ch.

Journée mondiale contre le tabac

Date

31 Mai 1993

Organisateur

Organisation Mondiale de la santé (OMS)

But

Dissuader les fumeurs de leur habitude et inciter les pouvoirs publics, collectivités, associations et individus à prendre conscience du problème et à agir en conséquence

Cahier de conseils

Édité par l'OMS, il suggère des activités favorisant la diffusion du message « la santé contre le tabac »

Renseignements

Bureau régional de l'OMS
pour l'Europe
Dr. T. Piha
Conseiller régional
Tabac ou Santé
8, Scherfigsvej
2100 Copenhague Ø
Danemark
téléphone
(45) 93 17 17 17
télécopie
(45) 31 18 11 20

Nom	Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France										
Sigle	CSHPF										
Statut	Commission consultative prévue à l'article L1 du Code de la Santé Publique										
Tutelle	Ministère Chargé de la Santé										
Date de création	7 août 1822										
Textes de références	Ordonnance du 7 août 1822, arrêté du 10 août 1848, loi du 29 janvier 1906, décrets du 7 juillet 1955 et du 5 novembre 1992 (nous reproduisons ce dernier décret dans notre rubrique <i>Législation et réglementation</i> page)										
Missions et objectifs	Donner au ministre des avis techniques circonstanciés pour fonder les décisions réglementaires dans le domaine sanitaire et plus généralement, analyser de manière prospective les divers problèmes de santé liés aux modes de vie et à l'environnement de l'homme.										
Moyens	Budget de la Direction Générale de la Santé										
Organisation et fonctionnement	<p>Le Conseil est composé de quatre sections.</p> <p>La section <i>Alimentation</i> chargé des problèmes généraux de prévention relatifs à la politique nutritionnelle et de questions de sécurité alimentaire.</p> <p>La section <i>Eau</i> qui étudie les problèmes sanitaires liés aux eaux d'alimentation, aux eaux de loisir et à l'assainissement.</p> <p>La section <i>Évaluation des risques de l'environnement sur la santé</i> dont les activités se répartissent entre l'expertise d'installation, d'appareils ou de matériaux et les études sur des sujets généraux de nature à induire une politique de prévention.</p> <p>La section <i>Prophylaxie des maladies transmissibles</i> qui donne des avis sur la politique vaccinale et les mesures préventives à adopter.</p>										
Particularités	<p>Le conseil fonctionne comme une commission scientifique.</p> <p>Des rapporteurs sont désignés ; des groupes de travail constitués. Les membres appartiennent à des organismes publics ou parapublics mais les représentants des groupements industriels et économiques concernés peuvent être associés aux travaux préparatoires</p>										
Effectifs	66 membres (plusieurs membres sont communs à plusieurs sections)										
Responsables	<p>Le président est le Professeur CAQUET, interniste et doyen de l'UFR Paris-Sud, le vice-président est Madame le Docteur J. JOUGLARD, toxicologue (Marseille), les présidents de section sont les Professeurs LOUISOT, PESTY, SOULARD, et MICOUD.</p>										
Actions et publications	Rapport et avis, recommandations, compte-rendu annuel d'activité.										
Partenaires	les pouvoirs publics et, par leur intermédiaire, les professionnels de santé et les industriels.										
Perspectives et projets	Mieux faire connaître les avis du Conseil, développer la consultation du Conseil dans les travaux préparatoires nationaux aux décisions communautaires, poursuivre la réflexion sur les méthodologies d'évaluation des risques.										
Coordonnées	<p>Conseil Supérieur d'Hygiène Publique Direction Général de la Santé Sous-direction de la Veille Sanitaire Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire 1, place de Fontenoy 75700 PARIS</p> <table> <tr> <td>Téléphones</td> <td>46 62 46 19</td> <td>46 62 46 15</td> </tr> <tr> <td></td> <td>46 62 45 56</td> <td>46 62 45 42</td> </tr> <tr> <td>Télécopie</td> <td>46 62 45 46</td> <td></td> </tr> </table>		Téléphones	46 62 46 19	46 62 46 15		46 62 45 56	46 62 45 42	Télécopie	46 62 45 46	
Téléphones	46 62 46 19	46 62 46 15									
	46 62 45 56	46 62 45 42									
Télécopie	46 62 45 46										

Le tabagisme des jeunes en France

une lueur d'espoir

Dr Annie J. Sasco

Médecin épidémiologiste
CICR et INSERM

Le tabac peut être considéré comme le cancérigène le plus répandu dans le monde. Les risques de cancer du poumon, de la vessie, de la cavité buccale, du pharynx, larynx, oesophage, pancréas, rein et col de l'utérus sont augmentés chez les personnes qui fument ou utilisent le tabac sous d'autres formes. Au total, environ 1 à 1,5 millions de nouveaux cas de cancer sont chaque année dûs au tabac dans le monde¹.

À ce fardeau de morbidité cancéreuse s'ajoute une myriade d'autres pathologies, cardiovasculaires, respiratoires chroniques, affections de la vie reproductive pour aboutir au chiffre impressionnant d'environ 3,5 millions de décès annuels imputables au tabac dans le monde². Un tel constat est accablant et doit mobiliser l'ensemble des acteurs de santé publique pour éradiquer ce fléau. À l'aube du XXI^e siècle, tous nos efforts doivent porter avec une priorité absolue sur les enfants et les jeunes.

Afin d'élaborer et mettre en oeuvre une politique de prévention efficace, il est indispensable de connaître avec précision le tabagisme des jeunes dans notre pays, d'évaluer ses tendances séculaires, ainsi que l'impact d'éventuelles modifications législatives, économiques, sociales ou éducatives.

Matériel et méthodes

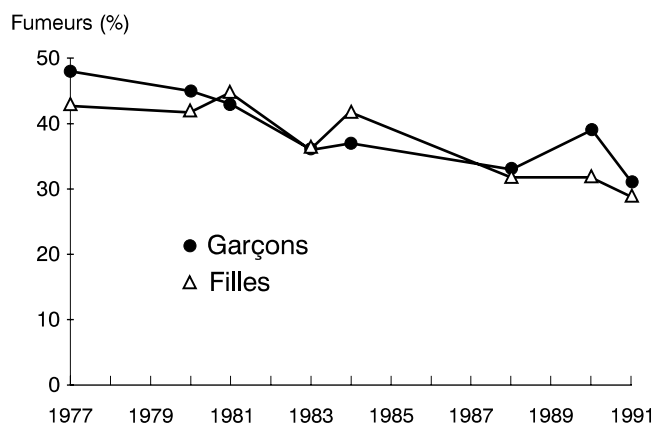
Depuis 1974, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) effectue périodiquement des enquêtes par sondage au niveau national. Le tabagisme représente l'un des sujets les plus étudiés. C'est ainsi

que nous disposons de données sur le tabagisme des adolescents pour les années 1977, 1980, 1981, 1983, 1988, 1990 et 1991. Elles ont été obtenues par sondage sur un échantillon représentatif de la population concernée âgée de 12 à 18 ans, dont la taille selon les années a varié de 987 à 1200 individus. Ces enquêtes étaient réalisées par des instituts de sondage professionnels, utilisant la méthode des quotas et reposaient sur un entretien personnel avec le sujet interviewé. Au fil des années, la question princeps sur le tabagisme est restée identique, ce qui permet une comparaison aisée dans le temps. La question posée était : « Vous arrive-t-il de fumer même de temps en temps ? » Les personnes répondant « oui » doivent ensuite préciser « Fumez-vous tous les jours ou de temps en temps ? » Ceux qui fument de façon quotidienne indiquent le nombre de cigarettes fumées chaque jour.

Résultats

De 1977 à 1991, la proportion de fumeurs a nettement diminué, aussi bien dans la population globale que chez les filles ou les garçons. De 46% de fumeurs en 1977

Figure 1
Proportion de fumeurs chez les filles et garçons âgés de 12 à 18 ans
France, 1977-1991



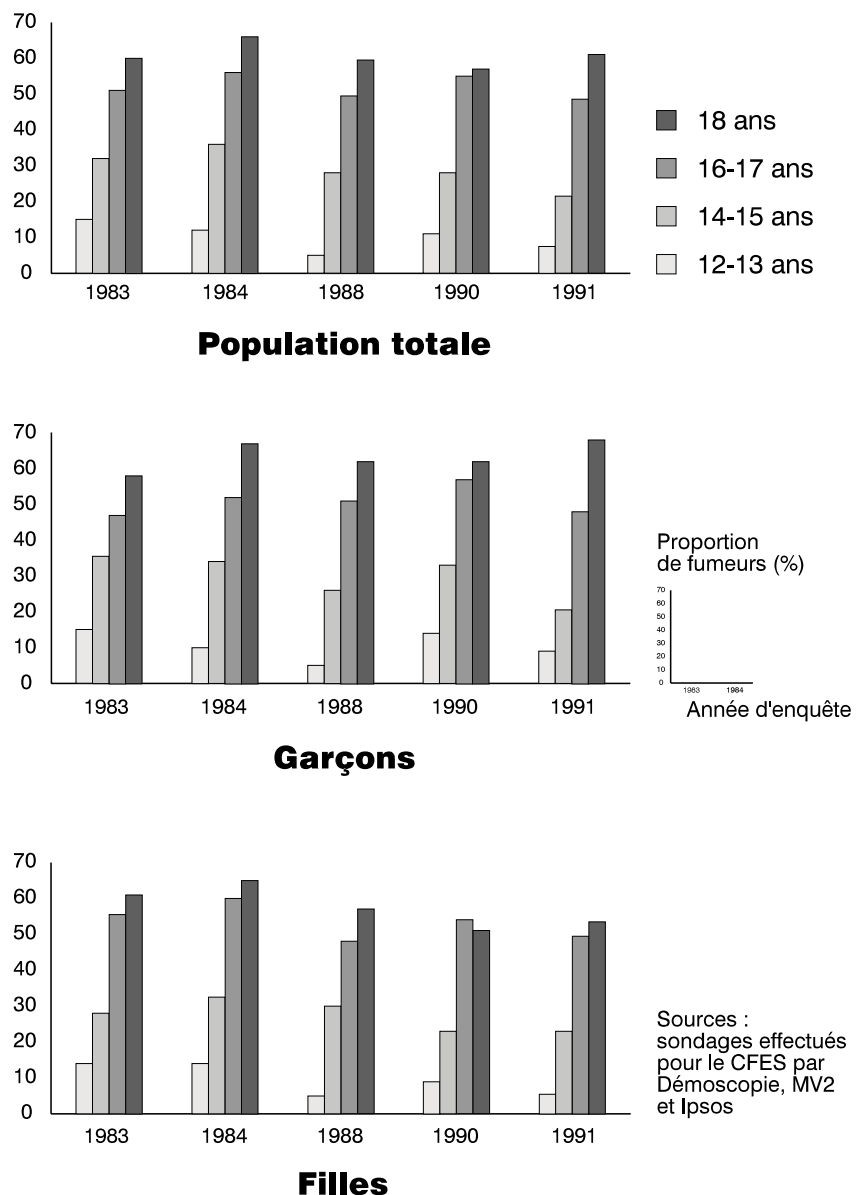
Sources Sondages effectués pour le CFES par Sofres, BVA, Démoscopie, MV2 et Ipsos

parmi les 12-18 ans, nous sommes arrivés à 30% en 1991, avec une diminution de 43 à 29% chez les filles et de 48 à 31% chez les garçons (Figure 1). La proportion de fumeurs varie de façon considérable en fonction de l'âge (Figure 2). C'est surtout vers 13-14 ans que les jeunes se mettent à fumer. De 1983 à 1991, nous ne voyons pas de diminution du tabagisme pour les jeunes de 18 ans et par conséquent l'essentiel de la baisse observée dans la population jeune dans son ensemble résulte principalement d'une diminution nette chez les plus jeunes de 12 à 15 ans.

Discussion

Une tendance à la diminution du tabagisme des jeunes se fait jour. Une évolution analogue a été décrite dans plusieurs études plus détaillées effectuées à l'échelon régional^{3,4}. Cela ne doit pas pour autant nous faire oublier qu'à l'heure actuelle la proportion de fumeurs parmi les jeunes en France est l'une des plus élevées des pays européens, en particulier pour les sujets de 18 ans et filles et garçons ont des comportements tabagiques désormais similaires. Face à cela, toutes les armes doivent être utilisées pour lutter contre le tabagisme. Ce combat n'est pas limité aux acteurs traditionnels de la santé publique ou à leurs alliés du monde de la médecine. Il faut impliquer les éducateurs, et aussi ceux et celles qui oeuvrent dans le domaine législatif et réglementaire, le monde économique et politique, sans oublier le secteur de l'agriculture. Je n'illustrerai qu'un aspect : celui de la législation. Comme Roemer l'a proposé⁵, il est possible de distinguer deux grands axes parmi les possibilités de législation anti-tabac. Nous pouvons soit agir à la source, par l'interdiction d'un produit, la modification de sa présentation, ou de sa composition (taux limite de goudrons, nicotine, interdiction de certains additifs), la réglementation de la promotion (publicité directe et indirecte, parrainage) et enfin l'action au niveau des prix; soit modifier l'attitude des individus (utilisation du tabac dans les lieux publics et de travail; intervention auprès des jeunes; protection des enfants; aide aux fumeurs). L'avantage de la première approche est qu'elle s'adresse et s'impose à tous. Son impact peut bien sûr varier d'un groupe à un autre, mais tous y sont soumis dès que la mesure est adoptée. L'action sur la modi-

Figure 2
**Proportion des fumeurs en fonction de l'âge
chez les jeunes âgés de 12 à 18 ans**
France, 1983-1991



Le tabagisme des jeunes en France suite...

fication des comportements correspond par contre à un travail en profondeur, de longue haleine, aux effets incertains et difficiles à mesurer.

Conclusion

La loi Évin⁶ a pris récemment en France des mesures courageuses visant en particulier à interdire toute publicité pour le tabac. L'augmentation notable des prix du tabac et la nécessaire priorité donnée aux droits des non-fumeurs par le décret d'application de 1992⁷ renforce certaines dispositions de lutte contre le tabagisme passif déjà inclus dans la loi Veil⁸ et son décret d'application⁹. Une étude très précise de l'impact de ces mesures doit être faite, en particulier au niveau des jeunes. Il s'agit d'un exercice difficile, qui a déjà été tenté¹⁰ et qui mérite d'être complété par des études spécifiques de groupes particuliers, avec pour certains l'utilisation en plus des mesures traditionnelles par questionnaire ou évaluation des ventes, de marqueurs biologiques d'exposition, tel la cotinine dans la salive. Ceci permettra de mieux définir les objectifs des campagnes ultérieures d'éducation à la santé, de les adapter au groupe en ayant le plus besoin et par une action continue de permettre enfin le développement du bien être et de la santé des jeunes.

- ¹ Sasco AJ., World burden of tobacco-related cancers (lettre), *Lancet*, i, 1991, p. 123-124.
- ² Organisation mondiale de la santé, Mortalité attribuable au tabac : estimation globale et projections, *Tabac Alerte*, janvier 1991, p. 4-5, 7.
- ³ Sasco AJ., Pobel D., Grizeau D., Danzon M., Évolution récente du tabagisme des jeunes, *Pédiatrie*, n° 46, 1991, p. 555-560.
- ⁴ Baudier F., Pinochet C., Baldi C., Ferry B., Henry Y., Llaona P., Évolution de la consommation des drogues licites et illicites au cours des années 1980 dans un département de l'est de la France, *Méd et Hyg*, n° 49, 1991, p. 2970-2979.
- ⁵ Roemer R., Tobacco policy: the power of law. In: Control of tobacco-related cancers and other diseases (eds Gupta PC, Hamner JE, Murti PR), Proceedings of an International Symposium, 15-19 Janvier 1990, TIFR, Bombay, p. 329-339.
- ⁶ Loi N° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. *Journal Officiel de la République française*, 12 janvier 1991, p. 615-618, *HCEIA Actualité*, 3/4 1990, p. III.
- ⁷ Décret N° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique. *Journal Officiel de la République française*, 30 mai 1992, p. 7263-7265.
- ⁸ Loi N° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. *Journal Officiel de la République française*, 10 juillet 1976, p. 4148-4149.
- ⁹ Décret N° 77-1042 du 12 septembre 1977 relatif aux interdictions de fumer dans certains lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé. *Journal Officiel de la République française*, 17 septembre 1977, p. 4609-4610.
- ¹⁰ Dalla-Vorgia P., Sasco AJ., Skalkidis Y., Katsouyanni K., Trichopoulos D. An evaluation of the effectiveness of tobacco control legislative policies in European Community countries. *Scand J Soc Med*, n° 18, 1990, p. 81-89.

Coordonnées
Unité
d'épidémiologie
analytique
Centre international
de recherche sur le
cancer (CIRC)
150, cours Albert
Thomas
69372 Lyon
Cedex 08

Remerciements
Les données du
CFES ont été mises
à disposition de
l'auteur par le Dr
Marc Danzon et
Danielle Grizeau.
Véronique Benhaïm
a préparé les
graphiques et Susan
Haver le manuscrit.

Maîtrise de sciences et techniques de santé publique

Bordeaux II

U.F.R.

Unité de Formation et de Recherche de Santé Publique

Responsable Pédagogique

Professeur R. SALAMON

Renseignements administratifs

Secrétariat de l'UFR de Santé Publique
57 57 10 31

Objectifs de la formation

Finalité de la formation

Diplôme National de Second Cycle Universitaire, la Maîtrise des Sciences et Techniques de Santé Publique (MST) prépare les étudiants aux professions de la Santé Publique notamment à l'observation et l'analyse des problèmes de santé, à la prise en compte des besoins de santé dans des secteurs d'activités variés qui ne peuvent négliger une dimension de Santé Publique (urbanisme, industrie agro-alimentaire ou autres, transport et tourisme, vie associative, industrie de santé, 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.

Spécificités de la formation

Les spécificités de cette maîtrise tiennent :

- à l'originalité de l'UFR de Santé Publique de l'Université de Bordeaux II qui regroupe à côté de la Médecine les différents aspects de la Santé Publique, et qui associe à des universitaires des professionnels de la Santé.
- aux orientations retenues. En effet, cette maîtrise est ouverte essentiellement aux non-médecins et comporte une formation de base en Médecine et Biologie. L'enseignement proposé met l'accent sur des bases méthodologiques fortes sans jamais être un caractère appliqué, et fait largement appel aux professionnels. Elle a une orientation très interdisciplinaire.
- à l'ouverture à des étudiants d'origine diverse dans des perspectives de réorientation, de formation permanente, ou de transfert de technologie.

Il n'existe aucune MST de Santé Publique en France et celle-ci est donc la première.

Organisation générale

Conditions d'accès

Ont accès à la MST de Santé Publique les titulaires d'un diplôme de 1^{er} Cycle (ou équivalent) et du Certificat Préparatoire (ou niveau reconnu équivalent par une Commission Pédagogique).

Certificat préparatoire

Ce certificat (durée : 1 an) est réalisé sous forme de 7 modules :

Module	Durée
M1 Mathématiques	50
M2 Informatique	60
M3 Psychosociologie	40
M4 Biologie	50
M5 Documentation	40
M6 Anglais	30
M7 Culture Générale	40

Ces modules sont considérés comme des mises à niveau et les candidats, suivant leur formation d'origine, pourront être dispensés de certains d'entre eux par les enseignants respectifs. Ces modules seront enseignés de telle sorte que leur suivi pourra être compatible avec d'autres enseignements (une année de DEUG par exemple).

Maîtrise de Sciences et Techniques de Santé Publique

La maîtrise, d'une durée de 2 ans, est organisée sous forme de quatre certificats (C1, C2, C3, C4) dont les différents enseignements seront répartis sur 2 années. Les volumes horaires sont donnés à titre indicatif :

Matières	Durée
C1 Mathématiques	40
Informatique	200
Statistiques	150
Rechercheopératoire	70
C2 Médecine Biologie	400
C3 Épidémiologie et Évaluation	200
Démographie	75
Économie-Planification-Gestion	150
Sociologie-Anthropologie	75
C4 Écologie-Environnement	50
Santé-Développement	50
Droit Sanitaire et Social	80
Psychologie	50
Communication (40 h)	
Documentation (20 h)	60
Ergonomie	40
Anglais	50

Stages

Chaque année de maîtrise comportera un stage obligatoire :

La première année, il s'agira d'un stage à orientation médicale dans un établissement de soins (Brancardiers, aide-laboratoire, aide-soignant...), d'une durée de 15 demi-journées ; il sera sous la responsabilité d'un tuteur de stage et validé par lui.

Le stage de la deuxième année se déroulera dans une structure en relation avec le domaine de la santé publique (DDASS, DRASS, Laboratoire Municipal d'hygiène, Unités d'enseignements et de Recherche, Observatoire Régional de la Santé, Entreprises privées, Laboratoires Pharmaceutiques, Etablissement de soins, etc.). Il aura une durée de trois semaines temps plein. En « insertion professionnelle », il donnera lieu à une validation basée sur un rapport écrit, une soutenance orale et une appréciation du responsable du stage.

Annuaire des formations à l'évaluation médicale

Le numéro de novembre 1992 de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) se présente sous la forme d'un annuaire des formations à l'évaluation médicale en France.

ANDEM, 7, rue Pérignon, 75015 Paris, 44 38 50 18

Rectificatif

Dans notre dossier n°1 *La formation en santé publique*, nous avons oublié deux formations :

- DESS, Information médicale à l'hôpital, E.N.S.P. (Saint-Maurice) en collaboration avec l'université Montpellier I et l'université Nancy I
- DEA, Systèmes hospitaliers et société, Paris VII

La perception de la santé en France

Patricia Croutte
Michel Legros

À la demande du Haut Comité de la Santé Publique, et dans le cadre de la préparation de débats d'orientation sur la politique de santé en France, le CRÉDOC a réalisé un sondage auprès d'un échantillon représentatif* de la population française.

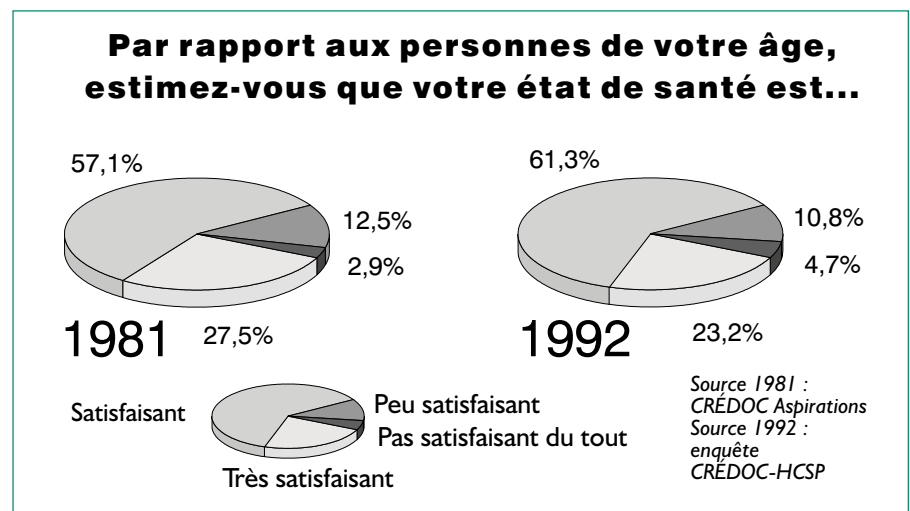
* Entre le 7 et le 23 octobre 1992, le service d'enquêtes téléphoniques du CRÉDOC a interrogé 2030 personnes, représentatives de la population française selon les critères d'âge, de sexe, de région et de type d'activité.

Au vu des résultats de cette étude, il apparaît nettement que, par delà la diversité de leurs caractéristiques démographiques et sociales, les personnes interrogées ont en commun un ensemble de représentations de la santé qu'elles expriment massivement.

Satisfaites de leur état de santé, les personnes enquêtées estiment que ce bon état de santé les autorise largement à mener leurs activités quotidiennes et professionnelles ainsi qu'elles peuvent le souhaiter. Ce taux de satisfaction évolue avec l'âge. Les personnes dont l'âge est compris entre 20 et 29 ans sont les plus satisfaites de leur état de santé alors que les personnes les plus âgées jugent celui-ci peu satisfaisant. Le niveau de formation, lié à l'âge, joue ici son rôle habituel dans ce type d'enquête :

l'état de santé perçu s'élève avec le niveau de formation. Il est intéressant de remarquer que cette perception subjective d'un état de santé personnel est restée remarquablement stable au cours des dix dernières années alors que la médiatisation des questions de santé s'est amplifiée et modifiée et que la consommation médicale a progressé au rythme élevé que l'on connaît. La même question posée par le CRÉDOC en 1981, dans le cadre de l'enquête «Conditions de vie et Aspirations des Français», produisait des résultats très proches.

Confortant ce point de vue largement positif sur leur état de santé ressenti, les personnes interrogées donnent à l'idée de bonne santé un contenu positif. La bonne santé est d'abord, pour elles, l'image du



plaisir pris à vivre, elle est, ensuite, la possibilité de vivre autonome. Si la tendance générale de la population est donc d'associer le fait d'être en bonne santé et le plaisir pris à vivre, on s'aperçoit que cette vérité se décline néanmoins. Sur dix personnes, trois se représentent la bonne santé comme le plaisir, l'autonomie, la longévité et l'absence de toute maladie, souffrance ou intervention du médecin. Trois autres insistent fortement sur le plaisir de la vie, mais sans rejeter complètement les aspects inversés de la santé que sont le fait de consulter, de souffrir ou d'être malade. Un peu moins d'une sur six donne une définition de la santé où entre une bonne part de plaisir à vivre mais en acceptant cette fois tout-à-fait la présence du médecin. Une personne sur dix, sou-

vent plus âgée, adopte une vision moins exigeante de la bonne santé, en acceptant notamment un peu moins de plaisir ou d'autonomie.

Confirmant un peu plus cette image d'une santé heureuse, 57% des personnes interrogées pensent que l'état de santé des Français s'est amélioré au cours des 10 dernières années. Le jugement sur l'état de santé personnel joue un facteur non négligeable sur la façon dont on juge l'évolution de l'état de santé des Français depuis dix ans : *les personnes qui ne sont pas satisfaites de leur état de santé optent, deux fois plus souvent que les autres, pour une détérioration de l'état de santé collectif (49,2% contre 24%). Le collectif semble jugé ici à l'aune de l'individuel.* Si le médecin doit intervenir de manière

ponctuelle en cas de maladie ou d'accident, l'amélioration de l'état de santé n'est pas une affaire médicale pour la majorité des personnes enquêtées. L'amélioration de l'état de santé est, d'abord, une affaire personnelle, chacun devant veiller à adopter un comportement propre à le maintenir en bonne santé (alimentation équilibrée, moindre consommation d'alcool et de tabac). Cette amélioration doit résulter également d'une intervention de la société qui passe d'abord par la réduction des pollutions. Une condition de l'amélioration de l'état de santé échappe à cette vision, il s'agit de la nécessité de promouvoir la recherche médicale. Ainsi la conception largement dominante de l'amélioration de l'état de santé passe par trois logiques : une logique individuelle : le souci de soi, une logique sociale : l'amélioration de l'environnement et de la cohésion sociale, une logique scientifique : le développement de la recherche médicale.

La primauté très forte accordée à l'intervention de la personne dans l'amélioration de l'état de santé se retrouve quand il s'agit pour elle d'adopter un comportement propre à se maintenir en bonne santé. Pour 94% des personnes interrogées, le maintien de la personne en bonne santé est « leur propre affaire », c'est-à-dire un problème d'hygiène de vie : alimentation équilibrée, restriction sur l'alcool et le tabac, hygiène dentaire. Pour une très large majorité (83,3% des interviewés), le maintien en bonne santé est un problème de cadre de vie ou de travail dans lequel le médecin n'est qu'une réponse ponctuelle à la maladie ou l'accident (rôle de thérapeute). De façon conséquente, le maintien en bonne santé est considéré comme devant être l'affaire des médecins par moins d'une personne sur deux (42,8%).

