

4

septembre 1993

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

*Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique*

*dossier* **Répondre  
aux personnes  
vivant avec un  
problème  
d'alcool**

4

septembre  
1993

# Actualité et dossier en santé publique

Ministère des Affaires sociales,  
de la santé et de la ville

## 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

### Directeur de la 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

Marie Mauffret

Annick Deveau

Sylvie Justin

Janine Pierret

Bernadette Roussille

Jean-Louis Balmes

Maurice Bazot

Jean Buisson

Marc Danzon

François Grémy

Daniel Playoust

Guillaume Zagury

Merci à Stéphane Legrand

Dépôt légal septembre 1993 — ISSN 1243-275X

Le dossier *Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool* se trouve encarté entre les pages 20 et 21. Il est numéroté de I à XXVIII.

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

Haut Comité de la santé publique,

Actualité et dossier en santé publique n°4

## Sommaire

- **1 Éditorial**
- **2 Actualité**  
Prise en charge des toxicomanes,  
les programmes de substitution,  
*Sylvie Justin*  
100 millions pour la santé publique,  
*Bernadette Roussille*
- **10 International**  
L'action de l'OMS pour les pays de  
l'Europe centrale et orientale,  
*Marc Danzon*
- **14 Europe**  
Action future dans le domaine de la santé publique,  
*Ségolène Chappellon*
- **16 Statistiques**  
L'emploi des personnes handicapées  
en milieu ordinaire de travail,  
*Annick Deveau*
- **9 Organisme**  
Fonds national de prévention,  
d'éducation et d'information sanitaires
- **15 Formation**  
DESS Information médicale à l'hôpital
- **18 Documentation**
- **26 Législation & réglementation**
- **38 L'actualité du Haut Comité**  
Dépistage des cancers du sein  
et du col utérin  
Groupe de travail « produits humains »
- **41 Calendrier**

**L**es conduites d'alcoolisation et les dommages qu'elles entraînent font l'objet dans notre pays d'un formidable déni. Les dommages ainsi créés apparaissent, certes, à tous comme considérables, mais paradoxalement ceci ne conduit pas à mettre en place les moyens adéquats susceptibles de modifier significativement cette situation.

L'enjeu est d'une importance centrale. Le dossier présenté dans ce numéro a pour objectif non seulement de rendre compte des faits et de dire tout ce qui a été réalisé, avec d'incontestables succès compte tenu de la modicité des moyens engagés, mais surtout de déclencher une prise de conscience aboutissant à la mise en action d'une vaste et ambitieuse politique de santé en ce domaine.

Longtemps l'objectif assigné a été la maîtrise et le traitement des *complications* médicales et sociales liées à la consommation d'alcool, ceci dans une perspective médicale réductionniste. Actuellement c'est la *conduite d'alcoolisation* elle-même qui est l'objet de nos préoccupations, de nos actions de prévention et de soins. Prendre pour objectif un comportement et tenter de le modifier inscrit très clairement toute action dans une dimension éthique : qu'est-ce qui fonde et légitime toute intervention si ce n'est l'idée que nous nous faisons de la nature de l'homme et de sa dignité ?

Si les conduites d'alcoolisation les mettent en péril, alors nous sommes autorisés à intervenir.

Il semble préférable d'utiliser le terme de *conduite d'alcoolisation* plutôt que celui d'alcoolisme qui n'a cependant pas démérité. Cela permet de montrer plus clairement la diversité des conduites et de distinguer clairement *l'usage*, *l'abus*, c'est à dire de l'usage entraînant préjudice et dommages, et *la dépendance*.

Autrefois on s'assignait pour tâche la

disparition de l'état de dépendance. Cela a fondé les stratégies thérapeutiques en usage actuellement, la notion de cure de sevrage, la place centrale de l'abstinence dans l'esprit des mouvements et des professionnels. S'intéresser à l'usage et à l'abus tout autant qu'à la dépendance entraîne une importante révolution des pratiques. *Unicité ou diversité des conduites*, tel est le grand débat actuel. Traditionnellement, on distingue les consommateurs d'alcool, de drogues, de tabac et on leur propose des intervenants et des structures sanitaires spécialisées. Mais l'usage, l'abus et la dépendance possèdent des caractéristiques originales et générales qui les définissent quelle que soit la nature de la substance psychotrope utilisée. Chacune cependant compte tenu de son génie pharmacologique propre, de son statut culturel n'entraînerait que des traits singuliers ; les processus bio-psychosociaux à l'œuvre dans ces conduites seraient identiques quel que soit le produit utilisé.

Largement répandue dans la communauté scientifique internationale, cette position est controversée en France. Pourtant la fréquence des consommations simultanées ou successives de psychotropes chez un même sujet est un argument solide en faveur de cette hypothèse. Seule cette position théorique permet de construire les bases d'une prévention globale donnant à la personne la capacité de gérer sa santé et de faire face aux sollicitations et aux risques proposés par l'environnement. Dans une même perspective doit être inclus ce qui concerne les conduites de consommation d'alcool, de drogues, de médicaments et les troubles comportementaux incluant par exemple la boulimie, ainsi que la recherche de sensations fortes au travers de comportements à risques.

Or que constatons nous ?

► un sous-développement des disposi-

tifs en personnes et en moyens visant à réduire les conduites d'alcoolisation.

► un discours bruyant sur les autres toxicomanies illicites, mais un flottement dans les actions, une hétérogénéité préjudiciable des objectifs et des moyens.

► une fragmentation des actions inscrites dans le dispositif de lutte contre l'alcool, les drogues, le tabac, le mésusage des médicaments.

► une absence d'harmonisation entre le dispositif spécialisé en alcoologie que l'on pourrait appeler *l'alcoologie explicite* et les dispositifs généraux que l'on pourrait dénommer *l'alcoologie implicite*.

► une place négligeable donnée à ces problèmes dans la politique générale de santé.

Une politique de santé doit-elle continuer à distinguer une politique quant à l'alcool, quant aux drogues, quant au tabac, ou regrouper sous le concept théorique de l'unicité des comportements toutes ces politiques fragmentaires ?

L'individualisation d'une Commission permanente alcool et santé publique au sein du HCSP témoigne de la volonté de l'État de s'affronter à ces problèmes. Ceci ne peut se faire sans les professionnels, sans les mouvements associatifs, sans l'ensemble de la population. Avoir les comportements comme objectifs implique une adhésion de l'ensemble de la population à une telle demande. Le désarroi profond de notre société trouve là une manière de s'exprimer, mais contre le désespoir, la promotion de valeurs donnant un sens à la vie semble aussi nécessaire que les actions à caractère plus technique. Une vaste réflexion devient de plus en plus nécessaire, une action d'envergure réfléchie et respectueuse est urgente. Elle ne peut se faire qu'avec l'accord de l'ensemble de la population.

**Philippe-Jean Parquet**

Prise en charge des toxicomanes

# Les programmes de substitution

**La France s'est longtemps distinguée par une position en retrait quant aux programmes de substitution pour la prise en charge des toxicomanes. Le risque important de transmission du sida dans la population toxicomane relance le débat sur les objectifs et l'efficacité de ces programmes.**

**L**e débat sur la substitution demeure en France vif et souvent éloigné de considérations cliniques. Des arguments tranchés sont utilisés par les contradicteurs :

- ▶ les uns, pour prouver la dangerosité de la substitution, la simplifient en une forme de cynisme pragmatique où le seul message délivré est : « droguez-vous mais droguez-vous propre ». Ils redoutent par ailleurs la mise en place d'un contrôle social exercé sur les toxicomanes ;
- ▶ les autres estiment qu'il est « criminel » de ne pas distribuer de produits de substitution de nos jours, laissant ainsi les toxicomanes s'infecter par le VIH.

## La méthadone

Ce débat se focalise plus particulièrement sur l'utilisation d'un produit de substitution, la méthadone. Ce dérivé morphinique est un produit de synthèse découvert en 1942, qui a été rapidement utilisé aux USA comme produit de substitution pour les personnes abusant d'opiacés. Prescrite à l'origine pour une aide au sevrage, la méthadone est désormais utilisée de façon exclusive pour des cures longues ou comme maintenance.

La propriété de demi-vie longue de la méthadone permet une seule prise quotidienne. Les premiers prescripteurs de ce produit pour des usagers d'héroïne ont témoigné d'une stabilisation de ceux-ci. Ils ont en effet constaté que la prise régulière de cet opiacé détournait les usagers de la délinquance, leur permettait de « souffler » et ainsi pouvoir davantage centrer leurs intérêts sur la recherche d'emploi, etc.

Le conditionnement en France de la méthadone, liquide très sirupeux, ne permet pas un détournement pour un usage par voie injectable. Ainsi, sa prescription devrait éviter aux toxicomanes le recours à la voie injectable, une des sources de diffusion du VIH.

Par contre, ce produit génère, comme tout opiacé, une dépendance majeure. Son sevrage est plus long que celui d'un sevrage à l'héroïne. Par ailleurs, une prise importante de méthadone ou couplée avec d'autres opiacés peut conduire à une mort par surdose. En outre, sa caractéristique de demi-vie longue contribue à ne pas générer de « flash », évènement recherché par les usagers d'opiacés. Des toxicomanes sous méthadone décrivent un ennui, la prise régulière conduisant à une stabilisation de l'humeur et des sen-

sations, stabilisation que justement des toxicomanes n'apprécient pas. Cette situation conduit des usagers sous méthadone à prendre d'autres produits, héroïne pour majorer les effets de l'opiacé, cocaïne pour donner des effets de contraste.

## La situation internationale

Étant donné des objectifs différents (voir encadré ci-contre), les comparaisons entre les politiques menées par différents pays sont pratiquement impossibles.

En 1978, les USA recensaient 200 000 toxicomanes sous méthadone, il y a eu cette année-là à New-York, plus de morts par surdose de méthadone que d'héroïne. Actuellement, il y a environ 100 000 toxicomanes sous méthadone aux USA.

Les Pays-Bas qui de longue date utilisent la méthadone dans un objectif de contact avec les toxicomanes se félicitent de cette stratégie. Elle leur permet en effet de disposer d'une bonne connaissance de la population et de ses difficultés favorisant une meilleure adaptation des réponses aux besoins, de développer un suivi médical rigoureux des toxicomanes. En outre, les relations de confiance établies avec cette population ont permis l'instauration d'une politique de prévention des risques infectieux audacieuse comportant notamment d'importants programmes d'échanges de seringues très bien utilisés par la population. Ils estiment que depuis 1985, les séroconver-

sions dans cette population sont presque nulles. Ils précisent en outre qu'il y a une stabilisation des consommateurs d'héroïne, même s'ils sont par ailleurs inquiets de l'augmentation du nombre de consommateurs de cocaïne. Le nombre d'« over dose » est également stable. Le marché noir de méthadone leur apparaît secondaire au regard des bénéfices tirés de cette stratégie ; en outre il demeure marginal, ce produit étant peu recherché du fait de ses propriétés peu attractives.

### La situation française

La méthadone n'est pas un produit nouveau en France. Depuis 1973, 2 centres spécialisés utilisent cette possibilité. Pour des raisons diverses tenant notamment aux caractéristiques françaises de la prise en charge des toxicomanes, cet outil est resté marginal et méconnu entre 1976 et 1988.

Par arrêté du 26 avril 1972 le ministre de la Santé publique et de la sécurité sociale a autorisé l'administration à l'homme de méthadone en vue de son utilisation thérapeutique expérimentale. Cette possibilité est subordonnée à une autorisation préalable du ministre de la santé, qui requiert à cet effet l'avis d'une commission consultative d'experts, et au respect d'un protocole d'utilisation. Un suivi de cette utilisation confié à l'INSERM est prévu.

Quatre centres ont été autorisés, en 1973, à prescrire de la méthadone : les hôpitaux Sainte-Anne et F. Vidal, le centre médical Marmottan et l'intersecteur de Marseille. Seules deux équipes ont utilisé cette possibilité (hôpitaux Sainte-Anne et F. Vidal) avec au total 40 places de méthadone sur Paris. Entre 1973 et 1976, le suivi de ces deux programmes est organisé par la DGS en collaboration avec l'INSERM. Depuis 1976, le suivi de ces deux unités n'est plus assuré. Dans le même temps, la position française au sein des instances internationales se particularise par une résistance aux pressions de certains de nos voisins européens quant à des recommandations concernant la substitution.

suite page 4

## LES OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SUBSTITUTION

Les pratiques de substitution peuvent viser des objectifs divers. En fonction de ceux-ci, le fonctionnement des programmes de substitution et leur évaluation en seront bien-sûr fort différents.

