

3

juin 1993

Actualité et dossier en **santé publique**

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

Europe
communautaire
et **santé**
publique

dossier

3

juin 1993

Actualité et dossier en santé publique

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE

MINISTÈRE
DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ

haut comité de la santé publique

2, rue Auguste Comte
92170 Vanves
téléphone 46 62 42 80
télécopie 46 62 42 55

Président

M. Philippe Douste-Blazy,
ministre délégué à la Santé

Vice-Président

Guy Nicolas

Dépôt légal juin 1993 — ISSN 1243-275X

Le dossier *Europe communautaire et santé publique* se trouve encarté entre les pages 18 et 19. Il est numéroté de I à xxxii.

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°3

■ **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**
Maïté Ibarreche
Riama M'Bae
Arlette Dardy

■ **Ont participé à ce numéro**
Pascale Buffaut
Michèle Colin
Bernadette Constant
Armelle Georges
Gilbert Chodorge
Bernard Rueff
Nicolas Sandret
Dominique Tricard
Maurice Tubiana
Guillaume Zagury
Merci à Agnès Leclerc
et à Stéphane Legrand

Sommaire

- **2 Actualité**
La réforme de la médecine pénitentiaire, *Gilbert Chodorge et Michèle Colin*
Cabinet des ministres
- **6 International**
OMS, élaboration du budget-programme, histoire et limites, *Armelle Georges*
- **9 Organisme**
Organisation mondiale de la santé
- **10 Statistiques**
Accidents du travail et maladies professionnelles, *Nicolas Sandret*
Premiers résultats de l'enquête santé, *Ruth Ferry*
- **13 Formation**
DESS santé publique, actions et management
- **14 Alcoologie**
Alcool et médecine générale, *Bernard Rueff*
Évaluation du dispositif spécialisé
- **16 Documentation**
- **22 Législation & réglementation**
- **36 L'actualité du Haut Comité**
Rapport « stratégies »
Nominations
Commissions et groupes de travail

Éditorial

Guy Nicolas

On ne prend généralement conscience de la population carcérale qu'à l'occasion d'événements spectaculaires, lorsque ceux-ci alimentent l'actualité ou perturbent l'ordre public. En dehors de ces paroxysmes périodiques, il existe pourtant une situation permanente, discrète, mais préoccupante et qui pose un véritable problème de santé publique. On trouve en effet, dans les différents centres de détention (il en existe plus de 182 sur le territoire) une population dont l'état de santé est précaire, tant sur le plan somatique que psychique ; cet état s'est aggravé depuis une quinzaine d'années et la structure de prise en charge sanitaire est devenue inadaptée malgré les efforts réalisés, les dispositions prises dans la dernière décennie, malgré aussi le dévouement des médecins responsables.

Face à ce constat et à l'hétérogénéité des problèmes, il est apparu que la priorité devait être donnée à la mise en place d'une organisation qui puisse à la fois réaliser une prise en charge globale de cette population, tant sur le plan des soins que de la prévention, voire de l'éducation sanitaire. Il fallait en outre prévoir une structure qui puisse garantir une surveillance permanente, ce qui n'existait pas, et assurer la continuité des soins à la sortie du détenu, pour ne pas rompre la chaîne de protection sanitaire et sociale. C'est dans cet esprit réaliste et avec un souci de qualité et de sécurité, que le groupe de travail a compris la mission qui lui avait été confiée par les ministres et qu'il s'est employé à dégager les priorités qui lui semblaient les plus directement accessibles. Que Gilbert Chodorge, Michèle Colin et tous les membres du groupe soient remerciés pour avoir construit un rapport comme un véritable projet de santé publique.

La réforme de la **médecine pénitentiaire**

Un nouveau dispositif réglementaire organise la prise en charge sanitaire des détenus ; ce dispositif découle d'une évolution sur une douzaine d'années, le rapport du HCSP ayant servi de catalyseur et de facteur déclenchant.

Dans une conception ancienne de l'incarcération, en échange de la privation de liberté, l'État prenait en charge l'ensemble des besoins du détenu. Au même titre que l'alimentation, le chauffage, la vêtue, le ministère de la Justice organisait les soins aux détenus.

Politique de décroisement

Dès le début des années 1980, le ministère de la Justice, soucieux d'améliorer les conditions de détention et de développer la politique de réinsertion, a entrepris une réflexion visant à favoriser l'accès aux droits des détenus. L'emprisonnement est dès lors considéré comme la seule privation de la liberté d'aller et venir, mais ne doit pas porter préjudice aux droits qui ne sont pas directement mis en cause par l'exécution de la décision de justice. Ainsi, le droit d'accès à la culture, au sport, à la formation professionnelle... et notamment à la santé sont pleinement reconnus.

Il restait à trouver des applications concrètes à cette réflexion ce qui fut fait dans le cadre de la politique dite de « dé-

cloisonnement » dont l'objectif était la pénétration dans les établissements pénitentiaires des services publics compétents. C'est ainsi qu'en 1984 le contrôle de l'observation des règlements sanitaires dans les établissements pénitentiaires est confié à l'Inspection générale des affaires sociales. En 1985 les médecins inspecteurs départementaux de la santé publique reçoivent mission de contrôler et d'inspecter, au sein des établissements pénitentiaires, les prestations de soins qui sont fournies aux détenus ainsi que l'hygiène. 1986 voit la création de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes, placé sous double tutelle santé justice et du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire qui se concrétisera par la généralisation des services médico-psychologiques régionaux, véritables services hospitaliers psychiatriques au sein des 18 plus importantes maisons d'arrêt du territoire. En 1988, les premières conventions avec les CISIH sont mises en place dans les établissements pénitentiaires accueillant le plus grand nombre de détenus touchés par le VIH. Au terme de ces conventions, qui sont aujourd'hui au nombre de 24, des médecins hospitaliers viennent assurer gratuitement, en prison, des consultations à l'égard des personnes atteintes par le VIH. Enfin, en 1992 apparaît à titre expérimental, à l'occasion du « programme 13 000 », dans trois établissements pénitentiaires, un nouveau dispositif visant à confier l'intégralité des

soins en milieu pénitentiaire à des hôpitaux de proximité.

Le rapport du HCSP

L'ensemble de ces avancées a été déterminant pour l'évolution de l'action sanitaire en prison. Toutefois, aujourd'hui, elles s'avèrent insuffisantes au regard de la gravité et de la fréquence de certaines pathologies en prison et des enjeux qu'elles représentent en terme de santé publique. C'est pour cela que, par lettre du 15 juillet 1992, M. Michel Vauzelle, Garde des Sceaux et Monsieur Bernard Kouchner, ministre de la Santé et de l'action humanitaire avaient confié au Haut Comité de la santé publique le soin d'examiner les modalités d'amélioration du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus. Le groupe de travail a remis le 1^{er} février 1993 un rapport qui portait sur le mauvais état de santé de la population carcérale, l'inadaptation du dispositif de soins, la nécessité de définir des objectifs de santé publique (voir ci-contre) et des propositions sur la médecine préventive et l'accès aux soins.

Les propositions

Le développement de la médecine préventive doit s'appuyer sur un recueil des éléments permettant une évaluation de

l'état de santé des détenus, appliqué à tous les établissements pénitentiaires. Ce recueil devra permettre un suivi épidémiologique. Une attention particulière doit être apportée au dépistage de la tuberculose qui sera renforcé en milieu pénitentiaire, les conseils généraux devront être rappelés au strict respect des obligations leur incombant. Le dépistage volontaire de l'infection par le VIH sera assuré en milieu pénitentiaire par les centres habilités (couplage de tous les établissements pénitentiaires avec une consultation de dépistage anonyme et gratuit). En cas de séroposivité et de sida, le suivi sera assuré par les CISIH en suivant les recommandations du rapport Dormont (« prise en charge et traitement précoce de l'infection en VIH », rapport remis en

juin 1990 au ministre chargé de la Santé). Une proposition de dépistage de la contamination par le virus de l'hépatite B doit être faite aux populations à risque afin d'envisager à terme une vaccination des sujets sains.

L'accès aux soins somatiques et de santé mentale sera facilité par ► une prise en charge de ceux-ci par les établissements publics de santé permettant une continuité des soins, ► la responsabilité des soins médicaux devra être clairement établie.

Il convient de ► coupler chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé auquel seront confiées la responsabilité et la maîtrise d'œuvre de l'ensemble des soins aux détenus tant à l'intérieur de la prison que

dans la structure hospitalière, s'agissant des consultations très techniques et des hospitalisations ; ► Généraliser la couverture sociale pour le risque maladie-maternité à l'ensemble de la population pénale et en assurer le financement par le paiement par l'État d'une cotisation forfaitaire *per capita et prorata temporis*. Faire prendre en charge le ticket modérateur par l'aide sociale du département par aménagement de la loi du 29 juillet 1992 ; ► Accompagner la mise en œuvre de ce dispositif par un programme de rénovation et d'équipement des services médicaux des établissements pénitentiaires dont le financement incombera à l'administration pénitentiaire ; ► Développer le nombre de secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire en portant leur nombre à 34 (soit un secteur pour 1500 détenus) dans un délai de six ans, et notamment créer deux secteurs dont le service sera implanté en maison centrale en 1994 ; ► Renforcer les équipes des secteurs psychiatriques existants en milieu pénitentiaire ; ► Réaffirmer l'implication des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile dans les établissements pénitentiaires ; ► Développer les moyens d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus dans les établissements de santé ; ► Confier la définition de la politique générale de santé en milieu pénitentiaire conjointement aux ministères de la santé et de la justice ; ► Maintenir les missions d'inspection et de contrôle à l'IGAS et aux médecins inspecteurs de santé publique.

Le nouveau dispositif réglementaire

Le décret n° 93 704 du 27 mars 1993* organise cette nouvelle prise en charge en modifiant conjointement le Code de la santé publique et celui de la Sécurité sociale.

Ceci pour deux objectifs : ► Prendre en compte en prison l'ensemble des dimensions de santé publique (prévention, éducation pour la santé, diagnostic, trai-

LE CONSTAT DU RAPPORT DU HCSP

État de santé de la population pénale

La population pénale présente des caractéristiques déterminantes qu'il convient d'examiner si l'on veut cerner les besoins sanitaires des détenus et leur apporter des réponses adaptées. Il s'agit d'une population à risque, car provenant de milieux où sévissent les problèmes sociaux les plus graves, et qui peut être considérée comme particulièrement exposée aux troubles du comportement. Elle a également la particularité d'avoir eu rarement accès aux dispositifs d'éducation sanitaire et de soins avant son incarcération et de méconnaître ses droits sociaux, alors qu'elle présente des pathologies lourdes de conséquences pour elle-même et pour son environnement.

Les sources d'information sur l'état de santé des détenus sont peu nombreuses et présentent le plus souvent un caractère parcellaire parce qu'elles ciblent une pathologie particulière (toxicomanie, alcoolisme, sida,...) ou limitent leur champ d'investigation à un site déterminé. Mais en l'état, ce sont les rapports sanitaires annuels élaborés par les médecins inspecteurs de santé publique pour chaque établissement pénit-

tentiaire qui permettent d'entrevoir les problèmes de santé présentés par la population pénale. Ainsi, l'accent peut être tout particulièrement mis sur les conditions addictives très fréquemment rencontrées parmi les détenus : 15% des détenus sont toxicomanes, environ 30% consomment des quantités importantes d'alcool, plus de 80% sont des fumeurs à plus d'un paquet par jour et environ 30% prennent habituellement des médicaments. Outre la vulnérabilité psychique liée à ces comportements de dépendance, les détenus présentent le plus souvent des tableaux cliniques lourds, plus de 80% d'entre eux nécessitent des soins dentaires, les hépatites B et C sont très fréquentes et le taux de prévalence de VIH est dix fois plus important que dans la population générale ; il y a également trois fois plus de tuberculoses dépistées en milieu carcéral qu'à l'extérieur, enfin, les pathologies dermatologiques, digestives, cardio-vasculaires et pulmonaires, traumatiques, les suicides, grèves de la faim et automutilations sont très répandues en prison ; quant aux troubles de la santé mentale, ils touchent une partie importante de la population pénale et prennent les formes les plus diversifiées : troubles réactionnels

suite page 4

* nous reproduisons ce texte en page 27.

à l'incarcération, angoisse, anxiété, psychopathies, voire parfois des psychoses.

Les objectifs de santé publique

Une société solidaire régie par un État de droit se doit, pour le respect de la dignité humaine, de permettre aux hommes et aux femmes privées de liberté d'accéder en cas de besoin à des soins satisfaisants. La détermination d'objectifs de santé publique pour la population pénale nécessite la référence à des valeurs partagées, ► protection de la santé des détenus comme celle de ses proches, ► lutte contre l'exclusion, notamment en matière d'accès aux soins et à l'insertion sociale.

Les détenus souffrent de pathologies graves, contagieuses ou transmissibles. Ils sont, pour la plupart, incarcérés pour des périodes de courte durée et sont appelés à retrouver rapidement leur place en milieu libre. Ils présentent dès lors un certain nombre de risques pour eux-même et pour leur environnement. Il faut, en conséquence, mettre en place une politique de santé publique en réponse aux problèmes rencontrés. Le dépistage des affections fréquentes et graves rencontrées chez les personnes détenues, doit être organisé de telle sorte que les soins appropriés leur soient prodigués sans délais. Les soins curatifs dispensés aux détenus doivent être d'une qualité égale à celle qui caractérise ceux dispensés en milieu libre. La continuité des soins doit être assurée afin de prévenir toute rupture de la prise en charge lors du retour en milieu libre.

L'ensemble de ces objectifs ne peut être assigné au dispositif sanitaire pénitentiaire actuel qui ne peut faire l'objet que d'un constat nuancé.

Un dispositif de soins actuellement inadapté

Les termes de l'article D 380 du Code de procédure pénale prévoient que les détenus reçoivent gratuitement en prison les

soins qui leur sont nécessaires. Il en résulte que c'est à l'administration pénitentiaire qu'échoit la tâche d'organiser la prise en charge sanitaire des détenus et de la financer. Cette obligation, qui de fait lui incombe, est d'un tout autre ordre que les missions qui lui sont expressément confiées par le code de procédure pénale : la garde des détenus et la préparation de la sortie sans récidive. Elle doit dès lors l'assurer sans disposer de la compétence, ni des outils et des relais qui permettraient d'apporter les réponses appropriées aux problèmes de santé publique présentés par la population pénale. En effet, l'absence de savoir-faire et de légitimité de cette administration à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins de santé des détenus, le recours à des personnels sanitaires de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement. Les équipes médicales et paramédicales sont insuffisantes, incomplètes et de statuts précaires. Les médecins sont recrutés, gérés et payés par l'administration pénitentiaire, le plus souvent à la vacation. Les locaux mis à la disposition des services médicaux sont le plus souvent encore vétustes ou inadaptes. La nécessaire prise en compte, dans le cadre de l'exercice des missions sanitaires, des contraintes liées au maintien de l'ordre et à la sécurité, rend le travail médical en détention complexe. Notamment, l'accès du personnel administratif ou de surveillance au sein de l'unité médicale concourt à une quasi-violation permanente du secret médical. Or, ces personnels sont indispensables pour garantir la sécurité des personnels sanitaires ou pour assurer certaines tâches, faute de personnels spécialisés. Enfin, les contraintes sécuritaires se font particulièrement sentir lorsqu'il s'avère nécessaire d'extraire le détenu pour consultations extérieures ou hospitalisation.

tements), en sachant qu'une telle prise en charge sanitaire et sociale contribue à la réinsertion du détenu lors de sa sortie. C'est un problème global de santé publique tant pendant l'incarcération qu'après la sortie du détenu ; ► Confier aux hôpitaux publics, qui sont les structures les plus aptes à l'assurer, cette prise en charge globale. Chaque établissement pénitentiaire pourra confier la totalité de la prestation de santé à un établissement public de santé volontaire, dans un cadre réglementaire et incitatif.

Une meilleure organisation de la prise en charge sanitaire

Dans chaque établissement pénitentiaire, dans des locaux spécialement aménagés à cet effet, une équipe hospitalière sera chargée de : ► Dispenser des soins

■ CHARGÉ DE MISSION AUPRÈS DU MINISTRE D'ÉTAT

Bertrand Fragonard, *conseiller-maître à la Cour des comptes*

■ DIRECTEUR DE CABINET

Dominique Le Vert, *conseiller d'État*

■ DIRECTEUR-ADJOINT DE CABINET

Directeur du cabinet du ministre délégué
Henri Paul, *conseiller référendaire à la Cour des comptes*

■ CHARGÉ DE MISSION AUPRÈS DU MINISTRE DÉLÉGUÉ

Jean-François Boyer

■ CONSEILLERS AUPRÈS DU MINISTRE D'ÉTAT

► **Ville, sida, drogue** Elisabeth Allaire, *docteur d'État en sciences économiques*

► **Affaires sociales, affaires juridiques** Philippe Bas, *maître des requêtes au Conseil d'État* ► **Communication, Économie sociale** Dominique

courants à des détenus dont l'état de santé ne nécessite ni l'hospitalisation ni une consultation hospitalière ; ► Pouvoir dispenser éventuellement des consultations spécialisées (soins dentaires ou gynécologiques) ; ► Assurer des actions de santé mentale ; ► Coordonner et éventuellement participer à des missions de prévention et d'éducation pour la santé (exemple : actions de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).

Localement, chaque convention fixera l'étendue et les modalités du partenariat entre les établissements pénitentiaires et les établissements hospitaliers (convention type, arrêté du 26 mars 1993).

Une meilleure couverture sociale

Ces orientations permettront de : ► Faire bénéficier les détenus, comme l'ensem-

ble des assurés, des prestations en nature des assurances maladie et maternité ; ► Faire prendre en charge par l'administration pénitentiaire la cotisation d'assurance personnelle due pour les détenus n'ayant plus de droits ; ► Rappeler et confirmer le principe de la gratuité des soins aux détenus, déjà inscrit dans le code de procédure pénale.

Mise en œuvre

L'ensemble de ce dispositif devra être mis en œuvre dans le cadre des 158 établissements pénitentiaires du parc classique (hors « programme 13 000 », c'est-à-dire les établissements privés).

La montée en charge de la réforme devra donc s'échelonner sur une période d'environ 3 années, sachant que chacune des conventions donnera lieu à un certain

nombre de négociations : recherche du partenaire hospitalier (on sait que la réforme fonctionne sur la base du volontariat), degré de motivation de chacun des partenaires, affectation des moyens nécessaires, bref un certain nombre de paramètres dont ni le ministère de la Santé, ni celui de la Justice n'ont pour l'instant la totale maîtrise.

En tout état de cause, une chose est sûre : c'est avant tout la conviction et la motivation des femmes et des hommes impliqués dans cette nouvelle mission qui seront les premiers facteurs de réussite.

Gilbert Chodorge

directeur du Centre Hospitalier d'Orsay

Michèle Colin

magistrat, chef du bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie à la direction de l'Administration Pénitentiaire.

Cabinet des ministres

Il est à noter que M^{me} Simone Veil, ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville et M. Philippe Douste-Blazy ministre délégué à la santé ont fait le choix d'un cabinet commun : le directeur de cabinet de M. Douste-Blazy est directeur-adjoint de cabinet de M^{me} Veil et chaque dossier n'est suivi que par un conseiller.

Chagnollaud, professeur agrégé de sciences politiques ► **Santé** André Ribet, professeur des universités

■ CONSEILLERS TECHNIQUES

► **Budget, personnels, modernisation** Christian Charpy, conseiller référendaire à la Cour des comptes
► **Financement social** Dominique Libault, administrateur civil ► **Affaires hospitalières** Christian Paire, direc-

teur d'hôpital ► **Santé publique et économie de la santé** Dominique Bertrand, professeur d'université ► **Évaluation médicale et technologies** Cédric Grouchka, médecin économiste en santé publique ► **Professions de santé** Laurent Vastel, médecin ► **Médecament** Patrice Jaillon, professeur d'université ► **Enseignement médical et recherche médicale** Alain

Bernard, professeur d'université ► **Assurance maladie** Michel Duraffourg, inspecteur des affaires sociales ► **Immigrations, nationalité, intégration** Bertrand Galley, administrateur civil ► **Ville** Patrick Laporte, administrateur civil ► **Insertion professionnelle et sociale** Agnès Audier, ingénieur des mines ► **Personnes âgées et handicapées, retraite** Jean-Marie Palach, inspecteur des affaires sociales ► **Droits des femmes, famille, enfance** Claire Trouvé, chargé de mission à l'IGAS
► **Information, communication, relations avec la presse** Sylvie Dreyfus et Michel Lhospice

■ CHEFS DE CABINET

► **pour le ministre d'État** Jean Legrain, inspecteur des affaires sociales
► **pour le ministre délégué** Jean-Paul Le Divenah, sous-préfet.

OMS

Élaboration du budget-programme, histoire et limites

L'Organisation mondiale de la santé traverse une période difficile. Les derniers mois ont été mouvementés. L'assemblée mondiale qui vient de se tenir à Genève, du 3 au 17 mai 1993, comportait pourtant, dans son ordre du jour, tous les ingrédients pour permettre un nouveau départ : élection d'un directeur général, adoption d'un budget-programme pour 94/95, choix d'une stratégie. Pour beaucoup, le premier point conditionnait largement les deux autres et le groupe occidental des pays membres avait fermement plaidé pour un changement de directeur général en soutenant – contre le docteur H. Nakajima (Japon) déjà en poste depuis cinq ans – son ancien directeur adjoint le docteur Abdelmoumene (Algérie). Mais les résultats obtenus en janvier dernier au conseil exécutif, (18 voix au premier candidat, contre 13 au second) ont été confirmés par l'assemblée. Cependant la forte minorité d'opposition apparue (58 bulletins opposés et 6 abstentions contre 93 bulletins favorables) a révélé un malaise et devrait contribuer à la mise en œuvre des réformes proposées par le rapport d'un sous-groupe du conseil exécutif (dont faisait partie la France, le professeur Girard assurant par ailleurs la présidence du conseil exécutif).

Parmi ces réformes figurent – avant toute chose – des recommandations pour redonner aux organes directeurs le pouvoir de décision pour le choix des priorités et l'élaboration du budget, c'est-à-dire pour la construction du budget-programme.

Le budget-programme constitue une procédure de gestion intéressante et novatrice qui a été adoptée par l'OMS il y a bientôt vingt ans. Cependant cette procédure, appliquée à une institution mondiale, montre actuellement ses limites et la dernière session de l'Assemblée Générale en mai 1993 a été l'occasion de demandes appuyées de réformes pour son élaboration.

Depuis quelques années cette mission essentielle (et constitutionnelle) du conseil exécutif s'était peu à peu érodée et la liberté de manœuvre du secrétariat pour ce qui était de la gestion financière et budgétaire, donc du choix des priorités et des programmes, était très grande.

Cette passivité se retrouvait dans les comités régionaux, et culminait lors de l'assemblée mondiale (instances devenues quasiment des chambres d'enregistrement). Cette dérive accumulée finit par devenir insupportable à certaines délégations qui se sont regroupées – malgré des vues parfois divergentes quant au but à atteindre – dans une « coalition » informelle mais active (au sein de la région Europe : Suède, France, Royaume-Uni et au Siècle : États-Unis, Canada, Austra-

lie). Une nouvelle liberté d'expression apparue après l'effondrement du bloc communiste facilite par ailleurs une évolution.

Histoire

L'outil actuel que constitue le « budget-programme » a une longue histoire. Il a été conçu progressivement, avec des impératifs relevant autant d'un souci de contrôle que d'une volonté d'efficacité.

Le souci de contrôle a toujours existé. En témoignent les rapports entre le secrétariat et les organes directeurs (équivalents de l'exécutif et du législatif dans une démocratie parlementaire) qui ont, depuis longtemps, et périodiquement, donné lieu à des commentaires critiques des délégations.

Si, dans l'après-guerre immédiat, les pays entièrement occupés par la mise en œuvre de programmes de reconstruction des systèmes de santé dévastés, avaient tendance à faire largement confiance au secrétariat¹, l'examen des actes officiels de l'OMS fait ressortir que, dès 1955, certaines demandes de clarification se sont fait entendre lors du conseil exécutif.

En 1957, lors de la dix-neuvième session du conseil exécutif, le gouvernement canadien avait émis pour la première fois l'hypothèse du passage à un budget biennal pour permettre de procéder à un examen très approfondi du budget. Durant la même session, le professeur Parisot, représentant de la France, avait ap-

puyé cette demande en suggérant de plus que les programmes soient classés par ordre de priorité, pour que le conseil ait une possibilité de choix. Mais la constitution de l'OMS prévoyait un examen annuel du budget par le conseil et l'assemblée ; il fallait donc la changer. Une telle modification a nécessité près de vingt ans de « maturation » puisque c'est seulement en 1969 que l'assemblée mondiale en a accepté le principe², en 1972 qu'elle a envisagé de modifier la constitution³, et enfin le 3 février 1977 que sont entrés en vigueur les amendements de la constitution.

Entre-temps, la finalité officielle de ce passage à un rythme de deux ans s'était enrichie d'une composante plus opérationnelle. Aux exigences de contrôle, s'étaient ajoutées des ambitions de gain d'efficacité par une planification à long terme. Cette démarche se justifiait par le constat qu'en un an, il est difficile d'obtenir, en matière de santé, des résultats tangibles.

Principes

Parallèlement à ce processus de modification d'un calendrier, cheminait un train de réformes autrement plus vaste et novateur : le secrétariat préparait une révision totale de la présentation du budget qui avait pour prétention d'introduire le principe de « programmation par objectifs » auquel s'est ajouté, par voie de conséquence logique, celui de « budgétisation par programme ».

Un « budget-programme » est un budget qui est centré par les objectifs que l'on cherche à atteindre (« sorties » ou « outcome ») plutôt que sur des rubriques classiques de dépenses pour des activités ou des moyens (« entrées » ou « in-put »). En d'autres termes, le budget-programme est le reflet d'un processus qui met en valeur des fins à atteindre et les traduit en dépenses nécessaires.

Lors de l'assemblée mondiale d'avril 1972 un rapport détaillé sur cette procédure fut présenté par le directeur général. On peut notamment y lire que « l'établissement d'un budget-programme fait par-

tie intégrante du système de rationalisation des choix budgétaires que l'on appelle PPBS (planning-programming-budgeting system). Dans un tel processus, le budget n'est que le plan des dépenses à engager pour réaliser un plan d'action. L'élaboration du programme et l'établissement du budget-programme sont par conséquent deux opérations distinctes mais interdépendantes, l'élaboration du programme étant l'étape première essentielle, celle du budget-programme permettant le calcul du coût de ces mesures »⁴. L'OMS aurait souhaité que les administrations sanitaires nationales adoptent ce système de gestion. De fait, à la même époque, la France lance un vaste programme construit suivant les mêmes principes : « l'étude de rationalisation des choix budgétaires (RCB) pour la mortalité périnatale ».

Mise en œuvre

Ce processus de « budgétisation-programme » a été appliqué à l'OMS à partir de 1975. À cette époque une liste ordonnée de près de 70 programmes fut élaborée, elle devait servir de support pour la construction du budget, la description des stratégies, le suivi de leur mise en œuvre et l'évaluation rétroactive, tant au siège pour le monde entier que dans les six bureaux régionaux.

Ainsi se trouvait consolidée la base sur laquelle s'appuie tout « le processus de gestion pour le développement des programmes de l'OMS », processus complexe mais continu et global, qui régit tous les niveaux de cette administration mondiale. Véritable fil conducteur pour l'ensemble des rouages de cette formidable mécanique gestionnaire, le document du « budget-programme » est à la fois le produit fini et la pierre angulaire d'une construction très méthodique, mais aussi

le point de départ de la mise en œuvre des actions.

Sept étapes se trouvent rationnellement identifiées :

- Formulation de politiques (par le conseil exécutif, l'assemblée mondiale, et les comités régionaux) ;
- Formulation du programme général de travail (tel que prévu par l'article 28 de la constitution, couvrant actuellement six années, soit trois biennums) ;
- Programmation à moyen terme (plan pour six ans pour chacun des 70 programmes de la liste ordonnée) ;
- Programmation-budgétisation (tel que décrite ci-dessus, pour une durée de deux ans) ;
- Mise en œuvre des opérations ;
- Évaluation ;
- Appui informationnel.

Pour couronner ce bel édifice, les États membres agissant collectivement par l'intermédiaire de l'assemblée ont formulé en 1978 la nouvelle politique internationale sous une phrase devenue célèbre : « Le principal objectif des gouvernements et de l'OMS devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ». En outre fut adoptée la déclaration de la conférence d'Alma-Ata selon laquelle les soins de santé primaire constituent la clé de la réalisation de cet objectif.

Limites

Ce système de gestion, novateur à bien des égards, ne fonctionne pourtant pas bien, et ce pour plusieurs raisons :

Le côté naïf du slogan a fini par lasser.

Le slogan simplifié « la santé pour tous en l'an 2000 » – qui était censé résumer la première étape du processus – fut diffusé aux quatre coins du monde, et nul doute qu'il eut, dans un premier temps, un rôle mobilisateur. Mais repris de façon incantatoire par des centaines de documents, répété inlassablement comme une liturgie dans des quantités de discours, tandis que les années s'écoulaient, et que le fossé se creusait entre pays riches et pays

¹ Actes officiels de l'OMS, conseil exécutif, 19^e session, pages 114 à 117.

² Résolution WHA 22.53

³ Résolution WHA 25.24

⁴ Actes officiels de l'OMS, assemblée mondiale 1972, annexe 7, pages 54 à 71.

très pauvres, il devint de plus en plus inadapté voire utopique. Les pays du groupe occidental sont devenus de plus en plus réticents au « SPT 2000 » (raccourci elliptique pour « santé pour tous en l'an 2000 » utilisé fréquemment dans des documents de travail de l'OMS).

Par une tentative timide au conseil exécutif de 1990 (la France n'était pas membre du conseil cette année-là), le Royaume-Uni évoqua le premier le besoin de modifier ce slogan. Plus récemment lors du conseil exécutif de 1992, plusieurs voix (Royaume-Uni, France, Danemark) ont souhaité que soit dissocié le concept « La Santé pour tous », relatif à la notion d'équité dans l'accès aux soins – concept que personne ne conteste –, de la date de l'an 2000 qui doit être considérée comme une étape parmi d'autres.

Le document du budget-programme devint difficile à comprendre et à utiliser pour les délégués. Au fil des ans, le secrétariat a multiplié les renseignements contenus dans ce document et en est venu – probablement malgré lui – à élaborer un document de budget-programme presque inutilisable pour les délégués. Certes, l'information fournie y est très abondante (450 pages pour le budget-programme 1992/93), mais elle est difficile à utiliser, précisément en raison de la masse de données présentées de façon très analytique. On ne peut pas trouver de tableaux synthétiques, de diagrammes, ni d'histogrammes qui permettraient d'accéder, par une lecture rapide, aux notions essentielles.

La logique d'une « programmation budgétisation » demeure inachevée puisque manquent, dans le document, les indicateurs qui permettent le choix des priorités et l'évaluation rétroactive. Comme on l'a vu ci-dessus, l'originalité de la démarche qui soutient la construction d'un budget-programme réside dans une programmation par objectifs, couplée avec l'allocation des ressources. Pour que le processus soit complet, il faut donc pouvoir disposer, pendant la discussion budgétaire, des indicateurs chiffrés de résultats relatifs à l'état de santé des populations.

Certes l'OMS remplit très bien son

rôle d'observatoire de l'état de santé, rôle qui constitue une de ses principales missions pour ne pas dire sa mission principale. Elle collecte périodiquement les informations auprès des pays membres et publie tous les trois ans « un rapport sur l'état de santé dans le monde. » Mais cette publication est décalée par rapport à celle du budget.

La méthodologie adoptée dans la région Europe occupe une place un peu à part : en poussant plus loin la démarche de programmes par objectifs, la région a défini « les 38 buts de la santé pour tous » (qui se substituent, dans la Région, à la liste ordonnée de 70 programmes), mais là aussi, les deux processus-évaluation de l'état de santé d'une part, et adoption du budget-programme d'autre part – cheminent parallèlement sans se rencontrer.

Les contraintes de la politique de rigueur du groupe de Genève (groupe des gros bailleurs dont fait partie la France) imposant depuis quatre biennums une « croissance zéro en valeur réelle » pour le budget régulier, entraînent l'OMS dans une gestion qui échappe pour partie aux organes directeurs. En effet, toutes les considérations évoquées précédemment concernent uniquement le budget régulier, c'est à dire celui alimenté par les contributions obligatoires des pays membres. Comme celui-ci se trouve en stagnation par la volonté politique des gros bailleurs, l'Organisation s'est trouvée contrainte de faire appel aux contributions volontaires, pour faire face aux nouveaux besoins. C'est ainsi, par exemple, que le programme mondial de lutte contre le sida se trouve entièrement tributaire du bon vouloir des bailleurs. La contradiction réside dans le fait que ces derniers (notamment les États-Unis) sont précisément ceux qui préconisent la croissance zéro. Le résultat est que pour la troisième fois, en 92/93, les ressources « extra-budgétaires » (volontaires) ont dépassé celles du budget régulier : 999 359 000 dollars contre 734 936 000 dollars. En d'autres termes, les organes directeurs examinent, au plus, la moitié du budget. Cette dérive, qui porte en elle une grande vulnérabilité des programmes, ne peut laisser indifférent. Ce simple fait relati-

visé cruellement la portée de l'ensemble de l'édification du budget-programme. Toutefois, il faut préciser que les contributions volontaires ne sont pas utilisées *ad-libitum*. Elles sont regroupées, pour une très grande part, dans des programmes spéciaux (sida, recherche sur les maladies tropicales, médicaments essentiels...) pilotés par des comités de gestion ad-hoc où siègent les bailleurs.