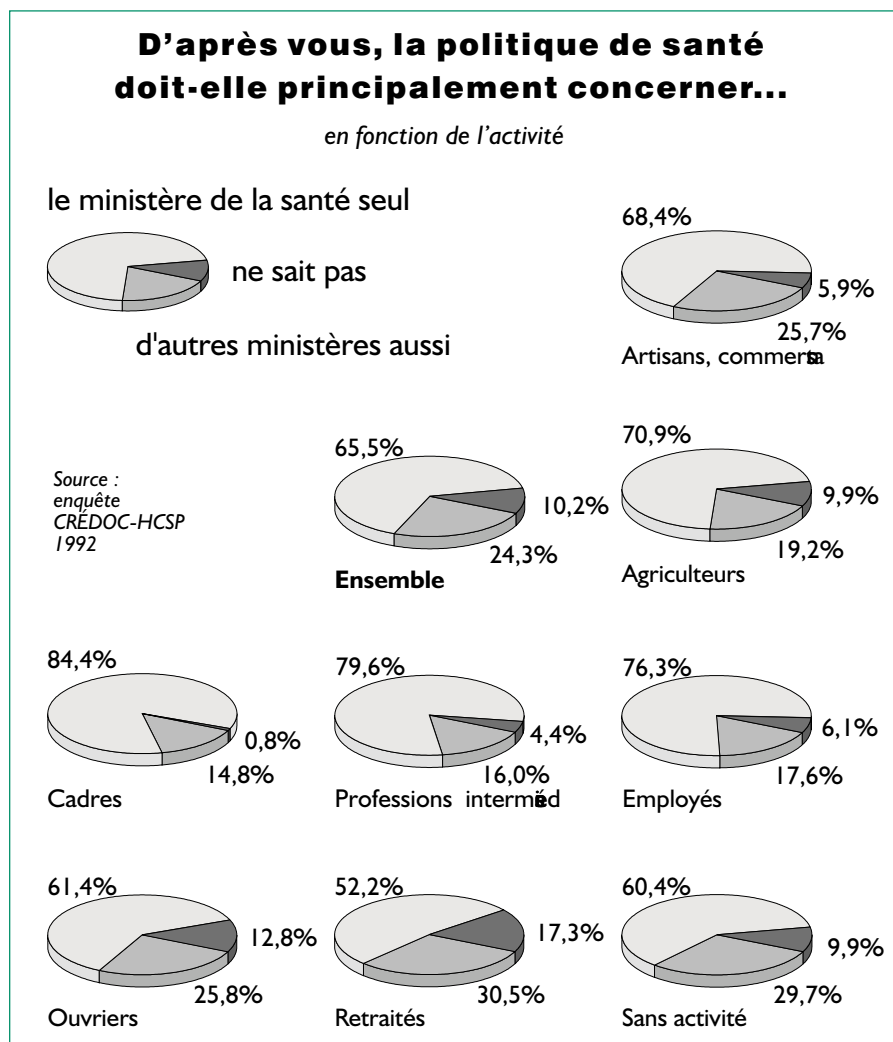
En matière de politique de santé, ces représentations ne manquent pas de conséquences. Elles conduisent d'abord les personnes interrogées à minorer assez fortement le rôle de l'intervention médicale. Dans ce modèle dominant, la santé ne ressort pas du rôle du médecin dont seule la maladie est le territoire.

Interrogés sur les problèmes qui jouent, d'après eux, un rôle très important sur l'état de santé, les répondants placent le chômage et le manque d'argent nettement en avant des autres problèmes évoqués. 61% d'entre eux confèrent, en effet, au chômage un rôle très important sur l'état

de santé, ensuite, 58,8% insistent sur le rôle, également très important, du manque d'argent. Cette hiérarchie n'est pas sans évoquer les résultats d'autres enquêtes dans lesquelles des allocataires du RMI ou des personnes au chômage interrogées sur les problèmes qu'elles estimaient devoir être résolus de manière prioritaire plaçaient au premier rang de ceux-ci le travail et l'argent. Sans parler d'une socio-genèse des pathologies, les personnes interrogées situent bien dans le social, l'étiologie de leur état de santé. Ce souci devient très fort à partir de 40 ans pour l'ensemble des personnes interrogées et il se manifeste également chez les femmes et les retraités. L'isolement par rapport aux enfants (45,3%) et l'impression d'insécurité (45,2%) apparaissent comme les

facteurs seconds dans cette hiérarchisation des problèmes ayant un rôle dans l'état de santé. Avec ces facteurs, les répondants mettent l'accent sur les causes relationnelles de la dégradation de l'état de santé.

Lorsqu'il s'agit de définir quel Ministère doit s'occuper principalement de la santé, les personnes interrogées, cohérentes avec leurs représentations, rejettent une intervention unique du Ministère de la Santé au profit d'une collaboration interministérielle plus large incluant l'Environnement, le Travail et la Culture. Le partage des responsabilités à l'égard de la santé entre différents Ministères est une opinion davantage exprimée par les cadres et les personnes dont le niveau de formation est supérieur à la classe de terminale.



La perception de la santé en France suite...

S'agissant également de définir le niveau institutionnel et géographique le meilleur pour une intervention visant à promouvoir la santé, les personnes interrogées poursuivent leur logique globalisante et mettent en avant l'échelon national et le niveau européen.

Dans le cadre d'une politique de santé, on peut imaginer une logique d'intervention qui viserait à définir des priorités portant sur des régions, des groupes de population, voire des pathologies. Cependant, cette stratégie fondée sur une démarche rationnelle se heurte à la représentation assez largement partagée dans la population enquêtée d'une globalisation de la santé. Fait global, la santé s'accommoderait mal de priorités forcément sectorielles. Une des raisons de cette absence particulière de volonté de fixer des objectifs à atteindre tient peut-être au fait que les personnes interrogées ne manifestent pas une conscience très forte de l'existence de disparités régionales. 50% des personnes estiment que, par rapport aux autres régions, les gens de leur région sont autant malades qu'ailleurs. Les autres répondants se répartissent également entre ceux qui pensent qu'ils sont plus malades, ceux qui pensent qu'ils sont moins malades et, enfin, ceux qui n'ont pas d'opinion sur le sujet.

Vision hédoniste de la santé, conception globale, priorité à la France et à l'Europe, faible importance accordée à l'intervention médicale, l'ensemble de ces thèmes renvoie à une conception d'autant plus étonnante que nous savons, par d'autres enquêtes, la place prépondérante qu'occupe la maladie grave dans le catalogue des peurs contemporaines. Autant d'ailleurs que la hiérarchisation par les personnes interrogées de ces différents thèmes, le caractère massif des réponses ne manque pas de susciter une interrogation.

Pour expliquer la convergence des réponses à l'enquête, il faut probablement juxtaposer deux modes d'explication. Le premier mode fait porter ces idées par des couches sociales d'un niveau social et culturel plus élevé. Les cadres, les plus jeunes, disposant d'un meilleur niveau de formation, se reconnaissent plus facilement dans les thèmes qui placent l'Europe en position centrale. Plus sensibilisés à l'environnement et à une pensée globale, ils s'estiment volontiers meilleurs «médecin de soi-même» et sont mieux disposés que les autres groupes de la société à

instaurer des relations de causalité entre leur état de santé et celui du monde qui les entoure.

En revanche, il s'avère plus difficile d'expliquer le fait que des retraités et des groupes sociaux à plus bas niveau de formation comme les ouvriers et les employés adoptent un système de représentations assez voisin. On pourrait, certes, faire appel à l'importance des outils de communication pour expliquer la diffusion rapide, d'un groupe à l'autre, de telles représentations, mais nous savons, par ailleurs, la faiblesse de ces explications. Une autre hypothèse est envisageable, elle tient peut-être mieux compte des craintes diffuses dans la société et des replis individualistes que l'on constate par ailleurs. L'existence d'un taux de chômage élevé, les craintes sur l'avenir des systèmes de retraites, l'existence du sida et le maintien de la mortalité due aux affections cancéreuses, l'impression d'insécurité constituent des facteurs de rupture de la cohésion sociale dans lesquels les personnes interrogées voient un risque pour la santé. Ayant l'impression de ne pouvoir agir directement sur un point ou sur un autre, ces personnes, âgées, moins bien formées, en viennent à privilégier, simultanément deux comportements. Le premier consiste à ne plus faire confiance qu'en soi et à trouver en soi-même les ressources de sa propre santé. Le second consiste à dire que puisque rien n'est efficace, alors tout peut être tenté. La globalisation de la santé proposée par ces personnes serait alors la réponse la plus rationnelle à l'impression d'incertitude qu'elles peuvent ressentir. Il ne s'agit là, bien sûr, que d'esquisses d'hypothèses, en réponse aux résultats de cette enquête dont le caractère massif et parfois novateur ne manquera pas de susciter les approfondissements et les travaux de recherche susceptibles de fournir de nouvelles hypothèses et de proposer de nouvelles grilles d'analyse.

Sur ce thème, voir
R. Rochefort,
Malgré les progrès de la médecine, la maladie grave fait de plus en plus peur,
Consommations et modes de vie, n°51,
31 Août 1990

Cette étude peut être consultée dans son intégralité auprès du service documentation du Haut comité de la santé publique.

Notes sur...

Observation

17 La pathologie des personnes âgées de 80 ans et plus en institution
Enquête nationale France
1987-1988, *Catherine SERMET*

Recours aux soins et morbidité des défavorisés, 1988-1989-1990

18 La santé observée tableaux de bord régionaux sur la santé

La mortalité par suicide en Bretagne de 1980 à 1990, Situation dans les départements bretons par rapport à la France, étude cartographique à l'échelon cantonal

Prévention

La médecine du travail, *Anne-Françoise Molinie, Robert Flament*

100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales

Protection sociale

Enquête sur la santé et la protection sociale en 1991 : premiers résultats, *A. Bocognano, N. Grandfils, Th. Lecomte, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi*

Dispositif de soins

19 L'hôpital : enjeux politiques et réalités économiques, *Bernard Bonnici*

Europe

L'éducation à la santé par l'audio-visuel

Politique sociale de la communauté
Situation au 1^{er} janvier 1992

Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé

SIDA

20 Infection par le VIH et le SIDA

La lutte contre le SIDA en France

La prévention du SIDA par la promotion de la santé, comment aborder les questions sensibles ?

Actes, autour du SIDA, tests & dépistages

Évaluer la prévention du SIDA un inventaire des données disponibles

Le coût mondial du sida 1980-2000, *Denis-Clair Lambert*

21 SIDA et hôpital, les chiffres clés

Génétique et éthique

Vers un anti destin ? patrimoine génétique et droits de l'humanité

Alcoolisme

L'alcoolisme, *Georges Malignac*

Tabagisme

Le tabagisme un défi au danger, *Thérèse Lecomte*

Toxicomanie

Guide critique des outils de prévention des toxicomanies
Usages de drogues jalons pour des actions de prévention

Environnement, conditions de vie

22 Ville et santé, *Lumières de la ville*

Santé - Environnement, *Échanges Santé*

L'absence travail : indicateur social ou indicateur de santé ?, *Sciences sociales et santé*

Vers un avenir urbain plus radieux, *Forum mondial de la santé*

23 Notre santé, notre planète

Santé environnement, *Santé Publique*

OBSERVATION

LA PATHOLOGIE DES PERSONNES AGÉES DE 80 ANS ET PLUS EN INSTITUTION

Enquête nationale France 1987-1988
Catherine SERMET
CREDES, 1992, 178 p.

Une enquête nationale réalisée en 1987-1988 démontre qu'en 1988, parmi les 7,5 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, vivant en France, 500 000 résident en institutions pour personnes âgées ; 273 000 dans des maisons de retraites ou hospices ; 133 000 en logements foyers et 94 000 dans des services avec long séjour. Près de 9 maladies par personne, en moyenne, ont été observées chez des personnes âgées de 80 ans et plus. Trois maladies sont de gravité moyenne et 0,9 très graves (23 % souffrent de 5 maladies au moins ; 17 % de plus de 12 maladies).

Il y a autant de maladies chez les hommes que chez les femmes, mais de nature différente.

Le nombre de maladies augmente avec l'âge, et le taux de morbidité avec la dépendance. On compte plus de 10 maladies par personne en long séjour.

Les maladies les plus fréquentes sont les affections cardiovasculaires et en particulier l'hypertension artérielle, les troubles mentaux et du sommeil et les affections ophtalmologiques. À l'appui, de très nombreux tableaux et graphiques illustrent cette enquête.

RECOURS AUX SOINS ET MORBIDITÉ DES DÉFAVORISÉS 1988-1989-1990

CREDES, 1992, 63 p.

Pour venir en aide aux défavorisés, une collaboration a été instaurée en 1987 entre des centres de soins gratuits pour personnes défavorisées et le CREDES. Car en dépit de la législation sociale en matière de maladie, de nombreuses personnes ne peuvent être soignées par le secteur de soins ordinaire, du fait des difficultés à s'assumer personnellement.

Un groupe de travail comprenant des membres de REMEDE, MSF, CRAMIF et le CREDES a fonctionné en permanence depuis 1987. Cette équipe, composée de chercheurs, médecins et travailleurs sociaux s'est basée sur l'exploitation sta-

tistique des fiches « nouveaux patients » (5 575 personnes) utilisées par 6 centres en 1990 pour assurer et gérer le suivi médical et social des patients et analyser l'activité de chaque centre, la clientèle de ces centres analysés n'étant pas homogène.

On constate, comme les années précédentes, que la population qui fréquente pour la première fois les centres de soins gratuits est plutôt jeune et à prédominance masculine. La majeure partie de ces personnes est complètement dépourvue de couverture sociale en cas de maladie (causes : chômage, sans domicile ou précaire, sans famille etc.) ou dans l'impossibilité de faire l'avance du ticket modérateur ou du tiers payant. La simplification administrative, associée à des efforts d'information relatifs à leurs droits, enseignée par du personnel administratif formé à cette intention, faciliterait leur accession aux soins.

Concernant les soins aux étrangers, la proportion de patients en provenance des pays de l'Est (de l'Europe) est en augmentation. Sans titre de séjour (ou en attente) dans une situation économique et politique instable, leur prise en charge soulève de difficiles problèmes. Afin de suivre ce secteur de la société française une prolongation de l'analyse de cette tranche de population consultant pour la première fois un centre de soins gratuit, a été envisagée.

LA SANTÉ OBSERVÉE TABLEAUX DE BORD RÉGIONAUX SUR LA SANTÉ

*Maquette provisoire, Fédération Nationale
des Observatoires Régionaux de la Santé*

À l'occasion de leur 6^e congrès national, les O.R.S. avaient présenté le travail réalisé autour de la conception de tableaux de bord régionaux sur la santé dans un document structuré, reprenant 30 fiches déjà conçues sur les 33 qui constitueront les tableaux de bord régionaux.

Chaque fiche se constitue de quatre pages structurées de façon identique et ces 30 fiches thématiques sont regroupées en 9 chapitres : constat d'ensemble, offre et consommation de soins, mère et enfant, personnes âgées, personnes handicapées, pauvreté/précarité, pathologies, facteurs de risque, santé et environnement. La F.N.O.R.S. a eu l'heureuse idée de faire

rééditer cette « maquette provisoire » qui permet d'ores et déjà d'apprécier ce que seront les rapports régionaux dont devrait disposer une partie des régions dès la fin 1993.

Ce document peut être demandé auprès de tous les O.R.S. et auprès de la F.N.O.R.S. 21, 23 rue Miollis 75015 Paris.

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN BRETAGNE DE 1980 À 1990 Situation dans les départements bretons par rapport à la France, étude cartographique à l'échelon cantonal *ORS de Bretagne, Décembre 1992*

Une des principales causes de mortalité en Bretagne est le suicide. L'ORS de la région dans un souci de prévention publiait une première étude de la mortalité par suicide en 1987 puis une enquête sur les tentatives de suicide accueillies dans les services d'urgence des hôpitaux de la région en 1990 et en décembre 1993 un dossier sur la mortalité par suicide en Bretagne de 1980 à 1990.

ORSB, BP 1605, 35016 Rennes Cedex, 99 33 98 94

PRÉVENTION

LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Anne-Françoise Molinie, Robert Flament
*Collections dossiers documentaires, Éditions
ANACT, 1992, 282 p.*

« Éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail... » telle est la mission assignée à la médecine du travail par son texte fondateur, la loi du 11 octobre 1946. Une des spécificité de la médecine du travail aujourd'hui réside dans une double dimension, une prise en compte de la santé de chaque individu à travers une activité clinique et une approche plus collective des déterminants professionnels de la santé s'appuyant sur une activité dans le milieu du travail.

Avec le « tiers temps » formalisé par le décret de mars 1979, le médecin du travail peut disposer du tiers de son temps pour l'action sur le terrain. Il devient le conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des représentants des personnels, des services sociaux et des salariés eux-mêmes. Le CHSCT de l'entreprise est un interlocuteur privilégié du fait de

sa mission. Ce dossier sur la médecine du travail a pour but de répondre aux nombreuses questions qui se posent à son sujet : la médecine du travail : pour qui ? pour quoi ? comment ? face à la diversité des systèmes existant dans les différents pays de la Communauté, quel sera l'avenir du nôtre ?... Même si de nombreux décrets ont permis d'apaiser certaines craintes, la réflexion sur les évolutions possibles et souhaitables est loin d'être close. Ce dossier se veut de fournir des points de repère sur les spécificités de la médecine du travail en France et les questions auxquelles elle est confrontée, l'état de la médecine du travail sur le terrain (effectifs, salariés, services inter-entreprises etc.) et son cadre juridique ainsi que l'état de la médecine du travail dans les principaux pays européens ?

100 RECOMMANDATIONS POUR LA SURVEILLANCE ET LA PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

*Bulletin épidémiologique hebdomadaire
(BEH), Numéro spécial, juin 1992, 71 p.*

Le numéro spécial de juin 1992 du BEH avec la collaboration du Conseil supérieur d'hygiène publique de France « section prophylaxie des maladies » et le groupe de travail « infection nosocomiale » donne la définition de l'infection nosocomiale ainsi que 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales.

D.G.S., Sous-direction de la Veille sanitaire, Bureau VS2, 1, place de Fontenoy, 75350 Paris 07 SP, 46 62 45 54

PROTECTION SOCIALE

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LA PROTECTION SOCIALE EN 1991 : PREMIERS RÉSULTATS

A. Bocognano, N. Grandfils, Th. Lecomte,
An. Mizrahi, Ar. Mizrahi
CREDES, 1992, 80 p.

C'est le deuxième rapport annuel sur la protection sociale.

9851 personnes appartenant à un ménage dont un membre au moins est couvert par le régime général de la Sécurité Sociale ou un régime rattaché, ont été enquêtées.

Dans ce rapport sont présentés les premiers résultats de l'année 1991 relatifs

aux thèmes principaux de l'enquête :

- protection de l'assurance maladie et couvertures complémentaires : 99,8 % sont couverts par la S.S. ; 84 % ont une couverture complémentaire (mutuelles 61 %) ; 7 % sont exonérés du ticket modérateur...
- morbidité et tabagisme : le taux de maladies augmente avec l'âge, certaines ayant un profil un peu différent, ainsi les maladies de l'appareil respiratoire et les pathologies ORL diminuent avec l'âge. Le taux de fumeurs est maximal entre 25 et 39 ans pour les hommes et plus tôt pour les femmes (avant 18 ans les jeunes filles sont plus nombreuses à fumer que les jeunes hommes).
- taux d'hospitalisation, recours aux soins de médecins et de dentistes, consommation de produits pharmaceutiques : 3,2 % des personnes sont hospitalisées en 3 mois. Le taux décroît ou s'accroît suivant l'âge, la maladie et la situation professionnelle (le taux est maximal pour les ouvriers qualifiés). Les consommations de soins de ville sont maximales pour les cadres et les employés ou les professions intermédiaires.

DISPOSITIF DE SOINS

L'HÔPITAL : ENJEUX POLITIQUES ET RÉALITÉS ÉCONOMIQUES

Bernard Bonnici

Documentation Française, 1992, 182 p.

Les Français dans l'ensemble n'ont qu'une connaissance très partielle de l'histoire, de l'organisation ou du fonctionnement des hôpitaux.

Lieux de passage le plus souvent obligatoire pour cause de maladie, d'accident, le patient tente d'oublier vite cette épreuve physique et psychologique. Pourtant l'hôpital dans son rôle de rempart contre la maladie, représente un véritable enjeu, surtout dans la maîtrise des dépenses de santé qui apparaît cruciale.

Après avoir rappelé l'évolution des rapports de dépendance liant historiquement le monde hospitalier et l'État, l'auteur présente aussi le partage des pouvoirs qui s'établit entre les différents acteurs à l'intérieur des établissements. Il met l'hôpital devant ses responsabilités, en garde contre la vanité de certaines réformes qui engendrent et rendent parfois impératif une profonde modernisation des techni-

ques de gestion et un effort d'innovation afin de développer des alternatives à l'hospitalisation classique.

L'hôpital accessible à tous représente 40 % des dépenses de santé du secteur public et près de 50 % de celles du secteur privé qui ont tendance à progresser, aussi ne peut-il échapper à une réflexion sur ses méthodes de dépenses et sur ses finalités.

EUROPE

L'ÉDUCATION À LA SANTÉ PAR L'AUDIO-VISUEL

Sous l'égide de la Commission des Communautés Européennes et du Comité Français d'Éducation pour la Santé, avec le parrainage du Haut Comité de la Santé Publique, la municipalité de Royan organisait les 7, 8 et 9 octobre 1992 le premier festival de la Commission des Communautés Européennes sur l'Éducation à la Santé par l'audio-visuel. L'éducation à la santé implique une vision d'ensemble où se conjuguent planification, programmation, actions de partenariat — rassemblant les différentes compétences nécessaires à l'efficacité des actions — en utilisant de moyens techniques appropriés.

Le cadre de l'utilisation de l'audio-visuel (clips, films, vidéos,...) en éducation à la santé se situe au cœur de ce débat.

Pour rendre efficace cette politique d'éducation à la santé par l'audio-visuel, la confrontation des produits existant, les échanges d'expérience ainsi que la réflexion menée par les producteurs, experts et utilisateurs permettent de faire progresser la qualité et la diffusion des supports audio-visuels ainsi que la pertinence des messages délivrés lors de ces rencontres.

À chaque participant de ce festival était distribué un guide des audio-visuels proposant tous les films, clips réalisés pour ce festival, soit par des professionnels soit par des amateurs, susceptibles d'être vus et commentés en ateliers sur : tabac, alcool, nutrition, toxicomanie, SIDA, approche globale de l'éducation à la santé. Ce guide peut servir de comparaison par rapport aux réalisations qui seront proposées lors du prochain festival qui se tiendra cette année en Italie.

CFES, Florence Nicolai,
2, rue Auguste Comte,
92170 Vanves, 46 45 45 00

POLITIQUE SOCIALE DE LA COMMUNAUTÉ

Situation au 1^{er} janvier 1992

Commission des Communautés Européennes

C'est une des six brochures éditées par la Commission des Communautés Européennes pour mettre en application la charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, adoptée en décembre 1989 par les chefs d'État ou de gouvernement des onze états membres et pour être au faite de l'actualité.

Description succincte de la manière dont la Communauté légifère ; introduction générale aux questions et problèmes que suscite la dimension sociale du marché commun ; introductions spécifiques aux différents secteurs de la politique sociale ; rappel, selon le domaine, de la législation antérieure à l'adoption de la charte ; fiches résumant les mesures proposées ou adoptées en donnant la date de l'échéance pour la mise en oeuvre donnent un aperçu du contenu de cette brochure qui sera rééditée à intervalles réguliers, ainsi que les six autres.

Pour tout renseignement complémentaire, Commission des Communautés Européennes, Eurobases, 200, rue de la Loi, B-1049 Bruxelles, (322) 235 11 11

POLITIQUES ET STRATÉGIES EN FAVEUR DE L'ÉGALITÉ DEVANT LA SANTÉ

OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1992.

Cet ouvrage fait suite au document de synthèse intitulé « Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé » élaboré en 1990 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Il s'inscrit dans le cadre de la réalisation du but 1 de la stratégie de la Santé pour Tous, « Égalité devant la santé » : *d'ici l'an 2000, les écarts réels d'état sanitaire entre pays et entre groupes à l'intérieur d'un même pays devraient avoir été réduits d'au moins 25 %, grâce à une élévation du niveau de santé dans les pays et les groupes défavorisés.*

Les auteurs présentent dans ce document quelques principes élémentaires dans le domaine relativement inexploré de l'analyse décisionnelle et tire de l'expérience théorique et pratique des pays de la Réunion européenne de l'OMS des leçons

concernant la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé.

L'objectif recherché est de susciter un débat entre les responsables, les praticiens et les non-professionnels de différents secteurs, afin de poursuivre, d'affiner et d'adapter l'analyse préliminaire exposée, en vue de la conférence européenne sur les politiques sanitaires prévue en 1993.

SIDA

INFECTION PAR LE VIH ET SIDA

AFLS, ARCAT-SIDA,

Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des
Personnels de Santé (MNH), 3^e édition,
novembre 1992, 88 p.

Cette brochure, très dense dans son contenu, se veut un outil d'information tout public couvrant tous les aspects du SIDA et de l'infection par le VIH : l'épidémie, la contamination et la prévention, l'infection, les aspects sociaux, la prise en charge, la prévention en milieu de soins.

Présentées sous forme de questions-réponses, de tableaux, de graphiques et d'encarts, les informations sont très diverses et peuvent par exemple aller de la description des institutions intervenant dans la prise en charge des malades au coût du test Western Blot en passant par des témoignages tirés du livre blanc des états généraux.

LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN FRANCE

La Documentation Française, 1992, 108 p.

Ce bilan, dont la réalisation a été coordonnée par l'Agence Française de Lutte contre le SIDA (AFLS), propose un panorama de l'action des pouvoirs publics en matière de lutte contre le SIDA depuis 1985 : épidémiologie, recherche (avec la création de l'Agence Nationale de Recherches sur le SIDA, ANRS), prévention, dépistage et prise en charge sanitaire et psycho-sociale.

Il dresse ensuite un état de la réflexion éthique et rend compte de l'ensemble des crédits engagés dans la lutte contre la maladie ainsi que des actions engagées au niveau international.

Attention : les données les plus récentes datent de la fin de l'année 1990.

LA PRÉVENTION DU SIDA PAR LA PROMOTION DE LA SANTÉ COMMENT ABORDER LES QUESTIONS SENSIBLES ?

OMS, 1992, 83 p.

À partir d'exemples d'actions d'information et d'éducation sur l'infection par le VIH entreprises dans différents pays du monde (Pays-Bas, Angleterre, Australie, Trinité-et-Tobago, Canada, Suisse, Kenya, Ghana), cet ouvrage dégage des pistes de travail, à la fois pour les responsables de la promotion de la santé et pour les éducateurs.

Il est en effet possible et nécessaire de prendre en compte dans les programmes de promotion de la santé les réactions, souvent irrationnelles du point de vue de la santé publique, des individus et des groupes vis à vis de la maladie.

À cette fin, cet ouvrage propose de cerner en premier lieu les réactions affectives des agents de promotion de la santé et les moyens de surmonter les difficultés qu'elles peuvent occasionner.

Sont ensuite évoqués l'éventuelle influence de l'affectivité sur les réactions individuelles à un message destiné à un groupe cible ainsi que le renforcement possible de la crédibilité du message par le recours à des groupes affinitaires et à des patients pour mener des actions de promotion de la santé anti-SIDA.

La dernière partie est consacrée aux moyens de gagner l'appui des gens influents : parents d'élèves, groupes professionnels et médecins pour un programme d'éducation scolaire en Australie ; équipe gouvernementale pour une campagne grand public au Ghana.

ACTES AUTOUR DU SIDA TESTS & DÉPISTAGES

AIDES, 1992, n° 81/82, 64 p.

« Pour vous préserver, il faut que vous sachiez. » Ce numéro réalisé avec le concours de l'Agence Française de Lutte contre le SIDA permet en quatre chapitres *réflexion historique et éthiques, apport comparé des politiques européennes, regards de praticiens et d'analystes, prises de position publiques* une approche et un savoir complémentaires concernant ce délicat problème. Il contient en outre une bibliographie récente ayant pour thème *SIDA et Droits*.

ÉVALUER LA PRÉVENTION DU SIDA UN INVENTAIRE DES DONNÉES DISPONIBLES

Agence nationale de recherches sur le SIDA,
Agence française de lutte contre le SIDA,
septembre 1992.

Il faut saluer l'exemplarité de ce document ; exemplaire dans sa réalisation : c'est clair tout en étant exhaustif, précis tout en étant concis ; exemplaire surtout quant à son objet : la présentation d'un inventaire des données disponibles, et de leur évolution qui nous renseignent sur l'effet des stratégies de prévention ; les données rassemblées sont de nature épidémiologique, économique, sociologique ou psychosociologique ; elles nous renseignent soit directement mais imparfaitement (ex. la mesure de l'impact des campagnes grand public), soit indirectement (ex. l'évolution des M.S.T. ou encore l'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit) ; on comprend ainsi que sans bénéficier d'outils d'évaluation parfaits, on peut suivre l'évolution d'un grand nombre de données qui constituent autant d'indicateurs et on se prend à espérer disposer de documents similaires sur d'autres champs de la santé publique.

LE COÛT MONDIAL DU SIDA 1980-2000

Denis-Clair Lambert

CNRS Éditions, 1992, 346 p.

L'impact le plus apparent de l'épidémie est sa répercussion financière sur des systèmes de santé en crise : on se demande qui paiera...

Denis-Clair Lambert, professeur d'économie politique à la faculté de Droit de l'université Jean Moulin à Lyon évalue à l'échelle internationale les conséquences économiques du SIDA. Le coût total : 290 milliards de francs estimé pour 1992 soit 2 % des dépenses mondiales de santé serait porté dans l'hypothèse optimiste à 740 milliards de francs en l'an 2000, mais serait huit fois plus important dans l'hypothèse pessimiste (41 % des dépenses de santé).

Ce fardeau est aujourd'hui assumé par les pays riches. Dans dix ans, les pays pauvres risquent d'en assumer plus du tiers. Dans cette perspective, l'auteur présente les « marchés porteurs », les « filières d'avenir » et les « firmes dominantes ». Il s'interroge aussi sur les atouts de la Fran-

Recherche d'information et banques de données en santé publique

Sommaire

Introduction

I Introduction

II État des lieux

Les sources de données en santé publique

Les BDD, outils d'accès rapide à l'information

La Banque de données santé publique un projet documentaire national

Conclusion

XII Tribune

XX Annexes

Quelques services Vidéotex utiles en santé publique

Les CD-ROM disponibles en France

Les banques de données sur le SIDA et leur évolution

Bibliographie

Petit lexique

Comme toute discipline d'action, la santé publique exige des efforts d'accès rapide à l'information. En 1982 déjà, le rapport *Propositions pour une politique de prévention* le rappelait en ces termes : « *La gestion des informations de santé et la recherche des connaissances nouvelles dans le domaine de la santé publique constituent une fonction vitale pour décider, évaluer, et éventuellement corriger une politique de santé. Il ne s'agit, ni plus ni moins, que du «système nerveux» du système de santé* » Dix ans après, malgré les progrès fulgurants de l'informatique et de la télématique, qui permettent à tous ceux qui disposent d'un téléphone et d'un Minitel d'accéder, depuis leur bureau, à des milliards d'items, la fonction d'information demeure fortement traditionnelle. Nombre d'intervenants en santé publique comptent plus sur les relations professionnelles, les rencontres ou les colloques que sur leurs aptitudes à réaliser seuls leurs recherches documentaires. D'autres s'en remettent aveuglément aux documentalistes, confiants des services qu'ils peuvent en attendre, et pour finir désenchantés par la réponse qui leur est fournie, qu'ils trouvent inadaptée, voire trop sophistiquée, pour l'utilisation qui en sera faite.