### Objectif Prise en charge

L'objectif de la prescription est d'apporter une stabilisation pendant un temps limité en l'accompagnant d'une prise en charge lourde et d'un contrôle important. Ces programmes, étant donné l'exigence de prise en charge de qualité, ne peuvent qu'être de taille réduite. La prise en charge vise à soutenir le toxicomane dans les différents deuils qu'il a à élaborer : deuil d'une vie de « galère » centrée autour de la recherche du produit (il faut savoir que cette galère est à la fois la plainte la plus importante des toxicomanes mais, dans un même temps, structure tellement leur existence que sa suppression est source de déstabilisation importante), deuil de l'injection et surtout du flash. Cette élaboration finit par aboutir à une capacité de séparation d'avec la méthadone, le thérapeute et le groupe de pairs également sous méthadone (ils se dénomment « les méthadoniens »).

### + Avantages

Le contrôle exercé sur la distribution empêche la mise en place d'un marché noir de méthadone et rend pratiquement impossible les risques de surdose. Ces programmes conviennent à certains toxicomanes qui ont déjà un long parcours de dépendance majeure aux opiacés, et sont prêts à se plier aux exigences du programme (prise quotidienne, contrôles urinaires réguliers, etc.).

### - Inconvénients

De nombreux toxicomanes ne peuvent se plier à ces exigences et sont donc exclus de ce type de prise en charge.

### Objectif Prise de contact

Ces programmes réalisent une distribution large de méthadone avec un contrôle minimum, une prise en charge légère accompagnant la prescription. Ils disposent généralement d'une capacité d'accueil importante, au delà de la centaine, dans la mesure où la prestation offerte réclame peu de suivi individuel. Ces programmes visent à ce que des soignants *entrent en contact* avec le maximum d'usagers d'opiacés.

### + Avantages

Cette prise de contact permet de les informer sur :

- les risques infectieux,
- les outils thérapeutiques à leur disposition ; elle facilite donc l'accès aux soins et à l'information.

Ces programmes peuvent aider un certain nombre d'entre eux à se stabiliser, cette stabilisation est un atout essentiel pour élaborer une demande d'aide, pour faire attention à sa santé et par exemple, prendre les précautions nécessaires pour éviter une contamination par le VIH.

### - Inconvénients

Ce type de programme ne peut s'accompagner d'un contrôle important qui viendrait en contradiction avec l'objectif visant à être en contact avec le maximum de toxicomanes, aussi l'existence de marché noir de méthadone et les risques de surdose à la méthadone seule ou par apport d'autres opiacés sont inévitables.

À partir de 1988, les débats reprennent timidement, nos voisins européens se font plus pressants, l'infection par le VIH frappe de façon majeure les toxicomanes utilisant la voie veineuse. Le rapport du Docteur Taboada (1988) sur l'expérimentation d'utilisation de la méthadone pendant 10 ans à l'hôpital F. Vidal est le premier document sollicité par l'administration sur le sujet. À la suite de ce rapport, fin 1989, le protocole d'utilisation de la méthadone de 1973 a été modifié par la Direction générale de la santé, en collaboration avec la commission consultative d'experts.

Les grandes lignes de ce protocole sont :

- la méthadone ne peut être prescrite qu'à des toxicomanes dépendants depuis au moins cinq ans ;
- le recours à la méthadone est lié à une prise en charge globale sur les plans psychologique, médical et social ;
- seul un service (hospitalier ou un centre spécialisé de soins aux toxicomanes) disposant d'autres moyens thérapeutiques concernant la toxicomanie pourra être agréé pour la prescription de méthadone.

En outre, ce protocole limite le nombre de places par centre de méthadone, pose une dose maximale par jour et instaure des contrôles urinaires fréquents par semaine.

L'objectif de ce nouveau protocole était d'inscrire cet outil dans le dispositif de prise en charge des toxicomanes.

En 1993, les deux unités agréées en 1973 disposent toujours des 20 places de méthadone ouvertes en 1973. Un centre a été agréé en 1989 (centre P. Nicole, à Paris) pour 12 places. Sept unités ont été agréées en 1992 et 1993 en banlieue et en province devant permettre de disposer de plus de 200 places de méthadone à la fin de cette année.

Diverses évolutions du protocole d'utilisation seront sans doute nécessaires. Toutefois, les grands principes demeureront :

- prescription de méthadone dans des centres agréés avec d'importantes contraintes (prise de la méthadone *in situ*, contrôles urinaires) pour éviter notamment la constitution d'un marché noir,

- prise en charge globale visant à terme pour ces patients une vie sans opiacé y compris la méthadone,
- suivi précis des patients bénéficiant d'une prescription de méthadone.

### Prévention du sida et méthadone

La seule distribution de méthadone ne peut être en soi un moyen de prévenir la propagation du VIH dans cette population pour deux raisons :

- Un usager de drogue par voie injectable réalise en moyenne 2 à 3 « shoot » par jour. La prise de méthadone, sans contrôle ni prise en charge, ne diminue pas

- La contamination par voie sexuelle est tout aussi préoccupante, or les toxicomanes sous méthadone n'utilisent pas plus a priori le préservatif que les autres, sauf si effectivement cette distribution est liée à une information.

Toutefois, la prescription de méthadone dans la prise en charge des toxicomanes constitue un outil facilitant pour :

- une insertion sociale ;
- une insertion dans le système sanitaire à travers une aide au regard de leurs problèmes de dépendance et un suivi médical de pathologies (notamment celles liées à l'infection par le VIH) ;
- une stabilisation de la consommation de drogues issues du marché illicite (no-

### Évaluation des programmes méthadone

Aux États-Unis, Ball et Ross (*The effectiveness of methadone maintenance treatment : Patients, programs, services and outcome*, 1<sup>ère</sup> édition, New York, Springer Verlag, 1991) ont été chargés d'évaluer les programmes méthadone (méthadone maintenance treatment program, MMTP) par le NIDA.

Les résultats démontrent une grande hétérogénéité de l'efficacité de ces programmes selon les critères suivants : taux de rétention, consommation de produits illégaux, état de santé, criminalité et insertion sociale. Trois paramètres

communs aux programmes efficaces ont été dégagés :

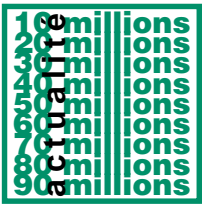
- les programmes prescrivant des doses de méthadone fortes (entre 60 et 100 mg/jour) sont plus efficaces que ceux à doses faibles (entre 40 et 60 mg)
- les programmes contrôlés sont plus efficaces (prises quotidiennes de la méthadone au centre, analyses d'urine régulières)
- les programmes offrant des services « périphériques » (soutien psychologique, suivi social, aide à l'insertion) ont de meilleurs résultats.

automatiquement le nombre de « shoot » réalisés par un toxicomane par jour ; la prise d'autres drogues est fréquente, la voie injectable reste privilégiée dans la mesure où elle est davantage susceptible de provoquer le flash. Quand le produit pris en sus de la méthadone est l'héroïne, on peut en effet espérer une diminution du nombre de « shoot », la consommation d'opiacés étant déjà pour partie comblée par la méthadone. Par contre quand le produit est la cocaïne, consommation non marginale pour les « méthadoniens » du fait de la recherche de contraste, le nombre de « shoot » peut au contraire augmenter, le spectre d'action de la cocaïne par voie injectable étant très court.

tamment l'héroïne) et donc un recours moindre à la voie injectable, source de transmission du VIH.

Le débat reste ouvert et s'appuiera sur les études en cours ou à venir. Il convient en tout cas de retenir que la méthadone ne saurait agir comme un médicament dans le cadre d'un traitement mais davantage comme un outil dans une prise en charge. Ainsi, sa pertinence ne peut être fondée que sur les objectifs visés et sur la manière dont on l'utilise. ■

**Sylvie Justin,**  
direction générale de la santé.



# 100 millions pour la santé publique

**La santé publique a bénéficié fin 1992, d'une dotation budgétaire exceptionnelle de 100 millions de francs. Le Haut Comité de la santé publique, la direction générale de la santé, le Réseau national de santé publique ont participé à la procédure d'attribution des crédits. Au total, 86 projets ont ainsi pu être financés.**

## L'origine et le contexte

À la fin du mois de décembre 1992, lors de la discussion au parlement de la loi de Finances rectificative pour 1992 et dans un contexte de modification de la loi Évin du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (disposition concernant la retransmission en France de manifestations de sport automobile sponsorisées à l'étranger par des marques de tabac), certains membres du Haut Comité de la santé publique proposèrent au gouvernement de déposer un amendement destiné à donner à la politique de santé publique des moyens financiers supplémentaires.

A donc été voté un amendement gouvernemental à la loi de finances rectificative ainsi libellé :

« Sont accordés [...] 100 millions de francs [...] au titre IV du budget des Affaires sociales et de l'intégration [...] afin d'abonder la subvention au groupement d'intérêt public *Réseau national de santé publique* pour le financement d'actions d'études et d'actions de communications et de promotion de la santé, no-

tamment dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.

« En outre, un compte d'affectation spéciale sera créé dans la plus prochaine loi de finances, dont les recettes proviendront de l'affectation d'une partie de la fiscalité sur le tabac afin de concourir, d'une part, au financement de ces actions et d'autre part à celui des sports bénéficiant jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1993 des recettes provenant de la publicité sur le tabac. »

## L'agencement administratif

Pour des raisons d'annuité budgétaire, et compte tenu de la mission générale du Réseau national de santé publique, ces 100 MF ont été versés à cette structure.

Une convention fut donc signée le 8 janvier 1993 entre la DGS et le RNSP pour charger celui-ci de procéder à l'attribution des crédits. Cette convention l'autorisait en outre à utiliser 20 % de cette somme aux « actions de surveillance, de prévention et de structuration » spécifiques de ce dernier (maladies trans-

missibles, environnement, matériel biomédical).

Ainsi, la mise en œuvre de ce que nous appellerons le *Fonds d'intervention en santé publique* (FISP) a fait intervenir trois partenaires :

► la direction générale de la santé attributaire en première instance de ces 100 millions et responsable de la politique de santé publique ;

► le Réseau national de santé publique (RNSP), gestionnaire de cette somme, suivant les procédures instituées par la convention constitutive du GIP signée le 18 Juin 1992 qui prévoit notamment l'avis préalable du conseil scientifique du Réseau ;

► le Haut Comité de la santé publique (HCSP), en raison de la généalogie de l'opération et du rôle plus général que lui donne le décret n° 91-1216 du 3 décembre 1991 de « faire des propositions pour le renforcement des actions de prévention et d'amélioration de la santé publique ».

## La procédure de sélection

Il était important d'élaborer une procédure à la fois consensuelle et rigoureuse pour permettre de répartir ces crédits, au mieux des intérêts de la santé publique.

Entre les représentants du RNSP, du HCSP et de la DGS, il fut donc décidé de

procéder de la façon suivante : un appel d'offre informel et restreint permettant de solliciter les principaux intervenants et partenaires dans le domaine de la santé publique (cf. lettre du 19 février 1993, encadré ci-contre page 6).

Les projets adressés au RNSP furent ensuite examinés par quatre instances :

- le conseil scientifique du RNSP élargi en nombre égal d'experts représentant le Haut Comité (soit 26 rapporteurs) était chargé de fournir un classement des projets sur la base d'un jugement technique ;

- le comité de pilotage constitué des quatre membres du conseil d'administration du RNSP et de quatre membres du HCSP, était chargé de faire une sélection définitive sur la base des propositions de l'instance précédente mais en introduisant des critères plus généraux de répartition du budget, de pertinence en termes de santé publique, d'équilibre entre les thèmes retenus, d'équilibre entre les organismes bénéficiaires, etc. ;

- le cabinet du ministre chargé de la Santé examinait ensuite les propositions du comité de pilotage transmises par son président, le directeur général de la santé ;

- le conseil d'administration du réseau prenait la décision finale.