Perspectives

Pour toutes ces raisons, le conseil exécutif avait mandaté certains de ses membres pour réfléchir aux réformes qui permettraient de dépasser les limites du système actuel. Un groupe de travail a rendu ses conclusions au conseil exécutif du 17 mai dernier. Son rapport contient près de 45 recommandations pour rénover l'ensemble du système. L'avenir dira si la communauté internationale se mobilise pour mettre en œuvre ces propositions.

Mais d'ores et déjà, il faut souligner que, par une amusante répétition de l'Histoire, la délégation canadienne (toujours elle !) a pris l'initiative – avec l'aide de l'Allemagne et de la France – d'une résolution, adoptée le 14 mai dernier, intitulée « réforme budgétaire ». Le texte de cette résolution ne remet pas en cause le processus général d'élaboration du budget-programme, mais il modifie son contenu en demandant notamment qu'y figurent expressément « des priorités stratégiques et financières dans le cadre d'objectifs mondiaux approuvés » et que pour chaque priorité soient fixées « des cibles réalistes et mesurables ». On peut espérer que la mise en œuvre de cette résolution s'effectuera dans un délai qui sera – compte tenu de l'accélération de l'Histoire – plus court que celui nécessaire (vingt ans) pour passer à une gestion biennale... ■

Armelle Georges, médecin inspecteur en chef de santé publique, division des relations internationales au ministère des Affaires sociales

Organisation mondiale de la santé

Sigle
OMS

Statut
Organisation intergouvernementale appartenant au système des Nations unies

Mission
Autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international.

Objectif
Amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Date de création
7 avril 1948 (entrée en vigueur de la constitution de l'OMS).

Moyens
Budget 1994-1995 : 1,8 milliard de dollars, dont 822,101 millions proviennent des contributions obligatoires des 186 États membres.

Structure
L'assemblée mondiale de la santé est l'organe de décision suprême de l'Organisation. Elle se réunit au mois de mai de chaque année à Genève en présence de délégations de tous les États membres. Elle est principalement chargée d'approuver le budget-programme biennal, ainsi que de prendre des décisions concernant les grandes orientations. Le « conseil exécutif » se compose de 31 personnes possédant des compétences techniques dans le domaine de la santé et désignées par autant d'États membres élus à cet effet par l'assemblée mondiale de la santé. Il est chargé d'appliquer les décisions et les grandes orientations fixées par l'assemblée.

Effectifs
Le secrétariat se compose de 4500 spécialistes de la santé et d'autres domaines, qui travaillent au siège, dans les six Bureaux régionaux de l'OMS et dans les pays.

Logo



Partenaires
Les États membres (ministères de la Santé), les autres organisations du système des Nations unies, les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS.

Responsable
Le directeur général est nommé par l'Assemblée mondiale de la Santé sur propositions du Conseil exécutif. Il s'agit actuellement du docteur Hiroshi Nakajima, Japon, qui a entamé son second mandat en 1993.

Perspectives et projets
Entre autres : éradication de la poliomyélite d'ici l'an 2000, lutte contre le paludisme et d'autres maladies tropicales, vaccination de tous les enfants du monde contre six maladies de l'enfance, lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes, opérations de secours d'urgence, stratégie mondiale pour la santé et l'environnement, protection de la santé maternelle et infantile, intensification de la coopération avec les pays les plus démunis.

Particularités
L'OMS est décentralisée en six régions dotées chacune d'un Comité régional et d'un bureau régional, ayant à sa tête un Directeur régional. Les bureaux régionaux se trouvent à Alexandrie (Méditerranée orientale), Brazzaville (Afrique), Copenhague (Europe), Manille, (Pacifique occidentale), New Delhi (Asie du sud-est) et Washington (Amériques).

Coordonnées
Organisation mondiale de la santé
20 avenue Appia,
CH - 1211 GENÈVE 27, Suisse
téléphone 41 22 791 21 11
télécopie 41 22 791 07 46

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le suivi des statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles, que publie régulièrement la CNAM, permet de mesurer l'importance de leur coût humain et économique mais aussi l'enjeu de santé publique qu'ils représentent.

En 1990, pour les 14 413 533 salariés du régime général de la Sécurité sociale, il y a eu 760 992 accidents du travail (67 233 ont entraîné une incapacité permanente, 103 une incapacité permanente totale et 1213 un décès) et 4417 maladies professionnelles (2603 ont entraîné une incapacité permanente et 49 un décès survenu avant la phase de consolidation de la maladie) soit 24 542 267 journées perdues pour les accidents du travail et 360 388 pour les maladies professionnelles.

Accidents du travail

Le coût moyen d'un accident « ordinaire » est de 10 187 francs, celui d'un accident ayant entraîné une incapacité permanente partielle inférieure à 10 % est de 8 823 francs, celui d'un accident ayant entraîné une incapacité permanente supérieure à 10 % est de 403 899 francs.

Ces quelques chiffres bruts pour montrer l'importance du coût humain et économique des répercussions d'un mauvais contrôle des risques au travail et ceci

d'autant qu'après une baisse régulière des accidents du travail jusqu'en 1987, on assiste depuis à une augmentation régulière de ceux-ci, même si on les rapporte à l'augmentation du nombre d'emplois.

L'analyse plus fine de ces chiffres bruts montre que l'accidentabilité n'est pas univoque selon le secteur professionnel, l'âge de la victime, la qualification professionnelle et le lieu de travail.

Le secteur professionnel le plus touché est le bâtiment et les travaux publics où le taux de fréquence* est de 70. Il est de 51, de 49 et de 46 respectivement pour

Années	Emploi	Accidents	Taux de fréquence*
88/87	+ 3,3 %	+ 4,1 %	+ 0,8 %
89/88	+ 1,9 %	+ 6,8 %	+ 4,8 %
90/89	+ 2,8 %	+ 3,2 %	+ 0,4 %
tot. 90/87	+ 8,3 %	+14,8 %	+ 6,4 %

le secteur bois, pierre et terre à feu, de 38 pour l'alimentation, 33 pour la métallurgie et le papier carton, 29 pour le textile et de 16 pour les autres secteurs (cuir et peau, livre, commerce, vêtement et le secteur interprofessionnel).

La fréquence des accidents, avec arrêt, est aussi fonction de l'âge. Plus impor-

* Taux de fréquence = $\frac{\text{nbre d'accidents avec arrêt}}{\text{nbre d'heures travaillées}} \times 100\,000$

tante que la moyenne pour les salariés âgés de moins de 30 ans et de plus de 65, elle est inférieure à la moyenne pour les autres.

Par contre la gravité mesurée par la fréquence des accidents avec incapacité permanente augmente sensiblement régulièrement avec la tranche d'âge de 30 à 34 ans jusqu'à celle des 50 à 59 ans. Ce qui peut s'expliquer par le fait que la faculté de récupération de l'organisme diminue lorsque l'on avance en âge. D'ailleurs la durée moyenne de l'incapacité temporaire (durée de l'arrêt de travail) et le taux moyen de l'incapacité permanente augmentent également régulièrement avec l'âge. Elle est de 20,1 jours pour les moins de 21 ans et augmente régulièrement pour atteindre 58 jours pour les 60/65 ans.

La qualification professionnelle est également un facteur important puisque le personnel ouvrier (apprentis, ouvriers non qualifiés, ouvriers qualifiés) représente 40,6 % des salariés et 80,8 % des accidents. Si l'on reprend la notion de taux de fréquence, il est de 52,2 % pour les ouvriers et 9,5 % pour le reste du personnel (moyenne 28,7 %).

On remarque aussi que les accidents survenus en cas de déplacement pendant les heures de travail pour le compte de l'employeur sont plus graves que ceux survenus sur le lieu de travail habituel.

Ceci est sans doute dû aux accidents de circulation, mais aussi certainement au développement du travail dit atypique, intérim et sous-traitance.

Devant cette recrudescence des accidents, le ministre du Travail et de l'emploi a mis en place un observatoire des risques professionnels qui met en évidence la suraccidentabilité des jeunes, des hommes (87 %), des salariés embauchés depuis moins de trois mois et de ceux en situation de travail précaire et confirme la suraccidentabilité dans le secteur bâtiment et travaux publics et dans un établissement autre que celui employant l'accidenté.

Maladies professionnelles

L'analyse que l'on peut faire sur les chiffres de maladies professionnelles est plus complexe et ne reflète pas explicitement les conditions réelles de travail. En effet, il y a une sous-déclaration très nette des maladies professionnelles de la part des salariés par manque d'information et du fait de la longueur des processus de reconnaissance. Par exemple, il y a 132 cancers reconnus comme professionnel en 1990, alors que les estimations varient entre 4 000 et 10 000. D'autre part, les critères de reconnaissance des maladies professionnelles sont très strictes même si depuis la loi du 31 décembre 1992 un certain assouplissement est apparu. Certaines de ces maladies professionnelles ont un délai d'apparition très court (comme les eczémas), d'autres par contre ont un délai d'apparition très long et ne font que refléter des conditions de travail datant de 20 à 30 ans.

Cependant, si le nombre de maladies professionnelles est relativement stable depuis 20 ans (4 000) on peut noter de profondes variations au sein de celles-ci.

Les maladies en baisse sont les hépatites virales (-14 % en 1990) ce qui confirme la tendance nette depuis 1981 (85,6 % de diminution). Elle est à rapporter aux mesures de prévention mises en place, de même pour les maladies infectieuses contractées en milieu hospitalier (-9 %).

Bibliographie

- ▶ Statistiques nationales d'accidents du travail (années 1988, 1989, 1990), *Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés*, 66, Avenue du Maine, 75694 Paris CEDEX
- ▶ Travail et sécurité, janvier 1993, pages 13 à 25, INRS, 30, rue Olivier Noyer, 75680 Paris CEDEX 14
- ▶ Les conditions de travail en 1992, ministère du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle direction des relations du travail, *La documentation française*, Paris, 1993.
- ▶ Annie Thébaud-Mony, la reconnaissance des maladies professionnelles, *ministère du Travail, collection « document travail emploi »*, *la documentation française*, Paris, 1992.

Les variations en hausse les plus importantes sont notées pour les maladies suivantes : silicose (+ 23,4 %), les pathologies ostéo-articulaires (+ 6,3 %), les affections provoquées par le bruit (+ 7,4 %) et les maladies provoquées par l'amiante (13,7 %).

La répartition des maladies professionnelles les plus importantes en 1990 sont les maladies ostéo-articulaires 1040 cas (23,5 %), les pathologies dues au bruit 793 cas (17,9 %), les pathologies dues à l'amiante 396 cas (8,97 %), les pathologies dues au ciment 365 cas (8,26 %), la silicose 332 cas (7,52 %), les lésions eczématiformes de mécanisme allergique 220 cas (4,98 %), les pathologies dues aux vibrations provoquées par certaines machines-outils 100 cas (2,26 %), les dermatoses par lubrifiants 90 cas (2,04 %), les affections provoquées par le bois 84 cas (1,90 %). L'ensemble des autres tableaux de maladies professionnelles recouvrent 19,31 % des 4 417 maladies reconnues. On voit à travers cette liste qu'un petit nombre de tableaux présente un grand nombre de maladies.

Trois tableaux représentent en 1990 50 % des maladies professionnelles : affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail qui sont certainement un des reflets de l'augmentation des contraintes et des cadences de travail que l'on constate aujourd'hui, la surdité due au bruit et les pathologies dues à l'amiante. Alors qu'en 1970 les trois tableaux qui regroupaient 50 % des maladies professionnelles étaient les affections causées par le ciment, les dermatoses par lubrifiants – les mesures de prévention sont certainement à l'origine de leur diminution – et la silicose.

Les 49 décès entraînés par les maladies professionnelles avant l'attribution de la rente sont dus essentiellement au benzène, aux radiations ionisantes, à la silice, à l'amiante, au fer (sidérose) et au bois.

Si la fréquence des maladies professionnelles (nombre de maladies professionnelles pour 100 000 salariés) est stable depuis vingt ans (autour de 30), elle est très inégalement répartie suivant les secteurs professionnels. Le secteur professionnel le plus touché étant les pierres et terre à feu 97,1 puis le bâtiment et travaux publics 84,5, le bois 51,9, le caoutchouc 50, le cuir 46,5, et la métallurgie 39,5.

Ces quelques chiffres tirés des statistiques nationales d'accidents du travail établies par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés avec toutes les remarques qui ont été faites en particulier pour la sous-déclaration du nombre des maladies professionnelles reconnues, montre que la prévention des risques au travail représente bien un enjeu de santé publique majeur qui reste d'actualité.

L'augmentation sensible des accidents du travail depuis 1987, tendance qui se confirme pour l'année 1991, ne fait qu'accentuer l'urgence qu'il y a à mener une large réflexion sur les rapports entre la santé et le travail. ■

Nicolas Sandret, médecin inspecteur régional du travail en Ile-de-France

Premiers résultats de l'enquête santé

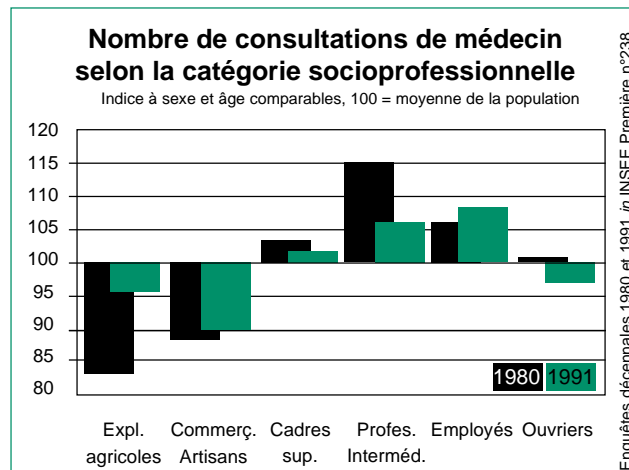
INSEE Première, dans son numéro 238 de décembre 1992, publie les tous premiers résultats de l'enquête 1991 sur la santé et les soins médicaux, qui a lieu tous les dix ans depuis 1960.

La division « conditions de vie » de l'INSEE, a été assistée pour la réalisation de l'enquête par le ministère de la Santé, la Caisse nationale d'assurance maladie, l'INSERM et le Centre de recherches d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES). Présentés par Pierre Mormiche et Cécile Bonnard à partir de l'exploitation des trois vagues de l'enquête, ces premiers résultats mettent déjà en évidence des évolutions notables dans les modalités de recours aux soins, au cours des deux dernières décennies.

Même si les Français se soignent plus dans les années quatre-vingt que dans les années soixante-dix, on assiste ces dix dernières années à un relatif ralentissement de la croissance des soins médicaux. Cependant, deux phénomènes importants sont mis en évidence :

- des disparités sociales moindres dans le recours aux soins,
- des disparités accrues dans les sommes déboursées.

Les auteurs constatent en effet que l'amélioration de la couverture sociale a nettement favorisé le resserrement des disparités entre catégories socio-professionnelles en ce qui concerne le nombre de consultations de médecin.



De plus, la proportion d'individus protégés par une couverture complémentaire est passée de 73,4 à 85,8 % et cette croissance a été particulièrement forte pour les milieux les moins bien couverts au début de la décennie : agriculteurs, indépendants et ouvriers. Si bien que les écarts se sont réduits, tant entre agriculteurs et salariés, qu'au sein de ces derniers.

Dans le même temps, des écarts importants se sont creusés entre catégories socio-professionnelles pour ce qui est des sommes déboursées, liées aux honoraires pratiqués.

Ainsi, en ce qui concerne les dentistes, et contrairement à l'évolution générale (-1 % par an de diminution des recours entre 1980 et 1991) et, s'agissant de soins qui entraînent des dépenses importantes mal couverts par les assurances, les auteurs constatent par exemple que le

taux de recours aux prothèses dentaires varie fortement selon la tranche de revenu. De même, le recours aux médecins, conventionnés à honoraires libres (mode conventionnel qui n'existait pas en 1980), s'élève fortement avec le niveau de revenu : moins d'une consultation sur sept pour les revenus les plus bas et plus d'une sur trois pour

les plus élevés.

Les autres changements intervenus portent notamment sur un recours fréquent au spécialiste : une fois sur trois, contre à peine une fois sur cinq au début des années 70. On note également le développement, dans tous les milieux sociaux, du recours aux acupuncteurs ou aux homéopathes.

Par ailleurs, les consultations progressent beaucoup plus fortement pour les enfants de moins de 15 ans (plus de 40 %) et de façon intermédiaire pour les femmes adultes et les personnes âgées.

Enfin, si les hospitalisations sont en légère diminution, celles des hommes progressent modestement, surtout après 60 ans, et elles sont nettement moins fortes pour les adolescents et les hommes jeunes de 15 à 20 ans.

Ruth Ferry

Directrice de l'ORS Ile-de-France

DESS santé publique

actions et management

Paris v, Paris vi,
Paris vii, Paris xi,
ENSP Rennes

RESPONSABLES PÉDAGOGIQUES

M. Brodin, S. Gottot
Département de santé publique
D. Deugnier
ENSP

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

C. Générat
Faculté Xavier Bichat
16, rue Henri Huchard
75018 Paris
tél. 44 85 63 30
fax 44 85 63 34

OBJECTIFS

Le DESS santé publique est une formation professionnelle approfondie, son principal objectif est de former au *management des services et des actions en santé publique*. À la fin de l'enseignement, les étudiants doivent être capables de ► faire des synthèses de connaissances, ► argumenter les décisions, ► élaborer des solutions techniquement efficaces, humainement acceptables et économiquement supportables, ► contribuer à optimiser la gestion des ressources, ► développer des programmes, et avoir acquis ► une capacité de négociation.

PUBLIC

► Étudiants en formation initiale (diplômés de maîtrise de sciences de la nature ou de la vie, de sciences sanitaires ou sociales, internes des hôpitaux se spécialisant en santé publique, ou autre maîtrise admise en équivalence : sciences économiques, sociologie, gestion, droit...) ► Professionnels de santé en formation continue (formation de niveau 2^e cycle et expérience professionnelle jugée suffisante par le comité de DESS. Par exemple : agents des collectivités territoriales (Action sanitaire et sociale, ASE, PML...) ou de l'État (santé scolaire...), personnels des institutions de gestion et de financement des soins (directions hospitalières, mutuelles et organismes de sécurité sociale), équipes de santé publique hospitalières, médecins généralistes, professionnels d'organismes para-publics ou du monde associatif (notamment ceux intervenant dans les pays en développement), ceux qui sans exercer un métier de santé publique, voudraient découvrir une approche sociétale des problèmes de santé (cliniciens, directeurs d'hôpitaux, gestionnaires, ingénieurs sanitaires, pharmaciens, élus, syndicalistes...)

DÉBOUCHÉS

► Les services de l'État ou des collectivités territoriales (régions, départements, communes) concernés par la gestion des services de santé, et par les activités socio-sanitaires (PMI, médecine scolaire...) et par la surveillance et l'intervention sur l'environnement. ► Les organismes de protection sociale et les mutuelles. ► Les associations gouvernementales ou non, nationales ou internationales concernées par l'action sanitaire ou sociale, notamment dans le tiers monde. ► Les activités collectives ou communautaires, au niveau local et dans le cadre du développement social.

PROGRAMME

Tronc commun

Il introduit les concepts, les méthodes de gestion et d'intervention en santé publique et d'analyse des politiques sanitaires et sociales. Il comporte 4 modules de 50 h ► économie et droit de la santé, ► épidémiologie, ► gestion et évaluation des actions sanitaires et sociales, ► évaluation des institutions sanitaires.

Options professionnelles

Les options professionnelles sont orientées dans 3 domaines de pratique de santé publique : l'environnement, la santé communautaire et la gestion des services. Chaque option comporte d'une part 3 modules de 30 heures introduisant les principaux concepts du domaine d'expertise, et d'autre part 4 modules de 15 heures portant sur des applications pratiques.

Diagnostic et intervention en santé environnementale

► Qualité des milieux, expositions, effets ► Évaluation des risques ► Gestion des risques

Santé communautaire et développement social urbain

► Les politiques urbaines ► Les approches communautaires ► Analyses qualitatives et outils de développement

Organisation et gestion des services et programmes de santé dans les collectivités territoriales

► Planification et évaluation des programmes et des actions ► Organisation, financement et gestion des services et des établissements sanitaires et sociaux ► Méthodes de gestion des relations humaines et sociales

Stage

Le stage se déroule sur une période de 2 mois soit en continu sur l'année soit en fin de formation académique dans une structure de l'option professionnelle. Au cours de ce stage est réalisé un mémoire portant sur l'analyse et la résolution d'une problématique de santé publique que ce soit en termes de santé ou de services.

Institut de formation et de recherche

Création de l'Institut universitaire francilien de formation et de recherche en santé publique par décret n° 93-544 du 27 mars 1993 (cf. p. 31). Il est placé sous la double tutelle du ministre chargé de l'Enseignement supérieur et du ministre chargé de la Santé. Son siège est à Saint-Maurice (Val-de-Marne).

Alcool et médecine générale

Une étude menée avec le concours de 135 médecins généralistes sur « les consommateurs d'alcool à problème », révèle le travail épidémiologique, prospectif et thérapeutique qui pourrait être fait avec cette profession.

L'alcoolodépendance et ses conséquences somatiques, relationnelles, sociales et économiques sont bien connues : personnels de santé, journalistes, cinéastes, écrivains, militants des mouvements d'anciens buveurs, ont décrit les divers aspects de cette « maladie » comportementale et sociale et ont fait des propositions thérapeutiques diverses et souvent mal évaluées.

À côté de l'alcoolodépendance, il existe une « consommation à problèmes » (dénommée également consommation à risques, consommation excessive, abus) qui a ses propres conséquences morbides et qui pourrait, dans certains cas, précéder l'alcoolodépendance. On peut penser que des interventions brèves, simples et peu coûteuses, pourraient modifier (en bien) ces comportements et avoir un effet positif en terme de santé publique.

Parmi les professionnels bien placés pour repérer les « consommateurs à problèmes », intervenir et suivre leur histoire, les médecins généralistes sont particulièrement bien placés par leur nombre (56 000 actuellement), par leur position professionnelle (ils rencontrent individuellement des personnes réellement en danger) et par leur pratique (l'assiduité

des patients auprès des médecins généralistes est élevée). Cinq études prospectives faites en Grande Bretagne ont apporté des arguments cliniques qui confortent cette hypothèse.

Pour tester cette hypothèse, il importe, dans un premier temps, de mesurer la prévalence de ces patients en danger à cause de l'alcool et de s'assurer de la faisabilité d'un tel repérage. Dans un second temps, il faut évaluer l'effet d'une intervention simple faite par les médecins généralistes, car les conditions d'exercice professionnel sont différentes d'un pays à l'autre.

La première partie de ce travail a été faite en 1991 et 1992 par un groupe de 135 médecins généralistes, répartis dans 7 pôles métropolitains : Avignon, Besançon, Bordeaux, Créteil, Dunkerque, Montpellier et Rennes. Au cours d'une journée de travail (choisie aléatoirement) au printemps 1991, tous les patients adultes, hommes et femmes, vus en consultation et en visite, ont été interrogés suivant

un questionnaire pré-établi visant à repérer l'ensemble des personnes malades (présentement ou potentiellement) à cause de l'alcool. Ont été considérés comme « consommateurs à problèmes », les hommes ayant une consommation déclarée d'alcool hebdomadaire supérieure à 28 « verres » (280 g) et les femmes ayant une consommation supérieure à 14 « verres » (140 g) *et n'ayant pas de critères d'alcoolodépendance*.

Ainsi définis, ont été repérés parmi les 1 956 patients inclus dans l'enquête, 13,2 % des hommes, 7,6 % des femmes : 9,6 % de la population globale. Si on s'en tient à la population adulte, âgée de moins de 65 ans, les valeurs observées sont les suivantes, 12,3 % pour les hommes, 6,8 % pour les femmes, 9,1 % globalement.

L'ensemble des médecins généralistes participant à cette étude ont convenu qu'interroger les patients sur leur consommation d'alcool ne rencontrait pas de difficultés majeures.

Un an plus tard, ces mêmes médecins

Bibliographie

- ▶ Anderson P., Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Br J Addict* 1992;87:891-900.
- ▶ Scott E., Anderson P. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Rev* 1990;10:313-321.
- ▶ Wallace P., Cutler S., Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988;297:663-668.
- ▶ Heather N., Campion P.-D., Neville R.-G., et al. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1987;37:358-363.

Évaluation du dispositif spécialisé

Le 8 février dernier, la DGS (bureau SP3, ex bureau 2D) a présenté les résultats d'une évaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme financé au titre du chapitre 47-14 du budget du Ministère des Affaires sociales.

L'a méthode utilisée pour conduire cette évaluation a combiné diverses techniques d'investigation : pré-diagnostic sur un échantillon, réunions inter-régionales de mobilisation des acteurs, administration d'un questionnaire, réflexion au sein de groupes de travail thématiques. L'ensemble des travaux a été suivi et validé par un comité de pilotage plurisectoriel.

Les chiffres clef du dispositif

56 % des structures sont des établissements de l'ANPA (Association nationale de prévention de l'alcoolisme), 21 % dépendent d'autres associations, 15 % sont des structures hospitalières. Elles emploient 1 500 personnes, dont 53 % sont issues des professions médicales ou paramé-

icales, et assurent 32 % des 99 000 heures travaillées. Leur budget moyen est de 450 kF., utilisé à 77 % pour financer les frais de personnel.

La place du dispositif dans le champ de l'alcoologie

Rappelant que bien d'autres acteurs : unités d'alcoologie, médecins généralistes, etc. participent à la prise en charge des problèmes liés aux conduites d'alcoolisation, le groupe Ten estime que la principale originalité du dispositif spécialisé tient à sa capacité à mener de front trois activités : prévention du risque alcool, soins aux consultants, accompagnement thérapeutique et social : « diversifié, compétent, capable d'inventivité et d'un certain degré d'adaptation, ayant su fonder son origi-

nalité et sa personnalité sur une combinaison judicieuse d'actions complémentaires, le dispositif est pertinent aux regards des missions qui sont les siennes et de la demande sociale qui s'adresse à lui. »

Une stratégie à définir

Cependant, note le rapport, tout se passe aujourd'hui comme si tous les éléments de la réussite étaient réunis sans que l'on réussisse à le démontrer. Faute de valorisation et de légitimation, le dispositif est isolé, en quête de reconnaissance. Il appartient à l'État de se doter d'une stratégie, de se donner les moyens de définir les enjeux auxquels le dispositif doit correspondre, les objectifs qu'il doit atteindre, les moyens dont il doit disposer et les partenaires qu'il doit rechercher. **GG**

► **Évaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme**, G.L. Rayssac, F. Roche, L. Toujard., rapport du Groupe Ten à la direction générale de la santé, 1993, 172 p.

généralistes ont tenté de rencontrer ces « consommateurs à problème ». Vingt pour cent d'entre-eux étaient perdus de vue. Parmi les 155 patients retrouvés, un était décédé. Parmi les survivants « suivis » à un an, tous avaient été revus au moins une fois ; 63 pour cent tous les mois ou plus. Ces chiffres confirment la bonne assiduité de ces patients vis à vis de leur médecin généraliste.

Il ressort de tout ceci les conclusions suivantes.

► Il est possible de faire un travail

d'épidémiologie à l'échelle métropolitaine, conçu, mis en place et mené à bien par des médecins généralistes travaillant avec des universitaires.

► Un repérage des « consommateurs à problème » est faisable dans la pratique des médecins généralistes.

► La prévalence de ces « malades » dans la clientèle adulte (18-65 ans) des médecins généralistes, en France métropolitaine, est de l'ordre de 10 pour cent.

► Le suivi épidémiologique – 80 % à un an – permet un travail prospectif.

► On dispose des valeurs indispensables pour calculer les dimensions d'une future étude prospective évaluant une intervention thérapeutique.

Professeur Bernard Rueff

Chef du service des traitements ambulatoires des malades alcooliques, hôpital Beaujon, membre de la commission permanente alcool et santé publique.

16

ALCOOLISME

- Comprendre et traiter les alcooliques, Jean-Claude Archambault
- L'alcoolisme mode d'emploi

DISPOSITIF DE SOINS

- La réforme hospitalière dans *Échanges santé*

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

- Annuaire des comités d'éducation pour la santé

17

- Former en éducation pour la santé
- L'éducation pour la prévention du sida

ENVIRONNEMENT

- Santé et environnement dans la ville
- L'économie de l'environnement dans *Économie et statistique*

OBSERVATION

- CID 1993

18

- Espérance de santé, J.M. Robine, M. Blanchet, J.E. Dowd
- Démographique et santé en Ile-de-France

PERSONNES ÂGÉES

- Les systèmes d'aides aux personnes âgées, Jean-Claude Henrard
- Dépendance et états chroniques dans *Santé publique*

ALCOOLISME

COMPRENDRE ET TRAITER LES ALCOOLIQUES

Jean-Claude Archambault
Éditions Frison-Roche, 1992, 381 p.

Cet ouvrage, annonce d'emblée l'auteur, aborde les visages de l'alcoolique, sans pouvoir tous les approfondir, et son développement apparaîtra peut-être incertain aux lecteurs avides de certitudes. Il se compose de textes rassemblés en quelques années, et rédigés au fur et à mesure des interrogations, et parfois des compréhensions, qui surgissaient au contact quotidien avec ces malades. Témoignage éclairé sur l'univers de l'alcoolique, il constitue aussi un plaidoyer en faveur d'une prévention interactive qui ferait de chaque individu son propre acteur de santé.

L'ALCOOLISME MODE D'EMPLOI

Actes du colloque, Béthune, 6 avril 1993

Le Pas-de-Calais est le département français premier consommateur d'alcool (une des principales causes de mortalité). Pour améliorer la situation du malade alcoolique et de sa famille, des médecins ont témoigné et échan-

gé leurs expériences devant un public composé de médecins généralistes, élus locaux, travailleurs sociaux, praticiens spécialisés, associations de lutte contre l'alcool, lors d'un colloque organisé par la DDASS du Pas-de-Calais sur le thème « Les malades alcooliques... des malades comme les autres. L'alcoolisme, mode d'emploi. » Pour poursuivre la mobilisation et montrer que la prise en charge du malade alcoolique relève d'un réseau dans lequel le médecin généraliste a une place prépondérante, la DDASS a mis à la disposition des personnes intéressées les actes de ce colloque. DDASS du Pas-de-Calais, inspection de la santé, résidence Saint-Pol, 14, voie Bossuet, 62016 Arras CEDEX
tél. : 21 60 30 30

DISPOSITIF DE SOINS

LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

Échanges santé, n° 68, décembre 1992, diffusion Masson.

La direction des hôpitaux et le service de l'information et de la communication du ministère des Affaires sociales ont consacré le

numéro de décembre 1992 de la revue trimestrielle *Échange santé* à un dossier sur « la réforme hospitalière ».

Le but de cette publication est de mieux faire connaître l'esprit et les dispositions de la loi hospitalière aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier « [...] C'est pour réfléchir ensemble, mieux nous comprendre et nous conforter mutuellement [...] que je souhaite que le dialogue que nous avons entamé se poursuive et s'approfondisse ». Tel est le vœu de M. Gérard Vincent, directeur des hôpitaux, dans son éditorial.

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

ANNUAIRE DES COMITÉS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Édition 1993, CFES.

« L'éducation pour la santé est à entendre comme : tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à *vouloir* être en bonne santé ; à *savoir* comment y parvenir ; à *faire* ce qu'ils peuvent, individuellement et collectivement pour conserver la santé ; à *recourir* à une aide en cas de besoin. » C'est pourquoi le Comité français d'éducation pour

PRÉVENTION

► Bilans de santé, facteurs socio-économiques et comportements de prévention, An. et Ar. Mizrahi

19

► Les accidents sont-ils accidentels ? Prévention des traumatismes chez les enfants et les adolescents dans *la Revue d'épidémiologie et de santé publique*

PSYCHIATRIE

► La psychiatrie ouverte, Gérard Massé

SIDA

- Nutrition et VIH
- sida 1993, L'infection par le VIH en pratique médicale quotidienne
- Dynamique psychosociale de la prévention, sida et toxicomanie
- Les jeunes face au sida : de la recherche à l'action

20

- Accueil et scolarité des enfants porteurs du VIH
- Droit et sida, guide juridique
- Dépistage du VIH dans *Transcriptase*
- Pouvoirs contre sida, Michel Setbon

SYSTÈME DE SANTÉ

- Le système de santé français, rapport Joly, Pierre Joly

► Le système de santé publique italien, L. Garattini

21

- Revues
- Banques de données
- Rectificatifs

la santé, les comités régionaux et départementaux, les délégations inter-régionales pour l'éducation et la promotion de la santé ont édité en collaboration un annuaire des comités d'éducation pour la santé.

La définition du CFES, son organigramme, la présentation des DIREPS, la liste des comités d'éducation pour la santé de la métropole et des pays d'outre-mer, des membres associés en font un excellent outil de travail commun, premier en son genre.