Cette situation tient en grande partie à la méconnaissance des sources de données potentielles. Il est vrai que dans le domaine de la santé publique, l'offre reste encore trop hétérogène, dispersée, peu coordonnée et souvent incompatible d'une source à l'autre pour être facilement accessible. En particulier, les informations d'ordre comptable, nécessaires à la prise de décision ou à l'orientation des politiques de promotion de la santé, relèvent de ministères aussi divers que ceux qui sont chargés de la santé, de la recherche, du travail, de l'environnement, de la jeunesse et des sports, des transports, du budget... (À titre d'exemple, voir page V les sources de données françaises sur l'alcool.)

Les données d'ordre épidémiologique et comportemental ou celles qui concernent les conditions de vie et de santé de certains groupes de la population sont le fait de nombreux organismes, publics ou privés, dont les productions sont parfois l'objet de débats quant à leur fiabilité et à leur représentativité.

Vient ensuite le fait qu'une part non négligeable des productions, qualifiée de « littérature grise », n'est pas publiée et, en

n'émargeant pas des catalogues officiels de l'édition nationale, n'emprunte pas les circuits conventionnels de la diffusion de l'information. Tel est le cas de nombreux rapports d'enquêtes de santé ou d'actions de promotion de la santé. Tel est aussi celui des mémoires de santé publique et des thèses en sciences de la vie et de l'éducation peu connus sinon des étudiants qui fréquentent l'université où ils ont été soutenus.

A ceci s'ajoute l'impression générale que le système d'information fonctionne selon des processus difficilement maîtrisables. L'idée selon laquelle la documentation reste l'affaire des professionnels de l'information est répandue et, hélas, se trouve en partie confortée par la complexité des plans de classement et des outils bibliographiques. Si bien que beaucoup hésitent encore avant de franchir le seuil des bibliothèques et des services de documentation!

Enfin, le manque de temps pour réaliser les recherches bibliographiques mais aussi l'incertitude quant à la pertinence des références utiles constituent d'autres freins non négligeables à la quête d'informations.

Pourtant, l'environnement documentaire a grandement évolué, en particulier depuis 1980 lorsqu'apparaissent, sur le réseau Transpac, les premières banques de données télématiques. De nombreux fichiers documentaires, jusque là voués à une utilisation restreinte en entreprise, sont diffusés « en ligne », selon le mode conversationnel, par des centres serveurs informatiques. Les professionnels de l'information constituent la clientèle privilégiée des banques de données. Mais en tant que « médiateurs » de l'information, ils réalisent aussi les recherches pour le compte des non spécialistes après avoir défini -avec eux- les éléments clés sur lesquels faire porter les questions. Rien n'empêche cependant à quiconque qui désire interroger lui-même ces services télématiques de le faire : les centres serveurs dispensent des formations *ad hoc* sur la philosophie de conception et sur les modalités d'interrogation des banques qu'ils diffusent.

Le Minitel, en 1984, puis les CD-ROM (Compact Disc Read Only Memory), en 1986, se sont révélés être d'autres expédients particulièrement adaptés aux non initiés à la télématique mais néanmoins demandeurs d'une information rapide et actuelle. A telle enseigne que les concepteurs de banques de données télématiques les ont très vite adoptés pour dupliquer leurs services et s'adresser non plus seulement aux professionnels de l'information mais aux utilisateurs finaux de cette information.

On comprend qu'aujourd'hui, s'informer ne puisse se réduire à la seule manipulation instrumentale des systèmes documentaires. Tout étant accessible instantanément, le problème devient plutôt : comment ne pas être piégé par l'immensité du champ de possibilités ? En acquérant un minimum de méthode pour structurer le problème qui déclenche le besoin en information et pour déterminer le « plan de bataille » à mettre en oeuvre pour le résoudre. Aussi importe-t-il de s'enquérir sur qui fait quoi, comment sont traitées les informations primaires, où se trouvent les meilleures sources sur tel sujet ou telle équipe.

Les sources de données en santé publique

Les producteurs de l'information sanitaire et sociale

Dresser la liste exhaustive de tous les producteurs français est une tâche quasiment impossible, en raison de la qualité pluridisciplinaire de santé publique et de la multiplicité des facteurs utiles pour éclairer une seule de ses composantes. Il existe néanmoins un certain nombre d'organismes qui font autorité en France pour le caractère permanent des études dont ils ont la charge. Les données qu'ils produisent se répartissent en 6 grands domaines.

Les **statistiques démographiques** générales sont disponibles auprès des registres d'état civil des mairies et auprès de l'INSEE, responsable des recensements de la population. L'INED, de son côté, entreprend d'importantes études tant sur la conjoncture démographique que sur des aspects aussi pointus que la natalité, la fécondité, le mariage, les migrations...

Les **données de mortalité** sont centralisées par l'INSERM qui en assure la répartition par cause, par âge, par sexe et par site géographique. Certaines causes sont analysées plus en détail, à la lumière de statistiques d'hôpitaux publics et psychiatriques, du ministère chargé des Transports (accidents de la route), des régimes de l'Assurance maladie (accidents du travail).

L'essentiel des **données économiques** est fourni par les enquêtes générales de consommation de l'INSEE et l'enquête annuelle du CREDOC « Conditions de vie et aspirations des Français ». Les statistiques de consommation médicale (Assurance maladie et DRASS), ou de dépenses de santé et d'activité des professions de santé (CREDES) les complètent.

Les **données sur l'organisation du système de soins** sont rassemblées par les DDASS et validées par les DRASS à qui revient la gestion de deux outils majeurs : le répertoire ADELI des professions réglementées par le Code de la santé, de la famille et de l'aide sociale ; le fichier FINESS des établissements sanitaires et sociaux, privés ou publics.

Les **données de morbidité** sont ventilées entre :

- le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) du ministère de la Santé, en ce qui concerne la fréquence des maladies et de leurs symptômes, les facteurs de risque et leurs conséquences
- le Centre national d'études vétérinaires et alimentaires (CNEVA) et ses 15 laboratoires, l'INRA ou l'Institut Pasteur, pour les effets de l'environnement sur la santé
- les DDASS, le réseau télématique des médecins-sentinelles ou encore les laboratoires de microbiologie coordonnés par le Laboratoire national de la Santé, dans le domaine maladies transmissibles

Les registres épidémiologiques (cancers de l'enfant et de l'adulte, malformations et maladies ischémiques), les données des différents régimes de Sécurité Sociale (maladies et d'accidents professionnels ou maladies longues et coûteuses) apportent un éclairage complémentaire, néanmoins limité dans l'espace géographique.

La morbidité hospitalière devrait être mieux cernée avec l'instauration des PMSI (Projet de médicalisation du système d'information) dans le secteur court-séjour de certains hôpitaux. Les résumés de sortie seront exploités à des fins épidémiologiques et économiques.

De leur côté, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS), l'INSERM, le CNRS ou encore le SESI conduisent des études comportementales, de la population générale ou de certains groupes, à l'égard de risques majeurs pour la santé.

Les **données d'actualité administrative et juridique** sont diffusées par la Documentation Française, organe officiel de diffusion du gouvernement, mais aussi la presse spécialisée et la grande presse.

Pour majorité, ces éléments sont publiés dans des rapports exhaustifs, d'ailleurs largement exploités par les médias, ou dans des bulletins d'information propres à chaque producteurs comme, par exemple, *INSEE Première*, le *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (DGS), *Consommation et modes de vie* (CREDOC), *La lettre du CFES*, *Échos de la Santé* (CREDES).. où elles sont synthétisées et largement illustrées par des graphiques et des tableaux.

De plus en plus, aussi, les producteurs recourent à l'informatique et animent des services d'information « en ligne » en direction des usagers qui possèdent un terminal d'interrogation ou un Minitel (cf. Annexe 2). Pour sa part, le CREDES diffuse 3 banques de données chiffrées sur disquettes : *Éco-santé* (100 000 chiffres sur la démographie, la morbidité, la mortalité, les dépenses de santé et leur financement, les effectifs d'activité ambulatoire et hospitalière) ; *Éco-santé Allemagne* et *Éco-santé OCDE*.

Les médiateurs de l'information

Les médiateurs constituent une autre source d'information, complémentaire des producteurs décrits page précédente. Leur rôle est de faciliter l'accès à l'information primaire sous toutes ses formes : données brutes, publications, littérature « grise », supports vidéo ou informatiques... Dans une première fonction de « veille » documentaire, ils pistent et rassemblent, auprès des producteurs de l'information, le plus grand nombre de données et de supports consacrés à un ou plusieurs domaines de la santé publique. Dans une seconde fonction, de valorisation, ils proposent et parfois même développent des outils d'accès à l'information, parmi lesquels les banques de données documentaires (BDD).

Les **bibliothèques universitaires** et les centres de documentation des services (ou écoles) de santé publique sont essentiellement chargés du signalement de la « littérature » scientifique et technique (périodiques, ouvrages et thèses) utile à l'enseignement et à la recherche. Aussi sont-ils quasiment tous équipés de terminaux d'interrogation des BDD nationales ou internationales. Certains sont laissés en accès libre pour la consultation des BDD éditées sur CD-ROM (*cf. infra*). Les autres sont réservés, service d'interrogation des BDD télématiques, spécialement développé à l'attention des utilisateurs qui désirent faire réaliser par les conservateurs des recherches bibliographiques automatisées (*cf. infra*). C'est un service payant au prorata du temps de connexion. Il revient aux lecteurs eux-mêmes de retrouver les documents utiles, sur place ou dans d'autres bibliothèques, grâce aux fichiers internes ou aux outils bibliographiques informatiques développés par les bibliothèques elles-mêmes (*cf. Annexes*).

Certains médiateurs sont de véritables **centrales d'information**. Ils n'entretiennent pas de contacts directs avec les usagers mais concentrent toute leur activité sur la réalisation d'outils bibliographiques de référence. En France, l'Institut de l'information scientifique et technique (Inist) dépouille les publications nationales et internationales dans les domaines des sciences et techniques et des sciences biomédicales et sociales. L'Inist est le producteur des banques bibliographiques internationales *Pascal* et *Francis*.

Les organismes suivants disposent de fonds documentaires très spécialisés où les supports scientifiques et techniques (moins nombreux qu'en BU) côtoient les supports destinés aux acteurs de terrain, aux éducateurs, parfois au grand public :

- **Les Observatoires régionaux de la santé (ORS)** sont chargés d'identifier, de rassembler et de valoriser l'information sanitaire et sociale locale et régionale. Cette exploitation va faire notamment l'objet prochainement de tableaux de bord régionaux.
- **Les Observatoires économiques régionaux (OER)** de l'INSEE Les OER mettent à la disposition du public toutes les données collectées et analysées par l'INSEE dans ses diverses publications (livres, annuaires, périodiques, séries statistiques ou disquettes) et les banques de données qu'il anime. Le service Vidéotex **3615 ou 3616 Insee** fait état du recensement de chaque commune et des publications qui lui sont consacrées.
- **Le service HVS** (Corps Humain, âges de la Vie, Santé et société) **de la médiathèque de la Cité des sciences et de l'industrie** de la Villette renferme une impressionnante collection d'outils de vulgarisation auprès du grand public, 400 revues et 20 000 ouvrages qui peuvent tous être empruntés ou consultés sur place. Le catalogue des collection est accessible par Minitel.
- **Le Centre international de l'Enfance** gère en langues française, anglaise et espagnole des publications

relatives à la santé publique, à l'éducation pour la santé, à la santé communautaire, à la santé de la mère et de l'enfant, à la nutrition et aux vaccinations dans les pays en développement. Sa bibliothèque comprend près de 16 000 ouvrages et 450 titres de périodiques analysés dans la banque de données bibliographique *BIRD*.

- **Les centres de documentation de l'INRS**, à Paris et à Nancy-Vandoeuvre, concentrent l'ensemble des données nationales et internationales relatives à l'effet des conditions de travail sur la santé et à la prévention des risques professionnels. L'INRS produit deux banques de données télématiques : *INRS-B* (publications) et *INRS-S* (recherches) et une banque Vidéotex *INRS-BIBLIO*.
- **Le Centre technique national d'études et de recherches sur les handicapés et les inadaptations (CTNRHI)** mène des études sur les problèmes touchant les personnes handicapées et inadaptées, en institution ou en milieu ordinaire. Il dispose d'un centre de documentation qui dépouille plusieurs centaines de revues et anime une bibliothèque de 8 000 ouvrages. Il produit la banque de données bibliographique *Saphir*.

un exemple

Les sources de données françaises sur l'alcool

Producteurs

Production

- Service central des enquêtes et études statistiques du ministère chargé de l'Agriculture :
 - recensement des exploitations viticoles ;
 - évolution des superficies de production viticole ;
 - production et consommation d'alcool évaluées par le réseau d'information comptable agricole RICA ;
 - liste des industries de plus de 10 salariés chargées de la transformation des produits agricoles en vin...
- Direction générale des impôts du ministère du Budget :
 - déclarations annuelles des récoltes ;
 - bilan entre ressources (récolte et importation) et emploi (consommation, exportation, distillation et autres utilisations) ;
 - production des bouilleurs de crû ;
 - débits de boisson par catégorie...
- INSEE rattaché au ministère chargé de l'Économie et des Finances :
 - outils statistiques sur les comptes de la Nation en matière de livraisons et de consommation d'alcool.

Consommation

- INSEE
 - consommation des ménages
- CRÉDOC
 - enquêtes sur les conditions de vie et aspirations des Français : consommation de drogues licites
- Union générale de la brasserie française :
 - consommation de bière
- ONIVINS (Office national interprofessionnel de la viticulture) :
 - enquête de consommation menée conjointement avec l'Institut national de la recherche agronomique (INRA)

Morbidité - Mortalité - Recherche

- INSERM
 - mortalité par psychose, cirrhose, cancers VADS
 - recherches biomédicales et enquêtes psychosociales
- CNAMTS
 - maladies longues et coûteuses et accidents du travail
- Haut comité de la santé publique
 - indicateurs d'accidents, de mortalité et de morbidité imputés à l'alcool
- Sécurité routière (Direction régionale de l'Équipement) :
 - mortalité par accidents
- Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (INRETS) :
 - recherche dans le domaine de la sécurité routière, de la prévention, de la biomécanique appliquée à l'accidentologie, des sciences humaines
- Institut de recherches scientifiques sur les boissons (IREB) :
 - études et recherches

Médiateurs

- Haut comité de la santé publique
- Comité français d'éducation pour la santé
- Association nationale de prévention de l'alcoolisme
- Fédération française interprofessionnelle pour le traitement et la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (FITPAT) qui regroupe des associations agissant en milieu professionnel (EDF/GDF, SNCF, RATP, PTT,...).
- Ministère de la Santé

Les BDD, outils d'accès rapide à l'information

La plupart des producteurs et des médiateurs de l'information sont en outre concepteurs de banques de données documentaires (BDD). Celles-ci peuvent être rangées en deux catégories :

les banques factuelles qui ne communiquent que des données brutes pouvant se suffire à elles-mêmes ; certaines sont chiffrées (banques numériques) et peuvent faire l'objet de traitements mathématiques ou statistiques particuliers ; les autres sont plutôt des répertoires télématiques d'adresses d'établissements ou de services, des catalogues de normes...

les banques bibliographiques dont la mission est essentiellement de communiquer les références des publications d'un ou plusieurs domaines scientifiques et techniques. Dans la majorité des cas, un service de commande en ligne permet d'obtenir, sous 48 heures, une photocopie des documents primaires d'où sont extraites les informations signalées.

Pour la plupart, ces BDD sont ouvertes, grâce aux moyens télématiques, à tous ceux qui possèdent une ligne téléphonique et un terminal d'interrogation : micro-ordinateur ou Minitel. Certaines sont également éditées sur CD-ROM (Compact disc Read Only Memory) à l'attention des usagers qui désirent les exploiter sur place, sur leur micro-ordinateur.

Les banques de données télématiques traditionnelles

Les BDD télématiques sont les plus anciennes et remontent aux années 80, à l'ouverture du réseau TRANSPAC de « transmission des données par paquets ». Les banques bibliographiques sont de loin les plus nombreuses. À commencer par les banques scientifiques, destinées aux chercheurs, aux enseignants et à certains étudiants, dont *Medline*, produite par la National Library of Medicine de Bethesda (USA), est l'archétype. Elle se trouve partiellement complétée par *Pascal* et *Francis*, en ce qui concerne les publications françaises et par *EMBase* (Excerpta Medica) ou *Biosis* (Biological abstracts), par exemple, pour celles des pays européens.

Viennent ensuite les services plus techniques, monodisciplinaires et, de ce fait, mieux ciblés, tels que *INRS* pour l'hygiène et la sécurité du travail, *Urbamet* dans le domaine de l'urbanisation et de l'aménagement de l'environnement, *Redatel* pour tout ce qui touche à la rééducation et à la réadaptation des handicapés ou encore *Sphinx* pour les questions de démographie et de conditions de vie des Français. Les bibliothèques, enfin, saisissent cette opportunité pour signaler leurs collections à travers, par exemple, le Catalogue collectif national des publications en série (CCN) ou le répertoire des thèses soutenues devant les universités françaises (*Téléthèses*)...

Dans les BDD bibliographiques, les références sont généralement accompagnées de résumés, d'auteurs ou de spécialistes. D'autres, appelées « banques textuelles »,

diffusent en outre de larges extraits voire l'intégralité des documents signalés ; elles couvrent avant tout les domaines politique, social et juridique telles *Logos* (discours des Présidents de la République, communiqués des Conseils des Ministres, dépêches d'actualité), *Lex* (textes législatifs et réglementaires publiés au JO, décisions du Conseil constitutionnel, arrêts du Conseil d'Etat...) ou *Agora* (dépêches de l'Agence France Presse)...

Les moyens d'accès

Les BDD sont diffusées sur le réseau Transpac par des centres serveurs, dotés de moyens informatiques suffisants pour les stocker et les ouvrir à plusieurs utilisateurs simultanés. Ces centres en assurent également la commercialisation : ils proposent un contrat et des codes aux BDD qu'ils fournissent. Aucun engagement financier préalable n'est demandé : les recherches sont facturées au temps réel de connexion, sur la base d'un forfait horaire, fixé par les producteurs, qui varie entre 200 et 600 F/heure (à titre indicatif, une recherche bien préparée dépasse rarement 10 minutes). Les documents commandés en ligne sont facturés par ailleurs.

En France, trois serveurs seulement couvrent la majorité des BDD utiles dans le domaine de la santé publique (voir ci-contre). Il en existe bien d'autres, américains et européens, qui diffusent des outils complémentaires mais toujours limités à un public de spécialistes.

Les BDD télématiques ne sont accessibles qu'à ceux qui possèdent un micro-ordinateur, PC et compatible ou Macintosh, agrémenté d'une carte électronique assurant les protocoles de connexion au réseau Transpac. S'ils ont acquis un logiciel d'émulation (type Kortex ou Olitec), ils peuvent enregistrer le dialogue avec le serveur et mémoriser les réponses fournies par les BDD. Celles-ci peuvent être traitées ensuite pour agréger une publication ou mettre à jour une BDD personnelle.

Dans certains cas un Minitel 80 colonnes peut suffire, mais il convient de le vérifier auprès des centres serveurs.

Interroger une banque de données bibliographique

Comparativement à la recherche en bibliothèque, l'éventail des critères de sélection s'élargit. La recherche peut être conduite en texte libre (mots des titres, des résumés ou du texte intégral) ou à l'aide de mots-clés extraits de lexiques ou de thésaurus pour identifier des publications d'une personne donnée, pour balayer la littérature et y isoler les documents les plus pertinents, pour localiser les publications d'un auteur particulier, pour vérifier l'exactitude d'une référence citée ou, encore, compléter une référence partielle. Mais, paradoxalement, cette commodité est source de difficultés pour les personnes non accoutumées aux banques de données. D'un côté on ne peut connaître d'emblée, sans information préalable, le vocabulaire choisi par les concepteurs de la base. D'un autre, recourir au langage libre suppose une parfaite adéquation entre des concepts personnels et ceux des auteurs. D'autres «fonctionnalités», telles que la recherche multicritère (par exemple : un nom d'auteur associé à un mot-clé ou un mot-clé associé à un ou plusieurs mots des titres), à l'aide des opérateurs logiques ET, OU, SAUF, ou l'usage de troncatures pour inclure, dans la recherche, singuliers et pluriels ou mots de même étymologie (par exemple : ENFAN* pour ENFANT, ENFANTS, ENFANCE) en limitent l'accès aux professionnels de l'information, essentiellement.

Les centres serveurs français

3 centres se partagent la majorité des BDD relatives au domaine de la santé

L'EUROPÉENNE DE DONNÉES 1, rue du Bocador 75008 PARIS	Sciences biomédicales REDATEL Rééducation et réadaptation des handicapés SPHINX	France TÉLÉSYSTÈMES QUESTEL 83-85, boulevard Vincent Auriol 75013 PARIS
AIDS Recherches sur le sida BIOSIS Médecine, biologie CANCERLIT	Démographie et conditions de vie SUNIST 5, rue Vacquerie 75116 PARIS	FRANCIS Sciences sociales et humaines MEDLINE
Cancérologie EDUC Sciences de l'éducation EM-BASE Sciences biomédicales INRS Sécurité et hygiène du travail MEDLINE	TELEBANK Inventaire des BDD TELELAB Laboratoires de recherche universitaires TELETHESES Thèses soutenues en	Sciences biomédicales PASCAL Informations scientifiques et techniques multidisciplinaires URBAMET Équipement et transports

Les banques de données

Vidéotex

Les banques de données Vidéotex sont surtout réservées aux usagers du Minitel, dont la faible fréquence d'accès au réseau Transpac ne justifie ni formation spécifique ni matériel sophistiqué. On retrouve parmi elles les BDD traditionnelles décrites au paragraphe précédent, qui ont trouvé dans le réseau Télétel spécifique à ce type d'applications une opportunité d'élargir leur public à celui des non-professionnels mais néanmoins demandeurs d'informations rapides. On peut également consulter de nombreux services professionnels qui utilisent le Vidéotex pour valoriser les informations qu'ils détiennent, sous forme de synthèses illustrées de tableaux ou de graphiques. Généralement, cette information de seconde main est conçue pour se substituer aux documents primaires. En revanche, le nombre de BDD en texte intégral est très restreint en raison du faible débit de transmission des données propres au réseau Télétel.

Une fois connecté au réseau Télétel, l'utilisateur du Minitel est totalement pris en charge par une succession de menus ou de sélections pré-établies à l'aide de touches-fonction. Il bénéficie en outre d'une assistance permanente au choix des mots-clés et à l'écriture des critères de sélection. Cette assistance est néanmoins lourde, le système affichant à chaque étape de la recherche un certain nombre de pages graphiques pas nécessairement utiles.

Les moyens d'accès

Pour les BDD Vidéotex, il n'est pas besoin de connaître les centres serveurs. La règle veut, en effet, que les coûts de con-

Les BDD sur CD-ROM

Les banques de données sur CD-ROM ont définitivement ouvert l'ère des services «orientés utilisateurs». En particulier, ce sont les seules qui tiennent compte des compétences, somme toute limitées, de tout en chacun en matière de recherche documentaire.

- Plus question de recourir strictement au langage rigide et artificiel des systèmes documentaires traditionnels. L'utilisateur est entièrement assisté et peut, selon le concept d'hypertexte sur lequel repose l'organisation des CD-ROM, naviguer dans la banque de données et, à son gré, consulter un texte, un schéma, un organigramme ou, à l'aide d'une souris ou d'un crayon optique, faire appel, par association d'idées ou par approfondissement, à d'autres parties de texte ou de schémas, à des défini-

nexion soient directement facturés à l'utilisateur par les Télécommunications, entre 0,36 F et 2,19 F/mn, pour tous les services accessibles par le 3615 et 3616, et jusqu'à 9,06 F/mn, pour les services accessibles par le 3628... ou 3629.... Il convient d'ajouter un forfait de 0,12 F par connexion. Le Minitel 40 colonnes-25 lignes, éventuellement équipé de l'imprimante thermique qui lui est dédiée, est l'outil privilégié pour la consultation des BDD Vidéotex. Mais ce peut aussi être le micro-ordinateur du paragraphe précédent, agrémenté d'un logiciel de connexion qui l'émulera en Minitel. Dans ce cas, le dialogue avec le service pourra être enregistré pour une utilisation ultérieure, mais cette fois-ci, sous forme de pages du même format que les pages-écran du Minitel.

Comment lire un CD-ROM

tions, à des références bibliographiques, à des rappels historiques, à des images animées éventuellement agrémentées de séquences sonores.

- Plus question, non plus, de devoir disposer d'une ligne téléphonique : les CD-ROM sont lus sur place sur un matériel spécifique couplé au micro-ordinateur. Ils lèvent ainsi l'alternative devant laquelle la plupart des usagers de l'information en ligne se trouvent placés : réorienter la stratégie qui a conduit à des résultats insatisfaisants ou conduire à son terme une connexion en ligne par définition coûteuse.

- La manipulation des données est également très diversifiée : tout ou partie des informations peut être mis en réserve pour impression papier, mise à jour de banques de données personnelles, ou ré-utilisation avec un traitement de texte ou un tableur.

- La capacité de stockage des CD-ROM est en outre impressionnante. Similaires au disques compacts audio, ils peuvent contenir jusqu'à 600 mégabytes d'information, soit environ 250.000 pages dactylographiées mais aussi, comme dans certaines applications, une année de références bibliographiques accompagnées de résumés.

- Les coûts de l'accès à l'information sont considérablement réduits, les CD-ROM favorisant le partage de l'information la plus large entre un nombre illimité d'utilisateurs, sans contrainte de temps (en outre, la curiosité et l'intérêt pour d'autres domaines que ceux habituellement traités ne peuvent que s'en trouver renforcés).

Malgré la ressemblance physique, les CD-ROM ont des caractéristiques très différentes des CD audio. Ils ne peuvent donc être lus que sur des lecteurs spécifiques reliés à un micro-ordinateur (un IBM-PC XT, AT ou PS ou compatible ou un Macintosh). Une carte d'interface est chargée d'assurer le dialogue entre l'ordinateur et le lecteur. Les configurations minimales recommandées sont :

- *pour le PC* : 512 Ko de mémoire RAM, un disque dur d'un minimum 2 Mo, une souris et un écran couleur VGA ;
- *pour le Macintosh* : une mémoire RAM de 2 Mo, un disque dur d'1 Mo et un écran couleur (la souris est systématiquement fournie).

Le logiciel d'exploitation des CD-ROM est fourni par l'éditeur. Et c'est lui qui va orienter le choix d'un CD-ROM plutôt qu'un autre selon les degrés de convivialité et d'assistance offerts ! En effet, à l'instar de *Medline*, la plus utilisée dans le monde scientifique, une même BDD peut être éditée par diverses sociétés.

Conditions d'acquisition

Les CD-ROM sont loués – et non définitivement acquis – par abonnement annuel. Ils sont remis à jour périodiquement chaque trimestre ou encore chaque mois. Dans ce cas, il est demandé de retourner les disques précédents ou tout simplement de les casser. Certains s'autodétruisent logiquement au bout d'un temps prédéterminé par son éditeur.

Ainsi qu'en témoigne le récapitulatif des CD-ROM disponibles en France (cf. Annexes), les prix varient dans une fourchette relativement large. Tous ne peuvent donc être supportés par un utilisateur isolé. En revanche, les locations groupées entre institutions géographiquement proches sont fortement recommandées, en complément de ce que l'on trouve par ailleurs dans les bibliothèques universitaires ou les centres de documentation ouverts au public (on peut dès à présent disposer d'un PC+lecteur pour à peine 15 000 F).

La Banque de données santé publique un projet documentaire national

Santé publique est le fruit de l'accord tripartite du 8 mars 1990 entre les représentants des ministres chargés de la Santé, de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Ensemble, ils ont choisi de conjuguer leurs politiques et moyens de façon à fournir une BDD unique ouverte aux divers organismes, de droit privé ou public, qui oeuvrent dans le domaine de la santé publique. Les trois banques *Ramis*, de l'association de même nom, *ENSP*, de l'École nationale de la santé publique, et *Réshus*, du CNRS, jusque là indépendantes, ont été rapprochées pour constituer le noyau de ce produit.