Le directeur du Réseau passait ensuite les conventions avec les organismes retenus.

Les modalités du suivi technique des conventions ne sont pas à ce jour définies. L'on pourrait imaginer de mettre sur pied des comités de pilotage tripartites (RNSP, DGS, HCSP) par grand thème (tabagisme, cancer, médecine générale,...).

### Les critères de sélection des projets

La lettre du 19 février 1993 donnait un cadre aux soumissionnaires : il fallait que leur projet se rattache aux six objectifs définis par le Haut Comité dans son rapport « stratégie pour une politique de santé » (cf. encadré ci-contre). Ce ciblage, bien que très large, éliminait d'emblée les recherches à caractère fondamental.

Une grille d'évaluation (voir encadré page 7) fut fournie pour permettre aux rapporteurs du groupe scientifique et à un expert DGS d'apprécier les projets, ce dernier étant invité à être spécialement attentif à la pertinence du projet en termes de santé publique et à sa capacité à s'intégrer dans un programme de santé publique.

Ainsi chaque projet a-t-il été adressé pour évaluation à 2 rapporteurs (un rapporteur du RNSP, un rapporteur du HCSP) et à un expert DGS.

Les experts du Groupe scientifique du FISP ont ensuite voté sur la base de ces rapports et d'une discussion générale en

donnant à chaque projet une note allant de 4 à 1.

### Les résultats de la sélection

- Jusqu'à la date limite du 15 mars 1993, 319 projets ont été présentés au RNSP (286 après élimination des doublons).

- Ces projets représentaient une demande de 415 MF (y compris les doublons).

- Le comité de pilotage a retenu 86 dossiers totalisant un budget de 45 328 200 francs ; cette somme correspondant *grosso-modo* aux projets ayant franchi la barre de la note moyenne.

- Les résultats de l'appel d'offre ont été notifiés par le RNSP aux promoteurs.

### Quelques éléments sur le contenu des projets

Alors que la lettre d'information de la DGS du 19 février 1993 n'avait eu qu'une diffusion restreinte – en raison des délais impartis qui, initialement, imposaient une sélection définitive des projets pour la fin du mois d'avril – la nouvelle des 100 millions s'est rapidement répandue. Entre le 10 et 15 mars arrivèrent non pas la cinquantaine de projets attendus mais six fois plus.

Du point de vue des thèmes de santé publique figurant dans les dossiers proposés, les plus fréquents furent par ordre décroissant :

Cancer .....	27
Tabagisme .....	23
Environnement .....	22
Médecine libérale .....	22
Maladies infectieuses .....	21
Périnatalité et reproduction .....	19
Facteur sociaux de la santé .....	19
Adolescence jeunesse .....	18
Alcool .....	18
Professions de santé .....	11
Maladies mentales .....	11
Vieillesse .....	10
Maladies cardio-vasculaires .....	9

Il est intéressant de voir que l'approche classique par pathologie a été sérieusement concurrencée par l'approche par facteurs de risque (facteurs sociaux, ta-

### Objectifs définis par le Haut Comité de la santé publique

#### 1

Améliorer et valoriser la connaissance de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de soins.

#### 2

Diminuer les risques liés à l'exclusion ou aux conditions sociales défavorables.

#### 3

Diminuer le nombre de décès évitables par des actions à court terme.

#### 4

Sensibiliser à la démarche de santé publique et mieux éduquer aux problèmes de santé.

#### 5

Améliorer la qualité et l'organisation des soins.

#### 6

Développer l'évaluation et le suivi des politiques publiques ayant un impact sur la santé.



## Grille d'évaluation des dossiers soumis au groupe scientifique *ad hoc* du fonds d'intervention en santé publique

- 1 Le projet entre-t-il dans le champ des objectifs du rapport « stratégie pour une politique de santé » ?
- 2 Le projet fait-il double emploi avec une étude ou une action déjà réalisée ou en cours ?
- 3 **Pertinence en termes de santé publique**
  - 3.1 Importance du sujet en termes de :
    - morbidité/mortalité
    - organisation/qualité des soins
    - coût pour la société
    - évaluation de la politique de santé
  - 3.2 Intérêt de la démarche en termes d'apport de connaissances :
    - connaissances nouvelles
    - connaissances actualisées
  - 3.3 Retombées en termes de programme de santé publique :
    - le projet apporte-t-il du nouveau ou du décisif :
      - . en matière d'observation et de surveillance
      - . en matière de prévention
      - . en matière d'organisation des soins ?
- 4 **Méthodologie**
  - 4.1 Les objectifs poursuivis sont-ils clairs ?
  - 4.2 Le projet présente-t-il un intérêt particulier du point de vue de l'approche ou de la démarche ? ex : caractère novateur.
  - 4.3 Comment le projet est-il replacé dans le contexte des travaux ou des actions réalisés sur le même sujet ?
  - 4.4 Les outils recueil de données sont-ils pertinents ?
  - 4.5 Les outils d'analyse et d'interprétation sont-ils valables ?
  - 4.6 La population participe-t-elle à l'élaboration de l'action présentée ?
  - 4.7 L'action proposée est-elle évaluable (définition d'objectifs et d'indicateurs).
  - 4.8 L'action prévoit-elle précisément une évaluation ?
- 5 **Réalisateurs du projet (promoteur - responsable - équipe - collaborateur)**
  - 5.1 Compétence
  - 5.2 Expérience
  - 5.3 Intersectorialité
- 6 **Délais de réalisation**
  - 6.1 Le projet se suffit-il à lui-même ?
  - 6.2 Le projet nécessite-t-il des compléments ultérieurs ?
  - 6.3 Le projet s'achève-t-il en fin 1993 ?
  - 6.4 Les délais proposés sont-ils réalistes ?
- 7 **Coût du projet**
  - 7.1 Le budget est-il adapté à l'objectif et aux moyens du projet ?
  - 7.2 Le budget devrait-il être modifié ?

bac, alcool, environnement) et par le thème de « la santé des populations ». De même, les problèmes de filières de soins et du rôle des professions de santé et en particulier de la médecine libérale ont inspiré un grand nombre de projets. L'on a pu ainsi noter l'émergence de nouveaux interlocuteurs en santé publique : réseaux de médecins, conseils généraux, municipalités, à côté des promoteurs classiques (INSERM, CHU, CFES, Comité national contre le tabagisme, etc.).

Le conseil scientifique et le comité de pilotage ont été sensibles aux nouvelles approches. C'est en effet dans le secteur des approches populationnelles et des approches des professions que le taux de projets acceptés a été le plus élevé.

Cette première phase de l'opération FISP vient seulement de se concrétiser par la sélection et la notification des 86 projets. La procédure de suivi de ces projets et le mode de gestion de la deuxième tranche de crédits n'étant pas encore définitivement arrêtés, il est beaucoup trop tôt pour analyser sa pertinence et ses effets en termes de décisions en santé publique. Elle est cependant extrêmement révélatrice de l'ampleur des besoins en études et en actions dans le domaine de la santé publique, significative de la mobilisation extrême des équipes d'intervention et de recherche et de leur capacité de réponse rapide et de qualité, et enfin riche d'enseignement sur l'acceptation désormais très large du concept de santé publique. ■

### **Bernadette Roussille,**

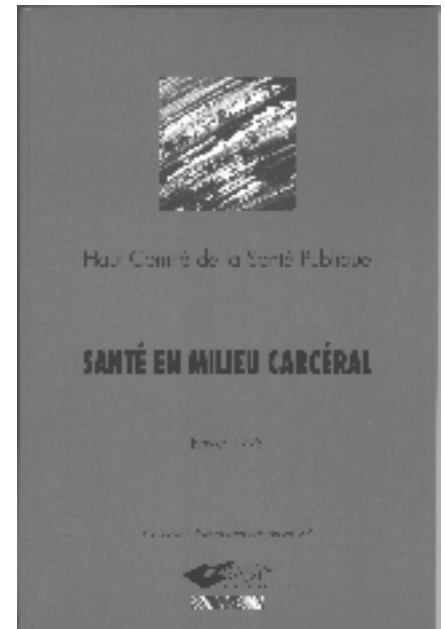
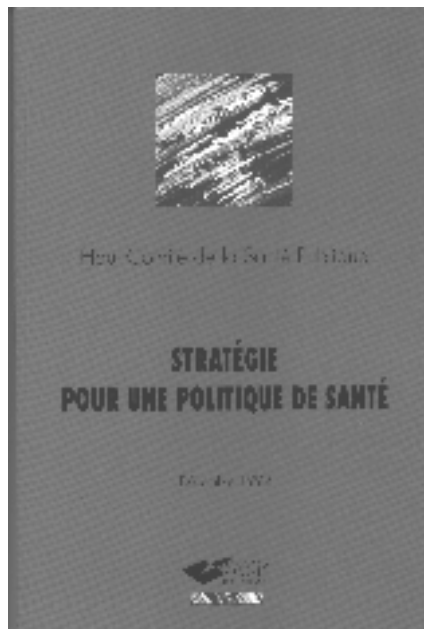
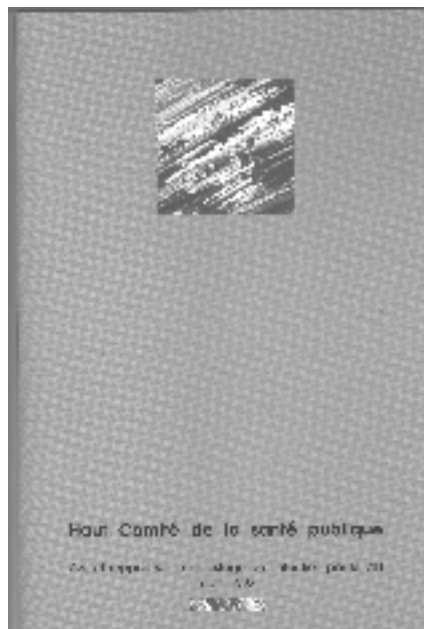
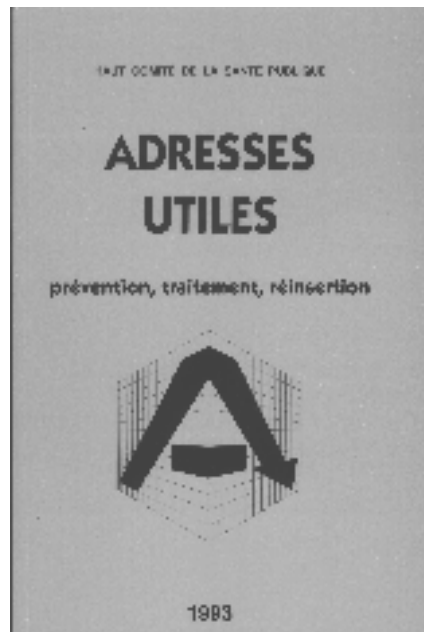
Inspecteur général des affaires sociales, chargée d'une mission d'appui pour le fonds d'intervention en santé publique

La liste complète des projets financés au titre de cette procédure fera l'objet d'une publication dans le prochain numéro d'*Actualité et dossier en santé publique*



# Publications du Haut Comité de la santé publique

Toutes ces publications  
sont disponibles au 15  
septembre 1993 et seront  
envoyées gracieusement  
sur simple demande écrite





# Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires

**Sigle**  
FNPEIS

**Date de création**  
5 janvier 1988

**Textes de référence**  
Loi du 5 janvier 1988  
Décret du 18 mai 1989

**Tutelle**  
Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville

**Moyens**  
1 205,620 MF (Budget 1993)

**Effectif**  
Le service Mission prévention et santé publique est composé de 10 personnes.

**Responsables**  
M. le P<sup>r</sup> Hubert Allemand, professeur de santé publique  
M<sup>me</sup> Gautier-Pascaud, sous-directeur

**Coordonnées**  
CNAMTS  
Service Mission prévention et santé publique  
66, avenue du Maine  
PARIS CEDEX 14  
Téléphone 42 79 31 07

**Statut**  
Fonds géré par la Mission prévention et santé publique, sous la responsabilité du médecin conseil national. Cette Mission est rattachée à l'Échelon national du service médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, établissement public national à caractère administratif.