CFES,
2, rue Auguste Comte, 92170 Vanves, téléphone : 46 45 45 00, télécopie : 46 44 06 64

FORMER EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

CFES/ENSP, 1992, 151 p.

Ce sont les actes du colloque qui s'est déroulé à Rennes les 26-27 janvier 1989, dont le thème était « Former en éducation pour la santé ». Il était organisé par le Comité français d'éducation pour la santé et l'École nationale de la santé publique.

Ce colloque a permis d'établir les fondements d'un vrai débat sur les champs de l'éducation pour la santé qui sont complexes et multidimensionnels. Ces actes sont la preuve tangible de la vitalité et des larges perspectives de l'édu-

cation pour la santé en France qui a besoin pour cela de partenaires et d'acteurs compétents pour jouer pleinement son rôle au sein d'une politique active de promotion de la santé.

L'ÉDUCATION POUR LA PRÉVENTION DU SIDA

Bulletin du Bureau international d'éducation, n° 262, janvier-mars 1992.

Il s'agit d'une bibliographie annotée et sélective s'adressant aux responsables de l'enseignement et des méthodes pédagogiques concernant la prévention du sida. Elle résulte de la collaboration qu'entretiennent le programme d'éducation pour la prévention du sida de l'UNESCO et le Bureau international d'éducation dont la mission est la diffusion de l'information.

Issue de la base de données ASERC (centre de collecte, d'analyse et de diffusion de matériels éducatifs sur la prévention du sida), la bibliographie résume 300 documents regroupés en quatre thèmes : l'enseignement scolaire ; l'éducation et l'information extrascolaires et communautaires ; l'éthique, les attitudes sociales, les droits de l'homme et l'éducation ; les ressources : services d'information, répertoires, bibliographies, etc.

ENVIRONNEMENT

SANTÉ ET ENVIRONNEMENT DANS LA VILLE

Actes du colloque de Rennes, 6-7 juin 1991. Rennes, ENSP Éditeur, 1992.

Combinant un colloque, un salon professionnel, une exposition grand public et une réunion d'élus, cette manifestation s'est efforcée d'associer tous les acteurs concernés, bien au-delà des seuls spécialistes.

Consacré plus spécialement à trois enjeux majeurs pour la qualité de la vie urbaine : l'eau, l'assainissement et les déchets, le colloque Santexpo représentait une démarche d'ensemble correspondant à une vision de la santé que l'OMS s'efforce de promouvoir avec le concours du réseau « villes-santé ».

La journée des maires a abouti à l'élaboration d'une déclaration finale « pour une politique de l'eau et des déchets dans les « villes-santé » et pour une coopération entre les villes de l'ouest et de l'est de l'Europe dans le domaine santé-environnement ».

La Mutualité française, le Comité français d'éducation pour la santé et l'École nationale de la santé publique s'étaient associés à la ville de Rennes pour organiser ces journées.

L'ÉCONOMIE DE L'ENVIRONNEMENT

Économie et statistique, n° 258-259, octobre-novembre 1992.

Peut-on concilier croissance économique et protection de l'environnement ? Les articles rassemblés dans ce numéro spécial témoignent de la conviction que l'analyse économique contribue à la résolution de ce dilemme. Autour de trois thèmes (évaluation et instruments économiques ; pollutions globales et aspects internationaux ; constats sectoriels) les instruments économiques proposés par les auteurs, loin d'être incompatibles, sont susceptibles de se compléter dans le cadre d'une politique d'environnement.

OBSERVATION

CID 1993

Tome 1 : La métropole

Chiffres et indicateurs départementaux, ENSP Éditeur, 1993, 171 p.

Le service des statistiques, des études, et des systèmes d'information du ministère des Affaires sociales et de l'intégration, du ministère de la Santé et de l'action humanitaire publie la deuxième édition des « chiffres et indicateurs départementaux » (la pre-

mière date de 1990) concernant la métropole. Celle consacrée aux départements d'outre-mer est en préparation.

L'ambition de cet ouvrage est de pouvoir être accessible à tout le monde, en donnant un véritable état des lieux de la situation sanitaire et sociale, locale et en permettant de situer chaque département ou région par rapport aux autres. Les principales statistiques disponibles (9 parties, rassemblant 71 fiches) donnent une photographie détaillée des réalités sanitaires sociales et locales.

Pour chaque thème, le lecteur dispose à la fois de données brutes, mais aussi d'indicateurs, ainsi qu'un état détaillé de l'offre de soins : des hommes mais aussi des équipements. Les problèmes sociaux concernant les personnes âgées, les handicapés, les personnes en situation de précarité sont aussi abordés. Pour compléter, de nombreux graphiques, tableaux, cartes illustrent ce premier tome publié aux Éditions École nationale de la santé publique.

ESPÉRANCE DE SANTÉ

J. M. Robine, M. Blanchet, J. E. Dowd
INSERM, collection
Analyses et prospective,
Paris, la documentation
française, 1992, 321 p.

Le premier atelier de REVES (Réseau espérance de vie en santé), qui s'est tenu au Québec en septembre 1989, a permis de dresser un bilan des progrès accomplis dans la promotion de l'espérance de vie sans incapacité comme indicateur de santé des populations. Comme le montrent les textes rassemblés dans cet ouvrage, le bilan est très positif, à la fois quantitativement et qualitativement.

Les enquêtes régionales et nationales de santé étant devenues plus nombreuses depuis une dizaine d'années, le calcul de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) a pu être fait pour plusieurs régions ou pays et, parfois, à différentes périodes dans un même pays. En

outre, les améliorations apportées à la définition et à la mesure des incapacités ont conduit à de meilleures désagréments de l'indicateur en fonction de la nature et de la sévérité des incapacités. Cet ouvrage est destiné aux professionnels et aux gestionnaires de la santé et des assurances sociales, et à tous ceux, enseignants ou étudiants, qui sont préoccupés par la qualité de vie des populations vieillissantes.

DÉMOGRAPHIE ET SANTÉ en Ile-de-France Travaux préparatoires au schéma régional d'organisation sanitaire

Direction régionale des
affaires sanitaires et
sociales, novembre 1992,
93 p.

La DRASS d'Ile-de-France avec ce document, qui fait partie d'une série de fascicules réalisés par ses soins dans le cadre des travaux préparatoires au schéma régional d'organisation sanitaire, apporte des éléments concrets, des données globales de population par grandes classes d'âge et par sexe, des données d'évolution entre le recensement général de la population de 1982 et celui de 1990, des projections démographiques à l'horizon 2000 à titre indicatif, et cela en six chapitres : la population par grandes classes d'âge ; la variation de la population de 1982 à 1990 ; les femmes en âge de procréer ; les enfants ; les personnes âgées ; hommes et femmes : les âges « à risque ».

Tableaux, cartes, graphes, quelquefois en couleurs, illustrent et permettent une meilleure approche de ces travaux préparatoires. Afin d'apporter un éclairage complémentaire, ont été aussi incluses des données de morbidité et de mortalité, pour lesquelles des études complémentaires sont également engagées.

Tous ces éléments sont systématiquement regroupés et présentés par département et par secteur sanitaire.

PERSONNES ÂGÉES

LES SYSTÈMES D'AIDES AUX PERSONNES ÂGÉES

Jean-Claude Henrard
*Études et recherches, la
documentation française,
1992, 171 p.*

Il s'agit d'une comparaison européenne entre cinq pays, l'Allemagne Fédérale, le Danemark, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, qui, similaires sur les plans économique et culturel, ont en commun les mêmes problèmes posés par une population vieillissante.

Le professeur Henrard a cherché à mettre en évidence dans sa démarche les mesures adoptées par les responsables de ces pays qui partagent les mêmes valeurs en matière de politique de santé et de sécurité sociale.

Ces pays ont construit, en revanche, des systèmes de protection sociale différents mais fortement corrélés à des modèles de l'État-providence que les impératifs financiers et les limites propres aux systèmes de gestion des personnes âgées remettent en question. De la confrontation à ce besoin social nouveau, massif et durable, naissent nombre d'interrogations : organisation de l'avenir, évolution des systèmes, transparence financière... autant de questions posées dans ce livre.

Cette recherche permet d'entrevoir à travers une analyse fine de l'état des choses, les évolutions convergentes à l'œuvre dans ces cinq pays.

DÉPENDANCE ET ÉTATS CHRONIQUES

dans
Santé publique, n° 6/1992

Ce numéro de *santé publique* nous propose une série de six articles autour du thème « dépendance et états chroniques » ; en fait seul le dernier article traite de la gestion de la maladie chronique, au travers du cas de l'hémophilie, alors

que les cinq autres traitent de la dépendance. Les trois premiers abordent le problème de la difficulté de définir juridiquement la dépendance, de la mesurer et d'évaluer les besoins des personnes âgées. Le quatrième nous propose une analyse des éléments qui entrent en jeu dans le processus décisionnel d'attribution des prestations, éléments objectifs mais aussi subjectifs qui tiennent au profil de la personne âgée (personnalité, milieu social, histoire...) mais aussi aux réactions du professionnel. Enfin un dernier article de J.-C. Henrard nous propose une analyse comparée du financement de la dépendance entre cinq pays européens.

Ces articles ne manquent pas d'actualité alors qu'en moins de six mois deux propositions de loi ont été déposées à l'Assemblée nationale pour la création d'une allocation dépendance.

PRÉVENTION

BILANS DE SANTÉ, facteurs socio-économiques, et comportements de prévention

An. Mizrahi, Ar. Mizrahi
ESPS, 1990, CREDES,
1992, 101 p.

Afin de comparer les caractéristiques sociales, économiques et culturelles des personnes qui bénéficient d'un bilan de santé ou qui n'en bénéficient pas, 7 500 personnes allocataires du régime général ont été interrogées.

On a constaté que les actifs sont plus souvent convoqués que les chômeurs ou que les femmes au foyer, mais répondent moins favorablement à la proposition d'examen ; que le taux de convocation augmente fortement avec l'âge pour plafonner entre 40 et 60 ans et décroître ensuite ; que les facteurs d'offre et d'environnement conditionnent fortement la pratique des examens et bilans

Europe communautaire et **santé publique**

En 1990, un colloque de l'École nationale de la santé publique interrogeait *où se décide l'Europe de la santé ?*, nous pourrions reprendre la question sous la formule *où se construit l'Europe de la santé ?* La réponse est sans ambiguïté : à Bruxelles et à Luxembourg (CEE) mais également à Strasbourg (CEE et Conseil de l'Europe) et à Copenhague (OMS). C'est dire que la Communauté économique européenne n'a pas eu jusqu'à présent le monopole des initiatives en matière de programmes de santé européens, loin de là : les travaux du « groupe Pompidou », au sein du Conseil de l'Europe, depuis 1971, sur la lutte contre la toxicomanie ou le récent programme de lutte contre l'alcoolisme proposé par le bureau européen de l'OMS en sont deux témoignages parmi beaucoup d'autres.

Cependant, à l'heure de Maastricht, nous avons choisi de centrer ce dossier, l'Europe et la santé, sur l'Europe communautaire, « l'Europe des douze ».

L'Europe de la santé, pas plus que l'Europe sociale ou l'Europe « verte » (environnement), ne figurait dans les objectifs premiers du *traité de Rome* (1957), traité à objectifs essentiellement économiques privilégiant surtout l'établissement d'un marché commun.

Pourtant l'idée de la construction européenne a depuis beaucoup évolué et une forte volonté politique des États membres a permis un élargissement progressif des compéten-

ces et des interventions de la Communauté européenne, soit par une modification des termes du traité, soit par une interprétation plus large de ceux-ci. Par rapport au champ qui nous intéresse, deux dates clés méritent d'être relevées.

1972. Réunis pour une première conférence au sommet, les chefs d'État ou de gouvernements redécouvrent l'article 2 du traité de Rome et sa référence au « relèvement accéléré du niveau de vie » et se prononcent pour la promotion de politiques de « la qualité de vie » : environnement, protection des consommateurs, protection des travailleurs.

1986. L'Acte unique européen est signé, qui consacre l'introduction de l'environnement et de la recherche dans les compétences de la Communauté, et une (timide) référence à la santé (article 100 A). 1986 est également l'année à partir de laquelle le Conseil des ministres de la santé se réunit régulièrement en tant que formation du Conseil.

Malgré le manque de base juridique, une volonté politique de promouvoir une politique de santé s'est ainsi progressivement affirmée, en particulier au travers du Conseil européen (chefs d'État ou de gouvernement). Cette volonté va se traduire soit dans le cadre de l'application des libertés communautaires fondamentales (libre circulation des marchandises et des personnes), soit par le développement du volet sanitaire de politiques communes. Par ailleurs, même en l'absence de compétence particulière, les ministres de la santé ont, depuis 1986, ébauché la construction d'une politique commune de santé publique, à laquelle la mise en œuvre des dispositions du traité de Maastricht, s'il devient applicable, devrait donner un nouvel essor. ■

Sommaire

- II La santé dans les politiques communautaires
- VI La politique communautaire de santé publique
- XII La santé publique et le traité de Maastricht
- XIV Tribunes
- XX Annexes



La santé

dans les politiques communautaires

Antérieurement puis parallèlement à la construction d'une politique européenne de santé publique, les initiatives communautaires à caractère sanitaire n'ont cessé de se développer depuis les années 1970 dans le cadre des politiques communes. La mise en place du marché unique et l'application des libertés communautaires fondamentales (libre circulation des personnes et des biens) a conduit à construire une Europe des médicaments et une Europe des professions de santé, tandis que d'autres politiques communautaires (Europe sociale, environnement, recherche, protection des consommateurs) prenaient de plus en plus en compte des préoccupations liées à la santé.

Dans un premier temps, l'application des libertés communautaires fondamentales a entraîné la construction de l'Europe des médicaments et de l'Europe blanche.

L'Europe des médicaments

Le médicament a d'abord été perçu dans sa dimension marchande. C'est à ce titre que les premières mesures prises ont visé à supprimer les entraves techniques à sa libre circulation. La politique communautaire s'est accélérée dans ce domaine depuis 1983, intégrant progressivement la dimension santé, notamment au travers d'une politique d'information sur le médicament. Cette politique a abouti en particulier à l'adoption en mars 1992 de quatre directives applicables au 1^{er} janvier 1993, concernant la distribution en gros des médicaments, leur statut légal, l'étiquetage et la notice, les règles de publicité et à l'adoption d'un règlement prévoyant la mise en place d'une agence européen-

ne du médicament (futur système d'autorisation et d'enregistrement des médicaments)

« L'Europe blanche »

L'Europe des professions de santé, communément appelée « Europe blanche » trouve son origine dans l'article 57 du traité CEE qui prévoit, dans le cadre du principe de la libre circulation des personnes, le processus juridique de reconnaissance mutuelle des diplômes et la coordination des conditions d'exercice dans les différents États membres. L'adoption d'une première directive, concernant les médecins remonte à 1975, cinq autres ont ensuite été adoptées concernant les dentistes (1978), les sages-femmes (1980), les pharmaciens (1985), les infirmières (1987) avant qu'une directive plus générale instaure un système de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur sanctionnant des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans (directive du

20 janvier 1988). L'Europe blanche est donc une réalité juridique mais elle n'a pas donné lieu jusqu'à présent à d'importants flux migratoires.

D' autres politiques communautaires développent un volet santé.

L'Europe sociale et la protection des travailleurs

« Malgré la volonté des signataires du traité de Rome de promouvoir l'amélioration des conditions de vie et de travail, la construction européenne a toujours été caractérisée par un retard de la dimension sociale par rapport à la dimension économique dans le processus économique »*. La politique sociale, menée notamment à travers les interventions du Fonds social européen mis en place dès 1960, s'est surtout axée sur les problèmes d'emploi (mobilité, reconversion... et actuellement lutte contre le chômage de longue durée, insertion professionnelle des jeunes de moins de 25 ans). Les questions concernant la protection sociale par contre n'ont que peu avancé (sauf l'adoption dès 1958 d'un régime de sécurité sociale des travailleurs migrants dans l'objectif, économique, de faciliter la mobilité des travailleurs). L'adoption de la Charte sociale européenne en 1989 par onze États membres (les douze moins le Royaume-Uni) qui pose un certain nombre de principes et consacre des droits sociaux qui devront être garantis et mis en œuvre et le programme d'action sociale triennal qui l'a accompagnée, ont relancé la

politique sociale.

Par contre on ne peut parler de retard en ce qui concerne la protection (physique) des travailleurs. « La protection contre les accidents et les maladies professionnelles » était dès l'origine inscrite dans le traité de Rome (article

Les actes communautaires

Nature des actes

Les actes communautaires sont définis par l'article 189 du traité CEE.

Règlement

Le règlement communautaire a une portée générale, il est obligatoire dans tous ses éléments et est directement applicable dans tout État membre. Il est obligatoirement publié au *journal officiel* des Communautés européennes. Il s'impose à tout ressortissant communautaire (au même titre qu'une loi nationale).

La procédure d'élaboration et d'adoption de ces actes est complexe et diffère selon les matières, cependant on peut dire qu'elle fait intervenir trois institutions (la Commission, le Parlement et le Conseil) entre lesquels les rôles se répartissent, de façon générale, ainsi :

La Commission

La Commission fait les propositions et les transmet au Con-

Directive

La directive lie les États membres, elle leur impose un résultat à atteindre tout en laissant aux instances nationales la compétence quant à la forme et aux moyens à mettre en œuvre pour parvenir à ce résultat.

Décision

La décision ne s'adresse qu'aux destinataires qu'elle désigne, un ou plusieurs États, un ou plusieurs particuliers. Elle est obligatoire dans tous ces éléments pour ces destinataires.

Recommandation, résolution et avis

La recommandation, la résolution et l'avis n'ont aucun caractère obligatoire, l'avis n'est souvent guère plus que l'expression de l'opinion d'une institution, la résolution est une déclaration d'intention politique et la recommandation est une invite à l'adoption par les États membres de comportements ou de lignes de conduite suggérés.

Élaboration et adoption

seil, et le cas échéant au Parlement ; les différentes procédures lui confèrent un large pouvoir d'initiative qui a parfois été critiqué.

Le Parlement

Le Parlement est consulté sur l'adoption de certains actes, il vote alors un avis. Le rôle du parlement dans cette procédure a quelque peu été renforcé par l'Acte unique européen

(1987) – procédure dite de coopération – et le serait encore par l'entrée en application du traité de Maastricht.

Le Conseil

Le Conseil adopte les actes, par un vote à la majorité requise (majorité simple, majorité qualifiée ou unanimité, selon la matière et selon la procédure préalable).

118), puis l'Acte unique européen a simplifié les procédures pour l'adoption de directives quant à des prescriptions minimales concernant « l'amélioration notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des

* Y. Stamatou, in L'Europe des communautés, les notices.

travailleurs » (article 118 A). La Communauté a été très active sur ce champ, à titre d'exemple, la dernière directive adoptée en avril 1993 concerne la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à certains agents biologiques sur leur lieu de travail.

Enfin notons que la politique communautaire en faveur des handicapés est également développée dans le cadre de l'Europe sociale (cf. *Actualité et dossier en santé publique* n° 1)

Environnement

Bien avant que l'adoption de l'acte unique européen vienne, en 1986, consacrer juridiquement la compétence de la Communauté en matière d'environnement (article 130 R), celle-ci a développé une politique dans ce domaine. Depuis 20 ans, quatre programmes se sont succédé et plus de 200 directives ont été adoptées, elles concernent la lutte contre les pollu-

tions et les nuisances (eau, déchets, produits chimiques, bruit), la sécurité nucléaire, la protection et la valorisation des ressources naturelles et la maîtrise des risques de biotechnologies. Toutes ces mesures ont évidemment un impact sur la santé, certaines très directement, par exemple : la protection des travailleurs contre le bruit, la protection contre les rayonnements ionisants des travailleurs de l'industrie nucléaire et de la population en général... La mise en œuvre de ces directives n'est cependant pas toujours bien respectée par les États membres, ce qui n'empêche pas la Communauté de continuer à avoir

une politique ambitieuse en la matière. Un cinquième programme « vers un développement soutenable » a été adopté par la Commission en mars 1992 (1993-2000), l'intégration d'une composante environnementale dans toutes les autres politiques est aussi recherchée.

Recherche

La compétence européenne en matière de recherche a également été consacrée par l'adoption de l'Acte unique européen (article 130 F). Mais dès 1973, sous l'impulsion politique, un comité européen de la recherche et du développement est réuni, et en 1974 quatre premières résolutions sont adoptées jetant les bases d'une coordination et d'actions communes. L'Acte a institutionnalisé une procédure en deux temps, un programme cadre donnant les orientations et les masses budgétaires, mis en œuvre par des programmes spécifiques, le rôle de la Communauté se situant surtout au niveau de la coordination des efforts nationaux. Le troisième programme cadre (1990-1994) comprend six domaines d'action qui donnent encore la priorité aux préoccupations de compétitivité industrielle, pourtant, on y voit apparaître un nouveau pôle fort, sciences et technologies du vivant (13 % des dépenses) dont un programme « recherche biomédicale et santé » doté de 133 millions d'euros.

Protection des consommateurs

Depuis un arrêt de la cour de justice rendu en 1979, tout produit légalement fabriqué et commercialisé dans un pays de la Communauté doit être admis sur le marché de tout État membre. Une réglementation nationale ne peut interdire l'importation d'un produit que pour des raisons touchant à la santé publique ou à la défense des consommateurs (qui priment alors sur l'exigence de libre circulation des marchandises). La Commission a depuis lors concentré ses efforts sur la définition et l'application de « normes fondamentales de santé et de sécurité », de très nombreuses directives réglementent ainsi la composition de denrées alimentaires, de produits cosmétiques, l'utilisation des colorants, la sécurité des voitures ou des jouets, etc. Par ailleurs des systèmes d'alerte et de collecte de données (par exemple sur les accidents à domicile) ont été mis en place.

À noter que cette jurisprudence sur la protection de la santé publique a été confirmée dans des affaires concernant la publicité. Ainsi, dans un arrêt du 25 juillet 1991, la Cour de justice européenne a considéré que « la publicité constitue une incitation à la consommation et qu'une réglementation qui limite les possibilités de publicité en faveur des boissons alcoolisées et cherche à lutter contre l'alcoolisme répond à des préoccupations de santé publique ».

Le SGCI

Bien que peu connu du grand public, ni même des fonctionnaires, le secrétariat général du comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne (SGCI) est la plaque tournante et le catalyseur de toutes les liaisons en amont et en aval, entre le gouvernement et les administrations françaises d'une part, les institutions communautaires d'autre part. Son rôle est déterminant pour l'élaboration des positions françaises, pour les négociations et pour l'insertion des décisions communautaires dans le droit interne.

SGCI, 2, boulevard Diderot, « Carré Austerlitz », 75012 Paris

Les institutions de la Communauté européenne

sont communes depuis 1967 aux trois organisations : CEE, CECA, Euratom.

Le Conseil européen réunit les chefs d'État ou de gouvernement des États membres. Il a été institutionnalisé par l'Acte unique européen (1986) mais il se réunit depuis 1974, au moins deux fois par an. Il n'a pas de pouvoir décisionnel mais il joue un rôle important d'impulsion et d'orientation politiques.

La Commission européenne comprend 17 membres (dont deux français, M. Delors et M^{me} Scrivener) désignés d'un commun accord et pour 4 ans par les gouvernements des « douze ». Elle a pour mission ► d'assurer le respect des règles communautaires et des principes du marché commun (elle peut infliger des amendes, saisir la cour de justice,...) ► de proposer au Conseil toute mesure utile au développement des politiques communautaires (cf. son rôle dans l'élaboration des actes communautaires) ► de mettre en œuvre les politiques communautaires sur la base des décisions du Conseil, ou directement des dispositions des traités. À ce titre, la Commission administre des fonds (ex. le fonds social européen) et des programmes communs qui absorbent l'essentiel du budget communautaire.

Comité économique et social

Le parlement européen est composé de 518 membres élus, depuis 1979, au suffrage universel direct. Il a pouvoir de contrôle politique sur la Commission qu'il peut démettre par le vote d'une motion de censure à la majorité des 2/3. Il vote le budget. Il participe au processus législatif de la Communauté en donnant des avis sur les textes proposés par la Commission.

Le Conseil ou **Conseil des ministres** est le centre des décisions de la Communauté. C'est lui qui adopte les principaux textes communautaires et est donc le législateur de la Communauté. Il rassemble les représentants des États membres. Il n'existe qu'un seul Conseil des ministres mais il se réunit en différentes formations selon les matières inscrites à l'ordre du jour des réunions (Conseil *agriculture* ou Conseil *santé*,...). Le Conseil est aidé dans ses travaux par le COREPER (comité des représentants permanents des États membres auprès des Communautés) et par un secrétariat général.

La cour de justice européenne est formée de treize juges assistés de six avocats généraux, tous nommés pour six ans d'un commun accord par les gouvernements des « douze ». Elle a pour mission ► d'annuler, à la demande d'une institution communautaire, d'un État ou d'un particulier directement concerné, les actes de la Commission, du Conseil ou d'un gouvernement qui seraient incompatibles avec le droit communautaire ► de se prononcer, à la demande d'un tribunal national, sur l'interprétation ou la validité des dispositions du droit communautaire.



La politique communautaire de santé publique

À partir de 1986, sans véritable fondement juridique, mais sous l'impulsion politique des chefs d'État et de gouvernement qui souhaitent rapprocher la construction de l'Europe des préoccupations de ses citoyens, se dessine peu à peu une politique de santé publique. La réunion régulière du Conseil des ministres de la santé en est une première manifestation. Mais cette politique prend une véritable dimension avec l'adoption de programmes de lutte contre les grands « fléaux ».

A partir de 1986, le Conseil se réunit régulièrement dans une formation « Conseil des ministres de la santé » et adopte de nombreux textes dans des domaines variés : tabac, cancer, sida, toxicomanie, dopage, maladies cardio-vasculaires, produits sanguins, toxicologie,... (voir liste en annexe). La très grande majorité des textes sont des résolutions ou conclusions prises sur la base de l'article 235 (article « fourre-tout » du traité de Rome), cependant quelques directives sont prises sur la base de l'article 100 A (mise en place du marché unique) en particulier les directives tabac.

Parallèlement des crédits sont votés par le Parlement (dépenses non obligatoires) pour soutenir des études, actions ou programmes en santé publique (voir page ci-contre).

Enfin une unité « Santé Publique » est constituée au sein de la DG v (direction générale de l'emploi, des relations industrielles et des affaires sociales, voir ci-contre).

La variété des textes adoptés par le Conseil santé donne une impression de pointillisme voire d'opportunisme, comme si chaque présidence avait tenu à marquer son passage par

l'adoption d'un ou plusieurs textes sur un thème auquel son pays est particulièrement sensible. Cependant, parallèlement, le besoin de développer une approche plus globale et intégrée s'est fait ressentir. C'est à partir de cette idée que sont construits les trois programmes qui constituent les interventions les plus apparentes de la politique communautaire en matière de santé publique : le programme européen de lutte contre le cancer, le programme européen de lutte contre le sida, le plan de lutte contre la drogue.

Lutte contre le cancer

Le programme européen de lutte contre le cancer est le programme phare de l'Europe de la santé. Il a été le premier programme santé global de la Communauté et son adoption a même constitué, par la volonté politique qui l'a sous-tendue, l'amorce de la politique de santé communautaire.

Réunis à Milan en juin 1985, en Conseil européen, les chefs d'État ou de gouvernement

Budget général des Communautés européennes

Chapitre B 3-43 Santé

B 3-430	Actions dans le domaine de la protection sanitaire des citoyens.	
B 3-4300	Lutte contre le cancer	10 785 000
B 3-4301	Lutte contre le sida et autres maladies transmissibles	8 300 000
B 3-4303	Protection sanitaire du citoyen et mesures de lutte contre l'abus d'alcool	4 800 000
B 3-4304	Pollution de l'environnement et santé	1 000 000
B 3-431	<i>Santé et sécurité sur les lieux de travail</i>	
B 3-432	<i>Année européenne pour la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu de travail</i>	

Chapitre B 3-44 Lutte contre les drogues

B 3-440	Lutte contre l'abus des drogues	3 300 000
B 3-441	Observatoire européen des drogues et actions préparatoires	4 800 000

La Commission subventionne directement les projets qui lui sont soumis (sans passer par les États membres). Ces projets doivent entrer dans l'une des lignes d'action de la politique de santé communautaire.

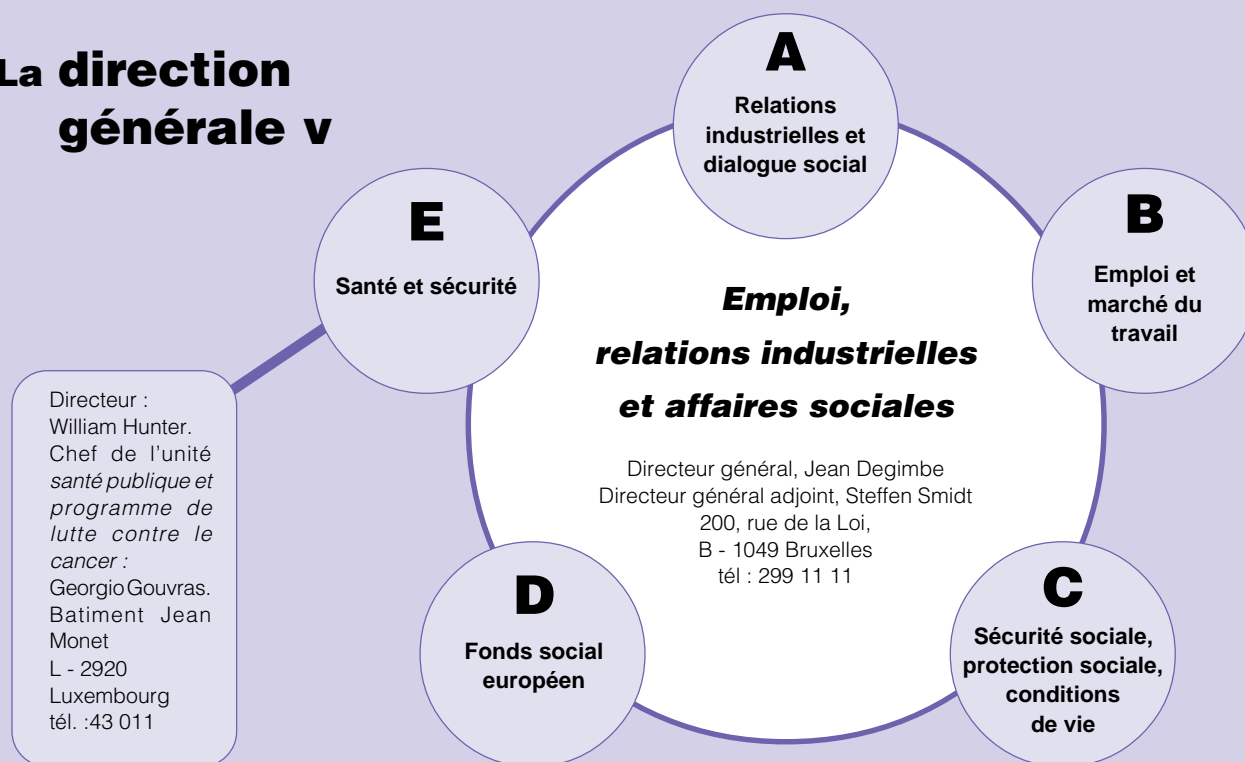
La Commission retient également comme critère de sélection la « plus value communautaire » qu'offre le projet.

Les formulaires de demande de financement doivent être demandés à l'adresse suivante :

Commission des
Communautés européennes
DG V/E/I, Unité santé publique
Bâtiment Jean Monnet C 4/90
L-2920 Luxembourg

*Les sommes sont en écu (1 écu vaut 6,58 F au 28/5/93).
Sources : JO des Communautés européennes L 31 du
8 février 1993.*

La direction générale v



adoptent le principe d'un programme européen de lutte contre le cancer. Dès janvier 1986, un comité de cancérologues est nommé auprès de la Commission pour la conseiller dans l'élaboration de ce programme et le 7 juillet 1986 le Conseil des ministres adopte une résolution concernant un programme d'action contre le cancer (JO des Communautés européennes du 23 juillet 1986). La Commission prépare alors un plan d'action 1987-1989. Ce premier plan d'action ne compte pas moins de 75 proposi-

tions d'actions... regroupées dans 4 chapitres, prévention, information et éducation sanitaire, formation des personnels de santé, recherche. En mai 1990, elle présente au Conseil un rapport d'exécution sur ce plan (COM 90/85) et le 7 mai 1990, un deuxième plan d'action 1990-1994 est adopté par décision du Conseil (cf. annexe). Il est plus précis et plus concis à la fois que les textes de 1986 et 1988 pré-cités et a été doté de 50 millions d'écus.