Santé publique est aujourd'hui riche de plus de 40 000 notices bibliographiques. L'éventail des thèmes encore partiellement couverts, défini par un Conseil scientifique, touche à : « *L'état de santé des populations ; l'analyse des conséquences sur la santé de l'environnement et des autres facteurs de risque ; les méthodes et les actions en santé publique et leur évaluation ; les politiques et les institutions de santé et de protection sociale ; l'analyse de l'incidence des recherches menées dans toutes les disciplines qui concourent au développement de la santé publique* ». Une copie de la base sera périodiquement livrée à l'INIST pour l'intégrer dans la banque *Pascal* télématique ou CD-ROM. En contrepartie, l'INIST enrichira *Santé publique* d'environ 6 000 notices par an, provenant de périodiques originaux non traités par les autres partenaires du réseau. *Santé publique* sera servie par ailleurs sous son propre label. Elle sera plus riche que la version *Pascal* puisqu'elle intègre-

Les producteurs de la Banque nationale Santé Publique et leurs domaines d'activité

Centre de documentation DAS-DGS
Santé et organisation

Centre de médecine préventive de Nancy-Vandoeuvre
Épidémiologie et santé communautaire en Lorraine

Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)
Économie de la santé

Centre international de l'Enfance (CIE)
L'enfant et son environnement

Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS)
SIDA

Groupe de recherches et d'applications hospitalières, CHR de Clermont-Ferrand
Institutions sociales, protection de la santé

Comité français d'éducation pour la santé (CFES)
Éducation et promotion de la santé

Service de documentation de la DDASS de l'Aube
Environnement, système sanitaire et social

Mission de la prévention et de la programmation à la Direction de la prévention et de l'action sociale
Épidémiologie, programmes de santé

DRASS de Champagne-Ardenne
Planification, protection sociale, réglementation

École nationale de santé publique
Hôpital, santé et environnement, protection sociale

Fondation nationale de Gérontologie (FNG)
Gérontologie et vieillissement

Haut comité de la santé publique
Alcoolisme

Hospices civils de Lyon
Politique et systèmes de santé, hôpital

Institut de l'Information scientifique et technique (INIST)
Sciences humaines et sociales, sciences exactes

International Society of Medical Hydrology and Climatology (ISMH)
Hydrologie, climatologie, thermalisme

ORS Rhône-Alpes
Épidémiologie régionale, promotion de la santé

ORS Midi-Pyrénées
Épidémiologie régionale, promotion de la santé

ORS Guyane
Épidémiologie régionale, promotion de la santé

Office aquitain de recherche, d'information sur les problèmes des personnes âgées
Gérontologie, vieillissement

Service de documentation et archives de l'Assistance publique
Gestion et histoire des hôpitaux

Service de Médecine préventive et sociale au CHU ST-Antoine (Paris)
Santé communautaire, promotion de la santé, santé dans la ville

Conclusion

ra les nouveaux médias, la littérature périodique à usage applicatif pour les professionnels de la santé et intégrera un fichier des personnes ressources. Il est en outre prévu qu'elle diffuse certains documents en texte intégral.

Santé publique a adopté la forme juridique d'un Groupement d'intérêt public (GIP). L'animation administrative et technique en revient à l'ENSP. Le réseau des producteurs comportera 5 filières distinctes, encore pas toutes opérationnelles, à ce jour :

- l'Administration de la santé : ministère et services extérieurs
- l'École nationale de la santé publique
- l'INSERM
- la banque de données Pascal (INIST)
- l'Association Réseau de producteurs de données en santé publique : anciens producteurs de RAMIS et RESHUS, services universitaires de santé publique, associations, organismes parapublics.

Santé publique concrétise la politique actuelle en matière de traitement et de dissémination de l'information qui prône, à la fois, la décentralisation des fonds documentaires, laissant aux équipes productrices une grande autonomie de gestion et de conception et un accès à l'information, centralisé et aussi transparent que possible. Dans cet esprit, tout membre producteur de *Santé publique* se verra ouvert le droit à un certain nombre de prestations dont un accès préférentiel à la banque, parallèle à celui qui sera destiné aux professionnels et au public des usagers de santé.

Ce bref tour d'horizon montre qu'il existe aujourd'hui une grande variété de sources de données en santé publique. Evoluer parmi elles est parfois un exercice difficile, s'agissant en particulier des BDD, lorsque plusieurs producteurs et médiateurs se partagent un même domaine. Faut-il toutes les consulter, faut-il n'en choisir qu'une ou deux, et lesquelles ? La réflexion devrait s'engager autour des critères suivantes :

- La source des données transmises : données brutes, résultats d'enquêtes et d'études (population concernée, méthodes de recueil et d'exploitation des données), articles de presse, rapports d'activité, documents publiés ou littérature « grise »...
- La nature des informations fournies : information primaire en texte intégral, synthétisée sous forme de chiffres ou de tableaux, références bibliographiques uniquement, références accompagnées de résumés d'auteurs ou de spécialistes du domaine...
- Les modalités d'accès à l'information primaire : accès direct aux documents ou commande en ligne (délais de retour et coût de l'opération).
- La diffusion de l'information : revient-elle au producteur lui-même ou la confie-t-il à un tiers ? Quelles conditions d'accès aux BDD imposent-il alors (codes confidentiels ou accès libre, syntaxe d'interrogation, facturation) ? Organise-t-il des formations à la demande ?

Le coût des recherches est un autre élément important de la réflexion :

- Dans certains cas, lorsque l'investissement en matériel et en personnel devient trop lourd relativement à la quantité de recherches qui doivent être effectuées dans une période donnée, il conviendra de faire appel à un relais d'interrogation (ou à un médiateur de l'information) des BDD télématiques ou s'équiper d'un Minitel, éventuellement de l'imprimante thermique qui lui est dédiée, pour des recherches ponctuelles sur le réseau Télétel.
- Dans d'autres, lorsque les recherches sont suffisamment nombreuses, il faudra acquérir un micro-ordinateur muni d'une interface de connexion pour accéder indifféremment aux réseaux Télétel et Transpac ou bien encore le coupler à un lecteur de CD-ROM pour la consultation partagée – sur site – des BDD éditées sur ce support.

Documentation et santé publique

Bernard PISSARRO

*Président d'ARAMIS, Réseau
des Producteurs de données en
santé publique*

**La santé pour tous, la promotion
de la santé « nécessitent un
accès permanent et exhaustif à
l'information sur la santé...
L'information et l'éducation
doivent fournir les éléments qui
permettent des choix éclairés ;
ce sont donc des éléments
essentiels et centraux de la
promotion de la santé...
L'information doit être
accessible aux gens sous des
formes qui prennent en compte
leurs attentes, leurs croyances,
leurs préférences et leurs
aptitudes... »***

* O.M.S., Promotion de la santé, une
base de discussion sur le concept et les
principes, *Revue française de Santé
publique*, 1987, 40, p. 7-12.

L'information est essentielle pour ceux qui ont besoin d'être au fait des orientations et du fonctionnement des services de santé, pour ceux qui ont à participer au processus de prise de décision dans le champ de la santé, que ce soit au niveau local, régional, ou national, à tous les acteurs de santé, qu'ils appartiennent ou non aux professions de santé.

Information essentielle, parce qu'elle permet l'étude, la réflexion, le débat, et qu'elle est la condition de l'évolution et de l'adaptation du système de santé aux besoins des usagers, ainsi que de l'utilisation optimale des moyens, en particulier dans le champ de la promotion de la santé, mais aussi dans le domaine hospitalier, ou dans le cadre de la médecine praticienne. On ne peut pas vouloir augmenter la performance du système sans s'en donner les moyens ; et parmi ces moyens, l'élévation du niveau d'information et de formation des personnels de santé, mais aussi des usagers et des élus, est un élément déterminant.

Pour améliorer la pertinence et l'efficacité des actions de santé, il est donc indispensable que les différents acteurs aient un accès facile aux sources de documentation. Il faut aussi qu'ils soient formés à chercher, utiliser et critiquer l'information. Un certain nombre d'études prospectives montrent que la formation permanente devrait atteindre bientôt 15% du temps de travail. Ceci concerne aussi les professionnels et les responsables de santé ; c'est pourquoi il est essentiel de faciliter à chacun l'accès aux documents par tous les moyens.

Dès 1978, le CNRS mettait en place le Réseau de Sciences Humaines de la Santé, RESHUS, qui était principalement destiné aux chercheurs et aux décideurs. En 1982, quelques équipes de santé publique s'unissaient en vue de mettre en place une banque de données documentaires à disposition de tous ceux qui pouvaient en avoir besoin. Soutenu par le plan informatique, naissait en 1984 le Réseau pour l'Amélioration de l'information en Santé, RAMIS - Mémoire de la Santé. « Mémoire », la Banque de données est la gardienne du gisement documentaire, elle permet d'accéder aux documents, donc aux connaissances, elle est un répertoire organisé qui s'accroît et s'adapte sans cesse.

Afin de faciliter l'accès aux documents eux-mêmes, n'étaient analysés et inclus dans la base que les documents possédés

au moins par un des centres de documentation du réseau. L'accès à la Base a été effectif par Minitel de 1988 à 1991.

En décembre 1988, le Directeur Général de la Santé annonçait un important effort de regroupement des réseaux existants, d'extension et de développement en partenariat avec les Ministères chargés de la Santé, de la Recherche et de l'Éducation, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la recherche médicale), l'INIST (Institut de l'Information Scientifique et Technique) et l'École Nationale de la Santé Publique. En juillet 1990 était signé un protocole d'accord qui jetait, en partenariat avec le Réseau des Producteurs de données en Santé Publique, issus de RAMIS, les bases d'un Groupement d'Intérêt Public « Banque de données Santé Publique ». Celui-ci devrait voir le jour en février 1993.

Près de 40 000 références de documents provenant des bases RESHUS, RAMIS et de l'École Nationale de la Santé Publique sont regroupées, et la collecte continue. Il s'agit de périodiques, d'ouvrages, de littérature grise, de dossiers de documentation, de thèses. Le choix du serveur reste à faire.

Une banque de données pour tous les acteurs de santé

La banque de données est conçue pour répondre aux besoins de tous les acteurs de santé, c'est-à-dire un public qui dépasse largement celui des professionnels. C'est pourquoi des documents destinés plus particulièrement aux non-professionnels, soit parce qu'ils ont été conçus pour leur usage et leur niveau de formation, soit parce qu'ils sont suffisamment clairs et faciles à appréhender pour qu'ils puissent s'en servir directement, font partie des ressources inventoriées.

Un problème reste important dans ce domaine, c'est celui des coûts d'interrogation. Beaucoup d'acteurs de santé, « clients » potentiels d'information en Santé publique, n'ont actuellement pas les moyens — personnels ou institutionnels — d'interroger un serveur aux tarifs habituellement proposés. Parmi les solutions possibles, on pourrait envisager une modulation des tarifs en fonction des différentes catégories d'utilisateurs. Par exemple, les élèves, quel que soit leur niveau scolaire, sont des utilisateurs potentiels importants¹, mais habituellement peu ou pas

solubles. Même si une partie des coûts de conception et de réalisation de cette banque ont été à la charge du secteur public, et notamment de l'Éducation Nationale, il n'en reste pas moins que les coûts d'utilisation devront être prévus. L'éducation à l'information ne doit-elle pas faire partie des coûts de fonctionnement du système éducatif ?

S'il est peu probable que le système puisse s'équilibrer à court terme par les recettes provenant des interrogations, il génère cependant des économies :

- En tout premier lieu, le partage du travail d'analyse et d'indexation des documents permet de libérer du temps de documentalistes. Il en est de même de la récupération du catalogage des documents figurant dans la banque de données.
- Certains produits documentaires n'étaient pas réalisés dans les centres appartenant au réseau. Ils pourront dès lors être édités automatiquement : catalogues par sujet, par domaine, par support ... sans parler de la recherche documentaire et de l'édition « sur profil », à la demande d'un utilisateur ! Là, c'est le service rendu à l'utilisateur qui est amélioré : le gain est qualitatif.
- L'amélioration qu'on est en droit d'attendre au niveau de l'information des utilisateurs est impossible à quantifier, mais restera à apprécier dans le cadre d'un dispositif d'évaluation à mettre en place.

Quelques perspectives

Dès maintenant, les informations peuvent être transférées sur des disques compacts de très grande capacité de stockage ; libérées de leur support d'origine, elles seront disponibles en permanence sur les lieux de travail, à des coûts accessibles. Les machines sont assez performantes pour parcourir à grande vitesse les textes, les images, les sons ... et repérer les informations sans que nous ayons besoin d'autre chose que de nos mots de tous les jours pour leur en donner l'ordre.

Les perspectives ainsi ouvertes, notamment par la généralisation — et la baisse des coûts — des CD-ROM, devraient être exploitées dans le champ de la santé publique, permettant une meilleure diffusion, notamment vers les pays en voie de développement. C'est ce que fait déjà le Centre International de l'Enfance.

Mais si la collecte et le traitement exhaustifs des données bibliographiques dans le champ de la Santé publique sont une étape initiale essentielle, l'augmentation rapide du nombre des références rend difficile l'utilisation de la base pour de nombreux utilisateurs. De plus, cette surabondance s'accompagne habituellement d'une grande difficulté d'accès au contenu des documents eux-mêmes. Il en est de même en ce qui concerne l'absence d'appréciation sur le contenu des documents, l'analyse « objective » des documents étant la règle normale et souhaitable de l'analyse documentaire pour les banques de données.

C'est pourquoi il deviendra vite indispensable de développer des sélections documentaires annotées et critiques qui ne viseront plus à l'exhaustivité, ni à l'« objectivité ». Certaines pourront présenter des points de vue complémentaires ou contradictoires, et apporter les éléments nécessaires à un débat ou à des possibilités de choix. D'autres refléteront plus les opinions et les prises de position de leurs auteurs et les utilisateurs pourront se reconnaître au travers de la « grille de lecture » qui sera celle de chacun d'entre eux.

Transcriptase, la revue du CRIPS², est un bon exemple du premier type. Le deuxième se rapproche des « Dialogues et documents pour le Progrès de l'Homme »³.

Au total, la mise en place de la Banque de données Santé publique est une première étape fondamentale. La prochaine étape devra être la mise en oeuvre de moyens diversifiés d'accès aux documents eux-mêmes et à leur contenu.

¹ Les projets d'action éducative (PAE) concernant la santé sont de plus en plus nombreux.

² *Transcriptase*, CRIPS, 128, rue Lecourbe, 75015 Paris

³ Fondation pour le Progrès de l'Homme, 32, rue Saint Sabin, 75011 Paris

Documentation et éducation pour la santé

une légitimité dans l'action

Véronique DUTRECH

Documentaliste

François BAUDIER

*Délégué Général Adjoint
Comité Français d'Éducation
pour la Santé*

Je voudrais faire une étude sur

les slogans des campagnes

Tabac des dix dernières années

Combien de brosses à dents

achètent les Français par an ?

Je prépare un dossier sur

l'automédication

Comment faire pour évaluer une

action de nutrition ?

Quelle est la consommation

d'alcool des chômeurs ?...

Les questions qui sont

adressées au Centre de

Documentation du Comité

Français d'Éducation pour la

Santé (CFES) sont variées. Elles

sont le reflet de l'étendue du

champ d'action de l'éducation

pour la santé.

Le fonds documentaire s'est constitué en fonction des activités et priorités du Comité, c'est-à-dire la promotion de la santé par l'information et l'éducation.

Analyse de la demande

Quelques chiffres permettent d'évaluer, sur dix ans, l'évolution de la demande de documentation scientifique et technique (et non la demande de dépliants et de brochures) que le CFES a traitée.

En dehors de l'augmentation très significative du volume des demandes assurées grâce au renforcement sensible de l'équipe de documentation du CFES, il est possible de faire les constats suivants sur l'évolution des besoins en information :

- L'accroissement des demandes émanant des CRES/CDES/DIREPS (Comités Régionaux et Départementaux d'Éducation pour la Santé, Délégations Inter-Régionales pour l'Éducation et la Promotion de la Santé) est révélateur de l'importance du facteur de proximité. Les intervenants en éducation pour la santé veulent et doivent pouvoir disposer rapidement des documents primaires (études, rapports,...) et s'adressent aux structures d'information locales. Depuis plusieurs mois, un fonds commun d'information, actualisé toutes les semaines existe dans 60 comités. Cette évolution sera encore renforcée par la mise en place de pôles documentaires performants dans chaque DIREPS.
- L'éducation pour la santé est un thème prépondérant retenu par les élèves en économie sociale et familiale (BTS, Bac F8) et les élèves infirmières, puéricultrices, sages femmes, ... La sensibilisation de ce public à ce thème est notable.
- La presse accorde une plus large place à la santé. L'information sort, grâce aux médias, du milieu restreint des professionnels. Il en résulte également une demande de renseignements plus « pointus » de la part du public.

Quant aux thèmes des recherches documentaires, l'évolution la plus frappante au cours de ces dernières années est la quasi-disparition de demandes d'information sur les maladies vénériennes, ainsi qu'un désintérêt apparent pour l'information sexuelle et la planification familiale.

L'approche populationnelle (santé des publics défavorisés, jeunes en difficulté, adolescents, personnes âgées, ...) émerge fortement au niveau des demandes.

La pratique documentaire

Si l'on s'en réfère à l'expérience du CFES, trois constats s'imposent, concernant la pratique documentaire :

- L'éducation pour la santé est au croisement des sciences sociales et de la médecine. Le champ d'investigation est donc très large. L'accès le plus rapide à l'information dans des domaines connexes est l'interrogation de bases de données.

Dans leur ouvrage sur les sources d'information en santé publique¹, C. Guénot et M. Goupil ont recensé, en 1990, 33 services vidéotex accessibles sur minitel et 34 bases de données bibliographiques. Quelques CD-ROM (Compact disk read only memory) existent également. La Banque de Données en Santé Publique (BDSP), qui sera l'équivalent d'une grande bibliothèque en ligne, jouera un rôle primordial de diffusion d'information si l'on considère l'importance et la variété des producteurs qui l'alimenteront².

Tout le travail réalisé par des documentalistes en amont de la mise à disposition de l'information dans les bases de données (sélection, indexation et résumé pour les bases bibliographiques classiques) est à l'origine de l'efficacité de ces outils.

- Autre élément vital dans cette pratique documentaire : la constitution d'un réseau de documentalistes. Si l'on interroge le service ABCDOC³ qui recense les services d'archivage, les centres de documentation et les bibliothèques, 13 centres sont signalés détenant de l'information sur la santé publique en Ile-de-France. La connaissance des richesses documentaires des centres travaillant dans le même secteur a permis au CFES de développer un fonds spécifique à l'éducation pour la santé et facilite l'orientation du public sur des centres pertinents.
- Les moyens humains en documentation sont faibles. Lorsqu'une documentaliste est recrutée dans le secteur sanitaire et social, elle bénéficie souvent de conditions de travail précaires et ne dispose pas toujours de moyens matériels suffisants pour créer une base de données. La connaissance du fonds documentaire passe donc par la documentaliste professionnelle. Mais, le rôle essentiel de celle-ci demeure dans le contact avec le demandeur d'information : accueil,

décryptage de la demande et assistance pour un bon usage des ressources documentaires.

Perspectives actuelles

La documentation reste un domaine marginal bien qu'en progression constante, dans le secteur de l'éducation et de la promotion de la santé.

Une véritable pédagogie de l'utilisation des ressources documentaires est à mettre en place pour les acteurs en santé publique. L'absence de réflexe « documentation » peut s'expliquer de plusieurs façons :

- Tout d'abord, il y a confusion entre ce qui relève de la diffusion de brochures, dépliants, affiches ... (ce que beaucoup appellent la documentation), et d'une véritable consultation documentaire. Il est donc nécessaire de dissocier, dans l'esprit des gens ce qui est une simple diffusion d'outils de communication, et ce qui est une démarche plus analytique autour de ressources documentaires.
- Les acteurs de terrain en santé publique sont avant tout des femmes et des hommes d'action. Il est souvent difficile pour eux de consacrer un temps suffisant à une recherche documentaire exploratoire. Ils veulent agir pour répondre immédiatement aux besoins du public. Cette précipitation, compréhensible et légitime, nuit à la réalisation de toute la phase préalable aux activités de terrain : études des besoins, choix des priorités, définition des objectifs... Or, c'est surtout dans cette étape initiale que la recherche documentaire trouve sa place.
- Les publications en santé publique étant relativement rares, il n'existe pas de réflexe d'écriture et donc en corollaire pas d'habitude de consultation documentaire. Seules les équipes universitaires ont opté pour ce type de démarche. Il y a là un dysfonctionnement qu'il faut rompre si l'on ne veut pas rester dans un dispositif artisanal de « littérature grise » et dans un système trop confidentiel d'échange et de partage d'expériences.
- Enfin, la technique documentaire actuelle s'appuie très largement sur l'outil informatique. Elle est par conséquent en évolution constante, ce qui rend son appropriation relativement complexe pour des personnes qui ne sont pas toujours familiarisées avec l'outil informatique.

Le CFES et les comités d'éducation pour la santé se sont actuellement fixé comme priorité le développement du réseau documentaire, essentiellement pour deux raisons :

- Il ne peut y avoir de démarche méthodologiquement sérieuse en santé publique sans un accès aisé à une source documentaire fiable,
- Les CRES et CDES constituent des lieux naturels où les acteurs de terrain (enseignants, médecins, travailleurs sociaux, infirmières, ...) ont pris l'habitude de venir chercher de l'information, il est donc logique qu'un service de qualité puisse leur être offert pour répondre à ce besoin.

¹ Guénot C., Goupil M., *S'informer, se documenter : guide des sources de données en santé publique*, Rennes, ENSP, 1990, 183 pages (épuisé)

² INIST, INSERM, ENSP, FNG, CIE, CRIPS, ORS, CREDES, Centre de Médecine Préventive Saint Antoine, CFES,...

³ ABCDoc, produit par ORIADOC : 36 15 SUNK

Ressources documentaires en santé publique

**Maria Antonia
BERTRAND
BASCHWITZ**

*Responsable du Centre
de Documentation
RESODOC
Unité d'Éducation pour
la santé
Faculté de Médecine,
Université Catholique de
Louvain,
Centre collaborateur en
documentation du
Bureau régional de
l'Europe de l'O.M.S.*

*Coordinatrice du réseau
DOCTES, base de
données partagée en
éducation pour la santé
(Communauté française
de Belgique) et des
bases de données du
volet documentaire du
Projet « Société et
santé » (Service de
programmation de la
Politique Scientifique de
Belgique).*

Évolution de la demande et de l'offre

La production documentaire est conditionnée à l'évolution de la recherche et plus largement à celle de la pensée. Le concept de santé a évolué vers une approche globale, comprenant non seulement l'état de santé physique ou mentale de l'individu mais aussi son bien-être individuel et collectif. Pour appréhender la santé globale de l'individu ou de la communauté, il faut tenir compte des différents milieux où elle évolue. Cette réflexion implique inévitablement différentes disciplines. La Santé Publique a cessé d'être l'affaire des médecins, elle est devenue pluridisciplinaire et interdisciplinaire.

L'esprit cartésien qui caractérise notre culture française, aidé par l'évolution de la science, a développé la tendance à pratiquer des analyses fractionnées en sélectionnant les concepts et en les intégrant dans une structure. Ainsi, l'être humain a lui aussi été savamment « décortiqué » et étudié partie par partie ; cette approche sélective a longtemps empêché la perception de l'individu dans son entièreté.

Le concept de santé n'a pas échappé à cette réflexion collective de fond ; une demande d'information s'est manifestée progressivement vers d'autres disciplines qui pouvaient compléter la compréhension de la santé devenue plus communautaire que publique. Aux aspects épidémiologiques (constats de l'état de santé) et d'hygiène sont venus se joindre les aspects sociologiques, psychologiques, environnementaux et, au-delà de ceux-ci, les aspects anthropologiques et culturels liés à notre nouvelle société multiculturelle (l'identité culturelle, les représentations de la santé, etc.). La recherche en Santé Publique a trouvé, de ce fait, un champ important de réflexion et nombreux sont les scientifiques qui souhaitent approfondir leurs recherches. Leur demande en documentation est donc précise mais large ; elle couvre différents domaines et ceux-ci interfèrent les uns avec les autres.

Parallèlement à cette réflexion des chercheurs, les acteurs de terrain ont intensifié leurs actions dans le but d'améliorer la santé collective. Le travailleur social est régulièrement confronté aux problèmes de santé (physique, mentale ou sociale) de la population. Ainsi, il ne peut pas aborder un problème social (chômage) sans tenir compte des facteurs comme la santé, l'environnement familial, la formation, etc. En réfléchissant

à son action, il aboutit, tôt ou tard, au besoin de s'informer. Comment planifier l'action ? Quels sont les besoins propres à son public ? Comment étudier la situation ? Comment dégager des priorités d'action ? Comment réaliser un programme efficace ? Comment évaluer l'impact de ce programme ? etc. Ce travail préalable de réflexion et de planification permet d'aboutir à des actions pertinentes. Les relais sociaux et les personnels de santé cherchent ainsi à se documenter sur la méthodologie de la promotion et de l'éducation pour la santé. L'information que nécessitent ces actions ne peut ignorer la connaissance du milieu concerné, les différents stades de développement de la personne (enfance, adolescence, âge adulte ou vieillesse) qui impliquent des méthodes appropriées.

Si le monde de la recherche et celui de l'action sur le terrain s'intéressent et investissent dans la santé communautaire, le monde politique - qui décide et finance (mais aussi qui dépend de son électoral) - appuie de plus en plus les équipes qui travaillent dans ce secteur. Il s'intéresse au développement des structures capables d'accueillir ces équipes de chercheurs ou d'acteurs en Santé Publique. Les acteurs politiques sont eux aussi demandeurs d'informations ; leur demande est très précise et elle doit être comblée rapidement, le « temps » politique étant toujours très court...

Ces trois secteurs (recherche, milieu associatif, monde politique) qui évoluaient parallèlement ont actuellement tendance à se rencontrer plus, chacun ayant besoin des spécificités des autres.

Face à la demande de plus en plus pressante et précise, les centres de documentation ont proliféré ; ils se sont équipés pour être plus performants et se sont informatisés, ... Spécialisés dans un secteur, visant un public précis, ne pouvant répondre à une demande trop diversifiée, ils se sont constitués en réseaux.

Le travail coordonné avec d'autres équipes est devenu symbole d'efficacité et d'économie. L'évolution technologique (informatique et télématique) permet actuellement de constituer des banques et des bases de données documentaires qui offrent non seulement un accès moins laborieux aux documents, mais surtout, qui permettent un transfert d'information rapide qui accélère l'évolution de la recherche et, par là-même l'évolution de la pensée.

L'offre et la demande vont de pair, chacune contribue au développement de l'autre.

Fonction documentaire

Dans ce contexte, le centre de documentation joue un rôle essentiel : centraliser l'information (qui existe par ailleurs et qui se développe tous azimuts), l'adapter à la demande (qui peut être tout à fait personnalisée ou élargie), sélectionner cette information, la traiter et la diffuser.

Étant donné la rapidité de la production intellectuelle, parallèlement à la diminution du temps imparti pour la recherche ou l'action, la solution idéale pour un utilisateur (chercheur, politicien, relais ou acteur) est de disposer d'un documentaliste, d'une équipe documentaire ou d'un réseau d'équipes qui facilitent l'accès aux contenus de cette production.

Actuellement, un documentaliste ou un centre de documentation isolé est voué à court ou à moyen terme à la disparition. Son rôle d'informateur l'oblige à travailler en collaboration, à développer les contacts et à s'équiper du matériel nécessaire à la réalisation de sa tâche. Il est inutile de recommencer seul le travail déjà réalisé par d'autres ; par contre l'efficacité est largement accrue quand il peut profiter des ressources existantes pour accéder à toute l'information disponible dans les secteurs périphériques au sien.

L'équipe documentaire doit concentrer ses forces dans le domaine qui l'occupe, domaine qui peut être d'autant plus approfondi qu'il se complète en participant à un réseau. La Santé Publique devient un domaine vaste. On peut être documentaliste spécialisé dans un seul aspect (les toxicomanies, l'éducation nutritionnelle, la santé de la mère et de l'enfant, l'éducation pour la santé, l'épidémiologie, l'environnement physique, l'économie de la santé, les handicaps, la gestion des services de santé, etc.) et par ailleurs être très bien informé sur ce qui est produit par d'autres spécialistes de la santé.

La facilité d'accès à l'information (à condition d'être bien équipé) permet d'approfondir les contenus. Cette démarche ne se fait correctement que par la motivation entraînée par la demande. Un documentaliste devrait toujours garder un contact avec l'utilisateur, l'analyse qu'il fera du document sera filtrée selon l'intérêt suscité par son public et c'est cela même qui engendre sa spécialisation.

À l'avenir, deux lignes de force vont être nécessaires aux documentalistes pour remplir leur mission : l'une divergente et l'autre convergente. C'est-à-dire : une ouverture vers des contacts, des informations, des

collaborations, vers un élargissement de son horizon d'une part et, une connaissance en profondeur de son domaine, des spécialistes, des ressources, des contenus, d'autre part. Bref, une connaissance « pointue », vue sa spécialisation propre. Le documentaliste a deux sources principales d'information : les documents et les utilisateurs. Il est l'interface entre l'information et le chercheur d'information.

Au-delà des aspects techniques propres à la profession, le rôle de l'équipe documentaire est aussi de maintenir ce dialogue documentaliste-utilisateur, important non seulement pour la recherche documentaire, mais aussi dans le but d'améliorer le savoir-faire du documentaliste qui en fera bénéficier les utilisateurs suivants.

Pour remplir cette mission, le centre de documentation doit être lui-même producteur d'outils d'information ; il ne peut pas rester en marge de la circulation de celle-ci puisqu'il doit la faciliter.

Projet banque de données nationale de santé publique

L'amélioration de l'outil informatique combinée avec les progrès dans le domaine des télécommunications permettent aujourd'hui ce qui paraissait impensable il y a 15 ou 20 ans.