**Objectifs**  
Développer des actions de santé publique à réaliser en collaboration avec tous les partenaires intéressés, notamment les professionnels de santé avec évaluation médicale, sociale et économique

**Organisation et fonctionnement**  
Le programme du FNPEIS est fixé par arrêté publié au *Journal Officiel*. L'arrêté du 28 janvier 1993 a défini un programme cadre, valable sans limitation de durée répertoriant les actions en deux grandes catégories :  
➤ les actions d'envergure nationale,  
➤ les actions pilotes ou expérimentales menées à l'échelon départemental en vue d'une généralisation.

**Particularités**  
Les actions locales sont conduites à l'initiative des caisses qui, sur appel d'offres, présentent des projets d'actions soit en qualité de site expérimental (ex : dépistage de certains cancers), soit dans le cadre de la déclinaison locale des campagnes d'information nationale (bon usage du médicament, accidents de la vie domestique, sida, alcool,...).

**Missions**  
Mettre en œuvre, gérer et assurer le financement d'actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires propres à améliorer l'état de santé générale de la population.

**Partenaires privilégiés**  
➤ *Au niveau national*  
Le ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministère de l'Économie et des finances, le Comité français d'éducation pour la santé, l'Agence française de lutte contre le sida, l'Association française pour la prévention et le dépistage des handicaps de l'enfant.  
➤ *Au niveau local*  
Les caisses d'assurance maladie conduisent leurs actions dans le cadre d'un multipartenariat associant les réseaux des partenaires nationaux et locaux (professionnels de santé, conseils généraux, associations,...).

**Perspectives et projets**  
Poursuivre et optimiser les actions de santé publique.

**Actions et Publications**  
➤ Animation du réseau des 55 centres d'examen de santé (700 000 examens par an).  
➤ Campagnes d'information nationale sur des thèmes d'éducation pour la santé : bon usage du médicament, tabagisme, consommation excessive d'alcool, accidents de la vie domestique, sida, vaccination ROR, grippe avec relais au niveau local par l'intermédiaire des caisses d'assurance maladie.  
➤ Programme de vaccination anti-grippale.  
➤ Programme de dépistage de certains cancers (du sein, colo-rectal, du col de l'utérus).  
➤ Actions nationales de dépistage de certains handicaps de l'enfant (diagnostic prénatal et néonatal) et de l'adulte.  
➤ Actions locales d'hygiène bucco-dentaire.  
➤ Actions expérimentales de prise en charge de consultations d'orientation en faveur des bénéficiaires du RMI et mise en œuvre de programmes coopératifs de prévention des accidents de la vie domestique.

# L'action de l'OMS pour les pays de l'Europe centrale et orientale

Après l'effondrement du bloc soviétique, la « région » européenne de l'OMS est passée de 31 à plus de 50 pays. La situation sanitaire très préoccupante de ces nouveaux pays a nécessité la mise en place de programmes spécifiques.

**D**epuis ces dernières années, tous les pays de l'Europe centrale et orientale sont le cadre de profonds bouleversements politiques et économiques qui affectent leurs systèmes de santé et provoquent des détériorations parfois dramatiques de la santé de leurs populations.

Pour faire face à cette situation qui diffère par bien des aspects de celle des pays en développement, l'OMS a dû adopter de nouvelles formes d'intervention. Cette tâche incombe en grande partie au bureau régional de l'Europe. Avec le soutien du siège de l'OMS, il a dû adapter rapidement ses programmes et ses ressources aux besoins accrus d'un nombre plus important de pays.

La région européenne de l'OMS comptait 31 pays en 1989, elle en compte aujourd'hui une cinquantaine. Mais plus

que le nombre c'est la situation sanitaire de 25 de ces pays qui est préoccupante.

## L'effondrement d'un système

L'Europe centrale et orientale ne constitue pas (ou plus) un bloc homogène, mais présente des variations selon les pays ou plutôt selon des groupes de pays en fonction de leur état de développement et de la dépendance qu'ils avaient à l'égard du système soviétique. Ce système se caractérisait par une forte centralisation de sa gestion, de ses échanges et de la circulation de l'information. Son effondrement a été plus dommageable pour les pays qui dépendaient étroitement du centre et en particulier les nations issues de l'ancienne Union soviétique. Par contre, la situation est en général meilleure pour les pays de l'Europe centrale qui possédaient une plus grande autonomie.

Schématiquement, on peut dire à quelques exceptions près (notamment l'Albanie), que plus l'on avance vers l'est et plus les problèmes de santé sont graves, les pays de l'Asie centrale étant les plus touchés.

Les responsables de ces pays considè-

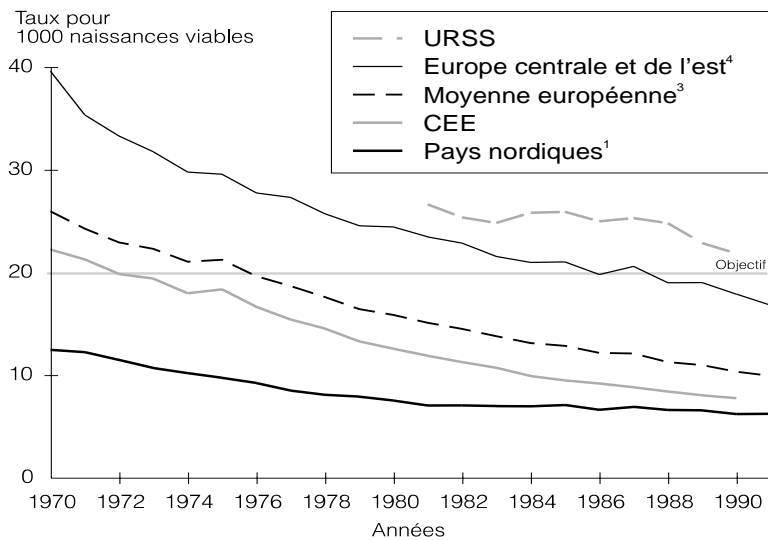
rent souvent que l'un de leur principal problème, conséquence directe de l'effondrement du système antérieur, est l'isolement qui les prive de leurs sources extérieures d'information.

## La gestion et le financement des soins

L'organisation, la gestion et le financement des services de soin constituent un problème général. Les infrastructures existent, souvent trop nombreuses et superposées. Le personnel de santé est pléthorique, peu motivé et sous payé. L'efficacité du système et la qualité des soins sont médiocres. Partout se pose la question de la formation des personnels aujourd'hui mal adaptée à la gestion et aux techniques médicales modernes. Au centre des préoccupations se trouve le financement du système de soin. Autrefois exclusivement étatique, il ne posait ou ne semblait pas poser de problème. Aujourd'hui, les réformes des systèmes de santé en cours sont concomitantes de restructuration des économies que l'on ouvre au marché. La plupart du temps les modèles occidentaux servent de référen-

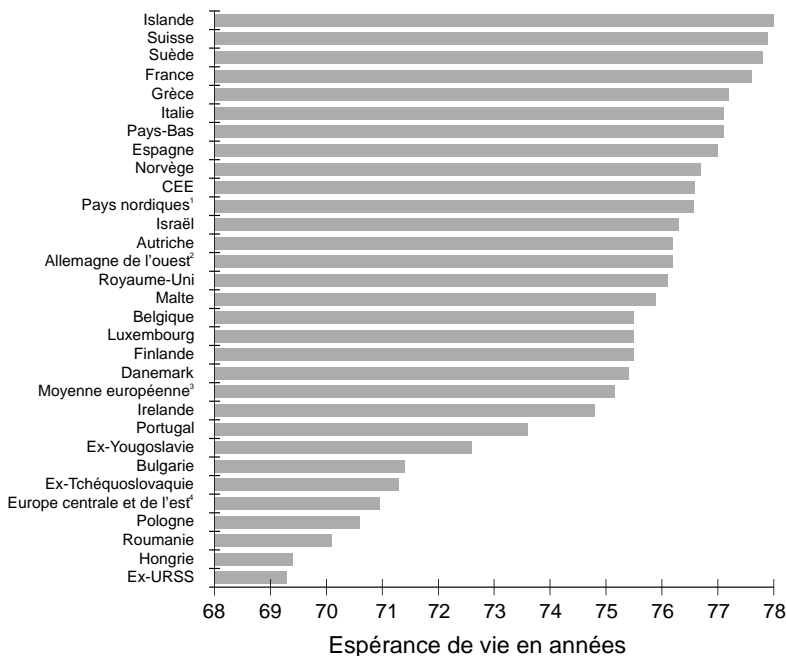
## L'état de santé de la population

Figure 1 **Mortalité infantile**



Certaines populations sont particulièrement exposées. Ainsi la mortalité des hommes adultes est très supérieure à celle que l'on constate dans les pays de l'Ouest et du Nord de l'Europe. Pour les femmes et les enfants, les taux de mortalité et de morbidité sont aussi très élevés. La planification familiale dans les pays les plus pauvres, notamment ceux d'Asie centrale, fait en général cruellement défaut et l'avortement tient souvent lieu de contraception. Le nombre important de grossesses par femme et leur faible espacement se traduit par un mauvais état de santé des mères et des enfants. Les anémies, les diarrhées et les infections respiratoires sont très fréquentes. Le relâchement des programmes de vaccinations, dû au manque de vaccins et les mauvaises conditions d'hygiène, provoquent une recrudescence de certaines maladies infectieuses telles que la tuberculose, la diphtérie, la poliomyélite, les hépatites et plus récemment le choléra, maladies aggravées par des carences alimentaires. Il faut signaler par ailleurs le bas niveau général de l'allaitement maternel.

Figure 2 **Espérance de vie à la naissance**




<sup>1</sup> Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède

<sup>2</sup> Avant 1991

<sup>3</sup> Moyenne de 27 pays

<sup>4</sup> Bulgarie, Tchécoslovaquie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Yougoslavie

Sources : base de données statistiques HFA, Unité ESI, bureau européen de l'OMS. Données des années 1989, 1990, 1991



ce sans analyse critique suffisante de leurs forces, de leurs faiblesses et de leur adéquation à la situation des pays concernés. À cet égard, la responsabilité des pays occidentaux et des organisations internationales est grande, et les exemples et conseils qu'ils sont amenés à donner devraient surtout aider les pays concernés à trouver la voie qui correspond le mieux à leurs besoins et à leurs possibilités. Le passage trop rapide d'un système de santé étatique à un système largement privatisé ou financé exclusivement par des caisses d'assurance se traduirait inévitablement par des inégalités de santé et l'exclusion de certaines populations du système de soin.

### Les pays en guerre

Enfin, il faut évoquer les guerres qui se sont multipliées ces dernières années dans la région européenne. Elles touchent aujourd'hui de nombreux pays: ex-You-

goslavie, Tadjikistan, Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie et ont des conséquences dramatiques sur la santé des populations. Sans résoudre les problèmes de fond l'aide humanitaire envers ces populations est primordiale.

### L'aide internationale

L'aide internationale tant bilatérale que multilatérale envers ces pays s'est rapidement développée. Mais dans le domaine de la santé elle se heurte à des obstacles. Tout d'abord la sous-estimation des besoins sanitaires tant par les autorités des pays concernés que par les organisations et les pays qui offrent leur soutien. La priorité absolue est donnée en général au développement de l'industrie, de l'énergie, de l'agriculture, du système fiscal, des transports et des télécommunications au détriment des secteurs sanitaires et sociaux. Or sans développement sanitaire et social, il ne pourra y avoir de

véritable développement économique. Le second obstacle concerne la coordination de l'assistance. Il s'est avéré très difficile, au moins dans un premier temps, d'organiser l'aide sanitaire de façon coordonnée et rationnelle sur la base d'une véritable évaluation des besoins. Ce manque d'organisation initial a réduit l'efficacité de l'aide qui de ce fait s'est révélée parfois inutile ou inadaptée, voire dangereuse dans certain cas.