Le programme européen de lutte contre le cancer

Sans pouvoir être exhaustif, on peut citer quelques réalisations concrètes de ce programme

Information, sensibilisation du public

- Mise en œuvre d'une année européenne (1989) et de semaines européennes de l'information sur le cancer
- Adoption et promotion du « code européen contre le cancer »
- Réalisation d'un sondage Eurobaromètre

Éducation pour la santé

- Conférences européennes sur « l'éducation à la santé et la prévention du cancer dans les écoles » à Dublin en 1990 et Montpellier en 1991
- Universités d'été de formation de formateurs
- Festival européen de l'éducation à la santé par l'audiovisuel à Royan en 1992

Formation des personnels de santé

- La Commission a réuni trois comités consultatifs pour proposer des recommandations concernant la forma-

tion des médecins, des infirmières, et des dentistes en matière de cancer (JO des Communautés européennes du 27 novembre 1989)

- Ces programmes de formation ont été repris dans les attendus de la décision du 7 mai 1990 comme devant être diffusés
- Soutien financier des actions de formation continue

Diagnostic précoce et campagne de dépistage

- Un réseau européen de dépistage précoce des cancers du sein a été mis en place dès 1989
- Un réseau équivalent de dépistage des cancers du col de l'utérus est prévu pour 1993
- En octobre 1992, la Commission publiait des recommandations européennes en matière d'assurance de la qualité du dépistage mammographique (DG V -775-92)

Lutte contre le tabac

C'est surtout dans ce domaine que les mesures prises ont le plus marqué, puisque trois directives ont pu être adoptées, sur la base de l'article 100 A (réalisation du marché unique) : deux

directives concernant l'étiquetage des produits du tabac (avertissements spécifiques), une directive concernant la teneur maximale en goudron des cigarettes. Par contre, une proposition de directive concernant la publicité à laquelle la France tient beaucoup, n'a pour le moment pas abouti.

Lutte contre les agents cancérigènes

Il faut souligner également de nombreuses avancées dans la lutte contre les agents cancérigènes : plusieurs directives ont été prises dans le cadre de la politique communautaire de protection des travailleurs ou de celle de protection des consommateurs et beaucoup d'études, sur ces facteurs, financées.

Programme de recherche

De même il faut souligner le vaste programme de recherche, géré dans le cadre du programme communautaire de recherche, mais partie intégrante de ce programme « Europe contre le cancer » et qui concerne aussi bien l'observation (registres) que la recherche sur les cancers professionnels ou la recherche clinique.

Lutte contre le sida

Le sida est, avec le cancer, l'un des thèmes qui aura contribué à forger une Europe de la santé et là également, l'impulsion politique aura été déterminante.

En 1986, au sommet de Londres, le Conseil européen mandate le Conseil et la Commission pour organiser une coopération en matière de lutte contre le sida. À partir de cette date, ce thème figure pratiquement toujours à l'ordre du jour du Conseil des ministres de la santé et pas moins de 15 décisions, résolutions ou conclusions ont été adoptées. Beaucoup de ces textes ont été pris sous impulsion française et, dans le contexte de l'époque, ils ont été déterminants par rapport à la définition des politiques nationales (sur le dépistage par exemple ou sur la non discrimination à l'égard des personnes infectées). Mais l'ensemble était révélateur de la dispersion des initiatives des Conseils santé, aussi en 1989, sous présidence française du Conseil, l'idée d'un véritable programme de lutte contre le sida est avancée.

Cette idée débouche sur l'adoption de la résolution du 22 décembre 1989 qui invite la Commission à présenter un plan d'action globale. Dix-huit mois plus tard, le 4 juin 1991, le Conseil des ministres de la santé adopte un plan d'action 1991-1993, le programme « L'Europe contre le sida ». Ce plan d'action se décompose en 10 « actions » (cf. annexe). Pour sa mise en œuvre, la Commission est assistée d'un comité consultatif composé des représentants des États membres. Il est doté d'un budget de 6 millions d'écus.

Lutte contre la toxicomanie

Alors que le Conseil de l'Europe a, dès 1971, au travers des travaux du groupe de travail dit « groupe Pompidou », manifesté une activité de coordination intense en matière de lutte contre la toxicomanie, ce n'est qu'à partir de 1989 que les douze ébauchent une politique communautaire en la matière, d'abord au travers de l'adoption de plusieurs conclusions du Conseil des ministres de la santé (cf. liste en annexe). Mais là encore, le véritable coup d'envoi est donné par le Conseil européen : mise en place en 1989 d'une structure originale composée de hauts fonctionnaires, le Comité européen de lutte anti drogue (CELAD), en juin

Le programme européen de lutte contre le sida

La Commission a présenté en mars 1993 un rapport intermédiaire sur la réalisation du programme adopté en juin 1991. « Le soutien de projets réalisés dans les États membres constitue la principale méthode de mise en œuvre du programme. Ces projets ont été sélectionnés sur la base de demandes de financement présentées à la Commission par des organismes travaillant ou souhaitant travailler dans le domaine du sida. La Commission a en outre été à l'origine de divers projets visant à garantir l'équilibre entre les différentes actions du programme. » En tout, quelque 80 projets avaient reçu, fin 1992, un soutien au titre de ce programme.

Action par action, ce rapport donne un aperçu du type de projets subventionnés : il s'agit d'interventions, mais aussi largement d'études, de colloques, d'échanges de professionnels...

On peut retenir qu'au titre de l'action 2 « information et sensibilisation du public et de cer-

tains groupes cibles », le comité consultatif ne souhaite pas organiser des campagnes à l'échelle communautaire compte tenu des différences importantes de culture et de traditions entre États membres. Seule l'élaboration d'un code européen fait l'objet d'une étude de faisabilité. On relève également, au titre de l'action 4 « prévention de la transmission du VIH » le souhait de la Commission de promouvoir l'autosuffisance en produits sanguins et le projet d'introduire une norme communautaire en matière de préservatifs masculins.

Il ne faut pas omettre, à propos de la lutte contre le sida, dans la Communauté, le soutien au sein du programme de recherche « BIOMED » (biomédecine et santé, cf. *supra*), de projets de recherche dans les domaines suivants : prévention du sida, recherche fondamentale et recherche clinique sur le sida, mise au point de vaccins et essais de médicaments anti-viraux contre le sida.

1990, le Conseil européen de Dublin invite le CELAD à élaborer un plan européen de lutte contre la drogue qui est adopté par le Conseil européen de Rome du 14 décembre 1990. Le caractère intersectoriel de la lutte contre la drogue nécessitait l'intervention des chefs d'État. Ceux-ci ont donc défini le cadre politique qui devait être ensuite mis en œuvre par les instances compétentes. Ce plan propose cinq domaines d'actions ► action de coordination

au niveau des États membres ; ► observatoire européen sur le phénomène de la drogue (voir page ci-contre) ; ► actions en vue de la réduction de la demande de drogue ; ► actions dans le domaine de la répression du trafic illicite ; ► actions au niveau international.

Les trois premiers volets recouvrent soit des actions à mettre en œuvre au niveau des États membres, soit des actions communautaires, les deux derniers volets sont particulièrement développés. Ce plan fait largement référence aux travaux du groupe Pompidou mais également, compte tenu du caractère mondial du problème

Le plan européen de lutte contre la drogue

La Commission a rendu deux rapports sur les politiques nationales de lutte contre la toxicomanie et la politique communautaire (rapports du 8 novembre 1990 et du 25 mai 1992). Le premier précédait l'adoption du plan européen. Dans le deuxième (communication du 25 mai 1992 au Conseil SEC (92)725 final) la Commission fait état des évolutions dans la réponse des différents États aux problèmes des toxicomanes, du fait de l'apparition du sida, elle mentionne les quelques activités communautaires dans les domaines de la prévention et de la formation (en lien avec le plan Éducation pour la santé), et « des mesures spécifiques de santé publique » à prendre en lien avec le programme l'Europe contre le sida.

Les réalisations concrètes restent cependant encore relativement modestes : première semaine européenne de lutte contre la drogue et la toxicomanie en novembre 1992 ; mise en place de l'observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (règlement adopté le 8 février 1993, JO des Communautés européennes du 12 février 1993) qui n'est pourtant pas encore effective faute d'un accord sur son siège.

Il faut mentionner des mesures complémentaires dans deux domaines :

- la surveillance du commerce international des précurseurs (produits chimiques susceptibles d'être détournés pour la fabrication de stupéfiants et psychotropes), règlements du 13 décembre 1990 et du 31 mars 1992 ;
- la lutte contre le blanchiment de l'argent, directive de juin 1991.

du trafic et de l'usage de drogue et des mesures qu'il appelle, au programme mondial d'action adopté le 23 février 1990 par les Nations unies. Ce plan a été révisé et actualisé au Conseil européen d'Edimbourg (décembre 1992).

Nouvelles approches

On peut voir au travers des thèmes des textes adoptés ou même des trois programmes précédents que, jusqu'à présent, l'approche des problèmes de santé par la Communauté européenne est restée le plus souvent verticale, par pathologies ou facteurs de risque. Deux textes relativement récents méritent d'être commentés parce qu'ils proposent une approche différente et présagent peut-être de la future Europe de la santé, la résolution du 13 novembre 1992 concernant l'éducation à la santé et celle du 11 novembre 1991 concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé.

L'éducation pour la santé

La Communauté européenne a depuis 1989 un programme d'éducation pour la santé. Mais de façon un peu paradoxale, ce programme faisait suite à une résolution des ministres de l'Éducation (résolution du Conseil du 23 novembre 1988, JO des Communautés européennes du 5 janvier 1989) et ne concernait donc que l'éducation pour la santé à l'école. Cependant ce programme était suivi, au niveau de la Commission par la DG v (cf. encadré page VII). Cette résolution engageait la Commission et les États membres à développer des activités au niveau des États et au niveau communautaire afin de promouvoir au sein de l'école des modes de vie qui favorisent la santé, au travers de la vie scolaire quotidienne, de l'ensemble des matières enseignées et du développement de programmes spécifiques.

Dans sa communication au Conseil sur la mise en œuvre de cette résolution (communication de la Commission au Conseil, 11 mai 1992, SEC(92)476 final), la Commission, après avoir fait valoir les progrès réalisés au niveau de chaque État membre et les activités communautaires développées, demandait le prolongement et le renforcement de ce programme. C'est chose faite, mais sous une forme élargie. Le 13 novembre 1992, ce sont d'abord les

Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie

Fonctions¹

Collecte et analyse des données existantes	Diffusion des données	Amélioration de la méthodologie de comparaison des données
Demande et réduction de la demande de drogues	Stratégies et politiques nationales et communautaires	Coopération avec des organismes et organisations européens et internationaux et avec des pays tiers
Coopération internationale et géopolitique de l'offre	Contrôle du commerce des stupéfiants, des substances psychotropes et des produits précurseurs	Implications du phénomène de la drogue pour les pays producteurs, consommateurs et de transit, y compris blanchiment de l'argent

Domaines prioritaires²

¹ article 2 du règlement du 8 février 1992

² article 4 et annexe

ministres de la santé qui ont adopté des conclusions sur l'éducation pour la santé, en élargissant considérablement son champ : ces conclusions insistent sur « tous les milieux » dans lesquels doit être diffusée une meilleure éducation à la santé, ainsi que sur « la coopération des différents professionnels et des autorités responsables de la santé publique et celles qui sont chargées de l'enseignement ». Les ministres de l'Éducation, dans une session du Conseil du 27 novembre 1992, ont de leur côté adopté des conclusions dans le même sens.

La résolution du 11 novembre 1991

La résolution du Conseil du 11 novembre 1991 concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé constitue la proposition la plus avancée, jusqu'à présent, en matière

de définition d'une politique globale de la santé de la part de la Communauté. Dans ce texte les ministres de la santé réunis en Conseil, s'ils commencent par rappeler qu'il « appartient aux États membres de définir l'organisation et le financement de leur système de soins de santé et d'arrêter les choix fondamentaux de leur politique en matière de santé », dressent ensuite une liste de sujets « qui méritent une réflexion commune... et/ou des efforts communs », aussi vaste et variée que l'établissement de données comparatives par la mise en place de systèmes d'information pertinents, sur la base de priorités fixées au préalable, la mise au point de stratégies et la définition de priorités, l'allocation des ressources, la suppression des disparités entre offre et demande, la démographie médicale, ou encore la réduction des différences de l'état de santé dans les États membres et entre eux. ■



La santé publique et le traité de Maastricht

Le traité de Maastricht, malgré les dispositions relativement restrictives de son article 129, ouvre de nouvelles perspectives pour la construction d'une Europe de la santé publique. Les débats et propositions sur ce qu'elle pourrait être sont déjà largement entamés.

La santé fait partie des domaines sur lesquels les compétences de la Communauté ont été étendues par le traité de Maastricht au même titre que : l'éducation, les réseaux trans-européens, l'industrie, la protection des consommateurs, la culture et la coopération au développement.

Le principe de subsidiarité

Cette extension des compétences doit se faire dans le respect d'un principe, essentiel, le principe de subsidiarité qui commande de ne confier aux institutions européennes que ce qui peut être mieux fait au niveau communautaire.

La subsidiarité

« La Communauté agit dans les limites des compétences qui lui sont conférées et des objectifs qui lui sont assignés par le présent traité. Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire. L'action de la Communauté n'excède pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs du présent traité. » (article 3 B du titre II)

Ce principe veut éviter toute intervention abusive de la Communauté et assurer le respect des compétences entre les différents niveaux, régional, national, et communautaire.

Le traité de Maastricht propose aussi d'importantes modifications de procédure : afin d'accroître l'efficacité des actions entreprises par la future Union, le vote du Conseil à la majorité qualifiée est étendu à de nouveaux domaines. Parallèlement, afin d'accroître la légitimité démocratique de cette Union, les pouvoirs du Parlement sont accrus sur certains domaines, dont la santé, par l'institution de la procédure de co-décision (article 189 B) ; cette procédure permettra au Parlement d'arrêter conjointement avec le Conseil les règlements, directives, résolutions,... concernant ces domaines, et de disposer d'un droit de veto.

Enfin, notons que le traité prévoit une coopération renforcée dans des domaines qui ne relèvent pas des compétences communautaires, puisqu'elles touchent aux politiques judiciaires, douanières et policières des États, mais où cette coopération étroite est rendue nécessaire par la libre circulation des personnes, neuf « questions d'intérêt commun » sont concernées (article K 1), dont la lutte contre la toxicomanie.

L'article 129

C'est l'article 3 du traité de Maastricht qui énumère les futurs nouveaux domaines de compétences de la Communauté : « Aux fins énoncées à l'article 2, l'action de la Communauté comporte, dans les conditions et selon les rythmes prévus par le présent traité : [...] o) une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé, [...] ». Mais c'est l'article 129 qui définit le champ et la portée de cette nouvelle compétence en matière de santé.

L'action de la Communauté doit se situer au niveau de la coopération entre États membres (et avec des pays tiers). Cette action doit porter sur la prévention, en s'appuyant sur la recherche sur les causes et sur l'éducation pour la santé. Elle est ciblée sur les « grands fléaux », l'accent étant mis sur la toxicomanie.

Par ailleurs, l'article 129 n'apporte pas de moyens d'intervention nouveaux aux ministres de la santé : le Conseil ne pourra toujours adopter, sur la base de cet article, que des recommandations ou, selon la procédure de la co-décision, des programmes d'actions. Si des directives sont adoptées, ce sera comme jusqu'à présent sur la base d'autres articles.

Cette nouvelle compétence est donc extrêmement encadrée, elle légitimera par contre la politique menée jusqu'à présent. Encore que, du fait de l'application par ailleurs du principe de subsidiarité, certains ont pu craindre qu'une interprétation trop stricte des textes puisse entraîner un recul dans cette politique.

L'article 129 apporte un élément fondamental en officialisant que la santé doit être une composante des autres politiques communautaires. La santé devient ainsi une préoccupation transversale à toutes les politiques communautaires et les ministres de la santé acquièrent un droit de regard sur ces politiques.

Notons enfin que les questions concernant la protection sociale, et donc la couverture du risque maladie et l'accès aux soins, ne sont pas intégrées à la politique de santé. Elles le sont par contre à la politique sociale pour laquelle le traité de Maastricht ne propose cependant pas de véritables avancées.

Vers la définition d'un cadre stratégique ?

Bien que l'entrée en application du traité de Maastricht soit encore soumise à la condition de sa ratification par le Royaume-Uni, le débat s'est rapidement ouvert sur les modalités de sa mise en œuvre.

Quant à la santé, un certain nombre de contraintes ont de prime abord été identifiées : le respect du cadre de l'article 129 et du principe de subsidiarité, la compétence exclusive des États sur les services de santé, ou encore (contrainte ou avantage ?) la pré-existence de programmes.

D'où l'idée d'une stratégie cadre établissant

les principes et les objectifs des actions à mener, favorisant l'intégration des programmes existants et constituant un lien constructif entre les initiatives nationales et supranationales.

Depuis le deuxième semestre 1992, la présidence du Conseil (britannique puis danoise) d'une part, la Commission d'autre part, ont présenté au Conseil santé leurs propositions de définition d'un programme cadre pluriannuel. Beaucoup de questions ont été soulevées : sur quels critères définir des priorités, faut-il privilégier une approche horizontale ou verticale, faut-il conserver ou intégrer les programmes pré-existants ?...

Une résolution vient d'être adoptée au Conseil santé du 27 mai 1993 qui répond, pour partie, à ces questions : le Conseil a invité la Commission à lui faire des propositions concernant « un programme d'action d'ensemble dans le domaine de la santé ». Certains principes sont déjà posés : la définition d'objectifs, une programmation à 6 et à 3 ans, la fixation de priorités (notamment sur les critères de « problème de santé essentiel » et de « valeur ajoutée communautaire »), la suite à donner aux initiatives précédentes, l'amélioration de la collecte des données, la coopération internationale.

Il faut également mentionner la mise en place informelle d'un Haut Comité de la santé (High Level Committee on Health) par la Commission pour l'aider à définir cette politique globale de la santé.

On peut donc penser que, entre l'atout que représente l'élargissement des compétences de la Communauté européenne à la santé et le handicap que représenterait une lecture trop restrictive de l'article 129, le développement d'une véritable politique communautaire en matière de santé va, comme auparavant, largement dépendre de la volonté politique qui la sous-tendra. ■

Titre X Santé publique article 129

1 La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.

L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

Les exigences en matière de santé sont une composante des autres politiques de la Communauté.

2 Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

3 La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4 Pour contribuer à la réalisation des objectifs visés au présent article, le Conseil adopte :

statuant conformément à la procédure visée à l'article 189 B et après consultation du Comité économique et social et du comité des régions, des actions d'encouragement, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres ;

statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, des recommandations.

L'éducation pour la santé pratique sociale

dans l'Europe communautaire

Ce n'est pas en juriste que j'aborderai cette question de l'Europe communautaire et de la santé publique mais en praticienne de la santé publique et plus particulièrement de ces disciplines que sont la promotion et l'éducation pour la santé, champs d'action en construction eux aussi, et qui donnent lieu à autant de consensus sur les principes qu'à des controverses sur leur efficacité supposée.

L'Europe communautaire est un mythe

Pour ceux qui l'ont conçue en premier lieu, après la dernière guerre mondiale, elle représente la réponse aux souffrances et aux massacres, l'idée du « plus jamais ça » – mythe fondateur de la fraternité retrouvée et d'un avenir dont aussi bien le drapeau aux douze étoiles – symbole du nombre parfait – que l'hymne choisi – *l'Ode à la Joie* – démontrent s'il en était besoin l'espoir d'universalité et de liberté.

Pour les générations qui suivent et en particulier les jeunes, vivant au quotidien les échanges scolaires universitaires, l'information ouverte, l'Europe communautaire représente l'égalité des hommes au-delà des particularismes locaux. L'augmentation des déplacements de cette population qu'il s'agisse de loisirs, travail ou de mariage sont le signe de la force de ce mouvement et de ses effets en profondeur.

L'Europe des traités

Il est remarquable que le traité de Maastrich accorde une place non négligeable à la santé publique, et particulièrement à l'éducation pour la santé (titre x, article 129).

Il est non moins remarquable que l'ensemble des débats publics ait porté sur l'Europe économique et politique, et de manière très liée, sur la défense des acquis en matière d'action sociale et de santé et sur la peur de voir disparaître ces avantages, la peur de perdre.

Je voudrais souligner ici l'irrationalité partielle de la « peur de perdre », et son rapport avec le contexte économique et social qui l'accompagne. Des premiers actes fondant l'Europe – le traité de Rome – à Maastrich, le paysage a considérablement changé, les cartes ne sont plus les mêmes. La déstabilisation profonde engendrée par la précarité économique et les difficultés de l'emploi, le passage de la conduite sociale normalisée et garantie par le plus grand nombre comme bonne, à une obligation de construire soi-même ses propres référents et ses propres valeurs conduisent naturellement à un plus grand repli sur soi, ce qui est connu et rassurant.

C'est dans ce contexte rapidement et sommairement brossé que s'inscrit l'article 129 du chapitre x dans le traité de Maastrich.

Nul ne peut, à la lecture de cet article, contester le bien-fondé des intentions qu'il révèle :

- Assurer un niveau élevé de protection de la santé.
- Favoriser la prévention des maladies et notamment des grands fléaux, la recherche...
- Favoriser l'information et l'éducation en matière de santé,
- Amener une coordination entre États membres.
- Favoriser la coopération avec des pays liés et les organisations internationales.
- Encourager plus que légiférer.

Mais au fond, rien n'est dit sur les moyens à mettre en œuvre, les démarches à adopter, les dispositifs à construire. Un

cadre existe, il reste à chaque responsable politique, à chaque acteur de santé, à s'en saisir, à définir au regard de la politique de santé particulière à son pays, les articulations et les potentialisations que lui apporte ce traité.

Les résistances

Comme je l'ai évoqué plus haut, elles sont nombreuses et d'origines diverses, sans qu'une classification précise puisse indiquer l'ordre d'importance.

La santé, la notion même de santé est rattachée à des valeurs culturelles pour les populations. Ces valeurs culturelles déterminent en partie l'appréhension qu'elles ont des priorités et leur comportement face aux réponses « d'importation » souvent proposées par les professionnels. Concevoir le bon et le bien en lieu et place des groupes concernés crée un mouvement de rejet, de repli sur soi et sur les valeurs traditionnelles.

Nombre d'exemples nous montrent la force de ces valeurs, de la fabrication des fromages à la chasse à la tourterelle, en passant par les traditions culinaires, la vie quotidienne de chacun en est imprégnée et elles constituent un cadre significatif.

Il ne s'agit pas d'opposer la réponse scientifique globale et l'approche spécifique, mais d'en montrer la difficulté d'articulation pour mettre en œuvre les moyens les plus adaptés aux progrès souhaités. Car le risque, et nous le savons bien, aujourd'hui, c'est de faire de chaque individu un immigré de sa propre culture, un consommateur aveugle du système de soin, un analphabète de la science.

Ce risque s'ajoute à la difficulté pour chaque personne, d'identifier et de structurer son propre système de valeur tant sur le plan éthique, que sur celui des priorités de la vie quotidienne.

L'absence de norme générale, si elle développe la liberté individuelle, renforce aussi les inégalités quant aux capacités de chacun à choisir pour lui-même ce qui est le meilleur. Ceci s'appliquant à la vie en général, est aussi valable dans le domaine de la santé.

Les perspectives

Au-delà des termes du traité, l'enjeu de l'Europe communautaire en matière de santé repose essentiellement sur un pari philosophique, celui d'amener chacun à une prise en charge de lui-même, intégrant à sa culture les apports des découvertes scientifiques et l'adhésion à une juste réglementation.

Le rôle de l'éducation pour la santé est dans ce domaine essentiel pour plusieurs raisons :

► Agissant au plus près des intérêts et des besoins des personnes, les acteurs de l'éducation pour la santé sont les relais entre les grandes orientations abstraites et la réalité quotidienne de chacun.

► Interface entre les questions touchant au bien public et les représentations culturelles propres à chacun de son idéal de vie, elle permet une meilleure communication entre les décideurs et les usagers.

► Agissant comme agent de développement en matière de santé, elle favorise à la fois les dynamiques de promotion collective, et l'éducation au plus près des personnes.

Véritable pratique sociale, l'éducation pour la santé, dans une politique de promotion de la santé, facilite la transformation des « groupes cibles » en « groupes d'action ». Cette implication réelle des personnes est probablement le point central de notre débat et des enjeux à venir. Car l'implication impose non seulement la redéfinition des systèmes par lesquels sont décidées les priorités mais aussi les analyses qui les fondent. La prise en compte des aspirations, des demandes des personnes et des groupes se pose plus que jamais comme une nécessité, non dans une relation de tutelle mais dans une relation de partenariat actif.

La tête dans les étoiles, les pieds dans le terroir

Le risque de toute construction, pour générale qu'elle soit est toujours de produire un système d'échange et de décision qui s'éloigne peu à peu de ses buts.

La crainte d'une bureaucratie trop envahissante repose certainement moins sur le refus de l'administration que sur celui de l'anonymat des décideurs et leur éloignement, tant en terme de distance que de connaissance des réalités. Les nombreux échanges qui existent déjà à l'intérieur de la communauté démontrent l'intérêt de mettre en relation les pratiques et les orientations des uns et des autres. Pour difficile qu'elle soit, la compréhension des fondements théoriques et des représentations mises en œuvre dans les actions et les politiques de prévention permet souvent en donnant le recul nécessaire, de préciser et de modifier nos pratiques en les enrichissant.

Si le lieu d'exercice des actions d'éducation pour la santé est la communauté de vie, de travail ou de loisir, c'est pour développer aussi la dimension d'une nouvelle citoyenneté non seulement territoriale mais humaine, enracinée dans les valeurs communes à tous et particulière à chaque groupe.

La question est donc posée non des systèmes mais de l'articulation des systèmes.

Le pari est difficile à gagner de garder à l'échelle de la communauté des douze, la tête dans les étoiles et les pieds dans le terroir. Il nous demandera de la souplesse, des qualités d'adaptation et la capacité de créer des échanges rapides, efficaces, conviviaux. Vouloir « contribuer à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine » est un choix quant au devenir de l'homme. Si nous devons utiliser les moyens adéquats, tant au niveau de l'organisation que des ressources humaines et matérielles, nous devons garder en tête qu'ils ne sont que des instruments dont le sens est donné par le but à atteindre et par la manière de s'en servir. Aujourd'hui l'éducation pour la santé, pour la part qui lui revient, peut contribuer à gagner ce pari.

Bernadette Constant, directrice du comité départemental d'éducation pour la santé de Gironde

Eaux d'alimentation déjà 20 ans de travail communautaire

Les eaux d'alimentation peuvent être à l'origine de réels problèmes de santé publique en cas de contamination microbiologique ou chimique. À partir de 1885, les hygiénistes ont engagé en France des actions contre ce risque en tenant compte de l'expérience acquise tant en France que dans d'autres pays. Au cours du temps, les mesures se sont précisées, une réglementation s'est structurée et surtout la qualité de l'eau a été améliorée en de nombreux endroits, réduisant les effets sur la santé.

Au début des années cinquante, l'Organisation mondiale de la santé a commencé à regrouper des experts sur le sujet pour émettre des recommandations qui ont été réactualisées à plusieurs reprises.

Dans le cadre de son programme pour l'environnement, le Conseil des ministres de la Communauté économique européenne a décidé au début des années soixante-dix d'élaborer des directives concernant les eaux d'alimentation.

Le débat aura été ardu et aura connu de nombreux rebondissements mais, en moins de dix ans, plusieurs directives ont été adoptées dont :

- ▶ la directive n° 75-440/CEE du 16 juin 1975 concernant la qualité requise des eaux superficielles destinées à la production d'eau alimentaire dans les États membres ;

- ▶ la directive n° 79-869/CEE du 9 octobre 1979 relative aux méthodes de mesure et à la fréquence des échantillonnages et de l'analyse des eaux superficielles destinées à la production d'eau alimentaire ;

- ▶ la directive n° 80-778/CEE du 15 juillet 1980 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine.

La principale de ces directives, la numéro 80-778/CEE, définit la notion d'eau destinée à la consommation humaine, elle détermine également, pour une série de plus de 60 paramètres, des niveaux guides et des concentrations maximales admissibles et prévoit un programme minimal de contrôle de la qualité des eaux distribuées.

La transcription juridique en France des directives

Comme toute directive, ce texte ne s'oppose pas directement aux citoyens, sa transcription en droit national par les États membres étant obligatoire pour être applicable et donc opposable. Un délai de deux ans était accordé, il n'aura pas été respecté par la plupart des États membres, y compris la France, les modifications apportées au cours des années 1980 dans la répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales ayant rendu le problème encore plus complexe. Après de nombreuses discussions, la transcription en droit national a pris la forme d'un décret en Conseil d'État, en application du Code de la santé publique, en date du 3 janvier 1989. Sur quelques points, notamment l'interprétation à donner à la notion de niveau guide et la répartition des dispositions entre règlements et recommandations administratives, les arbitrages retenus au niveau national ont été jugés irrecevables par la Commission des Communautés qui a engagé des procédures contentieuses contre la France devant la Cour de justice des communautés européennes. Le décret a ainsi été modifié à deux reprises le 10 avril 1990 et le 7 mars 1991. Ce décret est complété par différents arrêtés et l'ensemble par de nombreuses circulaires.

L'approche technique

Mais l'action ne s'est pas limitée uniquement au niveau juridique. Parallèlement, des travaux techniques étaient menés sur le terrain grâce notamment à une réorganisation des directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, engagée au cours des années soixante-dix avec la mise en place de la structure de génie sanitaire. Les programmes de contrôle de la qualité des eaux, qui avaient déjà plusieurs décennies, ont été modernisés. Des bilans de la qualité des eaux distribuées ont été réalisés aux niveaux départemental, régional et national à partir des données disponibles et surtout ont été rendus publics.

Ils ont ainsi permis de mettre en évidence l'importance de plusieurs problèmes parmi lesquels :

- ▶ l'existence d'eaux distribuées de mauvaise qualité microbiologique ;
- ▶ l'augmentation importante des teneurs en nitrates des eaux (un bilan montre qu'au cours des années 1985-1986, environ 1,4 millions d'habitants, soit 2,5 % de la population ont consommé des eaux dont la teneur en nitrates a dépassé 50 milligrammes par litre) ;
- ▶ la présence de teneurs trop élevées en fluor dans plusieurs régions ;
- ▶ plus récemment (fin des années 1980, début des années 1990), a été relevée la présence de produits phytosanitaires dans des eaux distribuées, à des teneurs supérieures à la concentration maximale admissible au niveau européen.

À cela, s'ajoute la survenue de pollutions accidentelles de différentes nature et origine. La gestion de ces situations a fait l'objet d'analyses méthodologiques pour arriver progressivement à la définition d'une approche accordant une large place à l'évaluation comparative des risques, approche qui montre que, souvent, l'interruption de la distribution pose plus de problèmes sanitaires qu'elle n'en résoud.

Les différents ministères concernés, notamment ceux de l'agriculture et de l'environnement, les agences de l'eau ont mobilisé en conséquence leurs moyens pour lancer des programmes qui se pour-

suivent encore aujourd'hui afin d'aider les collectivités à corriger les problèmes prioritaires. Les distributeurs d'eau se sont également mobilisés et ont ainsi mis au point de nouveaux procédés de traitement des eaux.

Aujourd'hui, si globalement la qualité de l'eau distribuée en France est plutôt bonne, des travaux restent encore à mener pour parvenir à un respect complet de toutes les normes communautaires.

Des évolutions récentes

L'ouverture du marché unique a nécessité l'adoption de dispositions pour faciliter les échanges de produits et pour réglementer les marchés publics.

Aussi, depuis quelques années, des travaux ont été menés au sein du Comité européen de normalisation pour préciser les normes applicables à certains produits, procédés, matériaux, méthodes d'analyse... Sur plusieurs aspects, cette normalisation rejoint le contenu du règlement sanitaire français.

La Commission n'a jamais eu les moyens de connaître les conditions réelles de transcription et de mise en œuvre de ces directives par les États membres autrement que par l'étude de situations particulières, ce qui a conduit au développement de contentieux et, peu à peu, à des tensions. Le 23 décembre 1991, le Conseil des ministres a adopté la directive n° 91-692/CEE qui oblige les États membres, sur la base de questionnaires types publiés, à fournir en 1996 des rapports sur les modalités de mise en œuvre des directives relatives aux eaux et sur la qualité relevée pour ces dernières, de 1993 à 1995. Une synthèse communautaire doit être publiée mi-1997. La préparation de ces bilans constitue l'occasion de renforcer les conditions d'application desdites directives.

Par ailleurs, sur certains points, compte tenu des progrès enregistrés, depuis leur publication, dans les connaissances et dans les moyens technologiques disponibles et après une période de plusieurs années de discussion et d'échange d'information, la Commission engage ac-

tuellement des travaux préparatoires pour étudier les conditions d'une modification de ces directives.

Ainsi, en une vingtaine d'années, s'est mis en place, dans le cadre communautaire, un ensemble de dispositions applicables aux eaux d'alimentation. Ce premier cycle va se terminer par un bilan en 1997 qui permettra de mieux connaître la situation réelle dans les différents États membres et peut-être conduire vers une nouvelle étape, celle de la révision des textes qui devrait se faire dans le respect des principes du traité de Maastricht. Si des difficultés sont apparues lors de l'application des directives concernant les eaux d'alimentation, si des critiques se sont élevées vis-à-vis de certaines normes, la plupart des acteurs s'accordent pour reconnaître que ces directives ont eu des effets très positifs. Des problèmes restent encore à régler en France, mais les directives ont contribué à renforcer les contraintes applicables aux eaux, depuis la source jusqu'au robinet du consommateur, ainsi à améliorer leur qualité et donc la protection de la santé publique. Elles mettent aussi clairement en évidence que les actions réglementaires et administratives sanitaires ne relèvent plus du strict cadre national mais que les acteurs tant économiques qu'administratifs travaillent de plus en plus au niveau européen ; l'approche internationale doit même être élargie et tenir compte des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé ou d'autres organismes tels l'Organisation de coopération et de développement économique. L'organisation et les modes de fonctionnement de notre structure sanitaire doivent continuer à évoluer pour mieux s'adapter à ce nouveau contexte des années à venir si nous voulons être réellement présents dans les débats et ne pas uniquement transcrire et appliquer des décisions prises.