Il est, me semble-t-il, tout à fait admis, souhaitable, recommandé et même incontournable que chaque pays, et même chaque communauté, s'équipe de sa propre base de données documentaire en santé publique*. La documentation nationale et locale représente un intérêt particulier dans le domaine de la santé où le contexte psycho-socio-économique et environnemental a une influence directe.

Il serait intéressant d'améliorer le projet national par une coordination au niveau international qui permettrait l'économie de la sélection, le catalogage et l'analyse de la littérature internationale dans chacune des bases nationales.

Quels sont les avantages et les inconvénients de ce projet de banque ou base de données nationale ? Pourquoi est-il difficile d'aboutir à un résultat souhaité par tout le monde ? Comment contourner la difficulté

* Je parle chaque fois de bases de données documentaires, mais les mêmes principes peuvent être appliqués à des banques de données factuelles où les données très précises sont beaucoup plus tributaires du contexte local.

pour aboutir malgré tout à une réalisation valable ?

Voici les questions qu'un producteur de bases de données documentaires dans une culture latine se pose (les anglo-saxons y aboutissent avec moins de difficultés).

L'avantage immédiat et principal de ce projet est l'efficacité dans la transmission de l'information : le fait de consulter un seul outil en ayant un maximum d'informations pertinentes par rapport à la question posée (à condition d'avoir en même temps la localisation des documents ou de l'information demandée ainsi que l'accès à ceux-ci).

L'information documentaire permet une amélioration sensible des recherches et des actions. Par conséquent une nation ne peut pas rester insensible à son propre progrès. Il faut tenir compte des aspects liés à la sauvegarde de la pensée écrite, la mémoire de la communauté, même si dans une base de données documentaire ils sont seulement présentés sous forme de références. Cet outil est important pour les bibliothèques dont le rôle est aussi celui de sauvegarder le patrimoine communautaire.

La réalisation concrète de ce projet pose plusieurs problèmes que nous ne ferons que citer. De nombreux aspects interviennent dans la réalisation d'une base de données. D'une part les choix politiques qui précèdent la réalisation, d'autre part la réalisation propre du projet, la gestion qui garantit le suivi, les développements, le contrôle de la qualité, l'évolution et l'évaluation. Par ailleurs, la création et/ou l'adaptation des outils de traitement documentaire et informatique, la formation du personnel, l'amélioration des services offerts au public, etc. sont des aspects non négligeables.

La réussite d'un tel projet passe par la collaboration et par la coordination étroite des équipes partenaires du projet. Il est possible de réaliser ce projet seul en perdant probablement beaucoup d'informations et surtout en appauvrissant les contenus. Ce choix a rarement été fait par les gestionnaires.

L'expérience de coordination que nous avons réalisée en Belgique me permet d'affirmer que la collaboration enrichit le résultat. Quelques conditions sont néanmoins nécessaires pour aboutir à un résultat intéressant :

- la volonté de collaboration de la part des équipes partenaires.

Le but du projet est prioritaire par rapport aux intérêts particuliers des partenaires. Il est néanmoins important de tenir compte

des aspects institutionnels propres à chaque équipe lors de l'établissement de la collaboration ; un contrat clair doit être négocié et établi dès le départ avec le(s) responsable(s) de l'institution et avec le responsable de la documentation.

- la fonction documentaire doit être reconnue au sein de l'institution qui participe au projet. Une mouvance de personnel, une ambiguïté dans la détermination de responsabilités, etc. entraîne une difficulté importante dans le suivi.
- les documentalistes doivent suivre une formation permanente et appliquée au projet pour assurer la cohérence et la qualité de la base (réunions qui intègrent des séances de formation aux traitements documentaire et informatique, l'adaptation des outils, le suivi, etc.).
- chacun doit se donner les moyens nécessaires à la coordination.

Pour conclure cet aperçu sur la coordination, je vous livre quelques réflexions inspirées de la collaboration d'équipes travaillant toutes dans le secteur de la santé publique : ces équipes sont souvent fort spécialisées et ont une vision propre de leur contexte ; chaque équipe a une approche différente qui tient compte de sa spécialisation, de son public, de son savoir-faire..., la documentation est analysée par des spécialistes d'un domaine. Le cumul des données, ainsi analysées par plusieurs équipes, n'est pas toujours cohérent mais il diversifie l'approche. Concilier l'analyse spécialisée et la cohérence, par rapport à une recherche documentaire moins spécialisée, est un des problèmes que soulève la base de données partagée. Le vocabulaire contrôlé (thesaurus) qui permet cette analyse devrait résoudre ce problème.

Cette difficulté perçue par les gestionnaires de bases de données l'est moins par la majorité du public qui cherche surtout à s'informer et qui s'adapte facilement à la documentation qui lui est proposée.

Au-delà de la base de données nationale en Santé Publique, il ne faut pas négliger l'importance de son impact sur le reste du monde : le transfert de l'information et de la documentation vers d'autres pays et d'autres cultures devrait être perçu comme une responsabilité prioritaire des pays industrialisés. En effet, pour certains pays, l'amélioration de la santé communautaire est souvent une question de survie.

La santé publique, ressource documentaire

Françoise ROUCH

*Directeur Régional des Affaires
Sanitaires et Sociales*

**Docteur Annie Claude
MARCHAND**

DRASS Champagne-Ardennes

**La santé publique est un
domaine extrêmement vaste
qui recouvre une très
grande variété de thèmes et
met en jeu de multiples
intervenants.
L'interdisciplinarité est la
règle générale, elle s'appuie
sur une culture et un
langage communs, celui de
la santé publique, qui
permettent à des
partenaires venant
d'horizons professionnels
divers de communiquer.**

Les besoins en information vont donc couvrir tous les champs de cette discipline, qu'il s'agisse de l'épidémiologie, l'économie ou encore la sociologie. Comme la santé publique elle-même, les besoins en information sont en perpétuelle évolution : qu'une maladie inconnue apparaisse, que de nouveaux moyens techniques ou thérapeutiques, de nouvelles disciplines (telle l'évaluation) se développent, le besoin de connaissances dans ces domaines devient nécessaire puis indispensable, le délai souhaité de réponse étant en général le plus court possible.

Les nouveaux outils de la communication permettent au système d'information en santé publique d'améliorer son niveau de performance ; l'offre et le besoin dans ce domaine sont intimement liés : la nécessité de communiquer entre des partenaires nombreux et éloignés géographiquement les uns des autres a certainement contribué à la mise en place de réseaux et au développement de techniques de circulation de l'information de plus en plus sophistiquées. Inversement, les moyens techniques de plus en plus puissants ont permis une diffusion de plus en plus large de l'information, celle-ci devenant alors plus multiforme.

La fonction documentaire en santé publique peut, à mon sens, porter schématiquement sur 2 axes :

- un premier axe concerne ce qu'on pourrait appeler les recherches thématiques finalisées ; entrent dans ce cadre les recherches bibliographiques, les mises à disposition de référentiels. Il s'agit d'une information assez théorique ;
- un deuxième axe concerne l'échange d'information entre professionnels de terrain : diffusion, confrontation des expériences et des pratiques. Il a une dimension plus pragmatique.

Le problème le plus important à résoudre reste celui de la pertinence des données produites au regard de celui qui les sollicite : la demande peut concerner des sujets très pointus posant alors la question des domaines couverts par la fonction documentaire : faut-il offrir une information sur des sujets très variés, au risque de rester assez superficiel ou faut-il sélectionner plusieurs thèmes qui seront explorés plus profondément ? Comment assurer efficacement une mise à jour dans des domaines très variés ? Comment fournir une information de qualité à des interlocuteurs multiples et intéressés par des sujets très divers.

La mise en place d'une banque nationale de données de santé publique pose plusieurs questions et en premier lieu celle de sa liaison avec les structures déjà en fonctionnement, type Observatoire Régional de la

santé ou Réseau National de santé publique. Il me semble qu'une synergie peut être obtenue en les couplant ensemble de manière à ce que, dans le cas du réseau national par exemple, la médiatisation de l'un profite à l'autre. En ce qui concerne les O.R.S., ceux-ci détiennent déjà des informations variées en matière de santé publique. Il peut alors sembler plus judicieux que la Banque Nationale de données fonctionne plutôt comme un réservoir de personnes ou de structures ressources plutôt que comme une source propre de données de base, ou moins dans les sujets qui sont déjà couverts par des banques de données existantes spécialisées (pharmacovigilance, toxicomanie, SIDA, etc.). La Banque Nationale pourrait, quant à elle, développer des domaines spécifiques mal couverts actuellement. La constitution d'un réseau coordonné par la Banque Nationale permettrait certainement d'accroître le niveau de ces structures. Par ailleurs, certains problèmes de santé publique ont une importance variable selon les régions (y compris en France métropolitaine), celles-ci peuvent alors être très impliquées dans ces domaines. Un recueil régionalisé de l'information peut apparaître, dans ces situations, comme une solution très pertinente.

Il faut également évoquer le problème de l'accès à l'information, soit librement par toute personne intéressée, soit sous forme restreinte dans le cadre de centres documentaires décentralisés. La première éventualité nécessite la mise en place d'un système convivial avec des mots-clés utilisables par des interlocuteurs « tout venant », système assez lourd à gérer. La deuxième, reposant sur des personnes ressources en matière de documentation (les centres de documentation des DRASS pourraient jouer ce rôle ; situés au niveau régional, ils sont déjà au croisement d'un grand nombre d'informations qu'ils redistribuent) permettrait de mettre en oeuvre des programmes de recherche documentaire plus sophistiqués et plus précis.

Enfin, la Banque de Données Nationale pourrait éditer régulièrement des informations sous la forme de recueils thématiques ; ceux-ci pourraient, comme dans le cas de l'accès, être diffusés à 2 niveaux, soit directement au niveau des acteurs de terrain, avec les difficultés de ciblage des interlocuteurs que l'on connaît bien, soit au niveau de centres secondaires décentralisés, travaillant en réseau et ciblant mieux les partenaires susceptibles d'être intéressés.

Quelques services Vidéotex utiles en santé publique

Banques de données documentaires

BIBDENT

Banque bibliographique spécialisée en odontostomatologie

36 16 BIBDENT
Association dentaire française (Lille 2)

BIOETHICS

Base bibliographique en éthique médicale

36 29 00 36
INSERM

EMC

Banque bibliographique résultant du dépouillement de 400 revues biomédicales internationales

36 16 EMC
L'Encyclopédie médico-chirurgicale

ENSP

Les travaux de recherche sous forme de mémoires, articles ou ouvrages des élèves et enseignants de l'ENSP

36 17 ENSP
École nationale de santé publique

FRANCIS

Banque bibliographique en économie de la santé

36 29 36 01
INIST-CDSH

INRS-BIBLIO

Banque bibliographique en hygiène et sécurité du travail

36 28 82 63
INRS

MEDLINE

Banque bibliographique biomédicale internationale

36 29 00 36
INSERM-IMA

MEETING

Banque des congrès scientifiques et techniques

36 29 92 63
CEA et CEDOCAR

PASCAL

Banque bibliographique multidisciplinaire, 3 millions de références biomédicales

36 29 36 01
INIST-CNRS

PRISME

Banque de données en sciences et action sociales (revues et mémoires depuis 1986-87)

36 17 PRISME
Josette Roze
64, avenue Marx Dormoy
63000 Clermont Ferrand

QM

Service du *Quotidien du Médecin* accessible seulement aux médecins, pharmaciens et biologistes

36 15 QM
Quotidien du Médecin

REDATEL

Banque bibliographique en matière de rééducation et réadaptation des handicapés physiques et sensoriels + répertoire des organismes

36 16 REDATEL
Fédération Re - Ha
Eck Bois Larris
60260 Lamorlaye

REMISIS

Réseau d'informations sur les migrations internationales Informations sur les migrations internationales et les relations interethniques (droit, économie, emploi...)

36 28 00 06
CNRS - REMISIS
59-61, rue Pouchet
75849 Paris Cedex 17

RISRA

Information sociale sur la famille, la petite enfance, les personnes âgées, les étrangers

36 15 RISRA
Katy Compat
3, rue du Président Herriot
69001 Lyon

URBAMET

Économie générale, droit, politique, sciences humaines et sociales dans le domaine de l'urbanisme

36 29 00 15
Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France

Informations sanitaires et sociales

AFP

Les dépêches des trois derniers mois de l'Agence France-Presse au jour le jour, minute par minute

36 15 AFP
Agence France-Presse

AFP-PRO

Base d'actualité regroupant les textes intégraux des dépêches de l'Agence France-Presse

36 29 36 19
Agence France-Presse

ALCO

L'alcoologie en France : boissons, législation, épidémiologie

36 16 ALCO
Centre d'alcoologie de Nancy

ALCOINFO

Actualité en alcoologie, adresses utiles, annonces de congrès

36 14 ALCOINFO
Secrétariat général du Haut Comité de la santé publique

ASH

L'actualité sociale

36 16 ASH
Les Actualités sociales hebdomadaires

GEODATEL

Banque de données statistiques sur les communes, départements et régions. Données chiffrées de l'INSEE, EDF et Direction générale des Impôts

36 29 00 51
Laurent Lepiller
Tour Vendôme
204 Rond Point du Pont de Sèvres
92516 Boulogne Billancourt

JOEL

Les textes parus au *Journal officiel* depuis le 1/1/1986

36 16 JOEL
Le Journal officiel de la République Française

Outils bibliographiques

ABCDOC

Recensement des centres d'archivage, des centres de documentation et des bibliothèques français

36 15 SUNK ou 36 16 SUN
Oriadoc

BPI

Catalogue des documents consultables à la bibliothèque du Centre Pompidou

36 15 BPI
BPI
M.J. Bourgain
19, rue de Beaubourg
75197 Paris Cedex 04

CCN

Catalogue des périodiques français et étrangers. Localisation des bibliothèques et centres de documentation qui en disposent.

36 17 CCN
Ministères de la Recherche et de l'Éducation nationale

ELECTRE

Catalogue des ouvrages édités en France

36 17 ELECTRE
Cercle de la Librairie

TELETHESES

Thèses de lettres, sciences humaines et sociales, odontologie et médecine, soutenues en France

36 15 SUNK
Centre national du CCN -
Ministère de l'Éducation nationale

Annuaire des services Vidéotex

MGS

Annuaire des services vidéotex

36 14 MGS ou 36 15 MGS
France Télécom

Légende

Nom du service

Contenu du service

Code d'accès

Producteur

Personnes, ressources

ADMITEL

Répertoire de l'administration française

36 16 ADMITEL
La Documentation Française

BIR

Répertoire des équipes de recherche de l'INSERM

36 17 BIR
INSERM

IBISCUS

Banque de données sur le tiers-monde et fichier des organismes travaillant dans ce domaine

36 28 00 12
M. Guignard
1 bis, avenue de Villers
75007 Paris

JURISANTÉ

Banque de données juridiques des personnels de santé

36 29 00 01
ADHOCS
23, rue Tronchet
75727 Paris

LABINTEL

Équipes de recherche du CNRS

36 15 LABINTEL
Catherine LAURENT
CNRS
15, avenue Anatole France
75700 Paris

MISASOL

Fichier des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)

36 14 MISASOL
Ministère de la Santé

OPM

Annuaire des entreprises, des médecins et des élus en France

36 15 OPM ou 36 16 OPM16
Office national de promotion des municipalités

UREF

Banque de données sur l'activité et l'enseignement en Afrique, aux Caraïbes et dans l'Océan indien

36 15 UREF
Aupelf

Les CD-ROM disponibles en France

Outils bibliographiques

Bibliographie Nationale Française

Références des documents entrés, par dépôt légal, à la Bibliothèque nationale. (6 500 F/an)

CD-Thèses

Catalogue des thèses françaises soutenues depuis 1972. (4 500 F/an)

Electre Biblio

Ouvrages publiés par plus de 6000 éditeurs et distributeurs français adhérent au Cercle de la Librairie. (Entre 8 300 F et 13 000 F/an)

Lisa

81 000 résumés tirés de plus de 550 périodiques de 110 pays dans plus de 30 langues différentes. (5 800 F/an)

Myriade

Catalogue collectif national des périodiques répartis dans 2 800 centres de documentation et bibliothèques. (5 500 F/an)

Banques de données en santé

AIDS : information and education welfare

Texte intégral de 230 publications principales sur le sida. (*Ebsco*, 6 000 F/an)

AIDSLine

Extrait de diverses BDD dont Medline, Health Planning et Cancerlit. (*Euro-CD*, 4 000 F/an)

CD-ROM Bird

BDD du CIE sur la santé de la mère et de l'enfant. (*CIE*, 3 200 F/an)

Cancer-CD

Compilation des BDD Excerpta Medica, Cancerlit et Year Book of Cancer. (*SilverPlatter*, 18 450 F/an)

CD-Med

Une spécialité médicale. (extrait de Medline, congrès, annuaire d'équipes, ouvrages) par disque et 4 thèmes : maladies infectieuses et sida ; gynécologie-obstétrique ; MCV ; Anesthésie-réanimation. (*INSERM*, 1 thème 7 000 F/an, 4 thèmes 18 000 F/an)

Compact Library Aids

Études du San Francisco General Hospital, extraits de Medline et articles intégraux des principales revues biomédicales. (*Europériodiques*, 5 000 F/an)

Excerpta Medica Library Service

Banque de données bibliographiques accompagnées de résumés (biomédecine, environnement, politique sanitaire, médecine légale...). (*SilverPlatter*, de 7 500 à 10 000 F/an)

Excerpta Medica Abstracts Journals

Extraits publiés dans Excerpta Medica. (*Elsevier*, 13 000 F/an)

Francis

BDD bibliographique en sciences humaines, sociales et économiques. (*CNRS*, de 7 000 à 20 000 F/an)

Health Plan CD

BDD sur la sécurité sociale, le financement, le personnel, la planification en matière de santé. (*SilverPlatter*, 6 800 F/an)

Medline

Intégralité de la BDD Medline. (*Cambridge Scientific Abstracts*, prix variable selon les formules d'abonnement)

Medline

Intégralité de la BDD Medline. (*Dialog*, environ 6 000 F/an)

Medline

BDD Medline + citations bibliographiques. (*SilverPlatter*, 14 000 à 16 000 F/an)

OSH-ROM

Données sur la santé et la sécurité dans le milieu du travail collectées par le NIOSHTIC. (USA et l'ONU. (*SilverPlatter*, inconnu)

Pascal

BDD multidisciplinaire en sciences exactes et sciences de la vie. (*INIST*, 15 000 F/an)

Pediatrics

Le journal dans son intégralité depuis 1983. (*CMC ReSearch*, 2 800 F/an)

Social Science Citation Index

Plus de 2 millions d'articles parus dans les périodiques internationaux spécialisés dans le domaine des sciences sociales. (25 000 F/an)

Sport Discus

BDD consacrée au sport : entraînement, médecine sportive, diététique, éducation physique, histoire du sport. (*SilverPlatter*, 10 800 F/an)

Les banques de données sur le sida et leur évolution

La demande d'information rapide et actuelle en matière de sida s'est considérablement accrue en raison des efforts intenses développés partout dans le monde pour juguler le développement de la maladie. Etant donné les délais exigés par la publication scientifique, les fonds documentaires classiques des BDD ne peuvent rendre compte précisément de l'état des connaissances du moment et de l'avancement des recherches et des essais expérimentaux en cours. De ce fait, les méthodes de diffusion en ligne de l'information ont été revues : accès au texte intégral et accès aux rapports non publiés constituent les nouvelles exigences en matière d'information sanitaire.

Dans le domaine du sida, les bases de données traditionnelles cèdent peu à peu la place aux bases uniquement accessibles sur CD-ROM ou disquettes :

- **AIDSLINE** (extraite de MELDINE) est l'outil bibliographique télématique le plus exhaustif dans le domaine du sida.
- Non bibliographiques, **AIDSTRIAL** et **AIDSDRUGS** (également produites par la National Library of Medicine) rassemblent les essais en cours — non encore publiés — et décrivent le protocole et les critères d'inclusion des études retenues.
- **AIDS Knowledge Base**, produite par l'hôpital général de San Francisco, et servie par BRS, est un ouvrage électronique qui couvre tous les aspects du sida.
- **AIDS References** est une base bibliographique anglaise qui diffuse des résumés critiques et privilégie les publications non-anglaises et des pays en développement. Elle est produite par le Bureau d'hygiène et des Maladies tropicales.
- Exclusivement accessible sur micro-ordinateur, **AIDS DATABASE**

dépouille qualitativement 250 périodiques du monde entier. Toutefois, 95 % des titres recensés sont déjà inclus dans AIDSLINE.

- Enfin, éditée seulement sur CD-ROM, **COMPACT LIBRARY : AIDS** (Medical Publishing Group of the Massachusetts Medical Society) rassemble pratiquement toutes les bases de données évoquées précédemment. Elle permet aussi la consultation en texte intégral d'articles tirés de *AIDS*, *Annals of Internal Medicine*, *British Medical Journal*, *Journal of Infectious Diseases*, *The Lancet*, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *Nature*, *The New England Journal of Medicine*, *Science*.

Le second constat, induit par les besoins des spécialistes du domaine du sida, porte sur la place prépondérante que prend le textuel au détriment du bibliographique. La question des mises à jour se pose néanmoins...

Bibliographie

- **Annuaire du CD-ROM.** 3^e édition. Paris, A jour, 1992, coll. Nouvelles technologies de l'information dirigée par François de Valence.
- Chapperon J. **Les enjeux de l'information sanitaire.** Après-Demain, 1990, n° 320/321, 37-44.
- **ENSP. Banque de données santé Publique. Rapport d'activité 1992. Objectifs 1993-1995.** Rennes, ENSP, 1993, 23 p. dactylographiées.
- Observatoire régional de la santé de Bretagne. **Guide pratique d'utilisation des statistiques sanitaires.** Rennes, Éditions de L'ENSP, 1990, 337 p.
- Chaumier J., Sutter E. **L'hypertexte une nouvelle approche de l'information.** *Documentaliste*, 1989, 26, 71-5.
- **Les nouvelles technologies de la documentation et de l'information. Guide d'équipement et d'organisation des centres de documentation des administrations publiques et des collectivités territoriales.** Sous la direction de P. Pelou et A. Vuillemin. Paris, La Documentation Française, 1985, 486 p.
- **Propositions pour une politique de prévention : rapport au ministère de la santé.** Paris, La Documentation Française, 1982.
- **Répertoire des services télématiques d'information administrative du public.** Paris, La Documentation Française, 1993, 204 p.
- Guénot C., Goupil M. **S'informer, se documenter : guide des sources de données en santé publique.** Rennes, ENSP, 1990, 181 p.
- **Le système d'information dans le domaine de la santé et de la médecine.** Prévenir, 1986, n° 13, 3-139.

Petit lexique

Bases et banques de données

Les termes de base et de banque de données sont indifféremment utilisés pour désigner les mêmes outils. Néanmoins, celui de base de données est plutôt réservé aux informaticiens qui entendent par là une organisation spécifique des données pour des utilisations multiples.

CD-ROM

Compact disc read only memory. De l'apparence d'un CD audio, il permet de stocker des données hétérogènes (images, sons, textes, logiciels). Ils ne peuvent être lus qu'à partir d'un ordinateur.

Hypertexte

Organisation libre, non séquentielle, au

besoin multidimensionnelle, de données de toutes sortes. Attribuée à Vannevar Bush, conseiller du président Roosevelt, l'idée a été reprise en 1968 par Ted Nelson qui rêvait de rassembler la connaissance humaine dans un vaste document appelé *Xanadu*. Il définissait alors l'hypertexte comme « une association d'un langage naturel avec les capacités de l'ordinateur à établir des liaisons interactives ou des affichages dynamiques... sur un texte non linéaire... qui ne pourrait pas être convenablement imprimé sur une page conventionnelle. »

Minitel

Terminal Videotex Français. Le parc de Minitels en France est de plus de 6 millions d'unités.

Recherche d'information et banques de données en santé publique

Catherine Guénot a réalisé ce dossier. Elle anime depuis 1974 le *Centre Documentation-Santé* et ses deux antennes du Centre de médecine préventive et du Département de santé publique de Vandoeuvre-Nancy. Elle a en outre une activité d'enseignement.

Maria Antonia Bertrand-Baschwitz, Véronique Dutrech, Annie-Claude Marchand, Françoise Rouch, François Baudier et Bernard Pissaro ont bien voulu nous communiquer leur point de vue pour la partie *Tribune*, qu'ils en soient encore remerciés.

ce et de l'Europe face à l'Amérique et au Japon.

« Il appartient aux pays le plus avancés de prendre le risque de relancer l'activité médicale, ce qui rendra plus difficile encore la maîtrise des dépenses de santé. [...] Si aucun progrès thérapeutique décisif n'était enregistré dans les dix prochaines années, le surcoût économique et social de l'épidémie de SIDA deviendrait beaucoup plus difficile à assumer. »

SIDA ET HÔPITAL LES CHIFFRES CLÉS

Ministère de la santé et de l'action
humanitaire, Direction des hôpitaux, Mission
SIDA, 2^e édition, novembre 1992, 45 p.

Cette brochure présente sous la forme de tableaux et de graphiques (assortis en annexe de quelques commentaires), les données relatives à l'épidémiologie du SIDA en France, à la situation médico-sociale des patients infectés par le VIH usagers de l'hôpital, à l'activité hospitalière qui découle de cet usage et au coût de la lutte contre la maladie.

À noter : les sources de données (système d'information, enquêtes ponctuelles, bilans et évaluations), au nombre de 10, sont décrites en annexe.

Figurent également les adresses des centres d'information et de soins de l'immunosévérité humaine et de leurs coordonnateurs médicaux ainsi que celles des réseaux ville-hôpital (situation au 1^{er} octobre 1992).

GÉNÉTIQUE ET ÉTHIQUE

VERS UN ANTI DESTIN ? PATRIMOINE GÉNÉTIQUE ET DROITS DE L'HUMANITÉ

Éditions Odile JACOB, 1992, 585 p.

Un colloque international s'est tenu à Paris, sous l'égide de la Commission des Communautés Européennes et du ministère de la Recherche et de la Technologie, sur les implications éthiques des développements les plus récents des manipulations génétiques, du projet de génome humain et des biotechnologies en général. Sous la direction de François Gros et de Gérard Huber membres du comité scientifique, cet ouvrage rassemble l'essentiel des interventions des biologistes, des mé-

decins, des philosophes, des psychologues, des juristes qui ont participé à ces travaux, ainsi qu'un panorama des différents avis du Conseil national d'éthique depuis sa création.

ALCOOLISME

L'ALCOOLISME

Georges Malignac
Presses Universitaires de France, Collection
« Que sais-je ? », 1992, 127 p.

Réédité pour la neuvième fois, ce petit livre de Georges Malignac, membre de la Société Française d'Alcoologie, est un excellent outil d'information, de travail pour tous ceux et celles que le mot « alcool » intéressent. Sa définition, ses dangers, comment prévenir, se soigner, qui peut nous aider ? douze chapitres nous l'expliquent.

TABAGISME

LE TABAGISME UN DÉFI AU DANGER

Thérèse Lecomte
CREDES, 1992, 46 p.

Une enquête réalisée sur trois ans (1988/89/90) auprès de 21 000 individus dont 16 813 âgés de 16 ans ou plus permet de dire qu'actuellement parmi les fumeurs 66 % sont des hommes et 34 % des femmes.

Parmi la population résidant en France, c'est chez les chômeurs, hommes ou femmes, que l'on trouve les taux les plus élevés par rapport aux autres catégories socio-professionnelles.

Tandis que les fumeurs actuels ont un état morbide pratiquement identique à celui des individus n'ayant jamais fumé, les anciens fumeurs sont nettement en moins bon état de santé.

La consommation de soins en médecine, pharmacie, kinésithérapie des anciens fumeurs est manifestement supérieure à celle de ceux qui n'ont jamais fumé.

Ce rapport dans son analyse montre que le tabagisme concerne une personne sur deux, selon l'âge, que son recul est manifeste chez les hommes jeunes tandis qu'il augmente chez les femmes jeunes. Les dépenses de santé des fumeurs sont plus importantes que celles des individus n'ayant

jamais fumé et vraisemblablement cette augmentation s'amplifiera dans les années à venir.

TOXICOMANIE

GUIDE CRITIQUE DES OUTILS DE PRÉVENTION DES TOXICOMANIES

USAGES DE DROGUES : JALONS POUR DES ACTIONS DE PRÉVENTION

Ministère de la jeunesse et des sports,
Direction de la jeunesse et de la vie
associative, octobre 1992

Le Ministère de la jeunesse et des sports, en collaboration avec une quinzaine d'institutions et d'associations concernées par la question des usages de drogue et avec le soutien de la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, a réalisé ces deux documents complémentaires présentés en classeurs afin d'en faciliter la mise à jour.

L'objectif était au départ de publier un guide critique des outils pédagogiques destinés à la prévention des toxicomanies. Cependant, afin d'analyser les outils recensés de la façon la plus rigoureuse et la plus cohérente possible, une étape s'est imposée : l'élaboration d'une pensée commune et la définition de critères d'analyse. Cette étape est retracée dans le document intitulé *usage de drogues - jalons pour des actions de prévention* qui vise à proposer aux différents acteurs de la prévention sur le terrain une trame, une base pour une réflexion qu'il convient d'enrichir en l'adaptant à chaque situation particulière. Le guide critique des outils de prévention des toxicomanies offre une fiche descriptive par outil recensé. Chaque fiche est organisée selon les 9 rubriques suivantes :

- titre
- signalétique
- diffusion
- description
- thèmes dominants
- autres thème
- public visé
- analyse
- avis.