### EUROSANTÉ

Pour sa part, l'OMS a d'abord cherché à évaluer dans chacun des pays les implications des changements intérieurs sur la santé des populations. Des missions ont été très tôt organisées dans les pays concernés et des consultations ont été entreprises auprès de leurs responsables. Un groupe mondial de l'OMS pour l'aide au pays de l'Europe centrale et de l'Est a été constitué en 1990. Au niveau du bureau régional de l'Europe, un programme spécifique appelé EUROSANTÉ a été lancé également en 1990 afin « d'intensifier la coopération sanitaire avec les pays d'Europe centrale et orientale ». Il s'agit d'un plan d'action financé par le budget régulier de l'OMS, mais son but est également de recueillir des fonds extra-budgétaires. Comme la politique de la *santé pour tous* développée par le bureau régional de l'Europe, le programme EUROSANTÉ a pour objectif prioritaire la lutte contre les inégalités de santé. Il couvre l'ensemble du champ de la santé : services de soins, qualité des soins et prévention des maladies, promotion des modes de vie sains, environnement et santé. Il propose 21 projets (voir ci-contre) concernant les besoins urgents, mais aussi ceux s'inscrivant dans le long terme. Dans la sélection des projets il a été tenu compte des besoins exprimés par les pays et de l'expérience acquise au cours des années par le bureau régional de l'OMS dans de nombreux domaines lui permettant ainsi de mettre à la disposition de pays concernés, son expertise, ses réseaux, son savoir-faire et les informations comparatives qu'il possède. Ceci s'avère très utile pour

## État de l'environnement

Les négligences et les erreurs constatées presque partout dans le processus d'industrialisation forcée ont des répercussions sur la pollution atmosphérique et la qualité des eaux. D'autres problèmes touchent plus spécifiquement un ou plusieurs pays. On peut citer la désertification consécutive à l'appauvrissement en eau de la mer d'Aral, les effets des radiations dans les zones où ont été effectués des essais nucléaires (Kazakhstan) et les suites très graves et très étendues de la catastrophe de Tchernobyl. Les pays concernés ont beaucoup de difficultés à évaluer et à gérer ces problèmes majeurs et à mettre en place des structures de protection adéquates et économiquement réalisables.

## Mode de vie et santé

Un autre grand domaine de préoccupation pour les pays de l'Europe centrale et orientale est celui des modes de vie et de la santé. Les facteurs de risques tels que le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, déjà largement existants dans le passé, ont semble-t-il été stimulés par l'ouverture des marchés.

En Europe centrale en particulier, on voit l'éclosion sans limite de publicités vantant les mérites du tabac et de l'alcool en jouant abusivement sur l'attrance des jeunes de l'Est pour les modes de vies occidentaux. Pratiquement dans tous les pays, les responsables soulignent leur inquiétude devant la montée rapide des toxicomanies et le danger du développement du sida.



## EUROSANTÉ

### Liste des projets

- 1 Utilisation des médicaments et approvisionnement
- 2 Programmes de vaccination et vaccins
- 3 Equipement et fournitures destinés aux hôpitaux et aux services de soins primaires
- 4 Politiques de santé

#### Services de santé

- 5 Réforme des services de santé
- 6 Développement des services de soins primaires
- 7 Formation à la gestion et renforcement des écoles de santé publique
- 8 Systèmes nationaux d'information sanitaire

#### Prévention des maladies et qualité des soins

- 9 Qualité des soins
- 10 Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI)
- 11 Santé maternelle et infantile
- 12 Vieillir en bonne santé

#### Promotion d'un mode de vie sain

- 13 Cités-santé
- 14 La santé à l'école
- 15 Les jeunes en l'an 2000
- 16 Sida
- 17 Santé mentale

#### Environnement et santé

- 18 Hygiène de l'environnement et appui informationnel
- 19 Etudes de préinvestissement dans le cadre des projets liés à l'environnement
- 20 Développement de ressources humaines dans le domaine de l'environnement et de la santé
- 21 La santé au travail

guider les processus de réforme en cours et assurer une meilleure utilisation des fonds alloués par les donateurs.

### L'intervention de l'OMS

Pour mettre en œuvre ce programme le bureau européen de l'OMS a dû adapter ses activités, sa structure et son budget et faire évoluer ses modes d'intervention au niveau des pays. Un accord de collaboration a été passé avec chacun des pays de l'Europe centrale et orientale. Un budget spécial d'environ 3 millions de dollars provenant du budget régulier a été alloué pour une période de 2 ans aux projets

inclus dans ces accords. Notoirement insuffisants, ces fonds sont complétés par la recherche systématique de partenariat et de financements complémentaires extra-budgetaires.\* Toutes les unités techniques du bureau régional se sont mobilisées et consacrent actuellement 60 % de leurs ressources aux pays de l'Est. Elles sont aidées dans leur tâche par l'ouverture dans une quinzaine de pays de bureaux de liaison assurant l'interface entre le

\* La France est l'un des partenaires principaux. Elle contribue sous différentes formes à l'effort de soutien aux pays de l'Europe centrale et orientale. Elle a notamment créé à Nancy un bureau de projets qui fait partie du département de l'environnement et de la santé du bureau régional.

bureau régional et le pays. Un nouveau département responsable de la coordination des activités dans les pays a été créé. Il est doté notamment de deux unités spéciales d'intervention chargées de déterminer les besoins en médicaments et vaccins et de trouver les finances nécessaires à leur achat. Enfin, une banque de données spécifique est en cours de création pour fournir en permanence des informations sur la situation sanitaire des pays de l'ancienne URSS et sur leurs besoins prioritaires en médicaments, vaccins et matériel médical et chirurgical de base.

En ce qui concerne les pays en guerre et notamment l'ex-Yougoslavie, le bureau régional a recueilli les fonds nécessaires pour s'investir dans une forme d'action humanitaire nouvelle pour lui. Une équipe d'une cinquantaine de personnes basée sur le terrain évalue l'état sanitaire des populations, apporte un soutien médical et psychologique aux victimes, développe des programmes de réhabilitation et assure le ravitaillement des institutions sanitaires en matériel médical et d'hygiène.

Tous ces changements se mettent progressivement mais rapidement en place pour permettre à l'OMS de jouer pleinement, auprès des pays mais aussi des autres organisations, un rôle de conseiller et d'expert en faisant bien entendu appel aux nombreux réseaux existant de par le monde et avec lesquels elle travaille régulièrement.

Dans la conception, la réalisation et l'évaluation des actions on s'efforce de respecter les principes suivants :

- s'appuyer sur une information de qualité concernant en particulier les besoins et les ressources,
- favoriser la collaboration et la coordination avec l'ensemble des intervenants,
- privilégier l'aide active et formatrice pour conduire le plus rapidement possible le pays vers l'autonomie et non vers un état d'assisté permanent. ■

#### Docteur Marc Danzon,

Directeur du département du développement sanitaire des pays, Organisation mondiale de la santé, bureau régional Europe.

# Action future dans le domaine de la santé publique

**L'**entrée en vigueur du traité de Maastricht va introduire la santé publique dans le champ des compétences de la Communauté européenne (cf. *Actualité et dossier en santé publique*, n° 3, juin 1993)

C'est pourquoi, après plusieurs mois de réflexion et de consultations, le Conseil *santé* a adopté une résolution « concernant l'action future dans le domaine de la santé publique » (résolution du Conseil et des ministres de la santé réunis en Conseil du 27 mai 1993, voir texte p. 36). Ce texte constitue, pour le moment, le texte de référence de la future politi-

que communautaire de santé publique, en attendant le programme d'actions pour la préparation duquel il a mandaté la Commission.

Il est intéressant parce qu'il situe le champ, les modalités d'élaboration et de mise en œuvre qu'a retenues le Conseil pour cette future intervention de la Communauté en matière de santé publique.

## Champ

Le Conseil rappelle dans son préambule que la politique de santé publique en tant que telle est de la responsabilité des États membres et fait à nouveau référence à l'application du principe de subsidiarité. Il souligne donc bien que la Communauté européenne n'entend pas se substituer aux États dans ce domaine.

Conformément à l'article 129 du traité de Maastricht, il centre la future politique communautaire sur la prévention « dans le but d'assurer un niveau élevé de protection de la santé ». Par contre dans le point 10 de la définition du cadre, il introduit également l'observation (« une amélioration de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données... »).

## Élaboration

La démarche retenue pour la définition de cette politique repose sur :

► le principe d'une programmation pluriannuelle, la Commission a été mandatée pour établir un plan à long terme (6 ans) et un programme de travail à moyen terme (3 ans). Cette programmation doit cependant être sou-

ple et réajustée périodiquement en fonction des éléments que devrait apporter une évaluation régulière ;

► la détermination de priorités pour laquelle quatre types de critères sont déjà retenus : la gravité et l'efficacité, la « valeur ajoutée communautaire » (toujours le principe de subsidiarité), la complémentarité avec d'autres politiques communautaires, la cohérence avec l'intervention d'autres organisations internationales.

Si cette démarche n'est pas nouvelle en santé publique, on peut noter avec intérêt son introduction au niveau de la politique communautaire.

## Mise en œuvre

Cette résolution ne fait qu'ébaucher ce que pourraient être les moyens d'action de cette politique. Elle cite les échanges d'expériences, de personnels, la constitution de réseaux.

Elle officialise la création d'un Haut Comité pour assister la Commission dans l'élaboration et le suivi de ces futurs programmes.

L'avenir des programmes actuels – lutte contre le cancer et lutte contre le sida –, semble par contre incertain : ils doivent être évalués et ils devraient s'inscrire dans ce plan global.

Par ailleurs, cette résolution insiste sur la coopération avec les autres organisations internationales ; à cet égard, il est difficile de ne pas remarquer la référence explicite au programme *santé pour tous* de l'OMS, dans la définition des objectifs, *ajouter des années à la vie, ajouter de la vie aux années*. ■

**S. Ch.**

### Europe contre le cancer

Le programme Europe contre le cancer 1990-1994 a été doté de 5 millions d'écus supplémentaires pour l'exercice budgétaire 1994 « afin de maintenir une activité comparable en volume et en nature à celle menée au cours des années précédentes », ce qui porte à 55 millions d'écus la contribution de la Communauté pour les 4 années.

### Europe contre le sida

La Commission a publié un appel d'offre (*Journal Officiel des Communautés européennes* du 18 juin 1993) afin de « développer les projets spécifiques pour six des dix actions prévues dans le plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme Europe contre le sida ». L'appel portait sur les actions 1, 2, 3, 5, 6 et 8 (pour l'intitulé de ces actions voir *Actualité et dossier en santé publique* n° 3 page xxx) La Commission cherche ainsi à relancer ce programme en diversifiant ses actions et ses partenaires.



## RESPONSABLES PÉDAGOGIQUES

F. Grémy (Montpellier)  
F. Kohler (Nancy)  
M. Brémond (ENSP)

## RENSEIGNEMENTS

### ADMINISTRATIFS

Service d'économie médico-hospitalière et actions préventives  
Hôpital Lapeyronie  
34059 Montpellier Cedex  
téléphone 67 33 99 82

Service de la scolarité BP 184  
Avenue de la Forêt de Haye  
54505 Vandœuvre-les-Nancy Cedex  
téléphone 83 59 25 11

Secrétariat du groupe IMAGE  
ENSP  
Hôpital national  
Avenue du Val d'Osne  
94110 Saint-Maurice  
téléphone (1) 43 96 65 29

## PROGRAMME

Cette formation peut être suivie soit en formation initiale sur un an, soit en formation continue en un, deux ou trois ans.

L'enseignement est structuré en modules de 15 à 45 heures et comporte 31 crédits (■) de 15 heures (un module contenant de 1 à 3 crédits). Le module 14 est facultatif et les modules 13 et 16 sont des pré-requis (niveau de base nécessaire préalable à l'enseignement).

Un stage de 4 mois devra être effectué dans une structure hospitalière de gestion de l'information médicale et fera l'objet d'un rapport.

## OBJECTIFS

Il s'agit d'une formation approfondie à la gestion et à l'utilisation de l'information médicale à l'hôpital dans la perspective du développement des départements de l'information médicale (DIM). L'évaluation des procédures médicales et de la qualité des soins et la recherche de l'assurance de la qualité sont une préoccupation actuelle du ministère de la Santé. Celle-ci suppose une bonne connaissance des principes de gestion de l'information médicale et sera, à n'en pas douter, une tâche à laquelle les DIM participeront activement.