Dominique Tricard et Pascale Buffaut,
ingénieurs sanitaires, bureau VS4, DGS.

L'action européenne contre le **Cancer**

À leur réunion de juin 1985 à Milan les chefs d'État et de gouvernement des pays de la Communauté décidèrent de lancer, dans le cadre de l'Europe des citoyens, des actions européennes dans le domaine de la santé pour démontrer aux européens que l'Europe n'était pas seulement une construction technocratique et financière et qu'elle pouvait leur apporter une aide dans leur vie quotidienne. Un comité d'experts fut créé pour choisir ces actions. Très rapidement il apparut qu'il fallait cibler celles-ci contre une maladie, seul moyen de susciter l'intérêt de la population et la coopération d'un grand nombre de volontaires bénévoles.

Le cancer et le sida furent retenus et en novembre 1985 chaque gouvernement désignait un expert pour élaborer un plan d'action. Dès février 1985 ce plan fut adopté et dans les mois qui suivirent le budget fut accordé et l'action débuta sous la codirection harmonieuse d'un service administratif rattaché à la direction générale V de la Communauté et du comité d'experts. Celui-ci se réunit plusieurs fois par an, il a une responsabilité directe dans la politique et la stratégie et est étroitement associé au suivi des projets. L'action couvre cinq domaines :

Prévention

En Europe environ un tiers des cancers sont dus au tabac. La lutte contre le tabagisme est donc de l'avis unanime la priorité absolue. Dès 1986 une stratégie d'ensemble a été proposée car une action globale et cohérente est la condition du succès. Celle-ci comportait des mesures réglementaires dont plusieurs ont été traduites en directives et ont force de loi dans l'ensemble de

la Communauté : teneur maximale en goudron inférieur à 15 mg/cigarette (en France en 1987 la teneur atteignait environ 30 mg dans les Gitanes et la teneur médiane était de 15 mg), limitation de l'usage du tabac dans les lieux publics, des avertissements sanitaires de grande dimension sur tous les paquets de tabac, cigarettes et cigares, interdiction du tabac à usage oral. Interdiction de la publicité à la télévision et à la radio. Un projet de directive interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac est toujours en discussion du fait de l'opposition de l'Allemagne, la Grande-Bretagne et la Hollande.

Mais les retombées de l'action contre le cancer ne se limitent pas à ces directives. En effet la campagne entreprise auprès des hommes d'États des pays de la Communauté et des parlementaires a incité plusieurs pays tels la France, l'Italie, le Portugal, l'Espagne à adopter des législations nationales sévères ; l'interdiction de fumer dans les lieux publics édictée à l'ensemble de la Communauté a conduit les douze pays à promulguer des réglementations nationales. De même les hausses des taxes sur le tabac décidées par plusieurs pays membres ont amené d'une part les autres pays à adopter également une politique des prix et d'autre part la Communauté à harmoniser les taxes dans un premier temps et sans doute, pour éviter que les multinationales du tabac n'absorbent ces augmentations ou même malgré celles-ci ne diminuent les prix comme cela a été le cas en France, à envisager une harmonisation des prix de vente en s'alignant sur les prix les plus élevés.

L'information du public a entraîné une très large adhésion même chez les fumeurs à une politique comportant des restrictions et un surcoût financier. La communauté médicale a joué un rôle moteur dans cette évolution de l'opinion mais un long chemin reste à parcourir car dans tous les pays, et surtout en France, les jeunes, notamment les adolescentes, continuent à fumer.

Le régime alimentaire est à l'origine d'environ 30 % des cancers, mais en l'état actuel de nos connaissances on ne peut faire que des recommandations très générales telles que : « Consommez des fruits et légumes à chaque repas, réduisez votre consommation en graisses surtout celle d'origine animale ». Pour aller plus loin et approfondir les connaissances, une vaste enquête a été entreprise dans sept des pays membres sur une cohorte de 500 000 individus dont les habitudes alimentaires ont été enregistrées et seront ensuite suivies. Étant donné les différences importantes dans la fréquence des cancers du sein, de l'estomac, du colon d'une région à l'autre de l'Europe on peut escompter que cette

enquête, la plus importante ayant été effectuée dans le monde, apportera des renseignements capitaux pour la prévention.

Parmi les autres actions citons la prévention des cancers de la peau (mélanomes), la lutte contre les agents cancérigènes en milieu professionnel, l'extension du nombre de registres du cancer et leur harmonisation grâce à des études communes.

En terminant soulignons que les experts ont exprimé leur préoccupation devant le projet de directives sur la confidentialité qui risquerait, s'il était adopté tel que, de donner un coup fatal à la recherche épidémiologique et clinique en Europe.

Dépistage

Le comité des experts a recommandé le dépistage des cancers du sein par mammographie effectuée tous les 2 ou 3 ans entre 50 et 69 ans. Des actions pilotes ont été lancées dans tous les pays membres avec le soutien de l'Action européenne. Dans ce domaine certains pays (Grande-Bretagne, Hollande et Suède) avaient déjà une très grande expérience. La création de réseaux, les missions d'experts, des colloques réunissant tous les 6 mois l'ensemble des responsables des actions pilotes, ont permis aux autres pays d'en bénéficier. Très vite deux problèmes aigus sont apparus ► la qualité des images mammographiques et de leur interprétation ► le suivi des femmes chez qui des images suspectes avaient été découvertes. Si ces deux étapes ne s'effectuent pas de façon satisfaisante, les bénéfices du dépistage peuvent disparaître et à la limite celui-ci peut même devenir nuisible en rassurant à tort les femmes. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des mécanismes précis d'assurance de qualité pour ces deux étapes et dans ce but des recommandations ont été rédigées et largement diffusées.

L'analyse des données internationales par un groupe d'experts a montré qu'entre 40 et 49 ans l'efficacité du dépistage du cancer du sein n'avait jamais été prouvée. Il n'a donc pas été recommandé.

Il en est de même pour le dépistage du cancer du colon. Par contre le dépistage du cancer du col utérin a été recommandé entre 25 et 69 ans. Dans ce cas il apparaît que celui-ci ne sera utile que si une assurance de qualité était mise en place par les cytopathologistes pour améliorer la qualité des frottis et de leur interprétation.

Au total l'expérience européenne sur le dépistage est riche d'enseignements. Elle montre

notamment que toute opération de dépistage de masse est lourde et coûteuse. Pour atteindre un niveau acceptable de rapport coût/efficacité, l'organisation doit être rigoureuse et nécessite des équipes administratives bien rodées, une bonne formation de tous les médecins intervenant à un stade quelconque du dépistage (généralistes ainsi qu'anatomo-pathologistes, radiologistes, chirurgiens et cancérologues), un système sans faille d'assurance de qualité et de suivi, une coopération étroite entre généralistes, spécialistes et administrateurs dans le cadre d'actions à long terme menées avec le souci constant de rectifier les erreurs.

Information du public

Elle est dans l'ensemble fondée sur la diffusion des «dix commandements» dont la distribution à plusieurs millions d'exemplaires dans chacun des pays n'a été possible que grâce à l'appui des grands organismes de lutte contre le cancer (Ligue nationale contre le cancer, ARC, Fédération des centres anticancéreux, Assistance publique...) et l'appui des médecins généralistes. L'effort a porté ses fruits. Même si on ne se rappelle pas toujours l'origine de ces recommandations les sondages montrent que plus de 80 % de la population les connaît et c'est là l'essentiel. Il en est résulté une évolution dans les mentalités que l'attitude vis-à-vis du tabac illustre bien.

Ce résultat souligne la puissance d'une pression collective mais il en montre aussi les limites car seuls en bénéficient ceux qui sont capables de passer de la connaissance des méfaits du tabac à l'acte d'arrêter de fumer. Or cette aptitude dépend du niveau d'instruction. L'information des adultes accroît donc les inégalités sociales. Le contre poids évident est l'action sur les jeunes à un âge où les esprits sont ouverts et où l'influence du milieu n'est pas devenue prépondérante. C'est le but de l'éducation sanitaire à l'école entre 5 et 12 ans.

Formation et éducation des professions de santé

Toute stratégie cohérente contre le cancer nécessite l'appui de la communauté médicale, indispensable pour motiver le public et les hommes politiques. Informer, éduquer les médecins a donc été un objectif majeur. Ateliers de travail, séminaires, congrès, enseignement post-universitaire, formation des enseignants ont été utilisés.

À côté des médecins généralistes et des cancérologues, les pharmaciens, dentistes et infirmières jouent un rôle dans la lutte ; tous se sont montrés intéressés et désireux de participer.

Recherche

L'octroi de bourses permet aux jeunes médecins et chercheurs d'aller acquérir dans un autre pays européen une autre formation complémentaire. Un certain nombre de projets multinationaux de recherche fondamentale ont été soutenus, mais l'essentiel est allé à la mise en place d'infrastructures européennes : centre de recueil et de traitement des données de l'European organization for research and treatment of cancer (EORTC), Eurocode pour la transmission des données et leur traitement à distance, registre des essais, etc.

Dans l'avenir l'accent sera mis sur la recherche clinique : meilleures méthodes pour mettre en œuvre l'assurance de qualité, conférences de consensus pour faire le point sur les connaissances, servir de base à l'enseignement et identifier les domaines de recherche, et rassemblement des données de plusieurs essais grâce à une méta-analyse.

Conclusion

Ce rappel des principales réalisations de l'Action Européenne montre qu'avec un budget relativement modeste (environ 25 MF/an, soit environ 2 MF/an par pays), il a été possible d'initier et de coordonner un grand nombre de projets. Ceci n'a été possible que grâce à un accord profond entre le comité des experts et l'ensemble de la communauté médicale qui leur a fait confiance, à l'appui enthousiaste et bénévole des associations et de dizaines de milliers de personnes, enfin grâce à une cellule administrative petite mais efficace à la commission de Bruxelles. Il faut espérer que la poursuite de cette action permettra de se rapprocher du but qui lui a été fixé par les chefs d'État à savoir réduire de 10 % la mortalité par cancer au début du XXI^e siècle.

Maurice Tubiana, directeur honoraire de l'Institut Gustave-Roussy, membre du Haut Comité de la santé publique



Liste des instruments et autres textes adoptés

depuis 1986 par le

Conseil santé

Sommaire

XX

Liste des instruments et autres textes adoptés depuis 1986 par le Conseil santé

XXIV

Document de la Commission

XXVI

L'Europe contre le cancer

XXIX

L'Europe contre le sida

XXXI

L'éducation pour la santé

XXXII

Bibliographie
Adresses utiles

CANCER, LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 7 juillet 1986, concernant un programme d'action des Communautés Européennes contre le cancer (*JO* n° C du 23 juillet 1986, page 19).

Décision du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 21 juin 1988, adoptant un plan d'action 1988/1989 relatif à une campagne d'information et de sensibilisation dans le cadre du programme « L'Europe contre le Cancer » (*JO* n° L 160 du 28 juin 1988, page 52).

Résolution du Conseil et des Ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 18 juillet 1989 concernant l'interdiction de fumer dans les lieux accueillant du public (*JO* n° C 189 du 26 juillet 1989, page 1).

Directive 89/622 CEE du Conseil du 13 novembre 1989 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière d'étiquetage des produits du tabac (*JO* n° L 359 du 8 décembre 1989, page 1).

Directive 90/239 CEE du Conseil du 17 mai 1990 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres concernant la teneur maximale en goudron des cigarettes (*JO* n° LL 137 du 30 mai 1990, page 36).

Décision 90/238/EURATOM, CECA, CEE du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990 adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du programme « l'Europe contre le Cancer » (*JO* n° L 137 du 30 mai 1990, page 31).

Directive 92/41 CEE du Conseil du 15 mai 1992 modifiant la directive 89/622 CEE concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière d'étiquetage des produits du tabac (*JO* n° L 158 du 11 juin 1992, page 30 à 33).

■ SIDA

Résolution des représentants des gouvernements des États membres des Communautés européennes, réunis au sein du Conseil du 29 mai 1986, concernant le syndrome immuno-déficitaire acquis (sida) (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 21).

Conclusions du Conseil et des représentants des États membres, réunis au sein du Conseil du 15 mai 1987 concernant le sida (*JO* n° C 178 du 7 juillet 1987, page 1).

Conclusions du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 31 mai 1988 concernant le sida (*JO* n° C 197 du 27 juillet 1988, page 8).

Conclusions du Conseil et des Ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 31 mai 1988 concernant l'échange périodique et rapide de données épidémiologiques sur le sida au niveau de la Communauté (SN/2814/88).

Conclusions du Conseil et des Ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 31 mai 1988 concernant l'échange régulier d'information au niveau de la Communauté sur les mesures nationales de lutte contre le sida (SN/2814/88).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 15 décembre 1988 concernant le sida (*JO* n° C 28 du 3 février 1989, page 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 15 décembre 1988 concernant le sida et le lieu de travail (*JO* n° C 28 du 3 février 1989, page 2).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant les activités futures de prévention et de contrôle du sida (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 8).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant l'amélioration du système général de collecte des données épidémiologiques y compris l'application de la nouvelle définition du sida (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 7).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant la sensibilisation du personnel de santé (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 6).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant la prévention du sida chez les consommateurs de drogue par voie parentérale (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 3).

Résolution du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 22 décembre 1989 concernant la lutte contre le sida (*JO* n° C 10 du 16 janvier 1990, page 3).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990 concernant la prise en charge médicale et psychosociale des personnes touchées par le VIH.

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 3 décembre 1990 concernant le sida (*JO* n° C 329 du 31.12.1990, page 21).

Décision 91/317/CEE du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991 adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « l'Europe contre le Sida » (*JO* n° L 176 du 4 juillet 1991, pages 26 à 29).

■ DROGUETOXICOMANIE

Résolution du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant un réseau européen de données sanitaires en matière de toxicomanie (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant la fiabilité des analyses de liquides corporels pour déceler l'usage de drogues illicites (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 2).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 8 novembre 1990 concernant le deuxième rapport sur la réduction de la demande de drogue dans la Communauté européenne.

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 13 novembre 1989 concernant la mise en œuvre d'actions coordonnées de prévention des toxicomanies et de prise en charge des toxicomanes (*JO* n° C 31 du 9 décembre 1990, page 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant la prévention du sida chez les consommateurs de drogue par voie parentérale (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 3).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 13 novembre 1989 concernant la mise en œuvre d'actions coordonnées de prévention des toxicomanies et de prise en charge des toxicomanes (*JO* n° C 31 du 9 février 1990, page 1).

Accord du Conseil et des ministres de la santé, sur une communication de la Présidence sur les travaux futurs concernant les aspects sanitaires et sociaux de la lutte contre la drogue (doc. 6096/1/90 DRUG 4 REV 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 3 décembre 1990 concernant la

réduction de la demande de stupéfiants et de psychotropes (*JO* n° C 329 du 31.12.1990, page 20).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil, du 4 juin 1991 concernant le suivi des actions relatives à la réduction de la demande de drogue (*JO* n° C 170 du 29 juin 1991).

Résolution du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 11 novembre 1991 concernant le traitement et la réinsertion des toxicomanes qui font l'objet de mesures pénales (*JO* n° C 304 du 23 novembre 1991).

Déclaration du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 15 mai 1992 relative à la semaine européenne de prévention de la drogue (*JO* n° C 148 du 12 juin 1992, page 3 et 4).

JEUNES ET SANTÉ

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990 concernant les jeunes et la santé dans l'Europe des années 1990.

Accord du Conseil et des ministres de la santé sur les conclusions d'une communication de la présidence concernant la santé et les jeunes dans l'Europe des années 1990 (doc. 5854/90 SAN 22, point V, et doc. 6539/90 PV/CONS 20 SAN 41, point 4).

TOXICOLOGIE

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 29 mai 1986 concernant un programme d'action de la Communauté dans le domaine de la toxicologie aux fins de la protection sanitaire (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 1).

Conclusions du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 31 mai 1988 concernant la poursuite de la mise en œuvre du programme (doc. 6589/88 PV/CONS 27 SAN 39).

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, du 3 décembre 1990 relative à l'amélioration de la prévention et du traitement des intoxications aiguës chez l'homme (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 6).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil, du 15 mai 1992 concernant la toxicologie aux fins de la protection sanitaire (*JO* n° C 148 du 12 juin 1992, page 1).

CARTE SANITAIRE EUROPÉENNE D'URGENCE

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 29 mai 1986 concernant l'adoption d'une carte sanitaire européenne d'urgence (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 4).

nis au sein du Conseil du 29 mai 1986 concernant l'adoption d'une carte sanitaire européenne d'urgence (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 4).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 13 novembre 1989, concernant la carte sanitaire européenne d'urgence.

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 3 décembre 1990 concernant les maladies cardio-vasculaires dans la Communauté (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 19).

ABUS D'ALCOOL

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 29 mai 1986 concernant l'abus d'alcool (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 3).

DOPAGE

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 3 décembre 1990 relative à une action communautaire de lutte contre le dopage, y com-

pris l'abus de médicaments, dans les activités sportives (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 4).

Déclaration du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991 relative à la lutte contre le dopage, y compris l'abus de médicaments, dans les activités sportives (publiée au *JO* n° C 170 du 29 juin 1991).

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil relative à un code de conduite antidopage dans les activités sportives (*JO* n° C 44 du 19 février 1992).

■ DIALYSERÉNALE

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 juin 1986 relative à la protection des patients en dialyse par une réduction maximale de l'exposition à l'aluminium (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 16).

■ PRODUITS SANGUINS AUTOSUFFISANCE

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 15 mai 1992 concernant l'approvisionnement suffisant en produits sanguins dans la Communauté.

■ SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Conclusions du Conseil du 15 mai 1987 relatives à l'amélioration de l'usage des spécialités pharmaceutiques par le consommateur (*JO* n° C 178 du 7 juillet 1987, page 2).

■ NUTRITION SALUBRITÉ

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 3 décembre 1990 concernant une action communautaire sur la nutrition et la santé (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 3 décembre 1990 relatives à la salubrité des aliments, des boissons et des eaux destinées à la consommation humaine (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 19).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 15 mai 1992 concernant la nutrition et la santé (*JO* n° C 148 du 12 juin 1992, page 2).

■ SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

Résolution du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 11 novembre 1991 concernant

la santé et l'environnement (publiée au *JO* n° C 304 du 23 novembre 1991).

■ MALADIES HÉRÉDITAIRES

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 15 mai 1992 concernant les maladies héréditaires (*JO* n° C 148 du 12 juin 1992, page 3).

■ MALADIES TRANSMISSIBLES

Résolution du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 16 novembre 1992 sur le contrôle et la surveillance des maladies transmissibles.

■ ÉDUCATION À LA SANTÉ

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 11 novembre 1992 sur l'éducation à la santé (*JO* n° C 326 du 11 décembre 1992, page 2).

■ DIVERS

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 con-

cernant les suites à donner aux textes adoptés depuis 1986 (*JO* n° C 185, page 9).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991 concernant les suites à donner aux textes adoptés depuis 1989 dans le domaine de la santé publique (publiées au *JO* n° C 170 du 29 juin 1991).

Résolution du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 11 novembre 1991 concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé (publiée au *JO* n° C 304 du 23 novembre 1991).

Mars 1993

Document de travail de la DG v E

L'avenir de la santé publique

*M. Hunter,
directeur de l'Unité
Santé, sécurité a
bien voulu nous
communiquer un
document élaboré
par ses services,
que nous
reproduisons pour
partie.*

L'AVENIR

On peut supposer que les demandes en faveur d'une action communautaire continueront à se multiplier indépendamment des ressources nécessaires pour y répondre.

De ce fait, les concepts fondamentaux de l'action communautaire sont la fixation de priorités, la transparence, la visibilité à profil haut, la valeur ajoutée, la subsidiarité et la complémentarité avec les mesures prises par les États membres, ainsi que le partenariat avec les professionnels.

La Commission va passer en revue les programmes existants afin de veiller à ce que chacun de ces critères soit bien respecté. Elle veillera également à ce que les actions de nature similaire existantes, dans le domaine de l'éducation et de la formation par exemple, soient regroupées, de façon à éviter les doubles emplois et à améliorer l'efficacité.

En se fondant sur l'expérience acquise à ce jour, il convient de déterminer avec

soin s'il est souhaitable de regrouper les différentes actions dans les programmes existants. Cette approche pourrait entraîner l'élaboration, d'une part, de programmes et d'actions spécifiques liées à des maladies identifiées et, d'autre part, d'actions de type horizontal (afin par exemple de promouvoir un mode de vie sain, de prévenir des maladies ou d'atteindre d'autres objectifs de portée générale). L'élaboration de ces actions pourrait se dérouler progressivement dans le cadre de programmes pluriannuels.

Les États membres ont déjà convenu, en principe, du cadre à utiliser pour les futures actions à entreprendre dans le domaine de la santé publique, telles qu'établies à l'article 129 du Traité sur l'Union européenne. En envisageant l'approche à adopter à l'avenir, il devra donc être tenu compte des aspects suivants :

- ▶ Respect de la subsidiarité
- ▶ Coordination entre les États membres
- ▶ Prévention des principaux risques pour la santé
- ▶ Protection sanitaire dans les autres politiques communautaires
- ▶ Coopération avec les pays tiers et les organisations internationales

Respect de la subsidiarité

La responsabilité des questions sanitaires incombe aux États membres. La contribution de la Communauté consiste à soutenir les actions des États membres.

Seul le respect du principe de subsidiarité et l'amélioration de l'attribution des priorités permettra d'obtenir une efficacité maximale et une réelle envergure de l'action communautaire, au vu à la fois des programmes existants et des futures activités dans ce domaine.

Afin de refléter de façon pratique le principe de subsidiarité, la Commission, en tenant compte de l'expérience acquise, devra étudier les possibilités d'action offertes par les différents organismes et structures disponibles. Il s'agira entre autres de l'utilisation de réseaux, de la coopération avec les différents acteurs concernés, de l'échange de connaissances, d'expérience et de bonnes pratiques

ainsi que de l'optimisation de la collaboration avec les organisations internationales.

Cela nécessitera peut-être un réexamen des procédures actuelles de consultation auxquelles participent les États membres. Toute modification des activités impliquera peut-être également une révision du rôle des comités existants.

Coordination entre les États membres

Les États membres coopèrent d'ores et déjà, mais ont exprimé le désir d'accroître cette coopération. A titre d'exemple, cette coopération accrue pourrait prendre la forme suivante :

- ▶ échanges d'informations concernant les pratiques nationales les plus performantes,

- ▶ collecte de données concernant la santé et comparaison au niveau communautaire,

- ▶ développement d'un système permettant de rendre les données comparables,

- ▶ élaboration d'un rapport sur la situation dans la Communauté en matière de santé, sur la base des rapports provenant de chaque État membre,

- ▶ inventaire des recherches et des études en cours dans chaque État membre, afin que les équipes réalisant ces travaux puissent éviter les doubles emplois. Cela devrait également permettre d'identifier des secteurs de recherche à explorer,

- ▶ programmes d'échanges d'experts nationaux,

- ▶ échanges de données et réseaux d'information concernant les problèmes de santé, tels que les choix fondamentaux en matière de santé, ainsi que l'évaluation de différents traitements et de nouvelles technologies.

Prévention des risques principaux pour la santé

Il convient d'identifier les maladies susceptibles de faire l'objet d'une action préventive et d'évaluer la nécessité d'une

éventuelle initiative communautaire. Il serait possible d'agir en deux temps :

- ▶ une première phase consisterait à identifier les principales maladies, ainsi que les autres maladies pour lesquelles une action au niveau communautaire serait bénéfique,

- ▶ une seconde phase aboutirait à la sélection d'un nombre restreint de maladies qui pourrait faire l'objet d'actions communautaires. Cela nécessiterait l'examen de chaque maladie identifiée au cours de la première phase sur la base de critères convenus, afin de déterminer lesquelles peuvent faire l'objet d'une prévention, et quelles actions doivent être entreprises au niveau communautaire. Les actions communautaires devraient notamment prendre la forme de mesures de promotion de la recherche et d'information et d'éducation sanitaires.

Les ministres de la santé réunis au sein du Conseil ont déjà décidé que certains risques pour la santé humaine devaient faire l'objet d'actions spécifiques. Il s'agit notamment du cancer, du sida, des maladies cardio-vasculaires, de l'abus d'alcool et de drogues. Tout ajout à cette liste devrait se fonder sur une évaluation approfondie de facteurs adéquats.

La protection sanitaire dans les autres politiques communautaires

Un grand nombre de mesures intégrant une composante de santé publique ont déjà été prises dans le cadre de divers programmes et politiques communautaires. Il s'agit notamment de la libre circulation des biens, des services et des personnes, de l'environnement, des nouvelles technologies, des politiques sociales et régionales, de la formation, des relations extérieures, et bien sûr de la recherche.

La Commission se propose de tenir compte des exigences liées à la protection sanitaire et à la prévention des maladies lors de conception de nouvelles initiatives s'intégrant aux politiques communautaires menées dans un domaine autre que celui de la santé.

La Commission entreprendra également un recensement exhaustif de tous

les aspects liés à la santé intégrés aux politiques existantes de la Communauté.

Coopération avec les pays tiers et les organisations internationales

On dispose déjà d'une base de coopération avec les programmes d'assistance mise sur pied dans le domaine de la santé publique pour les pays en voie de développement ainsi que les pays d'Europe centrale et orientale. Il existe également des accords de coopération avec diverses organisations internationales, dont la plus importante dans le domaine de la santé est l'Organisation mondiale de la santé.

Ces dispositifs devront être revus afin d'identifier les domaines où une coopération accrue serait bénéfique, et afin d'éviter les doubles emplois.

QUESTIONS ESSENTIELLES

Les principales questions à régler pourraient être les suivantes :

- ▶ Les futures actions devraient-elles être organisées dans le cadre d'un programme pluriannuel établissant certaines priorités ?

- ▶ Quelle serait la meilleure façon d'obtenir une plus grande synergie entre les actions de type horizontal et les actions spécifiques ?

- ▶ Quelles structures (réseaux, groupes et/ou partenariats) devraient être prises en compte au moment d'élaborer la future action communautaire afin de refléter pleinement le principe de subsidiarité ?

- ▶ Quelles sont les activités qui devraient faire l'objet d'une coordination entre les États membres ?

- ▶ Quels sont les critères à utiliser pour la sélection des principaux risques pour la santé et serait-il d'ores et déjà possible de sélectionner certaines maladies ?

Novembre 1992

L'Europe contre le cancer

Décision du Conseil et des représentants des gouvernements des états membres réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990 adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du **programme « L'Europe contre le cancer »** (90/238/Euratom, CECA, CEE)

Le Conseil des communautés européennes et les représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil,

Vu les traités instituant les Communautés européennes, le projet de résolution soumis par la Commission,

l'avis du Parlement européen (1)
l'avis du Comité économique et social (2)

Considérant que lors des ses réunions de juin 1985 à Milan et de décembre 1985 à Luxembourg, le Conseil européen a souligné l'intérêt de lancer un programme européen de lutte contre le cancer ;

à sa réunion de décembre 1986 à Londres, le Conseil européen a désigné l'année 1989 comme l'année européenne de l'information sur le cancer, précisant qu'il s'agira de mettre en œuvre une campagne d'information concertée de longue durée dans tous les États membres sur la prévention, le dépistage précoce et le traitement du cancer ;

le Conseil et les représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, ont adopté le 7 juillet 1986 une résolution concer-

nant un programme d'action des Communautés européennes contre le cancer (3), programme qui est axé notamment sur la prévention du cancer ;

le Conseil et les représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, ont adopté, le 21 juin 1988, la décision 88/351/CEE concernant un plan d'action 1988/1989 relatif à une campagne d'information et de sensibilisation dans le cadre du programme « L'Europe contre le cancer » (4) ;

différentes actions communautaires visant à la prévention des cancers dus à une exposition à des rayonnements ionisants ou à des produits chimiques cancérigènes sont déjà mises en œuvre en application des traités instituant la Communauté économique européenne et la Communauté européenne de l'énergie atomique ;

des actions visant à réduire le risque de cancer dû à une exposition à des substances cancérigènes sont prévues dans un certain nombre de programmes communautaires existants relatifs à l'environnement, à la protection des travailleurs, à la protection des consommateurs, à la nutrition, à l'agriculture et au marché intérieur ; le droit à la santé est un droit naturel et que tout citoyen européen a droit au traitement le plus adéquat, quelle que soit sa situation sociale ;

le présent plan d'action a pour but de développer les connaissances sur les causes du cancer et les moyens possibles de prévention et de traitement ; les cancers professionnels représentent

4 % des cancers, soit 30 000 décès par an ;

en assurant une diffusion plus large des connaissances sur les causes du cancer, sur sa prévention, sur son dépistage et sur son traitement ainsi qu'une meilleure comparabilité des informations sur ces sujets, en ce qui concerne notamment la nature et le niveau de risque de cancer dû à une exposition à des substances ou à des procédés déterminés, le programme contribuera à la réalisation d'objectifs communautaires, tout en contribuant à la réduction globale des risques de cancer ;

il convient de promouvoir la diffusion et la mise en œuvre des recommandations concernant les contenus en cancérologie des programmes de formation qui ont été approuvés en 1988 par les trois comités consultatifs sur la formation des personnels de santé ;

il importe de reconnaître le rôle crucial du personnel de santé et de contribuer, conformément aux conclusions de l'Organisation européenne de recherche sur le traitement du cancer, à ce qu'une formation, tant théorique que pratique, soit dispensée à toutes les professions et à toutes les personnes associées à la prévention du cancer et au traitement des cancéreux ;

selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les soins palliatifs peuvent apporter une aide extrêmement précieuse au patient chez lequel toutes les thérapeutiques ont échoué ainsi qu'à sa famille et que ces soins doivent par conséquent être reconnus et soutenus ;

il convient de soutenir des actions de formation au cancer des personnels de santé d'un État membre dans des centres d'excellence d'un autre État membre ;

il convient d'encourager des actions d'information sur le cancer et sa prévention, y compris dans les écoles ;

il convient d'éviter des doubles emplois par la promotion d'échanges d'expériences et par la mise au point en commun de modules de base en matière d'information du grand public, d'éducation à la santé et de formation des personnels de santé ;

des efforts doivent être entrepris pour faire progresser la thérapeutique grâce à des essais cliniques contrôlés ; la politique de santé publique en tant que telle, à l'exception des cas où les traités en disposent autrement, est de

la responsabilité des États membres, mais que la promotion de la coopération et de la coordination d'activités nationales ainsi que la stimulation d'activités communautaires apportent une plus-value à la lutte contre le cancer ;

il y a lieu de poursuivre et de renforcer, de 1990 à 1994, l'action engagée de 1987 à 1989 en matière de prévention, d'information et d'éducation à la santé et de formation des personnels de santé,

DÉCIDENT :

Article premier

1 La Commission met en œuvre, en étroite coordination avec les autorités compétentes des États membres, le plan d'action 1990-1994 qui figure en annexe.

2 La Commission est assistée par un comité consultatif composé de représentants des États membres et présidé par le représentant de la Commission.

Le comité a pour tâche :
d'examiner les actions et mesures impliquant le cofinancement par des fonds publics,
de s'assurer de la coordination, au niveau national, des projets, financés en partie par les organisations non gouvernementales.

3 Le représentant de la Commission soumet au comité un projet des mesures à prendre. Le comité émet son avis sur ce projet dans un délai que le président peut fixer en fonction de l'urgence de la question en cause, le cas échéant en procédant à un vote.

L'avis est inscrit au procès-verbal ; en outre, chaque État membre peut demander que sa position figure à ce procès-verbal.

La Commission tient le plus grand compte de l'avis émis par le comité. Elle informe le comité de la façon dont elle a tenu compte de cet avis.

4 En outre, dans la mise en œuvre du plan d'action, la Commission associera étroitement le comité de cancérologues de haut niveau ainsi que les organismes privés actifs dans la lutte contre le cancer. Elle coopérera avec l'Organisation mondiale de la santé ainsi qu'avec le Centre international de recherches sur le cancer.

5 La Commission publiera régulièrement des informations techniques sur l'état d'avancement du plan d'action

et sur les possibilités de financement communautaires dans les différents domaines d'action.

Article 2

1 Le montant de la contribution de la Communauté estimé nécessaire pour la durée du plan d'action 1990-1994 s'élève à 50 millions d'euros.

2 Le Conseil et les ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, réexamineront ce montant global à la lumière du rapport d'évaluation visé à l'article 3 paragraphe 2 avec la possibilité de l'augmenter, si nécessaire, à partir du 1er janvier 1993, jusqu'à un montant global de 55 millions d'euros.

Article 3

1 La Commission procédera à une évaluation permanente des actions entreprises.

2 Le Conseil et les ministres de la santé procéderont à une évaluation scientifique de l'efficacité des actions entreprises. A cet effet, la Commission soumettra un rapport en la matière au cours du deuxième semestre 1992.

3 La Commission informera régulièrement le Parlement européen, le Conseil et le Comité économique et social de l'avancement de ses travaux.

4 La Commission est par ailleurs invitée à encourager toute forme d'échange avec des pays tiers concernant les activités figurant à l'annexe.