En outre, la nomenclature qui, sous forme de tableaux, figure dans les premières pages de cet ouvrage, permet de repérer rapidement les fiches à consulter pour pouvoir répondre à un besoin spécifique.

ENVIRONNEMENT & CONDITIONS DE VIE

VILLE ET SANTÉ

Lumières de la ville, n°5, juin 1992.

Le dossier « ville et santé » proposé par ce n°5 de « Lumières de la ville » regroupe des contributions d'origines diverses, de longueur et de style très variables. En effet, écrivains, médecins, philosophes, sociologues, psychologues contribuent à la réflexion sur le thème proposé et quelquefois au-delà de celui-ci.

À titre d'exemple : Antoine Lazarus, professeur de santé publique, cherche dans un court article à définir et lier les deux termes Ville et Santé ainsi accolés et propose de mettre en oeuvre les méthodes de la santé publique dans la politique de la ville; tandis que le sociologue Fernando Bertolotto se fait l'écho d'expériences de type communautaire menées dans certains quartiers comme le Val Fourré à Mantes ou la Villeneuve à Grenoble.

Un court entretien avec Bernard Kouchner, Ministre de la santé et de l'action humanitaire, introduit ce numéro offrant par ailleurs de nombreuses photographies noir et blanc qui « ne sont pas là en illustration des textes mais se veulent juste un oeil-diagnostique du mal-être urbain ».

SANTÉ ENVIRONNEMENT

Échanges Santé, n°67, septembre 1992.

La revue Échanges Santé a choisi de présenter dans son numéro de septembre 1992 un dossier spécial santé - environnement. Respectant son principe de rédaction qui veut que tous les acteurs administratifs de la santé puissent y expliquer leur rôle et leurs missions, ce sont cette fois des ingénieurs et techniciens du génie sanitaire ainsi que des médecins inspecteurs de la santé qui nous livrent leurs réflexions et analyses.

L'éditorial du Professeur Jean-François Girard, Directeur Général de la Santé, nous rappelle les principaux domaines actuellement couverts par le concept environnement-santé. Tout d'abord, et depuis assez longtemps, les efforts d'évaluation et de prévention portent sur la qualité bactériologique de l'eau et des aliments, l'élimination des déchets domestiques, la salubrité de l'habitat et l'assainissement. Plus récemment, d'autres domaines ont fait l'objet de ces mêmes efforts : la pollu-

tion atmosphérique, l'élimination des déchets hospitaliers et des déchets industriels, la présence de résidus de pesticides et fertilisants dans l'eau et les denrées alimentaires, le bruit, la radioactivité artificielle...etc.

Les articles qui constituent le corps du dossier développent certains des aspects de cette politique de santé et environnement : les eaux d'alimentation et la pollution atmosphérique par exemple. Chacun des auteurs s'attache en général à nous donner un aperçu historique avant de présenter les actions actuellement mises en oeuvre pour prévenir les conséquences néfastes sur la santé.

L'ABSENCE TRAVAIL : indicateur social ou indicateur de santé ?

Sciences sociales et santé, vol. X, n° 3, septembre 1992.

L'existence dans les entreprises Électricité de France - Gaz de France d'un régime particulier de sécurité sociale enregistrant de façon exhaustive les épisodes d'absence maladie avec leur cause médicale, fournit un outil pour une meilleure compréhension du phénomène complexe de l'absence au travail, non seulement dans le contexte particulier de ces entreprises mais également d'un point de vue plus général. Aborder l'absentéisme en analysant trois mesures qui en appréhendent des aspects différents et indépendants (survenue, durée, fréquence) permet d'avancer quelques hypothèses : tout se passe comme si dans le continuum des profils d'absence des travailleurs en fonction de la durée et de la fréquence des arrêts au cours du temps se trouvaient deux pôles :

- d'une part les profils d'absence à durée longue, qui correspondent à des sujets ayant des problèmes de santé sérieux, et pour lesquels la mortalité joue un rôle prépondérant dans la genèse de l'absence
- d'autre part ceux à durée brève et peut-être assez fréquents qui relèvent de facteurs socio-professionnels objectifs (conditions de travail, horaires, rémunération) ou ressentis (insatisfaction ou inquiétude pour l'avenir, manque de responsabilité, intérêt du travail...).

Il apparaît donc qu'à côté d'un « noyau dur » d'absence dû à la maladie, des facteurs immédiats, liés soit à l'individu lui-même, soit à son environnement de travail, intervenaient pour générer un absen-

téisme de courte durée constituant peut-être la première étape d'un processus de dégradation de la santé.

Le « mal être » collectif ressenti par les travailleurs est l'indice d'un malaise dans l'entreprise, et la prévalence de l'absence, principalement de l'absence brève — dont les seuils restent à définir — est certainement un indicateur social intéressant.

VERS UN AVENIR URBAIN PLUS RADIEUX

OMS, Forum mondial de la santé, vol. 13, n° 2/3 1992.

En 1986, après avoir lancé le programme Villes-Santé et créé un réseau européen d'une dizaine de villes, l'OMS a souhaité que parallèlement se développent des réseaux nationaux.

C'est à l'initiative de Rennes que s'est constitué en 1987 un réseau français composé de trente villes, dont la mission est d'expérimenter et de diffuser la politique de *Santé pour tous en l'an 2000* de l'OMS. Le projet vise à renforcer le potentiel et la capacité des autorités municipales et à donner aux individus, aux familles et aux groupes communautaires, la possibilité de gérer leurs problèmes de santé et d'environnement.

« Villes-Santé » entend réaliser cet objectif en offrant une structure qui conjugue plusieurs éléments fondamentaux :

- une plus grande sensibilité aux problèmes de santé et d'environnement dans les efforts d'aménagement urbain consentis par les autorités municipales et nationales ;
- un réseau de villes assurant un échange d'informations et un transfert de technologies ;
- une articulation des programmes techniques menés dans les domaines de la santé et de l'environnement avec la mobilisation politique et la participation communautaire. De nouveaux liens s'établissent entre les services municipaux, les universités, les associations, les entreprises et les organisations communautaires.

Dans cet article, Annette Sabouraud, présidente de l'association Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, présente la démarche « Villes-Santé » à la lumière des initiatives prises à Rennes et de sa coopération avec les réseaux nationaux et internationaux.

NOTRE SANTÉ, NOTRE PLANÈTE

Rapport de la Commission Santé et environnement, OMS, Genève, 1992.

Cet ouvrage reproduit les conclusions de quatre groupes d'experts indépendants chargés :

- d'évaluer les interactions complexes entre la situation sanitaire et l'environnement dans le contexte du développement socio-économique ;
- d'analyser les tendances mondiales dans des domaines comme l'utilisation des ressources, la production des déchets et l'accroissement démographique ;
- de déterminer comment ces tendances influenceront la santé et la salubrité de l'environnement.

L'essentiel du rapport traite en particulier de l'alimentation et de l'agriculture, de l'eau, de l'énergie, de l'industrie et de l'urbanisation, examinant dans chaque cas les effets nocifs pour la santé de diverses politiques sectorielles et recommandant des démarches et des actions propres à atténuer ou prévenir ces effets.

L'analyse s'appuie sur deux principes essentiels :

- la nécessité d'assurer plus d'équité aussi bien au plan national qu'entre les différents pays dans l'accès aux ressources ;
- le besoin de faire participer le public à la formulation et à la mise en oeuvre et à l'évaluation des plans et des projets.

SANTÉ ENVIRONNEMENT

Santé Publique, 4^e année n° 5, septembre-octobre 1992.

Ce numéro de *Santé Publique* qui vient de paraître est un numéro spécial puisqu'il constitue les actes du congrès de la société française de santé publique d'octobre 1991. Or ce congrès était centré sur les facteurs physiques, et surtout chimiques de l'environnement susceptibles de créer des dangers à moyen ou long terme et avait pour objectif de sensibiliser à la démarche d'évaluation du risque. Les communications reprises sous formes d'articles pour la revue portent donc toutes sur l'évaluation des risques environnementaux : les premiers articles sont plus théoriques, deux autres plus politiques, la majorité illustre cette démarche à partir d'expériences sur des risques précis. Un numéro qui devrait constituer une référence dans ce champs d'investigation.

À noter

La Lettre de l'évaluation en santé, éditée par la Société française d'évaluation des soins et des technologies (SOFESTEC) dont le premier numéro est paru en octobre 1992.

Les objectifs de la SOFESTEC sont d'informer et faire connaître les méthodes et les résultats des études réalisées en France et à l'étranger et susciter des travaux et des actions d'évaluation des pratiques, susceptibles de rapprocher l'ensemble des professionnels de santé concernés. Cette lettre semestrielle est réalisée par Michel Amouretti, Thérèse Lebrun et Jean-Claude Sailly.

Renseignements
Thérèse Lebrun
SOFESTEC
BP 109
56016 Lille cedex

Ces notes ont été rédigées par

Ségolène Chappellon
Marie-Josèphe Strbak
Claudine Le Grand
Catherine Descôtes

REVUE MULTIDISCIPLINAIRE

POUR LA RECHERCHE ET
L'ACTION

SOMMAIRE 1992/6

Introduction, par P. Minuire, J.-C. Henrard

Dépendance et droit social, par M. Kerschen

Évaluation des besoins, couverture et ciblage des services aux personnes âgées dépendantes, par A. Colvez

La dépendance des personnes âgées : que mesure-t-on exactement, par B. Beaufils, H. Paicheler

Les processus décisionnels d'attribution des prestations : personnes âgées dépendantes et services urbains, par M.-T. Espinasse, S. Lefèbre

Financement de la dépendance et système de protection sociale : comparaison internationale, par J.-C. Henrard

La gestion de la maladie chronique en matière d'orientation et d'insertion professionnelle : le cas de l'hémophilie, par O. Carricabura

ÉTUDES ET RECHERCHES

Mammographie au cours des examens de santé : un ou deux clichés par seins ?, par C. Aubry, R. Gueguen

Dépistage des troubles sensoriels en école maternelle dans une circonscription rurale, par D. Barot

Représentation du sida chez des adolescents et des jeunes adultes, par G. Redjini, F. Lert

Recherche épidémiologique en milieu thermal. Trois années d'étude à la station de Luchon, par X. Verdeil, G. Boussin, J. Boy, J. Pous

PRATIQUES

Groupes d'éveil des jeunes enfants en Meurthe-et-Moselle : qu'en disent les parents ?, par A. Blanchard-Vignon

Analyses de livres, fiches signalétiques, actualités

Textes

Transfusion sanguine

24 Sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament
Loi n°93-5 du 4 janvier 1993
J.O. du 5 janvier 1993
extraits

27 Recherche des malades transfusés
Circulaire du 10 décembre 1992
J.O. du 15 décembre 1992

28 Examens prénuptial et prénatal et test de dépistage du VIH
Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993
J.O. du 30 janvier 1993
extraits

Organisation

28 Formation des médecins inspecteurs de santé publique
Arrêté du 24 novembre 1992
J.O. du 3 décembre 1992

29 Organisation de la direction générale de la santé
Arrêté du 22 décembre 1992
J.O. du 24 décembre 1992

31 Composition et fonctionnement du Conseil supérieur d'hygiène publique de France
Décret n° 92-1187 du 5 novembre 1992
J.O. du 6 novembre 1992

31 Budget affaires sociales et santé
Décret n°92-1395 du 30 décembre 1992
J.O. du 31 décembre 1992
extraits

Relations entre les professions de santé et l'assurance maladie
Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993
J.O. du 5 janvier 1993
pour mémoire

Environnement

33 Lutte contre le bruit
Loi n° 92-1444 du 31 décembre 1992
J.O. du 1 janvier 1993
extraits

Tabac et Alcool

36 Modifications du code de la route
Décret n°92-1228 du 23 novembre 1992
J.O. du 24 novembre 1992
extraits

36 Publicité en faveur du tabac
Arrêté du 31 décembre 1992
J.O. du 6 janvier 1993

37 Taxes tabac et alcool
Loi de finances pour 1993, n°92-1376 du 30 décembre 1992
J.O. du 31 décembre 1992

TRANSFUSION SANGUINE

Sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament

Loi n°93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament
L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE 1^{er}

Dispositions modifiant le code de la santé publique

Art. 1^{er} Il est inséré, dans le livre V du code de la santé publique, un titre premier *bis* ainsi rédigé :

« **TITRE 1^{er bis}** »

« **Agence du médicament** »

« Chapitre 1^{er} »

« Dispositions générales »

« **Art. L.567-1** Afin de garantir l'indépendance, la compétence scientifique et l'efficacité administrative des études et des contrôles relatifs à la fabrication, aux essais, aux propriétés thérapeutiques et à l'usage des médicaments, en vue d'assurer, au meilleur coût, la santé et la sécurité de la population et de contribuer au développement des activités industrielles et de recherche pharmaceutiques, il est créé un établissement public de l'État dénommé "Agence du médicament" ».

« Cet établissement public est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable et à un contrôle de l'État, adaptés à la nature particulière de ses missions, définies par le présent titre et précisés par voie réglementaire.

« **Art. L. 567-2** L'agence est chargée :

« **1°** De participer à l'application des lois et règlements relatifs :

« a) Aux essais, à la fabrication, à l'importation, à l'exportation, à la mise sur le marché des médicaments à usage humain, des produits mentionnés à l'article L. 658-11 ainsi que des produits et objets contraceptifs mentionnés par la loi n°

- 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances ;
- « b) Aux substances stupéfiantes, psychotropes, aux autres substances vénéneuses utilisées en médecine, aux réactifs de laboratoire destinés aux analyses de biologie médicale et aux réactifs mentionnés au 2° de l'article L.512 ;
 - « 2° Du fonctionnement de la commission de la transparence ;
 - « 3° De recueillir et d'évaluer les informations sur les effets inattendus ou toxiques des médicaments et produits mentionnés au a du 1° ainsi que sur les usages abusifs et les dépendances susceptibles d'être entraînés par des substances psycho-actives et de prendre en la matière toute mesure utile pour préserver la santé publique ;
 - « 4° De proposer toute mesure contribuant au développement de la recherche et des activités industrielles dans le domaine du médicament ;
 - « 5° D'appliquer les dispositions du premier alinéa de l'article L.551 ;
 - « 6° De préparer la pharmacopée ;
 - « 7° De procéder à toutes expertises et contrôles techniques relatifs à la qualité :
 - « a) Des produits et objets mentionnés au présent article, des substances entrant dans leur composition et des produits utilisés pour la désinfection des locaux ;
 - « b) Des méthodes et moyens de fabrication, de conditionnement ou de contrôle correspondants ;
 - « 8° De proposer aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale toute mesure intéressant les domaines relevant de leur compétence ;
 - « 9° De participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à l'élaboration et à la mise en oeuvre des règles communautaires et des accords internationaux et à la représentation de la France dans les organisations internationales compétentes ;
 - « 10° De recueillir les données, notamment en terme d'évaluation scientifique et technique, nécessaires à la préparation des décisions relatives à la politique du médicament et de participer à l'application des décisions prises en la matière ;

- « 11° De mener toutes études, recherches, actions de formation ou d'information dans les domaines relevant de sa compétence.
 - « L'agence peut, en outre, à la demande des services concernés, procéder à tous contrôles ou expertises techniques relatifs à la qualité des eaux minérales ou de sources, de leurs conditions de captage, de transport et de conditionnement et à la qualité des analyses de biologie médicale.
 - « Chapitre II »
 - « Conseil d'administration, direction générale et personnel »
 - « Art. L. 567-3 L'agence du médicament est administrée par un conseil d'administration. Elle est dirigée par un directeur général. [...]
- Art. 2** Le chapitre unique du livre VI du code de la santé publique est remplacé par un chapitre 1^{er} ainsi rédigé :
- « Chapitre 1^{er} »
 - « De la collecte du sang humain et de ses composants et de la préparation de leurs produits dérivés »
 - « Art L. 666-1 La transfusion sanguine s'effectue dans l'intérêt du receveur et relève des principes éthiques du bénévolat et de l'anonymat du don, et de l'absence de profit, dans les conditions définies par le présent livre.
 - « Art L. 666-2 La collecte du sang humain ou de ces composants en vue d'une utilisation thérapeutique ne peut être faite que par les établissements de transfusion sanguine agréés mentionnés au chapitre III ci-après et dans les conditions prévues au présent chapitre.
 - « Art. L.666-3 Le prélèvement ne peut être fait qu'avec le consentement du donneur, par un médecin ou sous sa direction et sa responsabilité.
 - « Aucune rémunération ne peut être allouée au donneur, sans préjudice du remboursement des frais exposés, dans des conditions fixées par décret.
 - « Art.L.666-4 Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent être distribués ni utilisés sans qu'aient été faits des analyses biologiques et des tests de dépistage de maladies transmissibles, dans des conditions définies par décret.
 - « Art. L. 666-5 Aucun prélèvement

- de sang ou de ses composants en vue d'une utilisation thérapeutique pour autrui ne peut avoir lieu sur une personne mineure ou sur une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale.
- « Toutefois s'agissant des mineurs, un prélèvement peut être effectué à titre exceptionnel, lorsque des motifs tirés de l'urgence thérapeutique et de la compatibilité tissulaire l'exigent.
 - « Le prélèvement ne peut alors être opéré qu'à la condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale y consente expressément par écrit. Le refus de la personne mineure fait obstacle au prélèvement.
 - « Art. L. 666-6 Les caractéristiques du sang ne peuvent être modifiées avant le prélèvement en vue d'une utilisation thérapeutique pour autrui que par un médecin et dans les établissements de transfusion sanguine. cette modification ne peut intervenir qu'avec le consentement écrit du donneur, ce dernier ayant été préalablement averti par écrit des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement. Elle ne peut pas être réalisée sur les personnes mentionnées à l'article L. 666-5.
 - « Art. 666-7 Le receveur ne peut connaître l'identité du donneur, ni le donneur celle du receveur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don de son sang et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée.
 - « Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.[...]
 - « Art. L. 666-12 Un décret en conseil d'État fixe les règles d'hémovigilance, et notamment la nature des informations nécessaires à la surveillance des effets de l'utilisation des produits sanguins labiles que les praticiens sont tenus de fournir, ainsi que les conditions d'exercice de cette surveillance. Les personnes qui ont à connaître de ces informations sont tenues au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 378 du code pénal.
 - « On entend par hémovigilance l'ensemble des procédures de surveillances organisées depuis la collecte du sang et de ses composants jusqu'au suivi des receveurs, en

vue de recueillir et d'évaluer les informations sur les effets inattendus ou indésirables résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles et d'en prévenir l'apparition. »

[...]

Art. 3 Il est ajouté au livre VI du code de la santé publique un chapitre II ainsi rédigé :

« Chapitre II »

« Du comité de sécurité transfusionnelle et de l'Agence française du sang »

« Section I »

« Du comité de sécurité transfusionnelle »

« **Art. L. 667-1** Il est institué auprès du ministre chargé de la santé un Comité de sécurité transfusionnelle dont les membres sont choisis pour leur compétence médicale et scientifique et nommés par un arrêté du ministre chargé de la santé.

« Les fonctions de membres du Comité de sécurité transfusionnelle sont incompatibles avec celles de membre du conseil d'administration de l'Agence française du sang.

« **Art. L. 667-2** Le Comité de sécurité transfusionnelle est chargé :

« d'évaluer les conditions dans lesquelles est assurée la sécurité transfusionnelle et de proposer toute mesure utile destinée à améliorer cette sécurité sur l'ensemble de l'activité transfusionnelle ;

« d'alerter le ministre chargé de la santé sur toutes les questions d'ordre médical ou scientifique qui peuvent avoir une incidence sur l'activité transfusionnelle.

« **Art. L. 667-3** Le Comité de sécurité transfusionnelle peut se saisir de toute question relative à la sécurité transfusionnelle et adresser des recommandations au ministre chargé de la santé auquel il remet chaque année un rapport sur la sécurité transfusionnelle. Ce rapport est rendu public.

« Il peut également être saisi par le ministre de la santé ou le président de l'Agence française du sang de toute question relative à la sécurité transfusionnelle.

« Section 2 »

« De l'Agence française du sang »

« **Art. L. 667-4** Il est créé un établissement public de l'État à caractère administratif dénommé Agence française du sang et placé sous la

tutelle du ministre chargé de la santé.

« **Art. L. 667-5** L'agence française du sang a pour objet de contribuer à la définition et à l'application de la politique de transfusion sanguine, de coordonner et de contrôler l'activité et la gestion des établissements de transfusion sanguine et d'assurer des missions d'intérêt général afin de garantir à la fois la plus grande sécurité possible et la satisfaction des besoins en matière de transfusion sanguine et de favoriser l'adaptation de l'activité transfusionnelle aux évolutions médicales scientifiques et technologiques dans le respect des principes éthiques.

« À cette fin, elle est notamment chargée :

« **1°** Au titre de la contribution à la définition et à l'application de la politique de transfusion sanguine :

« a) De promouvoir le don du sang et les conditions de sa bonne utilisation ainsi que de veiller au strict respect des principes éthiques par l'ensemble de la chaîne transfusionnelle ;

« b) De donner aux autorités compétentes de l'État des avis sur les conditions techniques, sanitaires, médicales et de gestion auxquelles sont soumis les établissements de transfusion sanguine, sur les tarifs de cession des produits sanguins labiles ainsi que sur toute mesure concernant l'organisation de la transfusion sanguine, la distribution et l'utilisation des produits sanguins ;

« c) D'établir et de soumettre à l'homologation du ministre chargé de la santé les règlements mentionnés au 1° de l'article L. 666-8 et à l'article L. 668-3 et de veiller à leur application ;

« d) De préparer les projets des schémas d'organisation de la transfusion sanguine prévus au chapitre IV ci-après et de veiller à leur application ;

« e) De recueillir ou faire recueillir toutes données sur l'activité de transfusion sanguine, notamment en vue des actions d'hémovigilance ;

« **2°** Au titre du contrôle et de la coordination de l'activité des établissements de transfusion sanguine :

« a) De prendre les décisions d'agrément ou d'approbation, d'autorisation, de retrait ou de suspension

prévues aux articles L. 668-1, L. 668-4, L. 668-5, L. 668-8 et L. 668-11 ;

« b) De veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables aux établissements de transfusion sanguine ainsi que des conditions auxquelles sont subordonnés les agréments et autorisations dont il bénéficient ;

« c) De gérer le fonds d'orientation de la transfusion sanguine ;

« d) De participer à la formation des personnels des établissements de transfusion sanguine ;

« e) De favoriser et de coordonner, en liaison avec les organismes de recherche, l'activité de recherche des établissements de transfusion sanguine et de promouvoir la diffusion des connaissances scientifiques et techniques dans l'activité transfusionnelle ;

« **3°** Au titre des missions d'intérêt national relatives à l'activité de transfusion sanguine :

« a) De tenir un fichier national des donneurs de groupes rares et de coordonner l'activité des laboratoires de référence ;

« b) De procéder à des expertises techniques et des actions d'évaluation de l'activité de transfusion sanguine ;

« c) De participer à l'organisation et à l'acheminement des secours en cas de catastrophe nationale ou internationale nécessitant de recourir aux moyens de transfusion sanguine, dans le cadre des lois et règlements applicables à ces événements.

« L'agence remet chaque année au Gouvernement un rapport sur l'activité de transfusion sanguine. Ce rapport est rendu public.

« **Art. L. 667-6** L'Agence française du sang est administrée par un conseil d'administration composé outre son président, pour moitié de représentants de l'État et pour l'autre moitié de représentants des organismes d'assurance maladie, des associations de patients et de donateurs ainsi que du personnel de l'agence et de personnalités qualifiées, notamment des praticiens. »

[...]

« Chapitre III »

« Des établissements de transfusion sanguine »

« Art. L.668-1 Les établissements de transfusion sanguine exercent une mission de santé publique dans le cadre du service public de la transfusion sanguine. Outre la collecte du sang ou de ses composants mentionnés à l'article L.666-2, la préparation des produits sanguins labiles et leur distribution ne peuvent être faites que par des établissements de transfusion sanguine, sous la direction et la responsabilité d'un médecin ou d'un pharmacien.

« Sous réserve des dispositions de l'article L. 670-2, ces établissements ont vocation à développer toute activité liée à la transfusion. Ils peuvent notamment être autorisés à distribuer des médicaments dérivés du sang dans les conditions prévues à l'article L. 670-3 et à les dispenser aux malades qui y sont traités. Ils peuvent, en outre, à titre accessoire, être autorisés à exercer d'autres activités de santé, notamment des activités de soins et de laboratoire d'analyse de biologie médicale, conformément aux règles applicables à ces activités.

« Les établissements de transfusion sanguine doivent être agréés par l'Agence française du sang dans les conditions définies à l'article L. 668-2. »

[...]

Art. 13 Les personnes ayant reçu une transfusion de sang ou de produits dérivés du sang entre le 1er janvier 1980 et le 31 décembre 1985 sont invitées à se présenter dans les établissements de santé où a été effectuée la transfusion ou tous autres établissements mandatés par eux, pour y être informées des risques de contamination par le virus de l'immuno-déficience humaine. Un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine, leur est proposé à cette occasion. Un article fixe les conditions d'application du présent article.

[...]

La présente loi sera exécutée comme loi d'État.

Fait à Paris, le 4 janvier 1993

Par le Président de la République

FRANCOIS MITTERRAND

Le Premier ministre,

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre d'État, ministre des affaires étran-

gères,

ROLAND DUMAS

Le ministre d'État, ministre de la fonction publique,

MICHEL DELEBARRE

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

MICHEL VAUZELLE

Le ministre de l'industrie et du commerce extérieur,

DOMINIQUE STRAUSS KAHN

Le ministre du budget

MARTIN MALVY

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,

RENÉ TEULADE

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

BERNARD KOUCHNER

Le ministre de la recherche et de l'espace,

HUBERT CURIEN

Le ministre délégué aux affaires européennes,

ÉLISABETH GUIGOU

Recherche des malades transfusés

Circulaire du 10 décembre 1992 relative à la recherche des malades transfusés

Paris, le 10 décembre 1992

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire à mesdames et messieurs les préfets de région, direction régionale des affaires sanitaires et sociales (pour information), à mesdames et messieurs les préfets de département, directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour mise en oeuvre).

Le ministre a été saisi, de nombreuses reprises, par des personnes qui souhaitent savoir si elles ont subi une transfusion de produits sanguins lors de traitements qu'elles ont suivis, et notamment à l'occasion d'opérations. Cette attitude reflète l'inquiétude des patients face aux risques de contamination par le VIH, qui existaient entre 1980 et 1985 : par ailleurs, nombre de

ces personnes ne font pas la demande auprès de l'établissement de santé pour obtenir cette information et pour se voir proposer un test.

Il est certain que les malades qui ont subi une transfusion, en particulier durant la période 1980-1985, ne le savent pas tous, non plus que leur médecin traitant. Il est important que ces personnes puissent être en possession de cette information afin de se faire dépister.

Par circulaire du 15 septembre 1992, nous vous demandons de proposer la réalisation d'un test de dépistage du VIH chez tous les patients qui avaient été transfusés.

Je demande aujourd'hui que les établissements de santé prennent toutes les dispositions nécessaires permettant d'identifier les malades transfusés durant cette période ; un courrier devra être adressé par les établissements de santé au médecin traitant de ces patients, afin qu'un test de dépistage leur soit proposé. Ils pourront s'inspirer de la lettre type ci-jointe. Je ne méconnais pas la difficulté de cette entreprise, mais vous aurez à coeur, je n'en doute pas, de sensibiliser les établissements de santé à ce travail afin que le devoir d'information qu'ils ont à l'égard de nos concitoyens soit bien rempli.

Vous voudrez bien transmettre immédiatement ces instructions aux établissements publics et privés de santé et me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer.

Bernard KOUCHNER

Docteur,

Nous sommes sollicités de nombreuses reprises par des patients qui ont été suivis par notre établissement entre 1980 et 1985 ; ces personnes s'inquiètent de savoir si elles ont bénéficié d'une transfusion de produits sanguins lors de leur traitement ou opération.

À la demande du ministre de la santé et de l'action humanitaire, nous avons procédé à une recherche dans les dossiers des personnes traitées dans notre établissement durant cette période.

Je vous informe que M. (Mme)..... hospitalisé(e) du..... au pour l'affection suivant

te..... a fait l'objet d'une transfusion de..... Il vous appartient de donner cette information à afin qu'un test de dépistage des anticorps anti-VIH puisse lui être proposé(e), dans le cadre d'une consultation d'information-conseil personnalisée.

Je vous prie d'agréer, docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Examens prénuptial et prénatal et test de dépistage du VIH

Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social. [...]

Titre II

Mesures relatives à la santé publique [...]

Art. 48

I L'article L. 154 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À l'occasion d'un premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé à la femme enceinte. »

II L'article L. 153 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À l'occasion de l'examen médical prénuptial, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé aux futurs conjoints. » [...]

ORGANISATION

Formation des médecins inspecteurs de santé publique

Arrêté du 24 novembre 1992 relatif à la formation des médecins inspecteurs de santé publique,

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

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

la n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;

le décret n°49-1239 du 13 septembre 1949 portant règlement d'administration publique et fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de l'État ;

le décret n°85-607 du 14 juin 1985 modifié relatif à la formation professionnelle des agents de l'État ;

le décret n°91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique ;

l'arrêté du 26 février 1958 modifié portant création d'un diplôme de santé publique ;

l'arrêté du 23 septembre 1981 fixant les dispositions relatives à la formation des médecins inspecteurs de la santé, modifié par l'arrêté du 21 janvier 1985 ;

l'avis émis par le comité technique paritaire le 5 novembre 1992, Arrête :

Art. 1^{er} Les médecins inspecteurs de santé publique stagiaires recrutés par concours dans les conditions prévues à l'Article 4 du décret du 7 octobre 1991 susvisé suivent, conformément aux dispositions de l'Article 6 du même décret, une formation d'une durée d'un an organisée par l'École nationale de la santé publique.