Le but de ce DESS est de permettre à ses auditeurs :

- de bien appréhender l'hôpital, son fonctionnement, son environnement ;
- de bien maîtriser les outils méthodologiques nécessaires ;
- d'être à même de constituer pour l'administration hospitalière des interlocuteurs avertis des problèmes de gestion ;
- d'être prêts à comprendre les évolutions qui ne manqueront pas de se produire dans les départements de l'information médicale ;
- d'être des formateurs pour les formations plus légères que la direction des hôpitaux encourage.

## PUBLIC

Cet enseignement est ouvert aux personnes qui ont un niveau bac+4 :

- médecins, pharmaciens et dentistes des hôpitaux ;
- administrateurs des hôpitaux ;
- personnels des services extérieurs de l'État ou des services du département ;
- médecins-conseil et administrateurs des caisses d'assurance maladie et des mutuelles...

Il est également ouvert, en formation continue et à titre dérogatoire, à des personnes ayant un niveau bac+2 justifiant d'une expérience professionnelle dans le domaine de l'information médicale.

## MODULES

- |  |       |
|--|-------|
| 1 L'hôpital, son organisation, son environnement en France et à l'étranger | ■ ■   |
| 2 Systèmes d'information médicale à l'hôpital                              | ■ ■   |
| 3 Dossier du malade  | ■     |
| 4 Clientèle de l'hôpital (case-mix)  | ■ ■   |
| 5 Outils méthodologiques : indexation des dossiers et documents médicaux   | ■ ■   |
| 6 Indexation pratique  | ■ ■ ■ |
| 7 Outils méthodologiques : informatique                                    | ■ ■   |
| 8 Outils méthodologiques : statistique et épidémiologie                    | ■ ■ ■ |
| 9 Évaluation de la qualité de l'information                                | ■     |
| 10 Évaluation  | ■ ■   |
| 11 Management  | ■ ■   |
| 12 Aspects éthiques, juridiques et administratifs                          | ■     |
| 13 Concepts et vocabulaire de la médecine                                  | ■ ■ ■ |
| 14 Outils méthodologiques : techniques de communication                    | ■     |
| 15 Outils méthodologiques : comptabilité et gestion                        | ■ ■   |
| 16 Informatique élémentaire  | ■ ■   |

# L'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail

## Premier bilan de la loi du 10 juillet 1987

**Cinq ans après le vote de la loi sur l'emploi des personnes handicapées, les services du ministère du Travail ont dressé un premier bilan sur l'application de cette loi. Si le nombre de handicapés bénéficiant d'un emploi croît régulièrement en valeur absolue, la proportion handicapés salariés par entreprise reste stable.**

**D**es mesures particulières facilitant l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail ne sont pas une innovation récente : reclasse-

ment des victimes de guerre en 1919 (anciens combattants ou victimes civiles,...), des accidentés du travail (loi du 14 mai 1930), des grands infirmes et

anciens malades (loi Cordonnier du 2 août 1949), enfin l'ensemble des personnes reconnues travailleurs handicapés par la loi du 23 novembre 1957.

La loi prévoyait alors une simple priorité d'emploi des personnes handicapées dans le cadre d'un quota global égal à 10 % de l'effectif de l'établissement pour le secteur privé.

Dans le secteur public, l'obligation d'emploi des personnes handicapées était régie par la législation sur les emplois réservés.

La loi du 10 juillet 1987 renove les dispositions législatives précédentes :

- elle substitue la notion de *priorité d'emploi* à celle d'*obligation d'emploi* tout en diminuant le quota qui passe de 10 % de travailleurs handicapés à 6 % ;
- elle propose aux employeurs diverses solutions leur permettant de s'acquitter de cette obligation (cf. encadré) ;
- elle élargit son champ d'application à l'ensemble des 3 fonctions publiques (État, hospitalière, territoriale).

Au terme de 3 années d'application (1988-1991), un premier bilan de la loi du 10 juillet 1987 concernant les établissements assujettis du secteur privé et semi-public peut être dressé :

- un nombre croissant de travailleurs handicapés bénéficient d'un emploi : 258 000 travailleurs handicapés sont employés en 1991 contre 223 800 en 1988, soit une progression de 15,2 % en 3 ans. Pendant cette même période, l'obli-

### La loi du 10 juillet 1987

Elle a imposé à l'ensemble des entreprises du secteur privé, semi-public et des fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalière l'obligation d'employer :

- les travailleurs reconnus handicapés par la COTOREP<sup>L</sup> ;
- les victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité (réduction de la capacité de travail ou de gain d'au moins les deux tiers) ;
- les anciens militaires et assimilés.

Le quota a été fixé à 6 % de travailleurs handicapés/salariés de l'entreprise.

Cette obligation d'emploi prévoyait une montée en charge sur 3 ans : accroissement du taux de bénéficiaires (de 3 à 6 %

entre 1988 et 1991), accroissement du nombre d'entreprises concernées (entreprises de plus de 34 salariés en 1988, entreprises de 20 salariés et plus en 1991).

L'entreprise peut également choisir de s'acquitter de l'obligation d'emploi en ayant recours au milieu de travail protégé (atelier protégé, centre d'aide par le travail) par la conclusion de contrats de fourniture de sous-traitance ou de services, en versant une contribution à l'AGEFIPH<sup>L</sup> ou en appliquant un accord de branche d'entreprise ou d'établissement agréé par l'autorité administrative.

L'AGEFIPH, pour sa part, encourageait le mouvement en créant des aides financières supplémentaires pour les employeurs comme pour les personnes handicapées.

## L'emploi des travailleurs handicapés pendant la période transitoire (a)

	1988	1989	1990	1991
Obligation d'emploi	3 %	4 %	5 %	6 %
Seuil d'assujettissement	34 salariés	25 salariés	20 salariés	20 salariés
Nombre d'établissements assujettis (1)	52 600	74 100	87 800	88 000
Effectif salarié (2)	7 356 000	7 987 000	8 518 000	8 539 600
Nombre de handicapés déclarés (3)	223 800	235 900	256 300	258 000
Dont :				
<i>Accidentés du travail</i>	131 000	134 000	140 300	136 000
<i>Reconnus par les COTOREP</i>	65 000	70 500	82 100	84 900
Nombre moyen de handicapés par établissement (3)/(1)	4,3	3,2	2,9	2,9
Taux d'emploi de handicapés (3)/(2)	3,0 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %
Assiette d'assujettissement (4)	6 777 600	7 398 900	7 885 900	7 903 200
Unités bénéficiaires proratisées (5)	(c)	264 700	293 600	296 900
Taux d'emploi en UBP (b) par rapport à l'assiette d'assujettissement (5)/(4)	(c)	3,6 %	3,7 %	3,8 %

(a) Compte tenu de la progressivité du taux de l'obligation, le champ d'application de la loi est différent chaque année.

(b) UBP : unité bénéficiaire proratisée<sup>L</sup>.

(c) Pour 1988, ces informations n'étaient pas connues. Le nombre d'unités bénéficiaires non proratisées était de 264 500 et le taux correspondant de 3,90 %

gation d'emploi s'est étendue aux établissements de 34 salariés, puis 25, enfin 20 salariés et plus ; le nombre d'établissements assujettis passait donc de 52 600 à 88 000. Le nombre de travailleurs handicapés par établissement restait remarquablement stable : 3,0 %.

► Même si on tient compte des unités bénéficiaires proratisées<sup>L</sup>, l'objectif de 6 % n'est pas encore atteint. Le nombre d'unités bénéficiaires proratisées augmente : 296 900 en 1991 contre 264 700 en 1989. Le taux d'emploi en unités bénéficiaires proratisées par rapport à l'assiette d'assujettissement<sup>L</sup> est en progression : ce taux est en effet passé de 3,6 % à 3,8 % entre 1989 et 1991. La progression reste limitée (0,1 % par an), encore relativement modeste eu égard aux 6 % à atteindre, mais soutenue malgré les difficultés du marché du travail enregistrées ces dernières années.

► Mais le recours pour les employeurs

aux autres moyens prévus par la loi reste important : plus de 15 % des établissements assujettis à l'obligation d'emploi ont recours aux contrats de sous-traitance avec le secteur protégé. Certains (¼) remplissant déjà l'obligation légale par l'emploi de personnes handicapées.

► Le versement d'une contribution à l'AGEFIPH est le moyen utilisé pour une entreprise sur deux de s'acquitter, au moins partiellement, de l'obligation légale. L'AGEFIPH a ainsi collecté 1 627 millions de francs en 1991 et a aidé 22 000 contrats de travail en 1992, tandis qu'un peu plus de 20 000 personnes handicapées bénéficiaient d'une action de formation.

### Annick Deveau

Médecin inspecteur de la santé publique, directeur du CTNERHI

L

### Lexique

**COTOREP** : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

**AGEFIPH** : Association pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

L'unité bénéficiaire proratisée (UBP) revient à affecter la personne handicapée d'un coefficient supérieur à 1 (1,5, 2 ou plus), selon que son handicap est important, son incapacité permanente élevée, ou lorsqu'il est en cours de formation. Les unités bénéficiaires de l'entreprise sont alors proratisées en fonction du temps de travail des travailleurs handicapés.

L'assiette d'assujettissement correspond à l'effectif salarié de l'entreprise diminué du nombre de postes de travail exigeant des conditions d'aptitudes particulières.

## NOTES

### 19

#### ADOLESCENTS

- Adolescences

#### ALCOOLISME

- Revue Alcoologie
- L'amour et la loi : de l'usage du vin et de la notion d'abus, débat à propos de l'interdit

#### ÉCONOMIE

- Comptes nationaux de la santé, 1990,1991,1992
- Quelques réflexions en économie de la santé, dans *la revue des affaires sociales*

#### ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

- La prévention des accidents domestiques de l'enfant, sous la direction de François Baudier et Anne-Marie Palicot
- RMI et santé, sous la direction de Jean-Yves Fatras et Bernard Goudet
- Parler du sida avec les adolescents, Christine Ferron, Anne Laurent-Beq
- Alimentation et petit budget, Lucette Barthelemy, Annie Moissette, Marion Weisbrod

### 20

#### ÉPIDÉMIOLOGIE

- Épidémiologie, méthodes et pratiques, Claude Rumeau-Rouquette, Béatrice Blondel, Monique Kaminsky, Gérard Bréal

#### ÉVALUATION

- Les recommandations pour la pratique clinique, guide pour leur élaboration

#### OBSERVATION

- La santé des Parisiens : bilan de santé d'une capitale
- Suivi de la toxicomanie et des usages de drogue en Île-de-France entre 1986 et 1991

### 21

- Le sida en Île-de-France : suivi épidémiologique
- Approche de la toxicomanie en Midi-Pyrénées par tableau de bord, bilan 1991

#### OMS

- Si vous êtes chargé de..., guide de gestion à l'usage des responsables des soins de santé primaires

#### PERSONNES ÂGÉES

- Les personnes âgées, dépendance, soins et solidarité familiales, comparaisons internationales, sous la direction de Frédéric Leseman et Claude Martin
- L'action gériatrique, guide pratique à l'usage du médecin généraliste
- Les retraites, la Sécurité sociale en France

#### PROSPECTIVE

- La société française, données sociales 1993

### 22

- Quelle santé pour les Français après l'an 2000 ?

#### PROTECTION SOCIALE

- Consommation médicale et taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, A. Bocognano, Th. Lecomte
- Les comptes de la sécurité sociale

- La santé et la protection sociale dans l'agriculture et l'agro-alimentaire bretons

#### SIDA

### ANALYSE

Pouvoirs contre sida, de la transformation sanguine au dépistage, Michel Setbon  
*par Janine Pierret*

### 23

- Sida, enfant, famille, les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille

#### SOCIÉTÉ

- Santé publique et libertés individuelles
- L'homme et la santé

### 24

- La santé publique et les décideurs en France
- Maladies et médicaments, dans les *Cahiers d'histoire*, sous la direction d'Olivier Faure et Didier Nourisson

#### BANQUES DE DONNÉES

- Éco Santé Régional, Éco Santé France, Éco Santé OCDE, Les trois logiciels de santé du CREDES

### 25

#### SYSTÈME DE SANTÉ

- Système de santé, une comparaison Allemagne, France, Royaume-Uni

#### TOXICOMANIE

- Annuaire des services spécialisés en toxicomanie
- Toxicomanie, santé publique

## ADOLESCENTS

### ADOLESCENCES

Paris, Fondation de France, 1993.