Fait à Bruxelles, le 17 mai 1990.

ANNEXE

Actions

à mettre en œuvre en 1990-1994

I PRÉVENTION DU CANCER

(y compris le dépistage) En complément aux activités législatives en cours :

A. Prévention du tabagisme

Stimulation de projets d'intérêt européen relatifs à la prévention du tabagisme, en particulier parmi des groupes cibles tels que les jeunes, les femmes, les personnels enseignants et les professionnels de la santé,

Stimulation d'actions pilotes visant à enseigner des méthodes de sevrage tabagique aux personnels de santé et aux enseignants,

Stimulation de campagnes novatrices

d'information visant à prévenir l'usage du tabac parmi le grand public et sur les lieux de travail,

Financement d'une étude sur les possibilités de reconversion des cultures de tabac.

B. Nutrition et cancer

(y compris l'alcool)

Stimulation d'études sur les habitudes alimentaires et le cancer, en étroite coordination avec le programme communautaire de recherche médicale (méta-analyses, études de cas témoins, études prospectives, études d'intervention sur les agents antipromoteurs),

Élaboration et diffusion de recommandations en matière d'alimentation pour améliorer la prévention des cancers.

C. Lutte contre

les agents cancérigènes

Poursuite de toutes les actions communautaires concernant la protection contre les rayons ionisants,

Soutien à des études comparatives d'intérêt européen visant à améliorer la protection contre les rayonnements ultraviolets,

Soutien aux études européennes sur les risques cancérigènes possibles de certaines substances chimiques,

Poursuite de la classification et de l'étiquetage, sur le plan européen, des substances cancérigènes et de la campagne d'information par des publications annuelles spécialisées.

D. Dépistage systématique et détection précoce

Poursuite des études comparées visant à améliorer l'organisation des programmes de dépistage du cancer,

Extension et suivi du réseau européen de programmes pilotes de dépistage du cancer du sein en vue d'assister les États membres dans la détermination d'une politique généralisée de dépistage,

Évaluation des programmes existants de dépistage du cancer du col de l'utérus et mise sur pied d'un réseau européen de programmes pilotes régionaux ou locaux,

Poursuite des études d'évaluation des programmes de dépistage du cancer colo-rectal et mise sur pied éventuelle d'un réseau européen,

Promotion d'études d'intérêt européen sur l'efficacité et la faisabilité de

dépistage précoce d'autres cancers, Promotion et soutien des programmes de dépistage lorsque les études exploratoires ont fait apparaître des résultats positifs, en étroite coordination avec les programmes Aim et Race.

E. Enregistrements de cancers et actions similaires

Soutien à l'échange d'expériences en matière d'établissement de registres du cancer dans la Communauté et à la mise sur pied d'un réseau européen en coopération avec le Centre international de recherches sur le cancer et en étroite coordination avec les programmes Aim et Race.

F. Autres aspects

- 1 Évaluation du fonctionnement des différentes banques de moëlle osseuse.
- 2 Étude de faisabilité de la collaboration entre ces banques et, si cela est approprié, soutien à la coopération européenne existante en la matière.
- 3 Échange d'expériences en matière de contrôle de la qualité des soins administrés
- 4 Établissements d'une liste, mise à jour, de traitements reconnus valables par la communauté scientifique internationale.

II. INFORMATION et ÉDUCATION À LA SANTÉ

A. Information du public

Mise à jour éventuelle du code européen contre le cancer,

Renouvellement d'actions européennes d'information sur le cancer, si possible au cours de la deuxième semaine d'octobre. Encouragement, dans ce cadre, des télévisions publiques et privées à diffuser des spots gratuits sur le thème de la lutte contre le cancer,

Production de modules d'information européen sur la prévention, le dépistage et le traitement des cancers, susceptibles de s'adapter aux besoins nationaux,

Diffusion du code européen au sein du grand public par l'intermédiaire des acteurs du plan d'action,

Soutien à des actions novatrices d'infor-

mation sur la prévention du cancer auprès de groupes cibles, Information des travailleurs et notamment des travailleurs migrants, dans le cadre des directives communautaires existantes, sur la lutte contre les cancers professionnels.

B. Éducation à la santé et cancer

Soutien à l'information et à la sensibilisation des personnels des écoles au code européen contre le cancer,

Diffusion des supports pédagogiques européens pour l'éducation à la santé,

Promotion d'actions pilotes favorisant la sensibilisation des jeunes au code européen,

Incitation, dans les écoles, à un changement des pratiques alimentaires, et en particulier incitation à la consommation de fruits et de légumes pendant les récréations et les repas.

III FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Soutien à l'organisation de réunions na-

tionales ou régionales destinées à promouvoir les recommandations européennes de 1989 sur le volet « cancer » des programmes de formation de base pour les personnels de santé,

Aide à la mise en place de trois réseaux pilotes européens de facultés de médecine, d'écoles d'infirmières et d'écoles dentaires mettant en œuvre des recommandations sur la formation au cancer, formulées en 1988 par les trois comités consultatifs européens sur la formation des personnels de santé,

Promotion d'actions de formation en cancérologie,

Soutien à la mobilité entre États membres des personnels de santé en vue d'améliorer leur formation spécialisée en cancérologie,

Collecte et échange de matériel didactique d'intérêt européen pour la formation des personnels de santé,

Échange d'expériences et soutien à l'organisation de séminaires européens sur la formation continue des personnels de santé,

Échanges d'expériences entre États membres dans le domaine des traite-

ments antidouleur, des soins palliatifs et continus ainsi que du rôle du personnel de santé.

IV. RECHERCHE ET CANCER

Contribution à la préparation d'un cin-

quième programme européen de coordination de la recherche en médecine et santé et d'un sixième programme médical CECA.

(1) JO n° C 96 du 17 avril 1990

(2) JO n° C 329 du 30 décembre 1989, p.60

(3) JO n° C 184 du 23 juillet 1986, p. 19

(4) JO n° L 160 du 28 juin 1988, p.52

L'Europe contre le sida

Décision du Conseil, et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991 adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « l'Europe contre le sida »

(91/317/CEE)

Le Conseil des communautés européennes et les ministres de la santé des États, réunis au sein du Conseil,

Vu le traité instituant la Communauté économique européenne, la proposition de la Commission, l'avis du Parlement européen⁽¹⁾ l'avis du Comité économique et social,⁽²⁾

Considérant que

la recrudescence du sida constitue une préoccupation majeure pour les États membres et la Communauté, qui s'est manifestée par les différents instruments et textes communautaires adoptés en vue de la combattre ; que, en particulier, dans leur résolution du 22 décembre 1989 concernant la lutte contre le sida⁽³⁾, le Conseil et les ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, ont invité la Commission à développer les échanges d'informations et d'expériences et à définir, en priorité, les modalités et le contenu d'un plan d'action intégrant les actions appropriées de prévention et de contrôle du sida ;

le présent plan d'action du programme « l'Europe contre le sida » reprend les orientations déjà arrêtées ; qu'il comprend également d'autres mesures destinées à enrayer le sida ; sans préjudice des compétences des États membres en la matière, la promotion de la coopération de la coordination d'activités nationales ainsi que leur évaluation au niveau communautaire et la stimulation d'activités communautaires apportent une plus-value à la lutte contre le sida ; il importe d'établir un plan d'action d'une durée de trois ans ; il est nécessaire d'évaluer les ressources financières communautaires requises pour la mise en œuvre du présent plan d'action et que le montant de ces ressources doit s'inscrire dans les perspectives financières définies par les accords interinstitutionnels,

Décident :

Article premier

1 La Commission met en œuvre, en étroite coopération avec les autorités compétentes des États membres, le plan d'action 1991-1993 qui figure à l'annexe.

Elle est assistée à cette fin par un comité consultatif composé des représentants des États membres et présidé par le représentant de la Commission.

Le comité a notamment pour tâche : d'examiner les actions et mesures impliquant le cofinancement par des fonds publics, de s'assurer de la coordination, au

niveau national, des projets financés en partie par les organisations non gouvernementales.

Le représentant de la Commission soumet au comité un projet des mesures à prendre. Le comité émet son avis sur ce projet dans un délai que le président peut fixer en fonction de l'urgence de la question en cause, le cas échéant en procédant à un vote.

L'avis est inscrit au procès-verbal ; en outre, chaque État membre peut demander que sa position figure à ce procès-verbal.

La Commission tient le plus grand compte de l'avis émis par le comité. Elle informe le comité de la façon dont elle a tenu compte de cet avis.

- 2** En mettant en œuvre le plan d'action, la Commission tient compte des projets financés dans le cadre de son programme de recherche en biomédecine et santé et de leurs résultats, et incorpore ceux-ci aux actions correspondantes du plan d'action, en favorisant leur complémentarité et synergie.
- 3** La Commission collabore avec les organisations internationales actives dans ce domaine, telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Conseil de l'Europe.
- 4** La Commission publie régulièrement des informations techniques sur l'avancement du plan d'action.

Article 2

- 1** Les crédits annuels affectés aux actions prévues dans le programme sont arrêtés dans le cadre de la procédure budgétaire.
- 2** Le montant de la contribution communautaire estimé nécessaire pour la mise en œuvre des actions visées par la présente décision, pour 1991/1992, s'élève à 6 millions d'écus.

Article 3

- 1** La Commission, en collaboration avec le comité consultatif visé à l'article 1^{er}, évalue en permanence les actions entreprises et les priorités fixées.
- 2** Le Conseil et les ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil, procèdent à une évaluation de l'efficacité des actions entreprises.

À cette fin, la Commission présente au Conseil un rapport au cours du second semestre de 1992. Ce rapport est également transmis au Parlement européen.

Fait à Luxembourg, le 4 juin 1991.

annexe page suivante

(1) JO n° C 158 du 17 juin 1991

(2) Avis rendu le 29 mai 1991 (non encore paru au Journal officiel).

(3) JO n° C 10 du 16 janvier 1991, p. 3

ANNEXE

PLAN D'ACTION 1991/1993

ACTION 1**Évaluation des connaissances, des attitudes et des comportements du grand public et de groupes-cibles**

Examen des résultats des enquêtes dans les États membres et au niveau communautaire concernant les connaissances, attitudes et comportements, évaluation et diffusion des résultats.

Examen régulier des enquêtes à poursuivre au niveau communautaire dans ce domaine.

ACTION 2**Information et sensibilisation du public et de certains groupes-cibles**

Études des campagnes d'information auprès du grand public et de populations ciblées ainsi que des actions destinées à agir sur les comportements réalisées dans les États membres, et diffusion des résultats ; stimulation d'échanges permettant de confronter les expériences des États membres.

Études de faisabilité :

en vue d'une action communautaire coordonnée de sensibilisation du grand public et de certains groupes-cibles en complément des campagnes réalisées par les États membres ; élaboration, le cas échéant, de propositions d'action,

pour l'élaboration d'un code européen, rédigé dans un langage accessible aux profanes et mettant notamment l'accent sur la non-discrimination des personnes infectées par le virus immunodéficient humain (VIH).

ACTION 3**Éducation à la santé auprès des jeunes**

Développement des échanges d'information sur les actions d'éducation pour la santé réalisées dans les écoles et dans les diverses structures de formation et d'apprentissage ; stimulation d'échanges de professionnels et de matériel pédagogique et coopération par l'organisation de séminaires spécifiques, en particulier destinés aux formateurs d'enseignants et orientés sur la diffusion de nouvelles méthodes.

Échange d'expériences et promotion d'actions pilotes pour sensibiliser les jeunes non scolarisés à la prévention de l'infection par le VIH.

ACTION 4**Prévention de la transmission du VIH**

Promotion de l'autosuffisance de la Communauté en produits sanguins par donateurs volontaires et non rémunérés en poursuivant les efforts engagés pour assurer la sécurité transfusionnelle.

Adoption de mesures communautaires destinées à maintenir et/ou améliorer la qualité des préservatifs ; échanges d'informations concernant la promotion du préservatif auprès du grand public et de groupes-cibles.

Évaluation des mesures mises en œuvre dans les États membres pour fournir du matériel d'injection sûr, y compris de nouveaux types de seringues et d'aiguilles à usage unique.

Échanges d'informations sur les nouvelles approches en matière de prévention de la transmission du VIH parmi certains groupes-cibles et promotion, le cas échéant, d'actions pilotes.

ACTION 5**Assistance sociale, psychologique et sanitaire**

Échanges d'expériences, évaluation et, le cas échéant, promotion des « lignes téléphoniques d'assistance » respectant la confidentialité des appels, y compris la promotion de moyens d'information appropriés du public sur leur existence.

Promotion de moyens d'information appropriés des personnes infectées par le VIH sur les différentes formes d'assistance sociale, psychologique et médicale existantes, y compris les différentes modalités de soins, l'autoprise en charge, les soins à domicile, les appartements ou autres lieux d'accueil.

Promotion de moyens d'information appropriés des professionnels de la santé et d'échanges pratiques d'expériences sur les différentes formes d'assistance sociale, psychologique et sanitaire existantes.

ACTION 6**Évaluation des coûts de l'infection par le VIH**

Examen des paramètres pris en compte dans les États membres pour déterminer les coûts sanitaires et sociaux de l'infection par le VIH ; étude de faisabilité pour développer des approches communes dans ce domaine.

Évaluation des modèles existants pour prévoir les coûts de l'infection par le VIH en vue de la planification des services sociosanitaires et de l'accès au soins précoces ; études de faisabilité d'approches communes.

ACTION 7**Collecte de données relatives au VIH/sida**

Soutien approprié aux systèmes de surveillance épidémiologique des États membres pour améliorer la qualité des données au niveau communautaire.

Soutien au « Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida » (centre collaborateur de l'OMS à Paris) pour continuer à assurer une base de données fiable et largement accessible au niveau communautaire ainsi que la diffusion de données épidémiologiques et d'analyses fiables.

Études de faisabilité sur des méthodologies communes et/ou comparables pour la collecte de données concernant l'infection par le VIH, en tenant compte du principe de confidentialité des données individuelles et d'une information appropriée des personnes.

ACTION 8**Promotion des ressources humaines**

Étude sur la formation dispensée, pendant et après les études, au personnel de santé publique et au personnel chargé des soins de santé et de l'assistance sociale et psychologique des personnes infectées par le VIH et de leur entourage, et échange d'expériences.

Mise en place d'un programme d'échanges pour les professionnels concernés.

Échange d'information et promotion de matériel et d'outils pédagogiques appropriés pour accélérer l'éducation et la formation permanente des professionnels.

ACTION 9**Mesures pour la non-discrimination des personnes infectées par le VIH et de leur entourage**

Analyse régulière, au niveau communautaire, en coopération avec les États membres, des situations pouvant comporter des discriminations.

Échange d'informations sur les mesures prises par les États membres pour éviter les discriminations.

Proposition, le cas échéant, de mesures appropriées au niveau communautaire.

ACTION 10**Recherche et coopération internationale**

Contribution à l'action communautaire dans le contexte du troisième programme-cadre de recherche et contribution dans le domaine de la coopération internationale.

L'éducation pour la santé

Conclusions du conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 13 novembre 1992 concernant

l'éducation à la santé.

Vu les traités instituant les Communautés européennes,

la résolution du Conseil et des ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, du 23 novembre 1988, sur l'éducation à la santé dans les écoles⁽¹⁾,

diverses résolutions, conclusions et décisions du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil concernant l'éducation à la santé, notamment dans les écoles, y compris la décision 90/238/Euratom, CECA, CEE du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, du 17 mai 1990, adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du programme « l'Europe contre le cancer »⁽²⁾, la décision 91/317/CEE du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil, du 4 juin 1991, adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « l'Europe contre le SIDA »⁽³⁾, la résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, du 31 décembre 1990, relative à un action communautaire de lutte contre le dopage, y compris l'abus de médicaments, dans les activités sportives⁽⁴⁾, la résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, du 31 décem-

bre 1990, concernant un action communautaire sur la nutrition et la santé⁽⁵⁾,

Ayant examiné

la communication de la Commission au Conseil des ministres de l'éducation sur la mise en œuvre de la résolution du Conseil et des ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, du 23 novembre 1988, sur l'éducation à la santé dans les écoles,

Considérant que

nombre de maladies et de décès sont liés au mode de vie et au comportement des individus,

l'école est un lieu d'une importance vitale pour faire acquérir aux jeunes, de manière systématique et à un âge précoce, un mode de vie sain et leur adresser des messages cohérents en matière d'éducation à la santé permettant de réduire les maladies et accidents,

il existe d'autres milieux où l'éducation à la santé joue également un rôle capital, notamment les collectivités locales, les foyers, les hôpitaux et les lieux de travail et qu'il importe que les messages concernant la santé dans tous ces milieux se renforcent les uns les autres et assurent une éducation à la santé efficace, orientée de manière appropriée vers des groupes spécifiques de tous âges,

dans le cadre des efforts visant à organiser et à développer une coopération plus étroite entre les États membres, au niveau communautaire et avec les organisations internationales, en matière d'éducation à la santé, il importe que les bonnes pratiques et les

modèles possibles d'une meilleure éducation à la santé soient identifiés et diffusés dans tous les milieux,

les institutions et les personnes dispensant des soins de santé, par exemple les médecins et infirmières scolaires, peuvent apporter un contribution importante à la promotion de l'éducation à la santé dans les écoles,

Se félicitent de la communication de la Commission et reconnaissent la valeur de cette initiative visant à renforcer la coopération entre les États membres en vue d'assurer un éducation à la santé efficace ;

Invitent la Commission à examiner les possibilités d'adopter une partie ou la totalité des recommandations figurant dans sa communication, en tant que modèles de développement de la coopération en matière d'éducation à la santé dans d'autres milieux, orientée effectivement vers des groupes spécifiques de tous âges ;

Soulignent l'importance d'une coopération étroite entre les autorités responsables de la santé publique et celles qui sont chargées de l'enseignement et **estiment souhaitable** l'utilisation la plus efficace des compétences professionnelles existant en matière de santé publique dans les États membres ;

pour planifier une éducation à la santé efficace dans les écoles qui renforce l'éducation à la santé dispensée dans d'autres milieux et soit renforcée par celle-ci

et

pour expliquer aux enfants et aux jeunes l'importance d'un mode de vie sain.

⁽¹⁾ JO n° L.3 du 5/1/1989, p. 1.

⁽²⁾ JO n° L.137 du 30/5/1990, p. 31.

⁽³⁾ JO n° L.175 du 4/7/1991, p. 26.

⁽⁴⁾ JO n° C.329 du 31/12/1990, p. 4.

⁽⁵⁾ JO n° C.329 du 31/12/1990, p. 1.

Bibliographie

L'Europe des communautés, les notices, nouvelle édition 1992, la documentation française.

L'Union européenne, les traités de Rome et de Maastricht, textes comparés, la documentation française, 1992.

Les institutions de la Communauté européenne, l'Europe notre avenir, publication de la commission des communautés européennes et du parlement européen n°8/1991.

Organigramme de la commission des communautés européennes, 1992, office des publications officielles des communautés européennes, L2985 Luxembourg (en vente au Journal officiel).

Europe, la dimension sociale, numéro hors série de la revue française des affaires sociales, novembre 1989.

Rapport de la commission des affaires familiales et sociales sur le projet de loi de finances 1991 (II- l'Europe communautaire : un espace nouveau de développement pour le concept de santé publique), JO Assemblée Nationale n°1636

J. S. Cayla, La protection de la santé publique dans l'Union européenne selon le traité de Maastricht du 7 février 1992, dans revue de droit sanitaire et social, avril-juin 92

Agnès Leclerc, Où se décide l'Europe de la santé ? dans Santé Publique n° 5/1990

Europe Sociale, revue semestrielle de la direction générale de l'emploi, des relations industrielles et des affaires sociales, commission des communautés européennes, plus particulièrement le n°1/91 sur l'Europe contre le cancer.

pour suivre régulièrement l'actualité de la Communauté européenne : 7 jours d'Europe, lettre hebdomadaire du bureau de représentation en France de la Commission des communautés européennes.

Adresses utiles

Sources d'Europe
Le socle de la Grande Arche
92054 Paris la Défense cédex 61
tél. (1) 41 25 12 12
minitel 36 15 Eurosources

Commission des communautés européennes, bureau de représentation en France
288, boulevard St Germain
75007 Paris
tél. (1) 45 01 58 85
2, rue Henri Barbusse
13001 Marseille
tél. 91 91 46 00
minitel 36 15 CEE

SGCI (Secrétariat général du comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne)
2, boulevard Diderot
« carré Austerlitz »
75012 Paris
tél. (1) 44 87 17 17

Ministère des Affaires étrangères
Direction d'Europe
37, quai d'Orsay
75351 Paris
tél. (1) 47 53 53 53

Antenne « Europe contre le cancer »
80, avenue de Cortenberg
B - 1049 Bruxelles

Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville
Division des relations internationales
7, avenue de Ségur
75007 Paris
tél. (1) 40 56 60 00

Commission des communautés européennes
Direction générale X
Audiovisuel, information, communication, culture
200, rue de la loi
B - 1049 Bruxelles

Commission des communautés européennes
Direction générale V
Santé et sécurité
Batiment Jean Monnet
L - 2920 Luxembourg

Ségolène Chappellon a rédigé ce dossier. Tous ses remerciements à Agnès Leclerc pour sa relecture attentive et bienveillante et à Pascale Buffaut, Bernadette Constant, Dominique Tricard et Maurice Tubiana pour leur tribune.

de santé et qu'ils augmentent avec les comportements positifs de prévention (vaccination antigrippe, consultation dentaire, arrêt de fumer) mais sont indépendants des comportements dits « à risque » (boire, fumer).

15% des bilans de santé permettent la découverte d'un trouble, même léger, ce taux croissant avec l'âge.

LES ACCIDENTS SONT-ILS ACCIDENTELS ? Prévention des traumatismes chez les enfants et les adolescents

Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 40, n° 6, 1992.

Cet article de P.-A. Michaud (Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne), fait le point sur les différentes stratégies de prévention qui ont été utilisées dans plusieurs pays et régions dans le but de diminuer la morbidité et la mortalité liées aux accidents d'enfants et d'adolescents. Il est centré sur les programmes et actions qui ont fait l'objet d'une évaluation. Ces stratégies peuvent agir sur les circonstances qui entraînent l'accident ou la réduction des conséquences d'une blessure.

La prévention peut être passive (protection des fenêtres, limitation de la vitesse des véhicules, sécurité des produits pharmaceutiques ou toxiques...) ou active (utilisation de casque, conduite accompagnée...).

Les actions de prévention peuvent être spécifiques (ciblées sur les chutes, les brûlures) ou non (actions cherchant à promouvoir un comportement à moindre risque).

Dans tous les cas, la stratégie de prévention doit être globale et tenir compte du stade de développement de la population cible et enfin être élaborée et mise en place selon une approche multidisciplinaire.

PSYCHIATRIE

LA PSYCHIATRIE OUVERTE Une dynamique nouvelle en santé mentale

Gérard Massé

Rapport au ministre de la santé et de l'action humanitaire, ENSP Éditeur, 1992, 329 p.

Demandé par Bruno Durieux qui avait confié au docteur Gérard Massé une mission sur le développement de la psychiatrie à l'hôpital général dans la perspective d'une meilleure intégration de la santé mentale au système général de santé, ce rapport a été rendu public par Bernard Kouchner en juin 1992. Il a depuis été soumis à une large concertation à laquelle ont été associés les représentants de la profession et des usagers et à l'examen du Haut Comité de la santé publique. Ce rapport qui contient de nombreux éléments d'analyse du dispositif de prise en charge des malades mentaux et de nombreuses recommandations a été publié aux éditions ENSP.

SIDA

NUTRITION ET VIH

AIDES, ARCAT-sida

Les associations AIDES et ARCAT-sida ont publié conjointement un guide à l'attention des personnes contaminées par le VIH sur l'alimentation et ses liens avec la maladie. « En plus d'une information détaillée sur la nutrition, l'équilibre alimentaire nécessaire à l'organisme et l'organisation quotidienne pour y parvenir, ce guide présente les principaux problèmes qui peuvent survenir au cours de l'infection et qui peuvent avoir un retentissement sur la nutrition et l'équilibre alimentaire. Chacun de ces chapitres souligne l'attention que l'on doit y accorder, des moyens simples pour les reconnaître précocement, et des

recommandations pour adapter son alimentation afin de prévenir ou de minimiser les conséquences qu'ils peuvent avoir sur l'organisme. » (communiqué de presse).

Cette brochure, qui bénéficie d'une présentation colorée et aérée, est distribuée gratuitement contre remboursement des frais d'envoi par les deux associations (Arcat-sida, 57, rue Saint Louis en l'Île 75004 Paris. Aides, 247, rue de Belleville 75019 Paris).

SIDA 1993, L'INFECTION PAR LE VIH EN PRATIQUE MÉDICALE QUOTIDIENNE

3^e édition, janvier 1993

Il s'agit de la troisième édition d'un guide dont la première édition remonte à 1989, et qui était né de la collaboration de l'UNAFORMEC et de l'association AIDES, auxquelles s'est depuis jointe l'ENSP. À l'époque l'initiative était originale, depuis guides et brochures se sont multipliés. Pourtant « ce modeste travail de synthèse proposé aux médecins généralistes et aux professionnels de santé » conserve tout son intérêt par son adaptation au public visé. Si tous les champs sont couverts, le niveau de l'information donnée est différent selon le chapitre pour correspondre aux besoins des praticiens généralistes. Relevons, entre autres, dans un « bloc-note », trois parties : aide-mémoire clinique, spécialités pharmaceutiques et Sida, examens complémentaires.

Informations : Unaformec, 83, boulevard Voltaire 75011 Paris

DYNAMIQUE PSYCHOSOCIALE DE LA PRÉVENTION sida et toxicomanie

Paris, éd. Erès, Connexions, n° 59, 1992/1

Afin d'améliorer la prise en charge des toxicomanes contaminés par le VIH, un comité de pilotage

toxicomanie-sida regroupant des professionnels de l'administration centrale du ministère des Affaires sociales et des praticiens hospitaliers, a lancé en 1987 un projet de formation-action dans neuf régions. Il devait aboutir à la mise en place de filières communes supposant une démarche portant à la fois sur les mentalités et les structures.

L'intérêt des travaux présentés tient à la confrontation et à la conjonction de deux univers de pensée, celui des somaticiens hospitaliers et celui des intervenants en toxicomanie dans la prise en charge des toxicomanes contaminés par le VIH.

Les contributions réunies dans ce numéro sont centrées sur la problématique de l'intervention inter institutionnelle ; elle met en lumière l'écart entre les besoins à court terme du politique et les réponses réelles du terrain qui se situent à moyen et à long terme. Le travail considérable réalisé par les praticiens, au plan de la constitution de réseaux, d'études, de sessions de formation et d'information, de consultations mixtes, de conseil... nécessite de faire l'objet d'une publication spécifique.

LES JEUNES FACE AU SIDA : de la recherche à l'action

ANRS, agence nationale de recherche sur le sida, mars 1993

L'idée que les « jeunes » sont un groupe cible dans la prévention du sida, constitue un postulat depuis le début de l'épidémie, ou du moins depuis la prise de conscience politique d'une nécessaire intervention publique.

Mais pour mieux en cerner les limites et pour faire progresser la prévention, l'ANRS nous propose, dans le cadre de l'action coordonnée « mécanismes et obstacles de la prévention », un document qui fait le point sur les interventions auprès des jeunes par deux approches : le recensement de l'ensemble des enquêtes fai-

tes, depuis 1986, sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements des jeunes face au sida (pas moins de 35 enquêtes recensées, analysées et présentées, tableaux de synthèse à l'appui) ; la contribution de chercheurs en sciences sociales pour une interrogation critique de ce postulat ou de ceux qui le fondent.

Ainsi, alors que le premier volet fait apparaître une certaine saturation et un esprit critique des jeunes par rapport à l'information sida, trouvera-t-on au travers les différentes contributions, sociologiques, psycho-sociales, linguistiques... du deuxième volet un début de réponse au décalage entre la profusion des initiatives et leur perception.

ACCUEIL ET SCOLARITÉ DES ENFANTS PORTEURS DU VIH

Ministère de l'Éducation nationale et de la culture, direction des lycées et collèges, 1993

Dans un souci de favoriser la bonne intégration des enfants contaminés par le VIH, le ministère de l'Éducation nationale, dans la suite de sa circulaire n°92. 194 du 29 juin 1992 sur ce sujet, vient de sortir une brochure pour rappeler quelques données et quelques règles mais aussi pour favoriser la réflexion sur les problèmes posés par cet accueil.

Si cette brochure contient des informations sur la maladie, ou des références bibliographiques et adresses utiles relativement disponibles par ailleurs, elle a le mérite de rappeler des règles sur la confidentialité (par exemple quant au carnet de santé) trop souvent oubliées, ou le rôle du service de promotion de la santé des élèves redéfini en 1991 ; elle ouvre également une réflexion sur le rôle de l'école et ses devoirs : devoir d'offrir un savoir mais aussi un espoir... ce document est par ailleurs introduit par une remarquable préface de Françoise Héri-

tier-Augé.

Pour tous renseignements : ministère de l'Éducation nationale, bureau des actions de santé et de l'action sociale en faveur des élèves, téléphone : 49 55 11 18.

DROIT ET SIDA, GUIDE JURIDIQUE

Association AIDES, librairie générale de droit et de jurisprudence, 1992

Ce guide est le « résultat de sept ans de défense des droits des malades et personnes atteintes » ; c'est probablement pourquoi, au travers ses huit chapitres, il couvre particulièrement bien l'ensemble des problèmes juridiques auxquels peuvent être confrontées les personnes atteintes par le VIH (de la protection sociale aux assurances personnelles, du droit des personnes au droit à l'emploi,...). Mais il repose également sur une analyse juridique rigoureuse, en commençant par le rappel d'un principe fondamental : sur le plan juridique, il convient de ramener l'épidémie du sida à ce qu'elle est, à savoir une maladie et rien d'autre. L'ensemble constitue donc un outil fort utile pour toutes les personnes concernées par l'infection par le VIH, personnellement ou professionnellement.

DÉPISTAGE DU VIH

Transcriptase, n°13, février 93, (Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le sida)

Ce numéro de *Transcriptase* propose un dossier sur le dépistage du VIH qui voudrait éclairer le débat politique. Le premier article, notamment, reprend l'essentiel d'un rapport de l'association Epiter qui, à partir d'une recherche systématique dans la littérature scientifique, conclut à l'inutilité du dépistage systématique en population générale. Trois autres articles et quatre encadrés nous rapportent les conclusions de recherches récentes (épidémi-

ologiques, économiques, sociologiques ou biologiques). Notons que le rapport sus-mentionné de l'association Epiter est diffusé sous la forme d'un numéro spécial de *Cablinfo*, le bulletin d'Epiter (tome 6, supp. n°1, février 1993)

POUVOIRS CONTRE SIDA

De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques

Michel Setbon
Seuil, Paris, 1993,

Nous présenterons une analyse de cet ouvrage dans *Actualité et dossier en santé publique* numéro 4 de septembre 1993.

SYSTÈME DE SANTÉ

LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

Le rapport Joly

Pierre Joly
Les éditions d'organisation, 1993, 143 p.

Ce livre d'une centaine de pages représente la quintessence d'un travail organisé par le CNPF, autour d'experts de la santé : économie de la santé, protection sociale, handicapés, hospitalisation, prévention, médicament et recherche, synthèse des expériences étrangères.

L'avènement d'une politique libérale ainsi que la menace d'implosion de notre système, font de ce livre une référence incontournable dans le débat actuel.

Dans un premier temps l'auteur aborde le secteur « santé » avec une vision managériale (segmentation du marché, description de l'appareil de production, intérêt des différents acteurs), et constate les limites et impasses prospectives du *statu quo*. Dans le contexte de compétition internationale actuel, notre système apparaît comme obsolète, inadapte et

au bord du gouffre.

Dans un second temps, l'auteur propose des solutions d'obédience libérale, constituant un support d'aide à la décision.

Outre la forme (présentation percutante, nombreuses références chiffrées, sources d'information précisées), ce livre montre l'étroite marge de manœuvre dont disposent les responsables face aux choix de santé publique des années à venir. En effet il pose les vraies questions : ► quelle définition met-on derrière le mot santé ? ► dès lors quels sont les choix stratégiques devant s'opérer ? ► quel système de financement pourra optimiser le ratio : solidarité + libre choix + qualité/coût ?

LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE ITALIEN

L. Garattini
Rennes, ENSP Éditeur, 1993.

Le but de cette monographie est de fournir une vision globale du service sanitaire national italien en analysant son cadre institutionnel, les principaux services délivrés et sa gestion financière. Deux aspects caractéristiques de ce système ont été particulièrement soulignés : les différences remarquables entre ce qui est écrit dans les lois et ce qui se passe dans la réalité et l'hétérogénéité de la situation au niveau intrarégional.

Chacun des chapitres fait d'abord l'objet d'une approche formelle, comportant les principales informations à caractère normatif, avant d'aborder les comportements effectifs du système réel et se termine par une comparaison avec la situation française, rédigée par des auteurs français, enseignants à l'École nationale de la santé publique.

Ségolène Chappellon,
Geneviève Guérin,
Claudine Le Grand,
Marie-Josèphe Strbak et
Guillaume Zagury
ont rédigé ces notes.

Revue

Alcoologie, la revue de la Société française d'alcoologie, propose une nouvelle maquette qui rend sa lecture plus agréable, mais également une nouvelle structure, afin d'étendre le champ des informations et des possibilités d'expression, dont la rubrique « alcoologie de terrain » reflète le souci.