Art. 2 La formation prévue à l'Article 1er vise essentiellement à développer la compétence en santé publique, notamment dans le secteur sanitaire et social, et à favoriser l'identification professionnelle. Elle garantit la maîtrise d'outils et de méthodes communs à tout fonctionnaire de l'État et spécifiques aux médecins inspecteurs de santé publique.

Elle comporte en alternance des regroupements à l'école et des stages

hors de l'École nationale de la santé publique.

Art. 3 Les stages, d'une durée minimale de quatre mois, sont organisés par le directeur de l'École nationale de la santé publique qui en contrôle les conditions d'exécution.

Ils se déroulent localement sous la responsabilité pédagogique d'un maître de stage désigné par le directeur de l'école après accord du directeur régional ou départemental concerné.

Les maîtres de stage établissent un rapport sur le déroulement du stage accompagné d'une proposition de note chiffrée. La note définitive est attribuée par le directeur de l'école.

Art. 4 A l'issue de leur année de formation, les médecins de santé publique stagiaires se présentent au diplôme de santé publique institué par l'arrêté du 26 février 1958 modifié pour satisfaire aux conditions exigées par l'Article 7 du décret du 7 octobre 1991 susvisé.

Art. 5 Les actions de formation définies à l'Article 2 font l'objet d'un dispositif de validation, organisé par l'École nationale de la santé publique, comprenant :

1 Les notes obtenues au diplôme de santé publique (coefficient 2) ;

2 La note de stage prévue à l'Article 3 (coefficient 1) ;

3 La note de contrôle continu des connaissances (coefficient 1).

Le contrôle continu se déroule sous la forme d'épreuves individuelles ou collectives. Le nombre, la nature et les modalités de ces épreuves sont arrêtés par le directeur de l'École nationale de la santé publique.

Art. 6 Un classement est établi sur la base des notes obtenues dans le cadre du dispositif de validation défini à l'Article 5.

Les médecins inspecteurs de santé publique sont affectés en fonction de leur choix et de leur rang de classement sur les postes déterminés par l'autorité ayant pouvoir de nomination.

Art. 7 Dans le cas où la titularisation ne peut être prononcée, les médecins inspecteurs stagiaires autorisés à accomplir un deuxième et dernier stage en application des dispositions prévues à l'Article 8 du décret du 7 octobre 1991 susvisé peuvent être affectés dans les services déconcentrés.

Les modalités de formation au cours de cette prolongation de stage sont

arrêtées par l'École nationale de la santé publique en accord avec le directeur du service d'affectation des intéressés.

Art. 8 Les médecins inspecteurs de santé publique suivent une formation d'adaptation à l'emploi d'une durée minimale de deux semaines sous la responsabilité de l'École nationale de la santé publique :

dans l'année qui suit leur titularisation, ou leur intégration pour les personnels visés aux Articles 22 et 23 du décret du 7 octobre 1991 susvisé ;

lorsqu'ils changent de fonction ; les médecins inspecteurs de santé publique ayant effectué le stage prévu à l'Article 6 du décret du 7 octobre 1991 susvisé accomplissent en outre une période d'adaptation au premier emploi dans le mois qui suit leur prise de fonction.

Art. 9 En application des dispositions de l'Article 15 du décret du 7 octobre 1991 susvisé, afin d'assurer la mise à jour de leurs connaissances et répondre à l'évolution des besoins, des pratiques et des fonctions dans leur domaine d'intervention, les médecins inspecteurs de santé publique suivent des sessions de formation individualisée, d'une durée minimale de cinq jours par an.

Art. 10 Un bilan annuel sur le suivi des formations prévues aux Articles 8 et 9 est établi au niveau régional et transmis au ministre chargé de la santé.

Art. 11 Les personnels détachés dans le corps des médecins inspecteurs de santé publique suivent, dans le cadre des dispositions de l'Article 17 du décret du 7 octobre 1991 susvisé, une formation d'adaptation à l'emploi d'une durée minimale de quatre semaines organisée par l'École nationale de la santé publique dans l'année qui suit le détachement.

Art. 12 Les titres II et III de l'arrêté du 23 septembre 1981 et l'arrêté du 21 janvier 1985 sont abrogés sous réserve des dispositions de l'Article 13.

Art. 13 Les dispositions de l'arrêté du 21 janvier 1985 susvisé restent en vigueur jusqu'au 31 décembre 1992.

Art. 14 Le directeur de l'administration générale, du personnel et du budget et le directeur de l'École nationale de la santé publique 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 24 novembre 1992.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de l'administration générale, du personnel et du budget,
P. ANTONMATTEI

Organisation de la direction générale de la santé

Arrêté du 22 décembre 1992 portant organisation de la direction générale de la santé

Le Premier ministre, le ministre d'État, ministre de la fonction publique et des réformes administratives, et le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu la loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République ;

le décret n° 70-1052 du 13 novembre 1970 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale ;

le décret n° 81-1008 du 10 novembre 1981 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, modifié par le décret n° 81-1092 du 11 décembre 1981 ;

le décret n° 87-389 du 15 juin 1987 relatif à l'organisation des services d'administration centrale ;

le décret n° 92-385 du 8 avril 1992 relatif aux attributions du ministre d'État, ministre de la fonction publique et des réformes administratives ;

le décret n° 92-399 du 16 avril relatif aux attributions du ministre de la santé et de l'action humanitaire ;

le décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration ; l'avis du comité technique paritaire central en date du 5 novembre 1992 ;

Sur proposition du directeur général de la santé,

Arrêté :

Art. 1^{er} La direction générale de la santé comprend :

La sous-direction de la santé des populations.

La sous-direction du système de santé et de la qualité des soins.

La sous-direction de la veille sanitaire.

La sous-direction des professions de santé.

La division chargée de la lutte contre le sida.

La direction générale de la santé comprend également le bureau des affaires générales et financières, le bureau de la communication et des relations européennes et internationales, ainsi que le service de documentation commun avec la direction de l'action sociale.

Art. 2 La sous-direction de la santé des populations est chargée :

de la prospective, de la recherche, dans le domaine de la santé ainsi que du développement de la prévention, de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé, en liaison avec les bureaux concernés ;

de la définition et des modalités de mise en oeuvre des politiques de santé en direction prioritairement des populations ayant des problèmes de santé spécifiques ou des difficultés d'accès aux soins ;

de la définition et des modalités de mise en oeuvre de la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie ainsi que de la politique de santé mentale.

La sous-direction de la santé des populations assure le secrétariat de la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction. Elle exerce les missions dévolues au ministre chargé de la santé par le décret n°83-975 du 10 novembre 1983 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Art. 3 La sous-direction du système de santé et de la qualité des soins est chargée :

de l'évaluation et de l'économie de la santé ; à ce titre, elle apporte son appui, dans le domaine de la santé, à l'ensemble des activités d'évaluation et d'économie de la santé ; elle assure la promotion

de l'évaluation et suit les travaux d'évaluation menés en France et à l'étranger ;

des pathologies, de l'organisation des soins et des urgences ; à ce titre, elle est chargée de l'organisation des différents éléments du système de santé et veille à la qualité des soins ;

du développement et de la sécurité des techniques médicales ; à ce titre, elle définit les conditions de leur mise en oeuvre ; elle est chargée de l'élaboration du tarif interministériel des prestations sanitaires ; elle participe à la définition des modalités de la vigilance en matière de matériels médicaux.

La sous-direction du système de santé et de la qualité des soins assure le secrétariat de la commission nationale permanente de biologie médicale et du comité médical supérieur.

Art. 4 La sous-direction de la veille sanitaire est chargée :

de l'observation en matière de santé ; à ce titre, elle est chargée de la synthèse des informations sur l'état de santé de la population et du conseil en matière d'épidémiologie d'alerte, en liaison avec les bureaux concernés ;

de la lutte contre les maladies transmissibles ; à ce titre, elle définit les modalités de la mise en oeuvre de leur surveillance et de l'action contre leur développement ; elle définit la politique vaccinale ;

de la qualité de l'alimentation et de la lutte contre les risques sanitaires liés aux milieux ; à ce titre, elle participe à la lutte contre la pollution atmosphérique et veille à l'élimination des déchets, à l'hygiène de l'habitat et à la salubrité des agglomérations ; elle veille à la sécurité en matière de radioprotection contre les rayonnements ionisants ;

d'assurer la qualité des eaux, du thermalisme et du climatisme ; à ce titre, elle définit la réglementation, précise les normes de sécurité et en fait suivre l'observation.

La sous-direction de la veille sanitaire assure le secrétariat du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, du Haut Comité du thermalisme et du climatisme et de la commission d'harmonisation des mesures de radioactivité ; elle participe au fonc-

tionnement du Conseil national de l'alimentation.

Art. 5 La sous-direction des professions de santé est chargée :

de l'éthique et des affaires juridiques ; à ce titre, elle assure la synthèse des réflexions sur les questions d'éthique et exerce, au profit de l'ensemble des bureaux concernés, une mission de conseil juridique ainsi que la prévention et le traitement des affaires contentieuses ;

de la formation des professions médicales et des conditions d'exercice de ces professions ; à ce titre, elle est chargée de la réglementation des formations initiales des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, de l'organisation des ordres professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes et de la réglementation relative à l'exercice de ces professions ;

de la formation des professions paramédicales et des conditions d'exercice de ces professions ; à ce titre, elle est chargée de la réglementation des formations relevant du ministère chargé de la santé et de la réglementation relative à l'exercice des professions paramédicales.

La sous-direction des professions de santé assure le secrétariat de la commission visée par l'article L. 356-20 du code de la santé publique relatif à l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme et du Conseil supérieur des professions paramédicales ; elle participe au fonctionnement des commissions nationales des études médicales, des études pharmaceutiques et des études biologiques.

Art. 6 La division de la lutte contre le sida est chargée :

de l'épidémiologie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ; à ce titre, elle assure une surveillance nationale, la coordination des enquêtes et la synthèse de l'activité de dépistage ;

de la définition et des modalités de mise en oeuvre de la politique de dépistage et de la formation à l'information conseil des professionnels de santé ;

de la définition et des modalités de mise en oeuvre de la prise en

charge extra-hospitalière des personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine, notamment le soutien psychologique, social et juridique, l'hébergement, l'aide à la vie quotidienne, les réseaux ville-hôpital et la formation, ainsi que de la lutte contre l'exclusion et la discrimination à l'égard de ces personnes ;

de la prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les usagers de drogues ;

de la réglementation et du suivi des problèmes juridiques et éthiques ; du suivi et des conditions de mise en oeuvre des programmes européens et internationaux de lutte contre le sida.

Art. 7 Le bureau des affaires générales et financières est chargé de la gestion interne de la direction générale de la santé, et en particulier de la gestion des personnels et de la gestion budgétaire.

Art. 8 Le bureau de la communication et des relations européennes et internationales est chargé d'assurer la communication interne et externe de la direction et la coordination des relations avec les pays étrangers.

Art. 9 L'arrêté du 19 mars 1982 modifié fixant l'organisation et les attributions de la direction générale de la santé est abrogé.

Art. 10 Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 22 décembre 1992.

Le Premier ministre

Pour le Premier ministre et par délégation :

Le secrétaire général du Gouvernement
RENAUD DENOIX de SAINT MARC

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire

BERNARD KOUCHNER

Le ministre d'État, ministre de la fonction publique et des réformes administratives

MICHEL DELEBARRE

Composition et fonctionnement du CSHPF

Décret n° 92-1187 du 5 novembre 1992 modifiant le décret n° 88-1022 du 3 novembre 1988 relatif à la composition et au fonctionnement du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le décret n° 61-987 du 24 août 1961 relatif au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, modifié par le décret n° 76-975 du 19 octobre 1976 ;

le décret n° 88-1022 du 3 novembre 1988 relatif à la composition et au fonctionnement du Conseil supérieur d'hygiène publique de France,

Décrète :

Art. 1^{er} L'article 1^{er} du décret du 3 novembre 1988 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 1^{er} Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France comporte quatre sections :

« Section de la prophylaxie des maladies transmissibles (chargée notamment des questions relatives à la surveillance et à la prévention des maladies transmissibles) ;

« Section des eaux (chargée notamment de l'étude des questions concernant les eaux destinées à la consommation humaine, les eaux de loisir et les eaux minérales, l'évacuation des eaux et matières usées, l'hygiène et le classement des stations thermales et climatiques) ;

« Section de l'évaluation des risques de l'environnement sur la santé (chargée notamment des problèmes de politique de prévention du bruit et du risque chimique, du classement et de l'étiquetage des substances et préparations dangereuses, des effets des rayonnements ionisants et non ionisants et des questions relatives à l'hygiène de l'habitat) ;

« Section de l'alimentation et de la nutrition (chargée notamment des problèmes généraux de prévention relatifs à la politique

nutritionnelle et au mode de vie et des problèmes liés à la sécurité alimentaire). »

Art. 2 Le paragraphe a de l'article 3 du décret du 3 novembre 1988 susvisé est modifié comme suit :

Remplacer : « Le président du Haut Comité du thermalisme et du climatisme ou son représentant » **par** : « Le président du Conseil national de l'alimentation ou son représentant » ;

Ajouter : « Le directeur du Centre national d'expertise et de recommandation sur la nutrition et l'alimentation. »

Art. 3 L'article 4 du décret du 3 novembre 1988 susvisé est modifié comme suit :

« a) Quatre membres titulaires et quatre membres suppléants choisis sur des listes comprenant chacune au moins six noms et présentées respectivement par :

« l'Académie nationale de médecine ;

« l'Académie nationale de pharmacie.

« b) Deux membres titulaires et deux membres suppléants choisis sur des listes comprenant chacune au moins quatre noms et présentées respectivement par :

« le Conseil national de l'ordre des médecins ;

« le Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

« c) Un directeur d'école nationale vétérinaire désigné sur proposition du ministre de l'agriculture ; quatre membres désignés parmi les médecins inspecteurs de la santé et parmi les pharmaciens inspecteurs régionaux de la santé ; quatre membres désignés parmi les ingénieurs sanitaires.

« d) Soixante-six membres désignés en raison de leur compétence dans l'une ou plusieurs des matières relevant des attributions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. »

Art. 4 Les dispositions du présent décret prennent effet le 5 novembre 1992.

Art. 5 Le ministre de la santé et de l'action humanitaire est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 5 novembre 1992.

Par le Premier ministre,

PIERRE BÉRÉGOVOY

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

BERNARD KOUCHNER

Budget affaires sociales et santé

Décret n°92-1395 du 30 décembre 1992

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du budget,

Vu la loi de finances pour 1993 (n°92-1376 du 30 décembre 1992) ;

l'article 43 de l'ordonnance n°59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances,

Décrète :

Art. 1^{er} Les crédits ouverts au ministre des affaires sociales et de l'intégration et au ministre de la santé et de l'action humanitaire par la loi de finances pour 1993, au titre des dépenses ordinaires du budget des affaires sociales et de la santé, sont répartis, par chapitre, conformément à l'état A annexé au présent décret.

Art. 2 Les autorisations de programme et les crédits de paiement ouverts au ministre des affaires sociales et de l'intégration et au ministre de la santé et de l'action humanitaire par la loi de finances pour 1993, au titre des dépenses en capital du budget des affaires sociales et de la santé, sont répartis par chapitre, conformément à l'état B annexé au présent décret.

Art. 3 Le ministre du Budget est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 décembre 1992.

Par le Premier ministre

Pierre BÉRÉGOVOY

Le ministre du Budget

Martin MALVY

Le tableau extrait de l'état A se trouve page suivante.

Suite de
Législation &
réglementation
page 33

Extrait de
l'état A
annexé au
décret
n° 92-1395
du 30
décembre
1992

Les extraits du
décret se
trouvent page
précédente.

Services	N°	Services votés	Mesures nouvelles	Total
Titre IV INTERVENTIONS PUBLIQUES				
2° partie Action internationale				
Actions internationales et aide à l'étranger	42-10*	»	+ 5 000 000	5 000 000
3° partie Action éducative et culturelle				
Professions médicales et paramédicales				
Formations et recyclage	43-32	420 421 000	- 5 211 050	415 209 950
Professions sociales - Formation	43-33	420 150 000	+ 53 544 202	473 694 202
Enseignements sanitaire et social - Bourses	43-34	206 796 212	+ 34 750 000	241 546 212
Totaux pour la 3° partie		1 047 367 212	+ 83 083 152	1 130 450 364
4° partie Action économique				
Encouragements et interventions				
Innovation sociale	44-01	23 828 379	- 3 320 000	20 508 379
6° partie Action sociale Assistance et solidarité				
Prestations sociales et actions culturelles en faveur des rapatriés	46-02	115 096 000	+ 15 600 000	130 696 000
Revenu minimum d'insertion	46-21*	»	+ 13 600 000 000	13 600 000 000
Remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse	46-22	145 000 000	- 5 000 000	140 000 000
Dépenses d'aide sociale obligatoire	46-23	7 942 202 369	+ 420 650 000	8 362 852 369
Dépenses du Fonds national de solidarité en faveur des ressortissants de l'aide sociale	46-25	120 000 000	120 000 000	
Remboursement aux départements des soldes afférents aux dépenses d'aide sociale	46-26	799 923 386	+ 359 007	800 282 393
Contribution de l'État au financement de l'allocation aux adultes handicapés	46-92	15 775 000 000	+ 1 044 000 000	16 819 000 000
Totaux pour la 6° partie		24 897 221 755	+ 15 075 609 007	39 972 830 762
7° partie Action sociale - Prévoyance				
Programmes de protection et de prévention sanitaires	47-13	282 310 877	+ 54 790 000	337 100 877
Actions et services obligatoires de santé	47-14	321 568 333	+ 12 100 913	333 669 246
Lutte contre la toxicomanie	47-15	439 913 218	+ 21 250 712	461 163 930
Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie	47-16	246 880 000		246 880 000
Programmes d'action sociale de l'État	47-21	640 953 255	+ 134 250 000	775 203 255
Mutuelles et majoration des rentes des anciens combattants mutualistes	47-22	189 500 000	+ 38 500 000	228 000 000
Subventions à divers régimes de protection sociale	47-23	6 758 230 000	- 4 387 000 000	2 371 230 000
Interventions dans le domaine de la recherche, de la pharmacie, du médicament et des équipements hospitaliers et médicaux	47-51	39 704 872	+ 2 900 000	42 604 872
Population et migrations - Interventions de l'État en faveur des travailleurs migrants	47-81	189 535 303	+ 1 460 000	190 995 303
Totaux pour la 7° partie		9 108 595 858	- 4 121 748 375	4 986 847 483
Totaux pour le Titre IV		35 077 013 204	+ 11 038 623 784	46 115 636 988

* Nouveau numéro

Lutte contre le bruit

Loi n° 92-1444 du 31 décembre 1992 relative à la lutte contre le bruit

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er} Les dispositions de la présente loi ont pour objet, dans les domaines où il n'y est pas pourvu, de prévenir, supprimer ou limiter l'émission ou la propagation sans nécessité ou par manque de précautions des bruits ou des vibrations de nature à présenter des dangers, à causer un trouble excessif aux personnes, à nuire à leur santé ou à porter atteinte à l'environnement.

TITRE I^{er}

Prévention des nuisances sonores

CHAPITRE I^{er}

Dispositions relatives aux objets et aux dispositifs destinés à réduire les émissions sonores

Art. 2 Sans préjudice des autres dispositions législatives et réglementaires applicables, des décrets en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national du bruit, définissent, pour les objets susceptibles de provoquer des nuisances sonores élevées ainsi que pour les dispositifs destinés à réduire les émissions sonores :

- les prescriptions relatives aux niveaux sonores admissibles, aux conditions d'utilisation, aux méthodes de mesure du bruit, au marquage des objets et dispositifs et aux modalités d'information du public ;

- les règles applicables à la fabrication, l'importation et la mise sur le marché ;

- les procédures d'homologation et de certification attestant leur conformité aux prescriptions relatives aux niveaux sonores admissibles ;

- les conditions de délivrance et de retrait par l'autorité administrative de l'agrément des organismes chargés de délivrer les homologations et certifications ;

les conditions dans lesquelles l'autorité administrative peut vérifier ou faire vérifier par ces organismes, aux frais du détenteur, la conformité des objets et dispositifs aux prescriptions mentionnées au deuxième alinéa.

Art. 3 Tout vendeur ou loueur professionnel d'objets ou de dispositifs de protection contre le bruit réglementés en application de l'article 2 est tenu d'en faire connaître les caractéristiques acoustiques à l'acheteur ou au preneur.

Art. 4 Tout contrat tendant à transférer la propriété ou la jouissance d'un objet ou d'un dispositif non pourvu de l'homologation ou de la certification prévues par l'article 2 ou ne satisfaisant pas aux prescriptions établies en application de cet article est nul de plein droit.

Art. 5 Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables aux objets et dispositifs conçus pour l'accomplissement des missions de défense nationale.

Elle ne peuvent pas se substituer aux dispositions plus protectrices contenues dans les codes de l'aviation civile, de la route ou du travail.

CHAPITRE II

Dispositions relatives aux activités

Art. 6 Sans préjudice des autres dispositions législatives et réglementaires applicables, les activités bruyantes, exercées dans les entreprises, les établissements, centres d'activités ou installations publiques ou privées établis à titre permanent ou temporaire et ne figurant pas à la nomenclature des installations classées pour la protection de l'environnement, peuvent être soumises à prescriptions générales ou, lorsqu'elles sont susceptibles, par le bruit qu'elles provoquent, de présenter des dangers ou de causer les troubles mentionnés à l'article 1^{er}, à autorisation.

Peuvent être soumises aux mêmes dispositions les activités bruyantes sportives et de plein air susceptibles de causer des nuisances sonores.

La liste des activités soumises à autorisation est définie dans une nomenclature des activités bruyantes établie par décret en Conseil d'État pris après avis du Conseil national du bruit.

Les prescriptions générales visées au premier alinéa et les prescriptions

imposées aux activités soumises à autorisation précisent les mesures de prévention, d'aménagement ou d'isolation phonique applicables aux activités, les conditions d'éloignement de ces activités des habitations ainsi que les modalités dans lesquelles sont effectués les contrôles techniques.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de délivrance de l'autorisation, les documents à fournir à l'appui de la demande d'autorisation et les modalités d'information ou de consultation du public.

La délivrance de l'autorisation visée au premier alinéa est subordonnée à la réalisation d'une étude d'impact dans les conditions fixées par la loi n° 76-629 du 10 juillet 1976 relative à la protection de la nature et soumise à consultation du public dans des conditions fixées par décret.

Les délais et conditions de mise en conformité des activités existantes aux prescriptions établies en application du présent article sont fixés par décret en Conseil d'État.

Art. 7 En vue de limiter les nuisances résultant du trafic d'hélicoptères dans les zones à forte densité de population, il est interdit d'effectuer au départ ou à destination d'aérodromes situés dans ces zones des vols d'entraînement ainsi que des vols circulaires avec passagers sans escale touristique de moins d'une heure.

A l'occasion des survols des agglomérations qui ne sont pas situées dans des zones à forte densité de population, les hélicoptères doivent se maintenir à une hauteur minimum au-dessus du sol.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux transports sanitaires et aux missions urgentes de protection civile. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application de cet article.

Art. 8 Les dispositions de l'article 6 ne sont pas applicables aux activités et installations relevant de la défense nationale, des services publics de protection civile et de lutte contre l'incendie, ainsi qu'aux aménagements et infrastructures de transports terrestres soumis aux dispositions du titre II de la présente loi et aux aérodromes dont la création est soumise à arrêté ministériel.

Toutefois, les prescriptions visant à limiter les nuisances sonores impo-

sées à ces activités et installations par l'autorité administrative dont elles relèvent sont portées à la connaissance du public.

CHAPITRE III

Dispositions modifiant le code des communes

Art. 9 Il est inséré, après le premier alinéa de l'article L. 131-4-1 du code des communes, un alinéa ainsi rédigé :

« Dans ces secteurs, le maire peut, en outre, par arrêté motivé, soumettre à des prescriptions particulières relatives aux conditions d'horaires et d'accès à certains lieux et aux niveaux sonores admissibles les activités s'exerçant sur la voie publique, à l'exception de celles qui relèvent d'une mission de service public. »

Art. 10 Il est inséré, après le premier alinéa de l'article L. 131-14-1 du code des communes, un alinéa ainsi rédigé :

« Dans ces secteurs, le représentant de l'État dans le département peut, en outre, dans les conditions prévues au premier alinéa, soumettre à des prescriptions particulières relatives aux conditions d'horaires et d'accès à certains lieux et aux niveaux sonores admissibles les activités s'exerçant sur la voie publique, à l'exception de celles qui relèvent d'une mission de service public. »

Art. 11 Au troisième alinéa (1°) de l'article L. 181-40 du code des communes, après les mots : « les bruits », sont ajoutés les mots : « y compris les bruits de voisinage ».

TITRE II

Infrastructures de transports, urbanisme et construction

Art. 12 La conception, l'étude et la réalisation des aménagements et des infrastructures de transports terrestres prennent en compte les nuisances sonores que la réalisation ou l'utilisation de ces aménagements et infrastructures provoquent à leurs abords.

Des décrets en Conseil d'État précisent les prescriptions applicables :

- aux infrastructures nouvelles ;
- aux modifications ou transformations significatives d'infrastructures existantes ;
- aux transports guidés et, en particulier, aux infrastructures destinées à accueillir les trains à grande vitesse ;

aux chantiers.

Le dossier de demande d'autorisation des travaux relatifs à ces aménagements et infrastructures, soumis à enquête publique, comporte les mesures envisagées pour supprimer ou réduire les conséquences dommageables des nuisances sonores.

Art. 13 Dans chaque département, le préfet recense et classe les infrastructures de transports terrestres en fonction de leurs caractéristiques sonores et du trafic. Sur la base de ce classement, il détermine, après consultation des communes, les secteurs situés au voisinage de ces infrastructures qui sont affectés par le bruit, les niveaux de nuisances sonores à prendre en compte pour la construction de bâtiments et les prescriptions techniques de nature à les réduire.

Les secteurs ainsi déterminés et les prescriptions relatives aux caractéristiques acoustiques qui s'y appliquent sont reportés dans les plans d'occupation des sols des communes concernées.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de l'information des constructeurs et du classement des infrastructures en fonction du bruit.

Art. 14 Le code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

I L'intitulé de la section V du chapitre 1^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} est ainsi rédigé : « Caractéristiques acoustiques ».

II Le dernier alinéa de l'article L. 111-11 est ainsi rédigé :

« Le vendeur ou le promoteur immobilier est garant, à l'égard du premier occupant de chaque logement, de la conformité à ces exigences pendant un an à compter de la prise de possession. »

III Il est inséré, après l'article L. 111-11, deux articles L. 111-11-1 et L. 111-11-2 ainsi rédigés :

« **Art. L. 111-11-1** Les règles de construction et d'aménagement applicables aux ouvrages et locaux, autres que d'habitation, quant à leurs caractéristiques acoustiques et les catégories d'ouvrages et locaux qui sont soumis en tout ou partie aux dispositions du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

« **Art. L. 111-11-2** Des prescriptions relatives aux caractéristiques acous-

tiques peuvent être imposées aux travaux soumis à autorisation ou à déclaration préalable, ou réalisés avec l'aide de l'État, d'une collectivité publique ou d'un organisme assurant une mission de service public, exécutés dans des ouvrages ou locaux existants autres que d'habitation.

« Des décrets en Conseil d'État fixent, notamment pour ce qui concerne le niveau d'exigences acoustiques, les conditions d'applications du présent article. »

TITRE III

Protection des riverains des grandes infrastructures

CHAPITRE I^{er}

Bruit des transports terrestres

Art. 15 Dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement présentera au Parlement un rapport établissant l'état des nuisances sonores résultant du transport routier et ferroviaire et les conditions de leur réduction.

Ce rapport comportera une évaluation des travaux nécessaires à la résorption des points noirs et à la réduction de ces nuisances à un niveau sonore diurne moyen inférieur à soixante décibels. Il présentera, en outre, les différents modes de financement envisageables pour permettre la réalisation de ces travaux dans un délai de dix ans.

CHAPITRE II

Bruit des transports aériens

Art. 16 Il est institué, à compter du 1^{er} janvier 1993, une taxe pour la mise en oeuvre des dispositions nécessaires à l'atténuation des nuisances sonores au voisinage des aéroports. L'intégralité de ladite taxe est destinée à couvrir les dépenses d'aide aux riverains dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État.

[...]