La Fondation de France, associée aux AGF, s'est engagée dans un programme de recherche d'actions et d'information sur le thème de la santé des adolescents et des jeunes adultes.

Dans une perspective de prévention des malaises, des déséquilibres psychologiques et des dérives qui coûtent la vie chaque année à plus de 1 000 jeunes de moins de 25 ans, cet ouvrage propose aux parents et aux éducateurs des repères pour mieux comprendre les enjeux constitutifs de l'adolescence, qui représentent une ouverture qu'il convient de ne pas manquer.

Sur la base de regards portés par des médecins praticiens et confortés par une approche épidémiologique, les multiples aspects qui caractérisent cette période de la vie sont abordés à travers trois axes : les mutations et les transformations, le développement psychologique, les relations avec la famille et l'entourage.

Le parcours s'achève par une table ronde sur le thème « Et la santé, ça va ? » où les auteurs s'expriment sur le rapport qu'entretiennent les adolescents avec leur corps et leur santé et sur les multiples initiatives entreprises par les partenaires institutionnels.

Un livre par ailleurs beau, surtout pour qui est attiré par la photo « noir et blanc ».

## ALCOOLISME

### ALCOOLOGIE

Revue de la Société française d'alcoologie, année 1993, tome 15, n° 2

La nouvelle présentation (maquette, mise en page, réalisation graphique) de la revue « Alcoolo-

gie » qui nous est proposée depuis le premier numéro de 1993, permet une lecture facilitée et agréable.

Le sommaire du numéro deux est organisé autour de quatre parties.

#### ► Mémoires

. l'alcoolisation chez les personnes âgées de Damien Delamaire et Marie-Jeanne Guilloun

. à propos de l'alcoolisme dans la névrose traumatique de Jean-Pierre Duperret et Jacques Marblé

. temps de la crise et crise du temps chez les alcooliques de Lionel Bénichou et impact de l'alcool dans deux populations de même profession : tentative de quantification par questionnaire anonyme de Pierre Trédez, Pierre Ceccaldi et Michel Faruch)

► Alcoologie de terrain, nouvelle rubrique, qui constitue l'innovation la plus intéressante

► Comptes rendus de congrès

► Vie de la SFA.

«Le changement concerne aussi la structure même d'Alcoologie, afin d'étendre le champ des informations et des possibilités d'expression [...] les rubriques de comptes-rendus de congrès et de la vie de la Société ne demandent qu'à être étoffées et, comme pour les articles nous vous espérons...» souligne Jean-Dominique Favre, le directeur de la rédaction.

### L'AMOUR ET LA LOI De l'usage du vin et de la notion d'abus, débat à propos de l'interdit

Actes du colloque, éditeur :  
Association vin-santé-  
plaisir de vivre

Il s'agit des actes d'un colloque qui s'est tenu à Maçon le 21 mars 1992, sous le haut patronnage de l'Office international de la vigne et du vin et du Centre international d'études pédagogiques de Sèvres : comptes rendus des communications et discussions de professionnels très divers (y compris les producteurs) et d'élus locaux

sur le plaisir ou sur les effets induits par les législations.

Renseignements :

Association vin-santé-plaisir de vivre,  
9, rue du Doyenné  
71000 Maçon

## ÉCONOMIE

### COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ, 1990,1991,1992

Ministère des Affaires  
sociales et de la ville,  
service des statistiques,  
des études et des  
systèmes d'information

« Le compte de la santé est un compte satellite qui s'attache à analyser l'organisation de la production et le financement de la fonction santé ». Établis chaque année par le service des études statistiques du ministère des affaires sociales, les comptes nationaux de la santé privilégient deux grands agrégats, la consommation médicale totale et la dépense courante de santé. Le rapport qui a été présenté en juin 1993 s'articule donc autour de ces deux grands agrégats qui analysent l'évolution sur plusieurs années des éléments qui les constituent. Il apporte ainsi des éléments précieux pour suivre l'évolution de la structure de la consommation ou du financement de la santé.

### QUELQUES RÉFLEXIONS EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

dans la revue des affaires  
sociales, n° 2, avril-juin  
1993

« Le champ et la méthodologie de l'économie de la santé diffèrent selon qu'on la définit prioritairement par rapport à son domaine, la santé ou à sa discipline, l'économie. Dans la première acception du terme, qui est une accep-

tion large, l'économie de la santé s'entend comme la science du fonctionnement économique des systèmes de santé. À ce titre, elle intègre les apports venus des horizons disciplinaires les plus variés, [...]. Mais l'économie de la santé dans une définition plus étroite, c'est aussi l'application de la science économique à la santé. » (Claude Le Pen, introduction). Ce numéro de la revue des affaires sociales nous propose donc six articles d'universitaires ou de chercheurs qui, en illustrant ces propos, témoignent de la richesse de ce domaine.

## ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

### LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DOMESTIQUES DE L'ENFANT

sous la direction de  
François Baudier et  
Anne-Marie Palicot  
CFES, collection La santé  
en action, 1993, 312 p.

### RMI ET SANTÉ

sous la direction de  
Jean-Yves Fatras et  
Bernard Goudet  
CFES, collection La santé  
en action, 1993, 320 p.

### PARLER DU SIDA AVEC LES ADOLESCENTS

Christine Ferron,  
Anne Laurent-Beq  
CFES, collection La santé  
en action, 1993, 150 p.

### ALIMENTATION ET PETIT BUDGET

Lucette Barthelemy,  
Annie Moissette,  
Marion Weisbrod  
CFES, collection La santé  
en action, 1993, 164 p.

Ces quatre ouvrages composent la nouvelle collection du Comité français d'éducation pour la santé intitulée « la santé en action » et

sous-titrée « guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé ».

Pour l'élaboration de ces « guides pédagogiques à l'usage des professionnels », le CFES a fait appel à des personnes ressources de son réseau, des « chevronnés » de l'éducation pour la santé qui ont pour la plupart une expérience de pédagogie.

Malgré cette vocation commune de pédagogie tournée vers l'action, ces livres ne négligent pas l'aspect théorique (voire historique) et ils sont bien différents (on se demande même si on ne regrette pas qu'ils n'aient pas la même structure).

L'objet de chacun est défini plus précisément en introduction et le situe à un niveau plus ou moins opérationnel : « renforcer la rigueur méthodologique des actions de prévention » pour le premier ; « illustrer par la connaissance théorique et l'exemple, les démarches d'intervention possibles (qui n'ont pas un caractère figé et immuable » pour le deuxième ; « proposer aux professionnels de la santé et de l'éducation concernés par ce problème, un ensemble de suggestions à méditer, de pistes à explorer, de réflexions à élaborer, de questions à soulever... » pour le troisième ; « proposer un guide d'actions en éducation nutritionnelle tout en laissant chaque acteur réaliser son propre cheminement d'action » pour le quatrième.

Les développements sont en lien avec ces objectifs : plus stratégique pour celui sur les accidents domestiques, plus descriptif pour celui sur RMI et santé, plus nuancé (et humoristique, merci les auteurs !) pour celui sur sida et adolescents, plus concret pour celui sur l'alimentation et les petits budgets.

Chacun de ces guides a très clairement sa valeur et il faut, au passage, saluer cette initiative du CFES. Cependant, après les avoir parcourus, on reste indécis devant ces différences dans l'approche et on n'est toujours pas

très sûr d'avoir compris ce qu'est l'éducation pour la santé.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

### ÉPIDÉMIOLOGIE Méthodes et pratiques

Claude Rumeau-Rouquette,  
Béatrice Blondel,  
Monique Kaminsky,  
Gérard Bréal

*Flammarion, médecine-  
sciences, 1993, 321 p.*

Ce livre qui remplace « méthodes en épidémiologie », paru en 1985, se présente comme un véritable manuel pratique à l'usage des étudiants en santé publique. Il présente de façon très concrète les différents volets de l'épidémiologie avec un ordre croissant de complexité, bien adapté à l'apprentissage de cette discipline.

Toutes les démarches de l'épidémiologie sont passées en revue et en détail avec une minutie toute particulière pour les conduites à tenir. L'évaluation, devenue démarche majeure y est particulièrement développée, l'analyse des enquêtes étiologiques également. Enfin, la mesure et l'estimation du risque font l'objet d'une réflexion globale tout à fait intéressante.

## ÉVALUATION

### LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE Guide pour leur élaboration

*ANDEM, juin 1993, 71 p.*

Depuis une cinquantaine d'années, la médecine est marquée par le développement de plus en plus rapide des nouvelles techniques, qui modifient constamment les modalités de prise en charge diagnostiques.

La difficulté de certains praticiens à intégrer ces données nouvelles explique les variations parfois importantes dans la pratique de certaines interventions, constatées au sein d'une même région.

Afin d'éviter cette situation certains pays développés, depuis quelques années, ont mis au point, pour venir en aide aux praticiens, des recommandations (« guidelines ») concernant le traitement, le diagnostic, les moyens de prévention et la prise en charge de nombreux malades.

Afin d'éviter qu'un nombre inutile de pratiques médicales soient effectuées, que la validité de recommandations ne puisse être mise en doute du fait d'une méthodologie discutable, l'ANDEM présente dans ce guide des méthodes d'élaboration de recommandations, à partir d'une revue exhaustive de la littérature, de contacts avec plusieurs organismes nationaux (aux États-Unis et au Canada en particulier) impliqués dans l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique et de sa propre expérience acquise depuis trois ans dans les études d'évaluation des technologies et des stratégies médicales.

## OBSERVATION

### LA SANTÉ DES PARISIENS bilan de santé d'une capitale

*Éditions Albin Michel,  
1993, 349 p.*

Réalisé par la mairie de Paris et la caisse primaire d'assurance maladie de Paris, cet ouvrage propose une photographie de la santé des parisiens par les différentes approches traditionnelles : âge, facteurs de risque (uniquement l'environnement), pathologies et accès aux soins. Il présente un intérêt à divers titres : fruit d'une collaboration peu répandue, il

constitue un bon exemple de vulgarisation sur un sujet qui intéresse un large public. L'analyse reste succincte cependant et si la conclusion est optimiste – Paris est une ville où l'on se porte plutôt mieux qu'ailleurs –, on se demande tout de même si Paris n'est pas plutôt une ville où l'on se soigne plus qu'ailleurs.

### SUIVI DE LA TOXICOMANIE ET DES USAGES DE DROGUE EN ÎLE-DE-FRANCE ENTRE 1986 ET 1991

*ORS, 1993, 90 p.*

Cette publication présente la collecte de données de sources différentes (Assistance publique, SESI, ministère de l'Intérieur...) concernant le monde de la toxicomanie. Au delà de l'aspect répertoire, l'auteur met en place une batterie d'indicateurs pertinents, afin d'analyser les tendances dans quatre domaines :

- ampleur du phénomène : prévalence de la consommation, recours aux soins
- caractéristiques socio-démographiques des toxicomanes (selon les produits utilisés)
- retentissement somatique : mesure des morbidités et mortalités
- comparaison intra-régionale.

Le suivi évolutif permet ainsi de dégager 3 points :

- une relative stabilisation de l'usage d'héroïne mais une augmentation notable des autres produits de consommation (cocaïne, crack, cannabis)
- l'importance du phénomène en Île-de-France et sa particulière intensité en proche couronne
- un net accroissement du nombre de décès par surdosage en 5 ans, et de séropositifs (environ 20 %).