La *Lettre de Migrations-santé* reprend sa diffusion, après un an d'interruption. Dans sa nouvelle formule, ce bulletin s'attache à relater les activités du réseau Migrations-santé à l'échelle de l'hexagone, ainsi que celles de ses partenaires associatifs et institutionnels.

La revue trimestrielle *Migrations-santé* apparaît aussi à partir du premier trimestre 1993 sous une nouvelle forme. Ce choix répond au besoin de diffuser un plus grand nombre d'articles concernant la santé des migrants.

Banques de données

36 17 TOXIBASE

Toxibase, 16, av. Berthelot, 69007 Lyon
téléphone : 78 72 47 45

Dans notre dossier du n° 2, nous avons omis de mentionner Toxibase, base de données documentaires sur les pharmacodépendances. Toxibase propose une base de données de références bibliographiques à partir d'un fonds documentaire suivi depuis 1987 sur tous les thèmes de la pharmacodépendance (pharmacologie, thérapeutique, prévention, législation...), en anglais et en français. Toxibase est accessible par minitel (3617 TOXIBASE) ou par accès direct sur abonnement.

Rectificatifs

Dans le dossier de notre n°2 :
page x, 3^e colonne, lire « Conseil général de Seine-Saint-Denis, centre de documentation action sociale-santé » à la place de « Mission de la prévention et de la programmation à la direction de la prévention et de l'action sociale » ;
page xiii, notes de bas de page, lire « 192, rue Lecourbe » au lieu de « 128, rue Lecourbe ».

REVUE MULTIDISCIPLINAIRE

POUR LA RECHERCHE ET L'ACTION

SOMMAIRE 1993/1

Éditorial. Changement sociaux et politiques de santé dans les pays en développement, *J.-F. Deschamps*

Perspectives nouvelles de l'action sanitaire dans les pays d'Afrique de l'ouest, *H. Baliq*

Attitudes et comportements de prévention et de promotion de la santé chez les médecins de pratique libérale en Tunisie, *M. Njah, M. Mtir, M. Kucem, K. Ben Salem, J. Gloulou, A. Hajfrej, M. Marjzouki*

La gestion communautaire des soins de santé primaires à Gushora (au Rwanda) : une application de « l'initiative de Bamako », *D. Bouillin, Y. Barban*

La participation communautaire dans l'organisation des soins de santé préventifs dans la province du Houet (Burkina Faso), *B. Sondo, A. Traore, M. Sangaro, C. Youl*

Dossier « Amérique latine »

Changements sociaux et politiques de santé en Amérique latine, *D. Fassin*

La santé publique au Brésil : à la recherche d'un système de soins unifié, décentralisé et au service de tous, *T. Maciel Lyra*

Le Chili pendant le gouvernement militaire : mutations dans le système de santé, *J. Mamou*

Inégalités sociales et politiques de santé en Équateur : le système de soins en débat, *D. Fassin*

Inégalités sociales et politiques de santé en Équateur : l'état malade, *D. Fassin*

Les services des urgences de première ligne en Tunisie, *A. Ben Abdelaziz, H. Ghannem, L. Dhidah, A. Mtiraoui, A. Hadj Fredj, M. Marzouki*

Un programme de formation du personnel hospitalier élaboré à partir d'une évaluation des transferts de malades au Burkina Faso, *B. Sondo, A. Traoré, C. Pale, J.-A. Pare*

Évaluation transversale de l'état nutritionnel des enfants de 12 à 47 mois dans une région du nord de la Côte-d'Ivoire, *A.-J. Diarra, K.-M. Koffi, N.-M. Kolli, S.-V. Sangare, A. Tebi, J. Tabliante-Saracino, G. Guessenn*

Le déclin de l'allaitement maternel dans le Tiers Monde, *C. Laurent*

Analyses de livres, fiches signalétiques, actualités

23

DÉPISTAGE DU VIH

- Sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament.
Décret n° 93-353 du 15 mars 1993 (JO du 17 mars 1993)
- Recherche des malades transfusés.
Circulaire du 26 mars 1993 (JO du 28 mars 1993)
non reproduit

TABAC

- Modification de certaines dispositions du code de procédure pénal (3^e partie : décrets, livre V)
Décret n° 93-347 du 15 mars 1993 (JO du 17 mars 1993)
- Lutte contre le tabagisme
Arrêté du 22 mars 1993 (JO du 27 mars 1993)
non reproduit

ALCOOLISME

- Opérations de mécénat
Décret n° 93-767 du 29 mars 1993 (JO du 30 mars 1993)

24

- Publicité dans les lieux de vente à caractère spécialisé
Décret n° 93-768 du 29 mars 1993 (JO du 30 mars 1993)

25

PRÉVENTION

- Programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
Arrêté du 28 janvier 1993 (JO du 20 février 1993)

- Développement des Comités d'environnement social (CES)
Circulaire n° 93-137 (BOEN du 25 février 1993)

27

MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

- Soins dispensés en milieu pénitentiaire par les établissements publics de santé
Décret n° 93-704 du 27 mars 1993 (JO du 28 mars 1993)
- Conditions dans lesquelles les établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire des soins aux détenus
Arrêté du 26 mars 1993 (JO du 28 mars 1993)
non reproduit
- Rectificatif à l'arrêté du 26 mars 1993
Arrêté du 27 mars 1993 (JO du 17 avril 1993)
non reproduit

29

ORGANISATION

- Attributions du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville
Décret n° 93-779 du 8 avril 1993 (JO du 9 avril 1993)

30

- Attributions du ministre délégué à la santé
Décret n° 93-792 du 13 avril 1993 (JO du 14 avril 1993)
- Organisation de la direction générale de la santé
Arrêté du 26 mars 1993 (JO du 28 mars 1993)

- Agence du médicament
Décret n° 93-295 du 8 mars 1993 (JO du 9 mars 1993)
non reproduit

- Organisation et fonctionnement de l'Agence française du sang
Décret n° 93-312 du 9 mars 1993 (JO du 11 mars 1993)
non reproduit

- Organisation des sous-directions de la direction générale de la santé
Arrêté du 26 mars 1993 (JO du 30 mars 1993)
non reproduit

- Organisation de la sous-direction de l'assurance maladie
Arrêté du 23 mars 1993 (JO du 28 mars 1993)
non reproduit

- Suppression du laboratoire national de la santé
Décret n° 93-697 du 26 mars 1993 (JO du 28 mars 1993)
non reproduit

31

FORMATION

- Création de l'Institut universitaire francilien de formation et de recherche en santé publique
Décret n° 93-544 du 27 mars 1993 (JO du 28 mars 1993)

32

DÉONTOLOGIE

- Règles professionnelles des infirmiers et infirmières
Décret n° 93-221 du 16 février 1993 (JO du 18 février 1993)

■ DÉPISTAGE DU VIH

Décret n° 93-353 du 15 mars 1993 destiné à l'application de l'article 13 de la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la **sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament**

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

Vu [...]

Décrète :

Art. 1^{er} Pour l'application de l'article 13 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée, les établissements de santé publics et privés sont tenus de prendre les dispositions nécessaires permettant d'accueillir et de renseigner, avec un personnel formé et compétent, les personnes ayant reçu une transfusion de sang ou des produits dérivés du sang entre le 1^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 1985 ainsi que les personnes ayant subi une intervention chirurgicale pendant la même période et qui ignorent si elles ont été transfusées.

Art. 2 Chaque établissement de santé sollicite de la presse locale une insertion renouvelée tous les mois pendant six mois à compter de la date de publication du présent décret. Cette insertion comporte l'adresse et le numéro de téléphone du dispositif d'accueil et d'information mentionné à l'article précédent ainsi que ses heures d'ouverture.

Art. 3 L'information sur les risques de contamination par le virus de l'immuno-déficience humaine qui doit être donnée aux personnes mentionnées à l'article 1^{er} du présent décret est une information conseil personnalisée. Elle peut être accompagnée de la remise d'une documentation.

Art. 4 Au cours de cette information conseil personnalisée, il est proposé un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine.

Art. 5 Un établissement de santé peut, par convention écrite, mandater un autre établissement pour accomplir les obligations relevant du présent décret. Lorsqu'il recourt à cette possibilité, cet établissement de santé doit demander une insertion dans la presse locale précisant ce mandat et don-

nant les informations mentionnées à l'article 2 du présent décret. Cette insertion est renouvelée dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 2 du présent décret.

Art. 6 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 15 mars 1993.

■ TABAC

Décret n° 93-347 du 15 mars 1993 modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale (3^e partie : Décrets, livre V)

Le Premier ministre,
Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice,

Vu [...]

Décrète :

Art. 1^{er} L'article D. 347 du code de procédure pénale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. D. 347. Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment dans les couloirs, les salles de spectacle ou de culte, les salles de sport, les locaux médicaux, les ateliers et les cuisines.

« Le chef d'établissement détermine, en fonction de la configuration des lieux, les locaux dans lesquels les détenus sont autorisés à fumer, en tenant compte notamment de leur aération et de leur destination ».

Art. 2 À l'article D. 220 sont ajoutés après les mots : « de fumer » les mots : « dans les lieux fermés et couverts affectés à un usage collectif, sous réserve de ceux spécialement aménagés à cet effet ».

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

Fait à Paris, le 15 mars 1993.

■ ALCOOLISME

Décret n° 93-767 du 29 mars 1993 relatif aux **opérations de mécénat** mentionnées à l'article L. 19 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme.

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

Vu [...]

Décrète :

Art. 1^{er} Lorsque le nom commercial, la raison sociale ou la dénomination sociale d'une personne physique ou morale qui a pris l'initiative d'une opération de mécénat rappelle soit une boisson alcoolique, telle que définie à l'article L. 1^{er} du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, soit la production ou la distribution de boissons alcooliques, cette personne est autorisée à faire connaître sa participation à l'opération de mécénat par la voie de mentions de son nom commercial, de sa raison sociale ou de sa dénomination sociale.

Ces mentions peuvent figurer exclusivement :

- 1 Dans les conditions fixées par l'article 2 ci-après, sur les documents diffusés à l'occasion de l'opération de mécénat ;
- 2 Dans les conditions fixées par l'article 3 ci-après, sur les supports disposés à titre commémoratif lorsqu'il s'agit d'une opération d'enrichissement ou de restauration du patrimoine naturel ou culturel, ou de participation à des actions humanitaires.

Art. 2

I Les seuls documents sur lesquels la mention écrite du nom du mécène peut apparaître sont :

- 1 Les documents utilisés dans les relations avec la presse : encarts de presse, dossiers de presse, communiqués de presse et tous documents utilisés avec la presse ;
- 2 Les documents utilisés dans la mise en œuvre de l'opération : affiches promotion-vente, programmes, billetteries, cartons d'invitation, catalogues, brochures ;
- 3 Les produits qui font l'objet de l'opération de mécénat : ouvrages d'édition littéraire, musicale ou artistique, œuvres cinématographiques et audio-

visuelles. En ce qui concerne les œuvres cinématographiques et audiovisuelles, le nom du mécène ne peut apparaître qu'au cours du défilement du générique de fin, dans des caractères identiques à ceux des autres citations et sans aucun arrêt sur image à son profit. En ce qui concerne les productions télématiques, le nom du mécène ne peut apparaître qu'une seule fois, sur la première page d'accueil, au moyen d'un bandeau d'une hauteur d'un centimètre au maximum.

II Seul le nom commercial, la raison sociale ou la dénomination sociale du mécène peut figurer sur les documents mentionnés au **I** ci-dessus et à la condition d'utiliser une présentation différente de celle utilisée pour la publicité des boissons alcooliques.

Est interdite l'utilisation d'un graphisme, d'une présentation, d'un emblème publicitaire, de couleurs déposées ou de tout autre signe distinctif rappelant une boisson alcoolique.

Est également interdite l'utilisation d'une dénomination ou d'une marque de boisson alcoolique distincte d'un nom commercial, d'une raison sociale ou d'une dénomination sociale tel que visé à l'article 1^{er}.

III La superficie des caractères composant le nom commercial, la raison sociale ou la dénomination sociale du mécène doit être au plus égale à 2 p. cent de celle de la page du document ou de l'affiche.

Le nom commercial, la raison sociale ou la dénomination sociale du mécène peut figurer sur les cartons d'invitation et sur la billetterie, sous réserve de reproduire l'intitulé de la manifestation. Dans ce cas, la hauteur et l'épaisseur des caractères de la désignation du mécène ne peuvent excéder la moitié de celle des caractères de l'intitulé de la manifestation.

Art. 3

I En ce qui concerne les opérations d'enrichissement ou de restauration du patrimoine naturel ou culturel, ou de participation à des actions humanitaires, et sous réserve des dispositions du **II** ci-après, un arrêté du préfet du département dans lequel a lieu l'opération détermine, pour chaque opération et à la demande du mécène intéressé :

1 La nature, les dimensions, le nombre et l'emplacement du ou des supports destinés à commémorer l'opération de mécénat ;

2 Le contenu et les caractéristiques des mentions libellées sur ces supports. Cet arrêté préfectoral est pris après avis du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et, s'il s'agit d'une opération intéressant le patrimoine, après avis, suivant le cas, du directeur régional des affaires culturelles, du directeur régional de l'environnement ou du directeur départemental de l'équipement.

II Toutefois, lorsque l'opération d'enrichissement ou de restauration du patrimoine naturel ou culturel ne porte pas sur un immeuble ou un objet protégé au titre de la loi du 31 décembre 1913 susvisée ou de la loi du 2 mai 1930 susvisée ou au titre des dispositions des articles L. 241-1, L. 242-2 et L. 243-1 du code rural, la décision est prise par un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et, selon le cas, du ministre chargé de la culture ou du ministre chargé de l'environnement.

Art. 4 Le ministre d'État, ministre de l'éducation nationale et de la culture, le ministre de l'environnement, le ministre de l'équipement, du logement et des transports, le ministre de la santé et de l'action humanitaire et le secrétaire d'État à la communication sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. Fait à Paris, le 29 mars 1993.

Décret n° 93-768 du 29 mars 1993 relatif à la

publicité dans les lieux de vente à caractère spécialisé

mentionnés à l'article L. 17 (3^e) du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme.

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

Vu [...]

Décrète :

Art. 1^{er} Les lieux de vente à caractère spécialisé mentionnés au 3^e de l'article L. 17 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme sont :

« **a** Les lieux de vente dont l'exploitant détient une licence l'autorisant à vendre des boissons alcooliques

dans les conditions prévues aux articles L. 22, L. 23 et L. 24 de ce code, à l'exception des stations services ;

« **b** Les débits temporaires visés aux articles L. 47 et L. 48 du même code ;

« **c** Les installations permanentes de vente directe de boissons alcooliques par les exploitants agricoles.

Art. 2

À l'intérieur des lieux de vente définis à l'article 1^{er}, la dimension d'une affiche publicitaire en faveur d'une boisson alcoolique ne peut excéder 0,35 mètre carré.

Dans les salles des débits de boissons, des restaurants et des hôtels, des chevalets évoquant une boisson alcoolique peuvent être disposés sur un comptoir ou sur une table.

Ces affichettes et chevalets doivent être conformes aux prescriptions de l'article L. 18 du même code.

Art. 3

« **a** Dans les débits de boissons, restaurants et hôtels, les matériels, la vaisselle et les objets de toute nature strictement réservés, au fonctionnement de l'établissement, à l'usage du personnel pendant ses activités professionnelles et à celui de la clientèle lors de son passage ou de son séjour dans l'établissement, peuvent évoquer le nom d'une boisson alcoolique. Dans ce cas, ils ne peuvent être ni vendus, ni remis à titre gratuit au public.

« **b** Les terrasses des débits de boissons implantées sur le domaine public sont considérées comme une extension de l'établissement.

La publicité figurant sur les parasols ne peut comporter que le nom d'un protecteur ou d'un distributeur de boisson alcoolique, ou la marque d'une telle boisson, à l'exclusion et tout slogan, au moyen d'une inscription n'excédant pas le tiers de la surface du parasol.

Art. 4

À l'occasion de la vente directe de leurs produits aux consommateurs ou aux distributeurs ou à l'occasion de la visite touristique des lieux de fabrication, les producteurs et les fabricants de boissons contenant de l'alcool peuvent offrir, à titre gracieux ou onéreux, des objets strictement réservés à la consommation des dites boissons, marqués à leur nom.

Art. 5

La présentation d'affiches évoquant la production de boissons alcooliques est autorisée à l'intérieur des centres de formation et de promotion

touristiques et des centres de promotion de produits régionaux placés sous la responsabilité d'un établissement public ou reconnu par la loi.

- Art. 6** Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'industrie et du commerce extérieur, le ministre du budget, le ministre de la santé et de l'action humanitaire et le ministre délégué au tourisme sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.
Fait à Paris, le 29 mars 1993.

PRÉVENTION

Arrêté du 28 janvier 1993 fixant le

programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu [...]

Arrêtent :

- Art. 1^{er}** Les actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires de la branche maladie du régime général de sécurité sociale s'exercent conformément au programme figurant en annexe du présent arrêté.
- Art. 2** Au titre des actions visées à l'article 1^{er}, ne peuvent être engagées que des dépenses d'intervention fixées annuellement dans le cadre de l'exercice budgétaire.
- Art. 3** Le contenu du programme annexé au présent arrêté pourra être modifié en tant que de besoin selon les modalités prévues à l'article L. 221-1 (3^o) susvisé.
- Art. 4** Les spécificités liées aux actions nationales ainsi que les sites concernés par les actions pilotes ou expérimentales énumérées à l'annexe du présent arrêté sont déterminés dans le cadre du budget annuel du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.
- Art. 5** Les actions figurant dans le programme annexé au présent arrêté font l'objet, en tant que de besoin, d'une évaluation médicale, sociale et économique.

- Art. 6** Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié, ainsi que son annexe, au *Journal officiel* de la République française.
Fait à Paris, le 28 janvier 1993.

ANNEXE

Programme de prévention, d'éducation et d'information sanitaires de la branche maladie du régime général de sécurité sociale

Actions nationales

- I**
- A** Vaccination contre la grippe en faveur des assurés sociaux répondant à des critères d'âge ou atteints d'une affection de longue durée présentant une indication spécifique pour ce type de vaccination.
- B** Examens de santé conformément aux dispositions des articles L. 321-3 et R. 321-5 du code de la sécurité sociale ainsi que de l'arrêté du 20 juillet 1992.
- C** Prévention des maladies génétiques.
- D** Campagnes d'éducation pour la santé et actions de prévention dans les domaines suivants :
- 1 Bon usage du médicament ;
 - 2 Tabagisme ;
 - 3 Consommation excessive d'alcool ;
 - 4 Accidents de la vie domestique ;
 - 5 Sida ;
 - 6 Suicide.
- E** Actions d'incitation à la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole selon les recommandations du calendrier vaccinal.
- F** Amélioration de l'accès aux soins des jeunes de seize à vingt-cinq ans. Les moyens mis en œuvre concernent plus spécialement les jeunes en difficulté.
- G** Observatoires régionaux de la santé : production de tableaux de bord de la santé.
- II**
- A** **Actions pilotes ou expérimentales**
- Programme de dépistage des cancers :
- 1 Cancer du sein ;
 - 2 Cancer colo-rectal ;
 - 3 Cancer du col de l'utérus.
- B** Campagne de dépistage bucco-dentaire en concertation avec l'inspection de la santé et les services de la médecine scolaire. Les moyens mis en œuvre comportent une action renforcée en direction des enfants des familles présumées en situation de précarité.
- C** Prise en charge d'une consultation d'orientation en faveur des bénéfi-

ciaires du revenu minimum d'insertion, notamment ceux à la recherche d'un emploi depuis plus d'un an.

Circulaire n° 93-137 du 25 février 1993

Développement des comités d'environnement social (CES) (Éducation nationale et Culture : bureau, DLC 16)

Texte adressé aux recteurs, aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'Éducation nationale et aux chefs d'établissement.

La circulaire du 22 octobre 1990, publiée au *BO* du 15 novembre 1990, instaurait les comités d'environnement social (CES) comme outil privilégié de la politique du ministère de l'Éducation nationale et de la Culture en matière de toxicomanie et conduites à risques.

Les orientations essentielles de ce texte étaient les suivantes :

favoriser une meilleure prise en compte de l'environnement immédiat de l'établissement scolaire et des actions entreprises par les autres services de l'État, les collectivités locales, les associations ;

ancrer le CES dans le cadre des actions du ministère de l'Éducation nationale et de la Culture, en veillant notamment à sa liaison étroite avec le projet d'établissement ;

laisser une grande souplesse dans l'organisation des actions.

Le bilan établi après deux ans de fonctionnement fait apparaître à la fois l'implication des différents acteurs (équipe éducative, élèves, partenaires extérieurs), la pertinence et la richesse des actions engagées et les nombreuses difficultés rencontrées.

Il me paraît nécessaire, à ce stade, de donner une impulsion nouvelle aux CES, en tenant compte des expériences engagées et des orientations nouvelles qui me semblent s'imposer.

I Développement des CES

L'objectif fixé lors de la réunion interministérielle du 17 septembre 1992 est de renforcer les CES existants et de doubler leur nombre en 1992-1993 (= 1 600).

De plus, la poursuite des objectifs

assignés à l'École par la loi d'orientation du 10 juillet 1989 me conduit aujourd'hui à compléter les domaines d'intervention des CES. Ces indications doivent en effet contribuer à la réalisation de l'objectif de réussite scolaire, sociale et professionnelle de l'élève, dévolu au système éducatif.

C'est pourquoi le CES, tout en restant un outil de prévention des toxicomanies et conduites déviantes, peut désormais jouer un rôle moteur dans la prise en charge globale des problèmes rencontrés par les jeunes : dans ce cadre, la mise en place d'actions relatives à la santé, notamment dans les zones les plus défavorisées, qu'elles soient urbaines ou rurales, sera l'une des préoccupations majeures. Les personnels de santé (médecins, infirmières) et les personnels sociaux (assistantes sociales) occuperont dans ces actions une place importante.

Trois axes seront privilégiés :

- la prévention des dépendances, des conduites à risques et de la violence,
- le suivi des jeunes, dans et hors de l'école,
- la recherche de solutions aux problèmes de santé dans le cadre d'une prise en charge globale des difficultés rencontrées par les jeunes.

Le partenariat, élément essentiel du dispositif des CES, doit permettre, en partant de l'analyse des besoins réels des jeunes, de mettre en commun les compétences des différentes institutions dans et hors l'école, et de rechercher une synergie des actions, afin que la communauté éducative puisse fonctionner de façon plus harmonieuse pour tous ses membres.

L'effort portera en priorité sur les zones d'éducation prioritaires (ZEP) et les établissements difficiles, selon les objectifs définis dans la circulaire relative à la politique éducative dans les ZEP (*circulaire n° 92-360 du 7 décembre 1992*).

L'école pouvant être un vecteur privilégié pour structurer une identité dans le quartier, les relations avec les partenaires extérieurs concernés et la concertation entre les différents types d'établissements (école, collège, lycée, lycée professionnel...) devraient être particulièrement recherchées, par exemple par la constitution de CES sous forme de réseau interétablissements.

Je souhaite en outre que l'action ainsi engagée soit étendue au premier degré. En effet, la prévention doit se faire de plus en plus tôt, notamment dans le domaine des dépendances. La nécessité s'impose donc d'associer les écoles primaires sous formes de réseaux d'établissements, notamment dans les ZEP où elles sont très nombreuses : les enseignants du premier degré participeront aux travaux des CES afin de jouer le rôle de relais et de multiplicateurs auprès de leurs collègues, des élèves et des parents.

II Amélioration du fonctionnement

La souplesse et la liberté laissées aux initiatives locales sont l'une des caractéristiques de la circulaire du 22 octobre 1990. Elles ont permis l'émergence d'actions pertinentes et originales.

Cependant, la plupart des académies ont ressenti la nécessité d'instaurer un cadre, afin de fédérer ces actions à l'ensemble de leur politique académique et de leur donner ainsi plus de poids. Elles doivent faire partie intégrante de la politique académique. De plus, dès à présent, il est nécessaire d'engager dans ce domaine une politique contractuelle et partenariale :

1 Lancer une politique contractuelle en matière de CES

« **a** Cette politique contractuelle donnera lieu à un document académique, négocié avec l'administration centrale, précisant les objectifs poursuivis et les moyens déterminés s'y rattachant, y compris les moyens financiers et l'évaluation envisagée.

« **b** Un coordonnateur des CES sera désigné auprès de chaque recteur parmi les membres d'un groupe de pilotage académique. Ce groupe devra animer, coordonner, impulser les actions. Le coordonnateur sera le correspondant de l'administration centrale dans ce domaine. Les inspecteurs d'académie et leurs collaborateurs devront être le relais de la politique menée dans leur académie, notamment en ce qui concerne les actions menées dans le premier degré.

« **c** Des contrats d'objectifs seront établis entre les rectorats et les établissements fonctionnant avec un CES sur des bases clairement définies : méthode du diagnostic, engagement sur une durée (court, moyen ou long terme), définition d'objec-

tifs, d'actions et de moyens, évaluation, intégration au projet d'établissement. Les contrats devront en particulier préciser les modalités de fonctionnement et de collaboration avec les dispositifs déjà en place, notamment les ZEP et les comités départementaux ou communaux de prévention de la délinquance (CDPD - CCPD), etc.

« **d** Des évaluations régulières seront menées.

2 Développer la politique partenariale dans les domaines sociaux et de santé

La démarche partenariale engagée avec les acteurs locaux est un élément moteur du comité d'environnement social. Parmi ces partenaires, les personnels sociaux et de santé du quartier, de la ville, de la commune seront en particulier sollicités pour que soient menées, conjointement avec l'équipe éducative, les médecins, les infirmiers, les assistants sociaux de l'Éducation nationale, des actions dans les domaines définis selon les trois axes déterminés plus haut.

Il importe en effet de développer, notamment dans les zones défavorisées, des actions qui impliquent l'ensemble des acteurs dans l'optique d'une approche communautaire et participative englobant les différents milieux de la vie du jeune.

Ces actions, souvent menées sur un plan collectif, pourront aussi résoudre les problèmes individuels rencontrés par certains jeunes.

III La formation

1 Formation initiale

J'invite les directeurs d'IUFM à faire connaître aux jeunes enseignants les CES et les démarches qui leur sont propres. En effet, ils pourront y trouver un point d'appui intéressant pour leurs responsabilités futures.

2 Formation continue

Conformément aux priorités qui leur sont assignées, les MAFPEN et les CAFA devront élaborer des formations spécifiques afin d'aider les personnels à mettre en place, développer et faire fonctionner les CES.

Il s'agira plus particulièrement de les aider à traiter des relations avec les partenaires économiques, culturels et sociaux.

Le ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale et de la Culture.

MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Décret n° 93-704 du 27 mars 1993 relatif aux

soins dispensés en milieu pénitentiaire par les établissements publics de santé.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre de l'agriculture et du développement rural, du ministre du budget, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et l'action humanitaire,

Vu [...]

Décète :

Titre I^{er}

Dispositions modifiant le code de la santé publique

Art. 1^{er} Il est inséré, dans le code de la santé publique (deuxième partie : Décret en Conseil d'État), au livre VII, titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, une section 3 ainsi rédigée :

Section 3

Soins dispensés en milieu pénitentiaire par les établissements publics de santé

« **Art. R. 711-7** Les conditions dans lesquelles des établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire des soins aux détenus dont l'état ne requiert ni hospitalisation ni examens en milieu hospitalier sont fixées par une convention passée à cet effet entre l'établissement pénitentiaire concerné et un établissement public de santé à proximité et remplissant les conditions définies à l'article R. 711-8 ; lorsque cet établissement ne dispense pas de soins en psychiatrie, l'établissement pénitentiaire passe, en outre, une convention avec un établissement public de santé spécialisé, sans préjudice des dispositions de l'article L. 326 et des actions mises en œuvre par les services médico-psychologiques régionaux dans le cadre des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire conformément aux articles 1^{er} et 11 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986.

« **Art. R. 711-8** Peuvent passer les conventions mentionnées à l'article R. 711-7 les établissements publics de santé :

« 1° Dont la mission principale est

de dispenser les soins définis au a du 1° de l'article L. 711-2 et qui comportent un service d'accueil et de traitement des urgences au sens du 5° III de l'article R. 712-2 ;

« 2° Ou dont la mission exclusive est de participer à la lutte contre les maladies mentales.

« **Art. R. 711-9** En l'absence, à proximité de l'établissement pénitentiaire, d'un établissement public de santé participant à la sectorisation psychiatrique, par dérogation aux articles R. 711-7 et R. 711-8, une convention peut être conclue au titre de la lutte contre les maladies mentales avec un établissement de santé privé participant au service public hospitalier relevant des dispositions de l'article L. 711-11.

« **Art. R. 711-10** L'organisation des soins et le fonctionnement médical de la structure de l'établissement public de la santé qui intervient en milieu pénitentiaire sont régis par les dispositions de la section III du chapitre IV du présent titre sans préjudice des dispositions de l'article L. 326 et du décret du 14 mars 1986 susmentionné.

« Cette intervention s'inscrit dans le projet d'établissement défini à l'article L. 714-11.

« **Art. R. 711-11** L'établissement pénitentiaire assure la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux spécialisés destinés aux consultations et aux examens ; il assure la sécurité des personnels de l'établissement de santé à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire.

« **Art. R. 711-12** L'établissement public de santé :

« 1° Pourvoit à l'équipement médical et non médical des locaux mentionnés à l'article R. 711-11 ;

« 2° Assure la fourniture et le transport des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité d'un pharmacien de l'établissement dans les conditions fixées soit par les articles L. 595-1 à 595-5, soit par l'article L. 595-9 ;

« 3° Effectue ou fait effectuer les examens nécessaires et notamment les examens de laboratoire ;

« 4° Assure l'élimination des déchets ;

« 5° Assure le transport du personnel hospitalier.

« Les frais de transport mentionnés aux 2° et 5° sont remboursés à l'établissement public de santé par l'établissement pénitentiaire.

« **Art. R. 711-13** L'établissement public de santé élabore un programme de prévention et d'éducation pour la santé en accord avec l'établissement pénitentiaire ainsi qu'avec le préfet et le président du conseil général pour les actions et services dont sont respectivement responsables l'État et le département en application notamment de l'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, les organismes d'assurance maladie ainsi que les autres collectivités et associations concernées sont associés à ce programme.

« **Art. R. 711-14** Les conventions mentionnées à l'article R. 711-7 définissent, dans le respect des dispositions de la présente section, notamment :

« 1° Les conditions dans lesquelles les personnels de l'établissement public de santé assurent l'examen systématique des détenus arrivant dans l'établissement pénitentiaire et dispensent à ceux-ci des soins courants et certains soins spécialisés ;

« 2° Les modalités de participation de l'établissement public de santé au programme de prévention et d'éducation pour la santé mentionnées à l'article R. 711-13.

« Les conventions contiennent, en outre, des dispositions relatives :

« 1° A l'aménagement et l'équipement des locaux mentionnés à l'article R. 711-11 ;

« 2° Aux conditions dans lesquelles les détenus peuvent recourir aux équipements médicaux situés dans l'établissement public de santé ;

« 3° Aux conditions dans lesquelles l'établissement public de santé établit et archive le dossier médical des patients dans le respect des dispositions des articles R. 710-2-1 à R. 710-2-8 ;

« 4° A la définition du système d'information permettant l'analyse de l'activité, dans les conditions prévues à l'article L. 710-5 ;

« 5° Aux conditions dans lesquelles les dépenses et recettes afférentes aux activités définies par la convention sont prévues et inscrites au budget de l'établissement public de santé ainsi qu'aux modalités de

règlement des dépenses qui donnent lieu à remboursement par l'établissement pénitentiaire.