TITRE IV

Contrôles et surveillance

Art. 21

I Outre les officiers et agents de police judiciaire agissant dans le cadre des dispositions du code de procédure pénale, sont chargés de procéder à la recherche et à la constatation des

infractions aux dispositions de la présente loi, ainsi que des textes et des décisions pris pour son application :

- 1 Les agents commissionnés à cet effet et assermentés dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État, appartenant aux services de l'État chargés de l'environnement, et de l'agriculture, de l'industrie, de l'équipement, des transports, de la mer, de la santé et de la jeunesse et des sports ;
 - 2 Les agents mentionnés à l'article 13 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement ;
 - 3 Les agents des douanes ;
 - 4 Les agents habilités en matière de répression des fraudes.
- En outre, les inspecteurs de salubrité des services communaux d'hygiène et de santé mentionnés à l'article L. 48 du code de la santé publique et les agents des collectivités locales assermentés à cet effet dans des conditions définies par décret en Conseil d'État sont chargés de procéder à la recherche et à la constatation des infractions aux règles relatives à la lutte contre les bruits de voisinage, telles que définies par décret en Conseil d'État.
- II En vue de rechercher et constater les infractions, les agents mentionnés au présent article ont accès aux locaux, aux installations et lieux où sont réalisées les opérations à l'origine des infractions, à l'exclusion des domiciles ou de la partie des locaux qui sert de domicile ; il peuvent demander la communication de tout document professionnel et en prendre copie et recueillir sur convocation ou sur place les renseignements et justification propres à l'accomplissement de leur mission. Les propriétaires et exploitants sont tenus de leur livrer passage. Ils ne peuvent accéder à ces locaux qu'entre 8 heures et 20 heures ou en dehors de ces heures si l'établissement est ouvert au public ou lorsqu'une activité est en cours. Le procureur de la République est préalablement informé des opérations envisagées en vue de la recherche des infractions. Il peut s'opposer à ces opérations.
 - III Les infractions aux dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application sont constatées par des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire.

Les procès-verbaux doivent, sous peine de nullité, être adressés dans les cinq jours qui suivent leur clôture au procureur de la République.

Une copie en est également remise, dans le même délai, à l'intéressé.

Art. 22 Dans le cadre des opérations prévues à l'article 21, les agents mentionnés au paragraphe 1 dudit article, à l'exception des inspecteurs de salubrité des services communaux d'hygiène et de santé et des agents des collectivités locales assermentés à cet effet, peuvent :

- prélever des échantillons en vue de faire effectuer des analyses ou des essais. Les modalités d'application du présent alinéa sont prévues par décret en Conseil d'État ;

consigner, dans l'attente des contrôles nécessaires, les objets ou dispositifs suspectés d'être conformes à la présente loi et aux textes pris pour son application.

Il ne peut être procédé à cette consignation que sur autorisation du président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel sont situés les lieux de détention des objets et dispositifs litigieux ou du magistrat délégué à cet effet.

Ce magistrat est saisi sur requête par les agents mentionnés au présent article. Il statue dans les vingt-quatre heures.

Le président du tribunal de grande instance vérifie que la demande de consignation qui lui est soumise est fondée : cette demande comporte tous les éléments d'information de nature à justifier cette mesure.

La mesure de consignation ne peut excéder quinze jours. En cas de difficultés particulières liées à l'examen des objets en cause, le président du tribunal de grande instance peut renouveler la mesure pour une même durée par une ordonnance motivée.

Les objets consignés sont laissés à la charge de leur détenteur.

Le président du tribunal de grande instance peut ordonner mainlevée de la mesure de consignation à tous moments. Cette mainlevée est de droit dans tous les cas où les agents habilités ont constaté la conformité des objets consignés ou leur mise en conformité.

En cas de non-conformité, les frais éventuels sont mis à la charge du contrevenant dans des conditions

fixées par un décret en Conseil d'État.

TITRE V

Mesures judiciaires et administratives

CHAPITRE I^{er}

Mesures judiciaires [...]

CHAPITRE II

Mesures administratives [...]

La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 31 décembre 1992

Par le Président de la République,

FRANÇOIS MITTERRAND

Le Premier ministre,

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

MICHEL VAUZELLE

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

PAUL QUILÈS

Le ministre de l'économie et des finances,

MICHEL SAPIN

Le ministre de l'agriculture et du développement rural,

JEAN-PIERRE SOISSON

Le ministre de l'environnement,

SÉGOLÈNE ROYAL

Le ministre de l'équipement, du logement et des transports,

JEAN-LOUIS BIANCO

Le ministre de l'industrie et du commerce extérieur,

DOMINIQUE STRAUSS-KAHN

Le ministre du budget,

MARTIN MALVY

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

BERNARD KOUCHNER

Le ministre de la jeunesse et des sports,

FRÉDÉRIQUE BREDIN

Le secrétaire d'État à la mer,

CHARLES JOSSELINE

TABAC ET ALCOOL

Modifications du code de la route

Décret n°92-1228 du 23 novembre 1992 modifiant les articles R.255 à R.262 du code de la route
Le premier ministre,
Sur le rapport du ministre de l'équipement, du logement et des transports,

Vu le code pénal ;
le code de la route ;
la loi n° 89-469 du 10 juillet 1989 relative à diverses dispositions en matière de sécurité routière et en matière de contravention ;
le décret n° 92-559 du 25 juin 1992 pris en application des articles L.11 à 11.6 du code de la route ;
la délibération du groupe interministériel permanent de la sécurité routière en date du 7 octobre 1992 ;
Le Conseil d'État (section des travaux publics) entendu,

Décète :

Art. 1^{er} L'article R.255 du code de la route est remplacé par les dispositions suivantes ;
« **Art. R.255** Le permis de conduire exigible pour la conduite des véhicules terrestres à moteur est affecté d'un nombre initial de 12 points. »

Art. 2 L'article R. 256 du code de la route est remplacé par les dispositions suivantes :

« **Art. R.256** Les infractions aux articles énumérés ci-après, lorsqu'elles présentent les caractères indiqués dans l'analyse, sommaire qui accompagne la désignation de chaque article, donnent lieu à la réduction de plein droit du nombre de points du permis de conduire dans les conditions suivantes :

« 1° Réduction de 6 points pour les délits énumérés aux articles ci-après :

« - articles 319 et 320 du code pénal : homicide involontaire ou blessures involontaires entraînant une incapacité de plus de trois mois, commis à l'occasion

de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur ;
« - articles L.1^{er} à L.4^(*), L.7, L.9 et L.19 du code de la route. »

[...]

Fait à Paris, le 23 novembre 1992

Par le Premier ministre,

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre de l'équipement, du logement et des transports,

JEAN-LOUIS BIANCO

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

MICHEL VAUZELLE

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

PAUL QUILÈS

Le ministre de la défense,

PIERRE JOXE

Le secrétaire d'État aux transports routiers et fluviaux,

GEORGES SARRE

(*) nous reproduisons ci-après l'article L.3 du code de la route relatif à l'alcool au volant

Article L. 3

Loi n° 78-732 du 12 juillet 1978, art.2,

Toute personne qui conduit un véhicule pourra être soumise à des épreuves de dépistage de l'imprégnation alcoolique par l'air expiré, en l'absence d'infraction préalable ou d'accident, dans le cadre de contrôles ordonnés par le procureur de la République. La réquisition du parquet prescrivant de tels contrôles en précisera la date ainsi que les voies publiques sur lesquelles ils pourront avoir lieu.

(Al.2 abrogé par la loi n°86-76 du 17 janvier 1986. art.25)

Lorsque les épreuves de dépistages permettront de présumer l'existence d'un état alcoolique ou en cas de refus de subir ces épreuves, les officiers ou agents de la police administrative ou judiciaire feront procéder aux vérifications destinées à établir la preuve de l'état alcoolique (loi n°83-1045 du 8 décembre 1983, art.2.)
« dans les conditions prévues aux troisième et quatrième alinéas du I de l'article L.1er et sous les sanctions prévues au cinquième alinéa dudit I ».

Publicité en faveur du tabac

Arrêté du 31 décembre 1992 fixant les caractéristiques des affichettes relatives à la publicité en faveur du tabac dans les débits de tabac.
Le ministre du budget et le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu la loi n° 76-448 du 24 mai 1976 portant aménagement du monopole des tabacs manufacturés ;

la loi n°79-1150 du 29 septembre 1979 relative à la publicité, aux enseignes et aux préenseignes ;

la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, et notamment son article 3 ;

le décret n°76-1324 du 31 décembre 1976 relatif aux régimes économique et fiscal, dans les départements continentaux, des tabacs manufacturés ;

le décret n°82-211 du 24 février 1982 portant règlement national des enseignes et fixant certaines dispositions relatives aux préenseignes,

Arrêtent :

Art. 1^{er}

Les enseignes des débits de tabac sont :

L'enseigne traditionnelle de la profession, communément appelée « carotte ». Elle est représentée par un losange, de couleur rouge, sur lequel peut éventuellement être portée la seule mention « tabac ». Munie ou non d'un dispositif d'éclairage, elle est fixée à l'extérieur du débit de tabac ;

L'enseigne commerciale apposée obligatoirement en façade de chaque débit. Elle ne peut comporter que le mot « tabac », complétée éventuellement du nom de l'établissement et de la représentation de la « carotte » ;

Les préenseignes destinées à signaler la proximité d'un débit de tabac. Ces panneaux signalétiques ne peuvent comporter que la mention « tabac » ou « débit de ta-

bac », complétée éventuellement du nom de l'établissement et de la représentation de la « carotte », à l'exclusion de toute autre inscription.

Art. 2 La publicité en faveur des produits du tabac par affichettes est autorisée à condition qu'elles soient disposées à l'intérieur du point de vente ou de l'espace réservé à la vente du tabac et qu'elles ne soient pas visibles de l'extérieur de l'établissement.

Art. 3 Le format maximum des affichettes est fixé à 60x80 centimètres.

Art. 4 Les affichettes ne peuvent comporter d'autres mentions que la dénomination du produit, sa composition, ses caractéristiques et conditions de vente, à l'exception, du prix, le nom et l'adresse du fabricant et, le cas échéant, du distributeur, ni d'autre représentation graphique ou photographique que celle du produit, de son emballage et de l'emblème de la marque.

Art. 5 Les affichettes doivent comporter le message sanitaire « Fumer provoque des maladies graves ». Cette mention est incluse dans un bandeau recouvrant complètement la partie inférieure ou supérieure de la publicité. Ce bandeau est égal à 20 p.100 de la surface publicitaire.

Le message sanitaire imprimé horizontalement en caractères gras sur fond contrastant clair doit être parfaitement lisible. La hauteur des caractères est au moins égale à 1/60 de la somme de la hauteur et de la largeur de l'affichette.

Art. 6 Les dispositions du présent arrêté entreront en vigueur le 1er janvier 1993.

Art. 7 Le directeur général des douanes et droits indirects 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 31 décembre 1992.

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

BERNARD KOUCHNER

Le ministre du budget,

Martin MALVY

Taxes tabac et alcool

Loi de finances pour 1993 (n°92-1376 du 30 décembre 1992)

J.O. du 31 décembre 1992

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté, Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

[...]

Article 33

I 1° À compter du 4 janvier 1993, les taux fixés à l'article 575 A du code général des impôts sont modifiés comme suit :

Groupes de produits	Taux normal
Cigarettes	55,23
Cigares	29,26
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	55,23
Autres tabacs à fumer	47,14
Tabacs à priser	40,60
Tabacs à mâcher	27,87

2° Les taux de 55,23 sont portés à 56,38 à compter du 19 avril 1993.

II Le taux de 0,762 p. 100 prévu à l'article 1618 sexies du code général des impôts est réduit à 0,74 p. 100.

III En 1993, le produit du droit de consommation sur les tabacs manufacturés prévu à l'article 575 du code général des impôts est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie à hauteur de 1,5 centime par cigarette vendue dans les départements de France continentale. [...]

Article 45

I Le I de l'article 520 A du code général des impôts est ainsi rédigé :

« **I** Il est perçu un droit spécifique :

« **a**

« 6,25 F par degré alcoométrique pour les bières dont le titre al-

coométrique n'excède pas 2,8 p. 100 vol. ;

« 12,50 F par degré alcoométrique pour les autres bières.

« **b**) Sur les boissons non alcoolisées énumérées ci-après dont le tarif, par hectolitre, est fixé à :

« 3,50 F pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de table, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 p. 100 vol. d'alcool, commercialisées en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits.

« Les mélanges de bière et de boissons non alcoolisées dont le titre alcoométrique est supérieur à 0,5 p. 100 vol. sont soumis au droit spécifique sur les bières. »

II Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} mai 1993.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 30 décembre 1992

Par le Président de la République

François MITTERAND

Le Premier ministre,

Pierre BÉRÉGOVOY

Le ministre du Budget,

Martin MALVY

Rapports du Haut Comité

M. Kouchner, ministre de la santé et de l'action humanitaire, a récemment rendu publics les rapports de trois groupes de travail placés sous l'égide du Haut Comité. Il s'agit du rapport sur l'état de l'hépatite C en France, remis par le Professeur Max Micoud, du rapport sur la sécurité de la naissance présenté par les Professeurs Emile Papiernik et Georges Pontonnier et du rapport sur la santé en milieu carcéral élaboré par la mission confiée à Gilbert Chodorge et au Professeur Guy Nicolas.

Les rapports et les dossiers de presse sont disponibles au service de presse du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé
Tél : 40 56 52 52
Le Haut comité de la santé publique éditera dans sa collection *Avis et dossiers* le rapport sur la santé en milieu carcéral, qui sera disponible fin mars.

Hépatite C

Le rapport du Pr Micoud met en évidence le fait que l'hépatite C risque de devenir un problème majeur de santé publique en l'an 2000. En 1992, le nombre de personnes infectées est estimé entre 500 000 et 2 000 000 de personnes ; parmi elles 100 000 à 400 000 pourraient être d'origine transfusionnelle. Les auteurs soulignent que les mesures réglementaires prises de 1988 à 1991 ont permis de réduire le risque de contracter une hépatite C après transfusion, mais qu'il conviendrait de les compléter par des informations grand public en ce qui concerne en particulier les risques de transmission. Le suivi épidémiologique, la prise en charge des remboursements des actes biologiques nécessaires au diagnostic et au suivi figurent également parmi les propositions du groupe.

Sécurité de la naissance

Dans l'avis qu'il a émis sur le rapport *sécurité de la naissance*, le HC estime que ce rapport apporte une solution satisfaisante sur la sécurité à la naissance pour une meilleure prise en charge médico-technique dans les maternités.

« Dans ce cadre, deux propositions du groupe de travail ont particulièrement retenu l'attention du Haut comité de la santé publique :

- le principe d'une organisation comprenant en permanence un gynécologue-obstétricien et un anesthésiste, un nombre suffisant de sages-femmes et la disponibilité immédiate d'un pédiatre compétent en néonatalogie ;
- la recommandation que soit préféré, en cas d'accouchement présumé compliqué, le transfert maternel avant la naissance, au transfert du nouveau-né après celle-ci.

Si ce schéma peut être considéré comme idéal sur le plan de la sécurité, le Haut comité de la santé publique estime que sa mise en oeuvre est complexe : problème d'accessibilité variable d'une région à l'autre, répercussion psycho-affective, coopération des secteurs public et privé, réalités politiques locales, etc. Tous ces aspects méritent d'être approfondis et devraient aboutir à des solutions diversifiées sur l'ensemble du territoire.

Au-delà des exigences de sécurité à la naissance dans les maternités, le Haut comité de la santé publique insiste sur la

nécessité de poursuivre la réflexion dans deux directions :

- conditions du suivi et de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance ;
- organisation des filières et amélioration de l'accessibilité de la prise en charge, notamment pour les femmes les plus défavorisées. »

Santé en milieu carcéral

Le rapport sur la santé en milieu carcéral souligne que malgré les mesures prises au cours des dernières années pour améliorer la prise en charge sanitaire des détenus, celle-ci s'avère inadaptée et que l'état de santé des entrants en prison et la recrudescence de certaines maladies graves en détention rendent indispensable l'adoption de mesures de santé publique plus adaptées. En rendant public ce rapport, le Garde des Sceaux, le Ministre des Affaires Sociales et le Ministre de la Santé ont indiqué qu'ils avaient décidé en conséquence d'améliorer les modalités de prise en charge sanitaire des détenus. Le dispositif arrêté, précise le communiqué, confie aux établissements publics de santé la prise en charge médicale des détenus sachant qu'une telle prise en charge contribue à leur réinsertion lors de leur sortie. Les modalités de mise en oeuvre du dispositif, qui s'effectuera sur la période 1993-1995, sont les suivantes :

- un volet sanitaire prévoit la signature de conventions associant chaque établissement pénitentiaire à un établissement public de santé. Les personnels hospitaliers interviendront au sein de la prison à titre préventif et curatif pour soigner les détenus dont l'état de santé n'exige pas leur hospitalisation ;
- un volet social prévoit que les détenus pourront bénéficier, comme l'ensemble des assurés, des prestations en nature des assurances maladie et maternité, et que l'administration pénitentiaire prendra à sa charge les cotisations d'assurance personnelle pour les détenus n'ayant plus de droits ;
- un volet santé publique prévoit la mise en oeuvre de programmes d'actions prioritaires sur la santé mentale, la toxicomanie, le sida, l'alcoolisme, la tuberculose, les soins bucco-dentaires, la gynécologie et l'éducation sanitaire.

G. G.

Prix Robert Debré et Michel Fontan

Le 11 février 1993 avaient lieu dans les Salons de la Maison de la Chimie à Paris les remises des Prix Robert Debré et Michel Fontan.

Cette cérémonie s'est déroulée en présence d'une centaine d'invités, sous la présidence de MM. Guy Nicolas, Vice-président du Haut Comité de la Santé Publique, Philippe Parquet, coordinateur de la Commission Permanente Alcool et Santé Publique et Jean-François Girard, Directeur général de la Santé. Madame Édith Pons, conseiller technique du Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire a bien voulu également honorer de sa présence le début de cette manifestation. Après qu'un membre du jury eut fait la présentation du lauréat(e) et de son travail dans un exposé plein d'émotion, chaleureux et convainquant, le lauréat(e) recevait son prix. Enfin un buffet était offert dans la plus pure des traditions.

PRIX ROBERT DEBRÉ 1993 ALCOOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE

Le Prix Robert Debré a été créé en 1978 par le Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme pour récompenser des travaux portant sur un aspect nouveau du problème de l'alcool, l'alcoolisation et l'alcoolisme. Le Haut Comité de la santé publique souhaite, en reconduisant le Prix Robert Debré en 1993, l'inscrire dans la continuité, marquant ainsi la place de l'alcoologie dans une politique de santé publique.

Les conditions d'attribution du Prix Robert Debré 1993 sont les suivantes :

Article 1

Seront acceptés les thèses et mémoires soutenus dans une université française au cours de l'année 1992 ou 1993.

Article 2

L'intéressé devra faire acte de candidature par lettre adressée au secrétariat général du Haut Comité de la santé publique. Il lui sera adressé un dossier d'inscription qu'il devra retourner accompagné :

- d'une copie du diplôme ou de l'attestation délivrée par l'établissement auquel le mémoire ou la thèse aura été présenté ;
 - de quatre exemplaires (originaux ou photocopies) du travail ;
 - d'une analyse par le candidat du travail en trois pages dactylographiées ;
 - d'un avis du directeur de thèse ou de mémoire ;
 - d'un curriculum vitae incluant les activités actuelles et les projets du candidat.
- Tout dossier incomplet sera déclaré irrecevable.

Le règlement du Prix Michel Fontan paraîtra dans le numéro 3 d'*Actualité et dossier en santé publique* de juin 1993.

Article 3

Les dossiers devront parvenir ou être déposés au secrétariat général du Haut Comité de la santé publique, 17, rue Margueritte, 75017 Paris

avant le 31 décembre 1993

Article 4

Le montant des prix est fixé comme suit :

- Premier prix : 30 000 F
- d'autres prix d'un montant total de 40 000 F sont à répartir à la discrétion du jury selon les mérites des travaux.

Article 5

Le travail du lauréat retenu comme 1^{er} Prix Robert Debré pourra, sur proposition du jury, faire l'objet d'une édition gratuite dans le cadre des collections du Haut Comité de la santé publique.

Article 6

La Commission *alcool et santé publique* est chargée de l'organisation du Prix Robert Debré et de la désignation du jury.

Disparition du Professeur Jean-Georges Bernard

Le Professeur Jean-Georges Bernard, médecin général inspecteur, est mort le 26 octobre 1992, et pour tous ceux qui ont eu le privilège de travailler avec lui au sein du Haut Comité d'Étude et d'Information sur l'Alcoolisme, c'est une figure marquante de l'alcoologie qui disparaît. Expert du HCEIA de 1977 à 1986, il apporta à cet organisme sa vaste expérience de la prévention des conduites d'alcoolisation, acquise à la Direction centrale du service des armées. En tant que membre du comité de rédaction du Bulletin d'information du HCEIA de 1983 à 1985, on lui doit des revues thématiques, de la littérature, des comptes rendus de colloques, de nombreuses notices biblio-

graphiques. Il participa au séminaire d'Esclimont sur les relations dose-effet de l'alcool et siégea à plusieurs reprises au jury du Prix Robert Debré. On se souviendra aussi qu'il fut l'initiateur et le secrétaire général du 1^{er} colloque international « alcoologie et forces armées » (Libourne, 1980).

Depuis, le mouvement alcoologique militaire s'est développé activement, avec la création en 1981 du « Comité médical central d'études sur l'alcoolisme dans les armées » et l'avènement de nombreux travaux de recherche et d'action dans le champ de la prévention, du traitement et de l'épidémiologie. C'est peut-être le plus bel hommage qui puisse lui être rendu.

G.G.

3614 ALCOINFO

Connaître les missions de la
Commission permanente
Alcool et santé publique 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

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

Nous rappelons à nos lecteurs
qui s'étonnent de ne pas avoir
reçu les derniers numéros
d'*HCSP Actualité* pour l'année
1992 qu'*Actualité et dossier en*
Santé Publique remplace notre
ancienne revue.

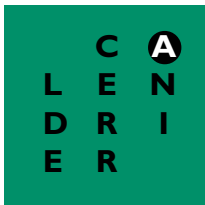
Sa parution reste trimestrielle.

Pour la recevoir il suffit de
s'adresser au Secrétariat

général du Haut Comité de la
Santé Publique. Les anciens
abonnés restent abonnés sans
avoir besoin d'en faire la
demande.

Nomination

Monsieur le Professeur René Caquet, membre du Haut Comité de la Santé Publique, a été renommé président du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France - Arrêté du 5 novembre 1992. (voir dans ce numéro, page 9 une présentation du CSHPF et page 31 le décret relatif à la composition et au fonctionnement du CSHPF)



Liverpool **Du 17 au 24 avril 1993**

The British Council pour la promotion de la coopération culturelle, scientifique et technique entre la Grande-Bretagne et les autres pays organise chaque année des séminaires internationaux, de courte durée et qui sont dirigés par des spécialistes de renom. Celui-ci « Healthy cities : the new public health » est destiné à répondre aux besoins des concepteurs et gestionnaires de la santé publique.
Renseignements
Mademoiselle Diana Milisavljevic
Assistant Science
9/11, rue de Constantine
75007 Paris
49 55 73 00

Arcachon **Les 6 et 7 Mai 1993**

Sous le haut patronage du Président du Parlement Européen se tiendra à Arcachon un Congrès de l'Union Européenne de Médecine Sociale sur le thème « Drogues, alcool et comportements routiers ».
Plusieurs tables rondes sur les différents problèmes liés à ce thème, discussions sur les aspects juridiques, techniques seront à l'ordre du jour. Ces journées sont organisées par l'Union Européenne de Médecine Sociale et La Ligue Régionale contre la drogue.
Renseignements
ISC
133, Cours de l'Argonne
33000 Bordeaux
56 31 97 51
Télécopie : 56 31 94 27

Bordeaux **Le 14 mai 1993**

Thème de cette journée : l'évaluation des pratiques de soins en médecine ambulatoire et hospitalière. Deux objectifs à cette réunion : faire connaître les actions réalisées en France dans le champ de l'évaluation des pratiques de soins ; insister sur les aspects méthodologiques spécifiques à ce type d'évaluation.
Journée organisée par la Société Française d'évaluation des Soins et des Technologies.
Michel Amouretti
Laboratoire d'évaluation de la qualité des Soins
Université de Bordeaux II
146, rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex
57 57 10 10
Télécopie : 56 99 03 80

Nîmes **Les 14 et 15 mai 1993**

« Les Boissons alcooliques et non alcooliques en 1993 : Qu'en savons-nous ? » Thème de ces deux journées organisées par le Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie du Gard, la Société Française d'Alcoologie, et où de très nombreuses personnalités sont attendues. Des ateliers ponctueront ces deux journées.
Informations et réservations
C.H.A.A. de Nîmes
C.H.R.U.
55, rue de Bouillargue
30000 Nîmes
66 84 14 43

Amsterdam **Du 24 au 26 mai 1993**

Troisième congrès européen de l'Union internationale d'Éducation pour la Santé et Mass Média : Comment communiquer efficacement ? Le Centre néerlandais de promotion et d'éducation pour la santé en collaboration avec le bureau régional pour l'Europe de l'Union internationale d'Éducation pour la santé des Pays-Bas sont les organisateurs de ce rendez-vous.
Mme Marianne Smit
Centre néerlandais de Promotion et d'Éducation pour la Santé
Boîte Postale 5104
NL-3502 JC Utrecht
Pays-Bas
31 30 910244

Santa Margherita Ligure **Du 2 au 5 juin 1993**

4^e Congrès de la Société Européenne de Recherches Biomédicales sur l'Alcoolisme (ESBRA)
Il sera articulé autour de quatre conférences plénières, comprendra des séminaires et des séances de communication orale ou par affiches sur les principaux thèmes de la recherche fondamentale et clinique en alcoologie. Des séances seront consacrées aux nouvelles méthodologies thérapeutiques ainsi qu'à l'enseignement médical de l'alcoologie en Europe.
Renseignements
Secrétariat du Professeur R. Nordmann
Département des Recherches Biomédicales sur l'Alcoolisme
45, rue des Saints Pères
75270 Paris Cedex 06
42 60 95 58

Paris **Du 7 au 9 juin 1993**

« Information, prévention sur le tabagisme »
Tel sera le thème du premier salon européen organisé par l'Association « Bien vivre en forme » et le Comité national contre le tabagisme
Renseignements
F. Allagui
Multi médias communications
BP 88
77202 Marne la Vallée Cedex 01
60 17 25 25

Berlin **Du 7 au 11 juin 1993**

ix^e Conférence internationale sur le SIDA
Renseignements
SIDA-OMS : Le Point
Organisation Mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse
(41 22) 791-4770

Nice **Du 5 au 9 Juillet 1993**

« Noise & Man 93 »
6^e Congrès international sur le bruit- le bruit est dorénavant reconnu comme un problème de santé publique.
Renseignements
Noise & Man 93
INRETSLEN
Case 24
109, avenue Salvador Allende
69675 Bron Cedex
72 36 23 00

Sao Paulo **Août 1993**

37^e Colloque international sur la Prévention et le Traitement de l'Alcoolisme,
20^e Colloque international sur la Prévention et le Traitement des Toxicomanies
Les langues officielles seront l'anglais, le portugais, le français et l'espagnol. Une traduction simultanée est prévue uniquement pour les séances plénières.
Renseignements
The ICAA office
Avenue du Tribunal Fédéral 1
CH-1001 Lausanne
Suisse
+41 21 20 98 65

Nice **Du 26 septembre au 1^{er} Octobre 1993**

24^e congrès international de la Santé au Travail sous l'égide de la Commission Internationale de Santé au Travail avec pour thème : « La Santé au travail pour chacun et pour tous, partout ».
Conférences thématiques sous forme de tables rondes sur les thèmes : santé au travail et société ; transfert de connaissances et de technologies dans le domaine de la santé au travail ; génétique et risques professionnels... : mini symposiums, films vidéo, expositions techniques... illustreront ces journées.
Renseignements :
C.O. 24 France
Yveline Lagarde
Les Miroirs
Cedex 27
92096 Paris la Défense
47 62 33 70
Télécopie : 47 62 31 53

Bordeaux **Du 27 au 30 Septembre 1993**

« Épidémiologie et Santé Publique ».
Ce congrès se déroulera sous l'égide de l'association des épidémiologistes de langue française, de l'association pour le développement de l'épidémiologie de terrain, de la société française de santé publique et de l'association des médecins inspecteurs en santé publique.
Il est fait appel à communications orales et affichées.
Renseignements et inscriptions
Professeur R. Salamon
Département d'information médicale
Université de Bordeaux II
146, rue Léon Saignat
33076 Bordeaux Cedex
57 57 10 31

Actualité et dossier en santé publique

S o m m a i r e

- 2 Actualité**
Stratégie pour une politique de santé publique. Consultation nationale et débats régionaux
Les programmes des partis politiques en matière de santé publique
- 5 Europe**
Année européenne des personnes âgées
- 6 International**
La politique de la santé et du bien-être
Journée mondiale contre le tabac
- 9 Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France**
- 10 Statistiques**
Le tabagisme des jeunes en France, une lueur d'espoir,
Dr Annie J. Sasco
- 13 Formation**
Maîtrise de sciences et techniques de santé publique
Bordeaux II
- 14 Société**
La perception de la santé,
Patricia Croutte et Michel Legros
- 16 En documentation**
- 24 Législation et réglementation**
- 38 Actualité du Haut comité**
Rapports du Haut comité
Prix Robert Debré et Michel Fontan
- 41 Calendrier**

Recherche d'information et banques de données en santé publique

I Introduction

II État des lieux

- Les sources de données en santé publique*
Les BDD, outils d'accès rapide à l'information
La Banque de données santé publique un projet documentaire national
Conclusion

XII Tribune

XX Annexes

- Quelques services Vidéotex utiles en santé publique*
Les CD-ROM disponibles en France
Les banques de données sur le SIDA et leur évolution
Bibliographie
Petit lexique

haut
comité
de la
santé
publique

17, rue Margueritte
75017 Paris

téléphone 42 67 19 41

télécopie 46 22 31 43