- « Les conventions peuvent également prévoir l'aménagement, à la charge de l'administration pénitentiaire, de locaux spécialement prévus pour assurer en toute sécurité l'hospitalisation des détenus dans l'établissement public de santé.
- « **Art. R. 711-15** Les conventions mentionnées à l'article R. 711-7 sont établies par référence à une convention type, dont le modèle est fixé par arrêté conjoint du ministre de la justice et des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.
- « Elles prennent effet le premier jour d'un trimestre civil. Sauf si les contractants ont fixé une date postérieure, la date d'effet de la convention est fixée au premier jour du trimestre civil suivant sa signature.
- « L'établissement public de santé transmet au préfet, pour information dès sa signature, la convention et ses annexes ainsi que ses avenants. »

Titre II

Dispositions modifiant le code de la sécurité sociale

Art. 2 Au chapitre II du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est insérée une section 6 ainsi rédigée :

Section 6

Dépenses afférentes aux soins dispensés aux détenus

« **Art. R. 174-9**

- « I Les dépenses afférentes aux soins dispensés par un établissement public de santé, dans le cadre d'une hospitalisation ou en milieu pénitentiaire, aux détenus relevant d'un établissement pénitentiaire ayant passé la convention mentionnée à l'article L. 711-7 du code de la santé publique sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie et financées par la dotation globale versée à l'établissement public de santé en application des dispositions de l'article L. 174-1.
- « II L'établissement pénitentiaire rembourse aux établissements publics de santé :
- « 1° Le forfait journalier institué par l'article L. 1074-4 ainsi que la part des dépenses de soins non prise en

charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations servies par l'assurance maladie ;

- « 2° Le cas échéant, les dépenses afférentes à certaines actions de prévention et d'éducation pour la santé engagées par l'établissement public de santé en accord avec l'établissement pénitentiaire, sans préjudice des actions prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé ;
- « 3° Les frais éventuels de transports des personnels hospitaliers à l'exception de ceux attachés à l'établissement pénitentiaire ainsi que les frais de transport des produits pharmaceutiques, des produits et petit matériel à usage médical vers l'établissement pénitentiaire ;
- « 4° Les frais d'aménagement des locaux sécurisés spécialement prévus pour l'hospitalisation des détenus dans des établissements publics de santé, pour les opérations ayant reçu l'accord de l'administration pénitentiaire.
- « Le transport et la surveillance des détenus lors des hospitalisations dans les établissements publics de santé sont assurés dans les conditions prévues par le code de procédure pénale.
- « **Art. R. 174-10** Les dépenses afférentes aux hospitalisations dans les établissements publics de santé des détenus incarcérés dans les établissements pénitentiaires n'ayant pas conclu la convention mentionnée à l'article L. 711-7 du code de la santé publique sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues à l'article R. 174-9. »

Art. 3 Au livre III, titre VIII, chapitre 1^{er} du code de la sécurité sociale la sous-section 1 de la section 9 est modifiée comme suit :

I L'article R. 381-97 est remplacé par les dispositions suivantes :

- « **Art. R. 381-97** L'État prend en charge en totalité la cotisation d'assurance personnelle dont sont redevables durant leur incarcération les détenus mentionnés à l'article L. 381-30 qui cessent d'avoir droit aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie dont ils relevaient avant leur incarcération et qui sont affiliés à l'assurance personnelle sans que puissent y

faire obstacle les deuxième et troisième alinéas de l'article R. 741-1. Les dispositions des articles R. 741-2 et R. 741-3 ne sont pas applicables. Les détenus sont immatriculés, à la diligence du chef de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont incarcérés, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé cet établissement. »

II Sont insérés après l'article R. 381-97 les articles R. 381-97-1 à R. 381-97-4 ainsi rédigés :

- « **R. 381-97-1** L'affiliation des détenus au régime de l'assurance personnelle prend effet le premier jour du mois civil au cours duquel le détenu cesse d'avoir des droits ouverts.
- « **R. 381-97-2** A la diligence du chef de l'établissement pénitentiaire, toute information administrative concernant la situation de la personne incarcérée au regard des prestations en nature de l'assurance maladie est fournie aux organismes de sécurité sociale dès son entrée en détention, et aux établissements publics de santé concernés avant tous soins ou hospitalisation.
- « Le chef de l'établissement pénitentiaire délivre aux détenus bénéficiaires d'une permission de sortie un document dont le modèle est fixé par arrêté conjoint du ministre de la justice et du ministre chargé de la sécurité sociale, justifiant de l'ouverture des droits.
- « **R. 381-97-3** Le montant de la cotisation des détenus affiliés à l'assurance personnelle est fixé comme suit :
- « 1° Lorsque les régimes d'assurance prennent en charge les soins dispensés aux détenus dans les conditions fixées à l'article R. 170-10, le montant de la cotisation est calculés sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret.
- « 2° Lorsque les régimes d'assurance maladie prennent en charge dans des conditions fixées à l'article R. 174-11 les frais afférents à l'hospitalisation des détenus le montant de la cotisation fixée en application du 1° est minoré de 50 p. 100.
- « La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'affiliation et fait l'objet d'un fractionnement trimestriel.
- « Les dispositions des articles

R. 741-13 à 39 ne sont pas applicables.

« **R. 381-97-4** Le montant des cotisations patronales et salariales dues au titre des détenus qui effectuent un travail pénal ou d'un stage de formation professionnelle est imputé sur le montant de la cotisation d'assurance personnelle. »

III L'article R. 381-99 est remplacé par les dispositions suivantes :

« **Art. R. 381-99** Le taux de la cotisation est fixé à 7,8 p. 100 du produit brut du travail des détenus, soit 4,2 p. 100 à la charge de l'employé et 3,6 p. 100 à la charge du détenu. Les taux des parts salariale et patronale évoluent proportionnellement aux taux de la cotisation salariale et patronale applicables à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie du régime général. »

IV L'article R. 381-101 est abrogé.

V À la fin de l'article R. 381-102 les mots : « pour le trimestre écoulé » sont remplacés par les mots : « pour le trimestre en cours ».

Titre III

Dispositions transitoires et diverses
Art. 4 Les dispositions des articles R. 174-10, R. 174-11, R. 381-97, R. 381-97-1 à R. 381-97-4 et R. 381-102 modifié du code de la sécurité sociale entrent en vigueur le 1^{er} juillet 1993.

Toutefois jusqu'au 31 décembre 1993, le montant de la cotisation mentionnée au 2^o de l'article R. 381-97-3 est minoré de 73 p. 100 par rapport au montant de la cotisation en application du 1^o de ce même article.

Art. 5 Les personnels infirmiers régis par le décret du 10 mars 1990 susvisé, exerçant leurs fonctions dans les établissements pénitentiaires, peuvent être détachés, sur leur demande, dans un corps d'infirmiers de la fonction publique hospitalière ou dans un cadre d'emploi d'infirmiers de la fonction publique territoriale ou dans l'un des corps régis par le décret du 10 février 1984 susvisé.

Les dispositions de l'article 18 du décret du 10 mars 1990 susvisé, ne peuvent faire obstacle au placement des intéressés en positions de détachement.

Art. 6 Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'agriculture et du développement rural, le ministre du budget, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le mi-

nistre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 37 mars 1993

ORGANISATION

Décret n° 93-779 du 8 avril 1993 relatif aux

attributions du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

Le Président de la République,
Sur le rapport du Premier ministre,

Vu [...]

Décète :

Art. 1^{er} Le ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, exerce :

- 1 Les attributions antérieurement dévolues au ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale par le décret n° 88-824 du 18 juillet 1988 susvisé qui concernent la santé, la protection sociale, la population, les migrations, la famille, les personnes âgées et les personnes handicapées ;
- 2 Les attributions antérieurement dévolues au secrétaire d'État chargé des droits des femmes par le décret n° 88-826 du 18 juillet 1988 susvisé ;
- 3 Les attributions antérieurement dévolues au ministre d'État, ministre de la ville, par le décret du 11 janvier 1991 susvisé.

Art. 2

I Sont placés sous l'autorité du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville :

- 1 Les services qui relèvent de ses attributions, et notamment la direction générale de la santé, la direction des hôpitaux, la direction de l'action sociale, la direction de la sécurité sociale, la direction de la population et des migrations, la direction de l'administration générale du personnel et du budget, le service des statistiques, des études et des systèmes d'information, le service de l'information et de la communication, le secrétariat général à l'intégration, le service central, les chargés de mission départementaux et les délégués régionaux

chargés des droits des femmes ;

2 La délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion, la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, la délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie et la délégation générale à l'innovation sociale et à l'économie sociale ;

3 Conjointement avec le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, l'inspection générale des affaires sociales et la division des relations internationales.

II Le ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, exerce la tutelle sur les organisations qui relèvent de ses attributions, et notamment l'Agence française du sang et l'Agence du médicament créées par la loi du 4 janvier 1993 susvisée.

III Il dispose de la direction de l'administration générale et de la modernisation des services du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle pour les personnels gérés par cette direction et qui sont affectés au ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville.

IV Pour l'exercice de ses attributions relatives à la politique sociale et à la ville, il dispose de la délégation interministérielle à l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en difficulté placée sous l'autorité du ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

V Pour l'exercice de ses attributions relatives à la ville, le ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, peut faire appel aux services compétents du ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, du ministère de la justice, du ministère de l'éducation nationale, du ministère de l'équipement, des transports et du tourisme, du ministère des entreprises et du développement économique, chargé des petites et moyennes entreprises et du commerce et de l'artisanat, du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, du ministère de la culture et de la francophonie, du ministère de l'environnement, du ministère de la fonction publique, du ministère des départements et territoires d'outre-mer, du ministère de la jeunesse et des sports et du ministère chargé des rapatriés.

Il peut faire appel, par ailleurs, aux établissements publics placés sous la

tutelle de ces ministères.

- VI** Pour l'exercice de ses attributions relatives aux droits des femmes, le ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, peut faire appel aux services de tous les ministères intéressés, et notamment à ceux qui sont chargés de l'emploi, du travail, de la formation professionnelle et de l'éducation nationale.
- Art. 3** Le Premier ministre, le ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre d'État, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, le ministre d'État, garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'éducation nationale, le ministre de l'équipement, des transports et du tourisme, le ministre des entreprises et du développement économique, chargé des petites et moyennes entreprises et du commerce et de l'artisanat, le ministre du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, le ministre de la culture et la francophonie, le ministre de l'environnement, le ministre de la fonction publique, le ministre des départements et territoires d'outre-mer, le ministre de la jeunesse et des sports et le ministre délégué aux relations avec le Sénat, chargé des rapatriés, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. Fait à Paris, le 8 avril 1993.

Décret n° 93-792 du 13 avril 1993 relatif aux

attributions du ministre délégué à la santé.

Le Président de la République,
Sur le rapport du Premier ministre et du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville,

Vu [...]

Décrète :

- Art. 1^{er}** M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, exerce, par délégation du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, les attributions relatives à la santé, notamment les questions relatives aux professions de santé.
- Art. 2** Pour l'exercice de ses attributions, le ministre délégué à la santé a autorité, au nom du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, sur la direction générale de la

santé et sur la direction des hôpitaux.

Au nom du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, il exerce la tutelle sur l'Agence du médicament et sur l'Agence française du sang.

Il dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses attributions, des autres directions et services du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, et en particulier de la sous-direction de l'assurance maladie de la direction de la sécurité sociale.

- Art. 3** Le ministre délégué à la santé contre-signé, conjointement avec le ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, les décrets relatifs aux attributions mentionnées au présent décret. Il reçoit délégation du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, pour signer en son nom, tous actes, arrêtés et décisions, dans les limites des attributions qui lui sont confiées.

- Art. 4** Le Premier ministre, le ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 13 avril 1993.

Arrêté du 26 mars modifiant l'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,

Arrêtent :

- Art. 1^{er}** Au premier alinéa de l'article 1^{er} de l'arrêté du 22 décembre 1992 susvisé, après les mots : « la sous-direction de la veille sanitaire », sont insérés les mots : « la sous-direction de la pharmacie ».

Art. 2

- I** Le troisième tiret du premier alinéa de l'article 3 de l'arrêté du 22 décembre 1992 susvisé est ainsi rédigé :

« - du développement et de la sécurité des techniques médicales ; à ce titre, elle définit les conditions de leur mise en œuvre ainsi que les différents systè-

mes de vigilance et précise leurs modalités de mise en œuvre, elle participe à l'élaboration de la politique en matière de matériels et de dispositifs médicaux et du tarif interministériel des prestations sanitaires. »

- II** Il est ajouté un quatrième tiret au premier alinéa de l'article 3, ainsi rédigé :

« - du recueil des données relatives au secteur de la pharmacie, et en liaison avec les services du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'économie et des finances, de l'établissement de la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités, ainsi que de la préparation des décisions relatives à la fixation des prix des médicaments proposés au remboursement par les régimes de sécurité sociale et, en liaison avec les services du ministre chargé de l'agriculture, des décisions relatives aux médicaments à usage vétérinaire. »

- III** Le deuxième alinéa de l'article 3 est ainsi complété : « Elle exerce les missions dévolues au ministre chargé de la santé concernant l'agence du médicament et l'agence française du sang. »

- Art. 3** Au troisième tiret du premier alinéa de l'article 4 de l'arrêté du 22 décembre 1992 susvisé, après les mots : « et à la salubrité des agglomérations », sont insérés les mots : « elle est chargée de la définition et des modalités de mise en œuvre d'une politique de prévention contre les risques toxiques ».

- Art. 4** Il est inséré après l'article 4 de l'arrêté du 22 décembre 1992 susvisé un article 4.1 ainsi rédigé :

« **Art. 4.1** La sous-direction de la pharmacie est chargée :

« De la coordination des activités des pharmaciens inspecteurs en fonction dans les directions régionales des affaires sanitaires et sociales et de la préparation des guides de bonnes pratiques dans les domaines qui la concernent :

« En liaison avec les directions concernées, de la formation initiale et continue et de l'exercice des professions de pharmacien, de préparateur en pharmacie et de délégué-visiteur médical, des relations avec l'ordre national des pharmaciens et les organisations professionnelles, des questions tenant à l'exercice de la pharmacie dans les phar-

macies à usage intérieur, à l'exclusion des essais et de la fabrication des médicaments mentionnés aux articles L. 601 et L. 601-2 du code de la santé publique, ainsi qu'un recrutement, au statut et à la formation des pharmaciens hospitaliers, à la préparation des décisions relatives aux autorisations d'ouverture et de fonctionnement des établissements de distribution en gros de produits du monopole pharmaceutique, aux autorisations d'ouverture et de fonctionnement des établissements de fabrication et d'importation des produits du monopole pharmaceutique à l'exception des médicaments, à l'ouverture et au fonctionnement des établissements de fabrication de médicaments vétérinaires ou d'aliments médicamenteux et aux autorisations d'ouverture des établissements pratiquant des expérimentations animales en liaison avec les services du ministre de l'agriculture ;

« De l'élaboration des textes relatifs à la pharmacie et au médicament, de la préparation des décisions ministérielles relatives aux pharmacies d'officine et de l'instruction des affaires contentieuses, de l'ensemble des questions relatives à l'information et la publicité en ce qui concerne les produits, objets, appareils et méthodes présentés comme bénéfiques pour la santé.

« La sous-direction de la pharmacie est chargée du secrétariat du Conseil supérieur de la pharmacie. »

Art. 5 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 26 mars 1993.

FORMATION

Décret n° 93-544 du 27 mars 1993 portant

création de l'Institut universitaire francilien de formation et de recherche en santé publique.

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

humanitaire et du ministre du budget,

Vu [...]

Décète :

Titre I^{er}

Dispositions générales

Art. 1^{er} Il est créé un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière dénommé Institut universitaire francilien de formation et de recherche en santé publique.

Son siège est à Saint-Maurice (Val-de-Marne).

Ses règles d'organisation et de fonctionnement sont fixées par le présent décret et par le règlement intérieur de l'établissement.

L'Institut universitaire francilien de formation et de recherche en santé publique est placé sous la double tutelle du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé.

Son statut résulte des dispositions du présent décret mis en œuvre par des conventions conclues avec les universités et autres établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et avec les établissements publics de santé. Le règlement intérieur est adopté par le conseil d'administration de l'établissement à la majorité des deux tiers de ses membres en exercice.

Art. 2 Cet établissement a pour mission :
la participation à la conception, à l'organisation et à la mise en œuvre des formations initiales et continues aboutissant à des diplômes d'établissement et à des diplômes nationaux dans le secteur de la santé publique ;

la participation à l'information en matière de santé publique ;

la participation à la recherche scientifique y compris à l'échelon international et à la valorisation de ses résultats, notamment par une collaboration à la formation doctorale.

Les formations que dispense l'institut sont sanctionnées par des diplômes propres. Conformément à la réglementation en vigueur, il peut être habilité à délivrer des diplômes nationaux par convention avec un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel.

En ce qui concerne les formations conduisant à des diplômes propres

les conditions d'admission à l'institut, les modalités générales du contrôle des connaissances ainsi que les conditions de délivrance de ces diplômes sont fixées par le conseil d'administration, après avis du conseil consultatif des enseignants et du conseil scientifique.

L'institut dispose, pour l'accomplissement de ses missions, d'emplois, de personnels, d'équipements et de crédits qui lui sont attribués par l'État, les collectivités territoriales ou tout autre organisme public ou privé, ainsi que des ressources qui proviennent des activités de l'établissement.

L'établissement fixe ses structures internes dans son règlement intérieur.

Titre II

Organisation administrative

Art. 3 L'institut est dirigé par un directeur et administré par un conseil d'administration, assisté d'un conseil scientifique et d'un conseil consultatif des enseignants.

Le directeur est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé, sur proposition du conseil d'administration, parmi les enseignants-chercheurs ou personnels assimilés, les enseignants et les chercheurs ou parmi les ingénieurs de l'établissement ayant fait acte de candidature.

Il est nommé pour trois ans. Son mandat est renouvelable une fois.

Art. 4 Le conseil d'administration est composé :

- 1 De membres de droit, à savoir :
le directeur du centre hospitalier régional d'Ile-de-France, directeur général de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris ou son représentant ;
les présidents des universités et autres établissements publics de la région d'Ile-de-France cosignataires des conventions visées à l'article 1^{er} ci-dessus ou leurs représentants ;
le directeur des enseignements supérieurs au ministère chargé de l'enseignement supérieur ou son représentant ;
le directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ou son représentant ;
le directeur général de la santé au ministère chargé de la santé ou

- son représentant ;
le directeur des hôpitaux au ministère chargé de la santé ou son représentant.
- 2** De deux membres nommés par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé parmi les personnalités compétentes dans les domaines de la santé publique.
- 3** De 20 membres élus :
Cinq représentants des professeurs des universités ou personnels assimilés en application de l'arrêté prévu à l'article 6 du décret du 16 janvier 1992 susvisé ;
Cinq représentants des maîtres de conférences ou personnels assimilés en application de l'arrêté prévu à l'article 6 du décret du 16 janvier 1992 susvisé ;
Un représentant des ingénieurs affectés à l'institut ou y intervenant au titre de la formation ou de la recherche ;
Trois représentants des personnels administratifs, techniques, ouvriers et de service de l'institut ;
Six représentants des étudiants.
[...]

DÉONTOLOGIE

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux
règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu [...]

Décrète :

Art. 1^{er} Les dispositions du présent décret s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 473 du code de la santé publique, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

Titre 1^{er}

Dispositions communes à tous les modes d'exercice

Chapitre 1^{er}

Devoirs généraux

- Art. 2** L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.
- Art. 3** L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu du décret pris en application des articles L. 372, L. 473 et L. 761-11 du code de la santé publique.
- Art. 4** Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi.
Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.
L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'il s'y conforment.
- Art. 5** L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.
- Art. 6** L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.
- Art. 7** Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.
- Art. 8** L'infirmier ou l'infirmière doit respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix.
- Art. 9** L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution basée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.
- Art. 10** Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles.
Il a également le devoir de ne pas

utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

- Art. 11** L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels.
- Art. 12** Les infirmiers ou infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel de la santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Un infirmier ou une infirmière en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation.
- Art. 13** Le mode d'exercice de l'infirmier ou de l'infirmière est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.
- Art. 14** L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.
Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.
- Art. 15** L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toute précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.
- Art. 16** L'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.
- Art. 17** L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité.
Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient.
Il est également interdit à un infirmier ou une infirmière d'accepter une commission pour un acte infirmier quelconque ou pour l'utilisa-

- tion de matériels ou de technologies nouvelles.
- Art. 18** Il est interdit à un infirmier ou une infirmière de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments et d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.
- Art. 19** L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage, comme salulaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.
- Art. 20** L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche, une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation. Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.
- Art. 21** Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de compérage, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social.
- Art. 22** L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.
- Art. 23** L'infirmier ou l'infirmière peut exercer sa profession dans un local aménagé par une entreprise ou un établissement pour les soins dispensés à son personnel.
- Art. 24** Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire suivie devant la commission de discipline mentionnée à l'article L. 482-1 du code de la santé publique, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans

la mesure compatible, avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

Chapitre II

Devoirs envers les patients

- Art. 25** L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.
- Art. 26** L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.
- Art. 27** Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du livre II *bis* du code de la santé publique.
- Art. 28** L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient. L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.
- Art. 29** L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une

meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution.

Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé.

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

- Art. 30** Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article 41 ci-après.
- Art. 31** L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.
- Art. 32** L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

Titre II

Règles applicables aux infirmiers ou infirmières d'exercice libéral

Chapitre I^{er}

Devoirs généraux

- Art. 33** L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.
- Art. 34** L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet du département, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier. Les dispositions du présent article

ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de l'article 51 du décret du 9 novembre 1979 susvisé.

Art. 35 Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Art. 36 L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

Art. 37 La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou de publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières.

L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur la plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnelles ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité.

La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.

Art. 38 Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Art. 39 Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Chapitre II

Devoirs envers les patients

Art. 40 L'infirmier ou l'infirmière informe le patient du tarif des actes d'infirmier effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale. Il affiche également ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible.

Il est tenu de fournir les explications qui lui sont demandées par le patient ou par ses proches sur sa note d'honoraires ou sur le coût des actes infirmiers dispensés au cours du traitement.

Les honoraires de l'infirmier ou de l'infirmière non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure.

Sont interdits toute fixation de forfait d'honoraires ainsi que toute fraude, abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués.

L'infirmier ou l'infirmière est toutefois libre de dispenser ses soins gratuitement.

Art. 41 Si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers mentionnée à l'article L. 482 du code de la santé publique.

Dans ce cas, ou si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins.

Le cas échéant, il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.

Chapitre III

Devoirs envers les confrères

Art. 42 Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier ou à l'infirmière.

L'infirmier ou l'infirmière ne peut abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.

Art. 43 Le remplacement d'un infirmier ou d'une infirmière est possible pour une durée correspondant à l'indisponibilité de l'infirmier remplacé. Toutefois, un infirmier ou une infirmière interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répétée, un contrat de remplacement doit être établi entre les deux parties.

Un infirmier ou une infirmière d'exercice libéral peut se faire rem-

placer soit par un confrère d'exercice libéral, soit par un infirmier ou une infirmière n'ayant pas de lieu de résidence professionnelle. Dans ce dernier cas, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet du département de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable.

L'infirmier remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers à la fois, y compris dans une association d'infirmier ou un cabinet de groupe.

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière remplacé exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral, il doit en informer celle-ci.

Durant la période de remplacement, l'infirmier ou l'infirmière remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des dispositions des articles 6 et 22 ci-dessus.

L'infirmier ou l'infirmière remplacé doit informer les organismes d'assurance maladie en leur indiquant le nom du remplaçant ainsi que la durée et les dates de son remplacement. Dans le cas où le remplaçant n'a pas de lieu de résidence professionnelle, l'infirmier ou l'infirmière remplacé indique également le numéro et la date de délivrance de l'autorisation préfectorale mentionnée au troisième alinéa ci-dessus.

L'infirmier ou l'infirmière remplaçant qui n'a pas de lieu de résidence professionnelle exerce au lieu d'exercice professionnelle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé et sous sa propre responsabilité.

L'infirmier ou l'infirmière d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier ou l'infirmière remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier ou l'infirmière remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé.

Un infirmier ou une infirmière qui a remplacé un autre infirmier ou une autre infirmière pendant une période totale supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il pourrait rentrer en concurrence directe avec l'infirmier ou l'infirmière

remplacé, et éventuellement avec les infirmiers ou les infirmières exerçant en association avec celui-ci, à moins que le contrat de remplacement n'en dispose autrement.

Art. 44 L'infirmier ou l'infirmière ne peut, dans l'exercice de sa profession, employer comme salarié un autre infirmier, ou aide-soignant, une auxiliaire de puériculture ou un étudiant infirmier.

Titre III

Règles applicables aux infirmiers et infirmières salariés

Art. 45 Le fait pour un infirmier ou une infirmière d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un

statut à un employeur privé, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels.

L'exercice habituel de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Titre IV

Dispositions diverses et transitoires

Art. 46 Tout manquement aux règles professionnelles est susceptible d'entraîner des poursuites devant la commission

de discipline des infirmiers instituée par l'article L. 482-1 du code de la santé publique.

Art. 47 Les dispositions de l'article 33 entreront en vigueur le premier jour du septième mois suivant celui de la publication du présent décret.

Art. 48 Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. Fait à Paris, le 16 février 1993

R È G L E M E N T

P R I X M I C H E L F O N T A N 1 9 9 3

Le Prix Michel Fontan a été créé en 1990 par le Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme pour récompenser des travaux représentant une approche originale de l'alcoologie dans sa relation avec les pratiques sociales et éducatives. Le Haut Comité de la santé publique souhaite, en reconduisant le Prix Michel Fontan en 1993, l'inscrire dans la continuité, marquant ainsi la place de l'alcoologie dans une politique de santé publique.

Article 1

Seront acceptés les mémoires ou monographies exigés pour l'obtention du diplôme d'état :

- d'assistant de service social (DEAS) ;
- d'éducateur spécialisé (DEES) ;
- de conseillère en économie sociale et familiale (DECESF) ;

à condition qu'ils aient été soutenus au cours de l'année 1992 ou 1993.

Article 4

Le montant des prix est fixé comme suit :

- premier prix : 20 000 F
- d'autres prix d'un montant total de 25 000 F sont à répartir à la discrétion du jury selon les mérites des travaux.

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 ;
- 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 mémoire ;
- d'un curriculum vitae incluant les activités actuelles et les projets du candidat.

Tout dossier incomplet sera déclaré irrecevable.

Article 3

Les dossiers devront parvenir ou être déposés au secrétariat général du

*Haut Comité de la santé publique,
2, rue Auguste Comte
92170 Vanves*

avant le 31 décembre 1993

Article 5

La Commission *alcool et santé publique* est chargée de l'organisation du Prix Michel Fontan et de la désignation du jury.

Rapport « stratégie »

Stratégie pour une politique de santé. Propositions préalables à la définition de priorités. Paris, Haut Comité de la santé publique, 1993, 100 p.

Ce rapport au ministre de la Santé et de l'action humanitaire succède aux « premières propositions » soumises en novembre 1992 à une consultation nationale et à quatre débats régionaux (cf ADSP n° 1, décembre 1992).

À la suite des discussions et suggestions proposées (cf ADSP n° 2, mars 1993), un travail d'enrichissement a été réalisé donnant lieu au présent document, dont 15 000 exemplaires ont été diffusés auprès des services de l'administration de la santé, de l'action sociale, aux organismes de protection sociale, de recherche, ainsi qu'aux autres organisations représentatives du monde de la santé ; les professionnels ayant participé aux débats régionaux ou à la consultation nationale écrite ont notamment été destinataires de ce rapport.

Le Haut Comité de la santé publique souhaite qu'il devienne un élément de référence dans la définition de politiques de santé, nationale ou locales, et qu'il favorise la communication entre les acteurs concernés. Cette publication est disponible gratuitement, sur simple demande, auprès du secrétariat général.

Nominations

Le docteur Jean-Daniel Rainhorn et M. Adrien Bedossa ont été nommés membres du Haut Comité de la santé publique par arrêté du 26 mars 1993 paru au *JO* le 1^{er} avril 1993.

M^{me} Emmanuelle Mengual nommée directeur de l'École nationale de la santé publique par décret paru au *JO* du 27 mars 1993 devient membre de droit du Haut Comité.

Le professeur Roger Nordmann, membre de la Commission permanente alcool et santé publique, a été élu membre de l'Académie nationale de médecine.

Par ailleurs, M^{me} Geneviève Guérin a été nommée adjointe au secrétaire général du HCSP à compter du 15 avril 1993.

**2, rue Auguste Comte
9 2 1 7 0 V a n v e s
téléphone 46 62 42 80 télécopie 46 62 42 55**

Voici les coordonnées auxquelles vous pourrez joindre le
secrétariat général du Haut Comité de la santé publique
à partir du 21 juin 1993



Commissions et groupes de travail

Au 1^{er} juin 1993, six commissions ou groupes de travail fonctionnent au sein du Haut Comité : la Commission permanente alcool et santé publique, seule commission permanente prévue par le décret et dont les membres ont été nommés par arrêté du 1^{er} juillet 1992 (dont 5 membres du HCSP) ; cinq groupes de travail qui associent des membres du Haut Comité et des experts « extérieurs » ont été constitués pour donner suite aux saisines du ministre chargé de la santé.

Aux termes de l'article 6 de son décret constitutif (décret n°91.1216 du 3 décembre 1991) le Haut Comité de la santé publique « peut décider la constitution temporaire de commissions ou groupes de travail spécialisés et faire appel à des experts ».

Alcool

La commission permanente alcool et santé publique est l'héritière de l'ancien Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme. Son intégration au Haut Comité de la santé publique garantit l'intégration de la lutte contre l'alcoolisme (ou plutôt de la prévention des conduites d'alcoolisation pour respecter sa propre définition) à une politique globale de santé publique. Cette commission s'est donné pour objectif de rédiger, d'ici fin 1994, un livre blanc sur l'alcoolologie. Par ailleurs, elle a repris la gestion des prix Robert Debré et Michel Fontan (prix récompensant des travaux en alcoolologie) et d'un appel d'offre pour des travaux de recherche sur les phénomènes d'alcoolisation. Ses travaux sont coordonnés par le professeur Parquet.

Anesthésie

Un groupe de travail « anesthésie, réanimation et environnement chirurgical » a été constitué pour répondre à une lettre de saisine du ministre qui, soulignant les changements techniques et organisationnels intervenus depuis 1980, demandait une étude systématique de ces nouvelles conditions « afin de s'assurer que la sécurité des interventions chirurgicales en France soit au niveau le plus élevé possible, en tenant compte de tous les aspects de la question (formation des différents intervenants, effectifs, équipements, administration, contrôle...) ». Ce groupe dont les travaux sont coordonnés par le professeur Nicolas et le professeur Hirsch, devrait remettre ses propositions à l'automne.

Psychiatrie

Conformément aux termes d'une lettre de saisine de septembre 1992, un groupe de travail « psychiatrie » fonctionne afin d'envisager les suites qui doivent être apportées aux recommandations du rapport Massé. Ce rapport remis au ministre en juin 1992 concerne la place actuelle de la psychiatrie à l'hôpital général et les résistances socio-économiques à son développement ; il préconise d'inclure la psychiatrie et le système de soins en psychiatrie dans le champ des autres disciplines médicales œuvrant dans l'hôpital général. La mission confiée au Haut Comité est de s'assurer que cet objectif s'inscrit bien dans le cadre de la politique de santé mentale définie dans notre pays. Ce groupe de travail est co-animé par le professeur Parquet et M^{me} Wittmann et ses conclusions devraient être remises fin juin.

Produits humains

Ce groupe de travail s'est récemment mis en place pour étudier « les problèmes de santé publique et d'organisation des soins liés à l'utilisation des produits humains et à leurs produits de substitution ». Cette saisine, sollicitée par le Haut Comité, devrait l'amener à étudier l'ensemble des aspects épidémiologiques, sociologiques, économiques et médicaux de ce problème et auditionner de nombreux experts de disciplines très diverses. Il est coordonné par le professeur Grémy et s'est donné un an pour présenter son rapport.

Maternité et naissance

M. Kouchner avait souhaité que, à la suite du rapport « sur la sécurité des conditions de maternité et de naissance » qui lui avait été remis en octobre 1992, « le Haut Comité poursuive sa réflexion dans une perspective globale de suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance » et que « cette réflexion débouche sur des scénarios alternatifs pragmatiques à 5 ans » ; un groupe de travail pluridisciplinaire a donc été constitué, sous la co-animation du docteur Pons et du professeur Grémy, qui s'attachera à prendre en compte les différents services et dispositifs concernés, et à intégrer les dimensions psycho-affective, sociale et culturelle à la dimension sécurité. Ce groupe s'est donné jusqu'à la fin de l'année pour remettre ses recommandations.

Cancer

Le professeur Tubiana coordonne les travaux d'un groupe de travail « cancer » dont les travaux doivent porter sur deux axes « 1^o évaluation de la politique de dépistage et propositions pour son amélioration en terme d'efficacité et d'efficience, 2^o Bilan des conditions actuelles de prise en charge des soins aux malades atteints d'un cancer ». En ce qui concerne le dépistage, les travaux du groupe portent actuellement surtout sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et sur celui du cancer du sein et plus particulièrement sur le contrôle de qualité et les conclusions sur ces questions devraient être disponibles à l'automne ; les travaux sur le traitement et la qualité des soins seront remis à une date ultérieure.

Actualité et dossier en santé publique

■ 2 Actualité

La réforme de la médecine pénitentiaire, *Gilbert Chodorge et Michèle Colin*
Cabinet des ministres

■ 6 International

OMS, élaboration du budget-programme, histoire et limites, *Armelle Georges*

■ 9 Organisme

Organisation mondiale de la santé

■ 10 Statistiques

Accidents du travail et maladies professionnelles, *Nicolas Sandret*
Premiers résultats de l'enquête santé, *Ruth Ferry*

■ 13 Formation

DESS santé publique, actions et management

■ 14 Alcoologie

Alcool et médecine générale, *Bernard Rueff*
Évaluation du dispositif spécialisé

■ 16 Documentation

■ 22 Législation & réglementation

■ 36 L'actualité du Haut Comité

Rapport « stratégies »
Nominations
Commissions et groupes de travail

Europe communautaire et santé publique

■ II La santé dans les politiques communautaires

■ VI La politique communautaire de santé publique

■ XII La santé publique et le traité de Maastricht

■ XIV Tribunes

■ XX Annexes

Liste des instruments adoptés depuis 1986 par le Conseil santé
Document de la Commission
L'Europe contre le cancer
L'Europe contre le sida
L'éducation pour la santé
Bibliographie
Adresses utiles

*haut
comité
de la
santé
publique*

*2, rue Auguste Comte
92170 Vanves*

*téléphone 46 62 42 80
télécopie 46 62 42 55*