Compte tenu de l'ampleur du phénomène en Île-de-France, ce rapport régional prend toute sa valeur pour comprendre ce fléau.

suite après le cahier *Dossier* 

## Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool

**L**a lutte contre les conduites d'alcoolisation revêt de multiples aspects s'enchevêtrant et recouvre de vastes problèmes de différentes natures. C'est pourquoi nous n'avons pas voulu rechercher l'exhaustivité sur ce thème. Un premier parti a donc été pris de limiter notre propos à la *réponse* qui est apportée aux problèmes de santé, individuels ou familiaux, liés à une consommation excessive d'alcool ou à une alcoolodépendance ; tout ce qui a

trait à la prévention n'est donc pas développé ; pas plus que ne sont approfondis les différents processus d'alcoolisation.

Un deuxième parti pris nous a conduits à accorder une large place à l'histoire :

histoire d'une prise de conscience, histoire d'un mouvement associatif, histoire de la mise en place d'un dispositif, cet aspect historique nous paraissant nécessaire pour éclairer la situation actuelle. Toute la première partie lui est donc consacrée.

La deuxième partie s'efforce par contre de décrire la situation actuelle : réponse(s) offerte(s) au patient ou à sa famille, par un vaste réseau d'intervenants spécialisés ou non, et d'essayer d'éclairer pour les acteurs de santé ou sociaux qui n'appartiennent pas à ce réseau, ce qui le compose et ce qu'il propose.

Enfin, nous avons demandé pour la partie *Tribune* à quatre alcoologues leur point de vue sur la question qui reste au cœur de notre politique de lutte contre l'alcoolisme : spécificité ou non des phénomènes de dépendance à l'alcool et de leur prise en charge.

### Sommaire

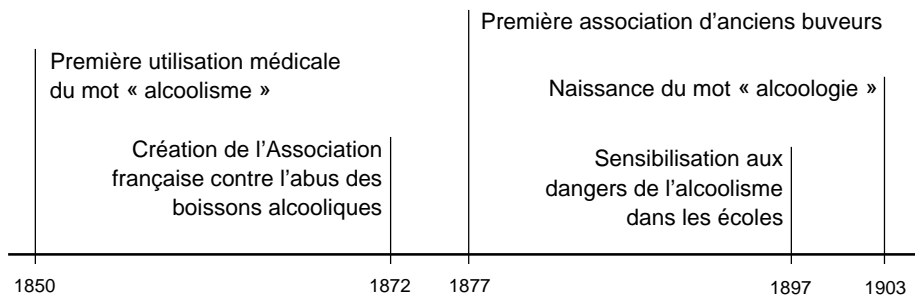
- II Histoire de la lutte contre un « fléau social »
- VII Intervenants, structures et prestations
- XIV Tribune
- XXII Annexes



# Histoire de la lutte contre un « fléau social »

En matière de lutte anti-alcoolique, l'initiative privée a précédé l'intervention des pouvoirs publics. Elle a contribué à la sensibilisation de l'opinion publique et des politiques, à l'implication de l'État, ainsi qu'à la modification de l'approche de l'alcoolisme.

## Une chronologie



## Les précurseurs

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, quelques travaux effectués sur la pathologie alcoolique montrent que l'alcoolisme, vu sous l'angle de la neuropsychiatrie, fait son entrée, timide encore, dans le champ médical (cf. « le buveur du XIX<sup>e</sup> siècle » de Didier Nourrisson). Cela contribue à alerter quelques scientifiques et professionnels de la santé sur le problème de la maladie alcoolique.

Cette prise de conscience se concrétise, à la

fin du siècle dernier, avec la création d'une structure ayant pour vocation la lutte contre l'alcoolisme. Cherchant à réagir au développement du fléau et à ses incidences, tant au plan sanitaire que social, des membres de l'Académie de médecine annoncent, le 12 mars 1872, la création de l'« Association française contre l'abus des boissons alcooliques ». C'est le plus ancien organisme français de prévention de l'alcoolisme, connu aujourd'hui sous le nom d'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA).



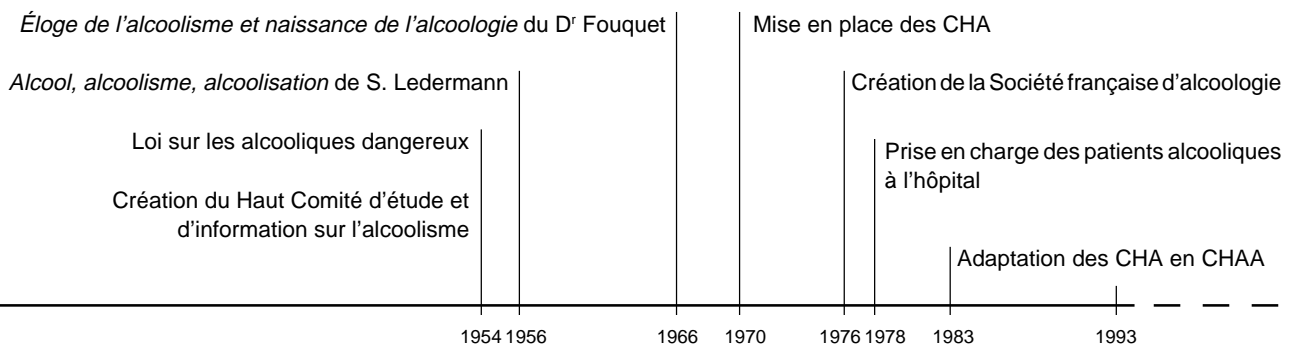
Peu à peu, cartes et tableaux statistiques se multiplient, déclenchant des cris d'alarme des milieux médicaux.

L'objectif affiché est la sensibilisation de la population aux dangers de l'alcool par la diffusion d'informations fondées sur des études scientifiques. Ainsi, des chercheurs vont lancer une action d'éducation sanitaire ambitieuse. Il s'agit véritablement de changer les mentalités, d'écarter les préjugés à l'égard de l'alcool. Notamment, deux idées antagonistes doivent être combattues : les propriétés hygiéniques des boissons alcooliques d'une part, le postulat selon lequel l'alcoolisme est une tare, un vice, d'autre part. Peu à peu, de par ses multiples actions et sa dimension nationale, cette association acquiert ses « lettres de noblesse » et une autorité morale certaine. Elle sensibilise l'opinion publique et incite au développement d'autres mouvements de lutte contre l'abus d'alcool.

Presqu'à la même époque, les mouvements d'anciens buveurs se mettent en place, avec la

lytisme d'autant plus affiché que l'inquiétude s'accroît face à l'augmentation de la consommation d'alcools forts, notamment d'absinthe, à la fin du siècle.

L'âge d'or des associations anti-alcooliques se situe au début du xx<sup>e</sup> siècle. En 1903, elles sont déjà 23 en France, aux origines diverses : à caractère confessionnel, mais aussi à l'initiative du patronat ou des ouvriers, et d'autres vont encore être créées. On peut mentionner Croix d'or (1910), Vie libre (1952), Joie et santé..., mais aussi des mouvements corporatifs tels que Santé de la famille des chemins de fer français (1892) et Union des cheminots abstinents (fusionnés en 1972), Amitié PTT, Amitié EDF-GDF, Amitié présence RATP, Santé amitié ville de Paris, Sobriété éducation nationale, Amitié préfecture, ou encore la Fédération interprofessionnelle pour le traitement et la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (FITPAT)... (voir liste en annexe). Citons enfin un mouvement venu des États-Unis, les Alcooliques anonymes.



préoccupation, là aussi, de sensibiliser l'opinion publique et les politiques au fléau social qu'est l'alcoolisme. L'apparition de ces associations anti-alcooliques va déclencher les débats au niveau politique.

Ces mouvements sont des associations de membres généralement abstinents dont l'objectif est de venir en aide aux personnes en difficulté avec l'alcool, ou à leur entourage. Ils assurent les premiers sevrages ambulatoires.

Ils se développent parmi les couches populaires, s'ouvrant à tous, avec un souci de prosé-

L'engagement de plus en plus ferme des Églises est également un facteur déterminant dans la création de ces associations anti-alcooliques dans les années 1880. Ainsi, à titre d'exemple, la première association d'anciens buveurs mise en place en 1877 en Suisse, la Croix Bleue, est d'obédience protestante, la Croix Blanche, organisée dans les années 1890 est de confession catholique.

Deux écoles s'opposent : l'une, sous l'influence anglo-saxonne, prône l'abstinence, l'autre la tempérance, celle-ci étant à l'époque

## Les grandes dates de l'ANPA

12 mars 1872

Création de l'Association française contre l'abus des boissons alcooliques à l'initiative de l'Académie de médecine

1873

Changement d'appellation, Société française de tempérance

5 août 1905

Elle devient la Ligue nationale contre l'alcoolisme (fusion avec l'Union française anti-alcoolique)

1949

Nouvelle désignation, Comité national de défense contre l'alcoolisme

1989

Prend son appellation actuelle, Association nationale de prévention de l'alcoolisme

la mieux perçue car moins radicale. L'objectif des mouvements d'anciens buveurs est de modifier le rapport de la population à l'alcool. Ils organisent des campagnes anti-alcooliques très virulentes, parfois même provocatrices puisqu'en rupture avec les mentalités d'alors, basées sur la pédagogie de la peur, montrant l'ivrogne dans toute son horreur et sa dégénérescence.

Sous cette pression, les pouvoirs publics commencent à réagir. En 1897, le ministre de l'Instruction publique introduit par circulaire dans l'enseignement scolaire des cours de sensibilisation aux dangers de l'alcoolisme aux points de

vue de l'hygiène, de la morale, de l'économie sociale et politique ; le ton est très moralisateur.

Cependant, la plupart des partis politiques, quelle que soit leur tendance, sont avant tout soucieux de ménager l'opinion publique et manifestent fort peu d'enthousiasme pour voter des mesures anti-alcooliques. Bien sûr des mesures sont prises, qui forment l'embryon de l'actuel code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, dans le but de réglementer la production, la distribution et l'offre de boissons plus que dans le souci de prendre en charge les malades alcooliques. Les préoccupations d'alors font transparaître la volonté d'affaiblir le rôle « politique » que peuvent jouer les débits de boissons.

Dans ce contexte, les mouvements associatifs qui ont perçu la dimension sociale, psychologique et médicale de l'alcoolisme ont déjà une perception très moderne de l'alcoolisme.

## Le tournant des années 50

À partir des années 50, on assiste à une évolution des motivations des volontés politiques, avec un intérêt croissant porté à l'aspect sanitaire de l'alcoolisme. Parallèlement, les professionnels de la santé se mobilisent dans le même sens.

L'institution en novembre 1954 du Haut

Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA) auprès de la présidence du Conseil, illustre bien l'élan nouveau que prend la lutte contre ce fléau. Cette instance a pour mission de « réunir tous les éléments d'information sur les questions relatives à l'alcoolisme, de proposer au gouvernement les mesures de tous ordres susceptibles de diminuer l'importance de ce fléau, d'entreprendre en liaison avec les œuvres intéressées, une campagne d'information du public portant à la fois sur les dangers de l'alcoolisme et sur la possibilité d'arrêter son développement ». C'est l'origine de « l'anti-alcoolisme » d'État.

## La loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux pour autrui

En son article 1, repris par l'article L.355 du code de la santé publique, elle pose que « tout alcoolique dangereux pour autrui est placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire » saisie par les autorités administratives ou judiciaires dans les deux cas suivants :

- ▶ sur le certificat d'un médecin des dispensaires, des organismes d'hygiène sociale, des hôpitaux, des établissements psychiatriques.
- ▶ lorsque à l'occasion de poursuites judiciaires, sont établies des présomptions graves permettant de considérer la personne poursuivie comme atteinte d'intoxication éthylique. L'autorité sanitaire peut également se saisir d'office à la suite d'un rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à une enquête sociale,

La même année est votée une loi essentielle pour la lutte anti-alcoolique. Il s'agit de la loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, loi de santé publique qui s'intéresse à l'alcoolique en tant que malade. Elle est même jugée révolutionnaire dans la mesure où l'alcoolisme n'est plus assimilé seulement à un symptôme d'une maladie mentale ou considéré comme un problème de trouble de l'ordre public ; à travers cette mesure législative, l'alcoolisme devient un problème sanitaire, qui justifie la mise en place de toute une procédure de prise en charge des malades alcooliques. Cette loi, toujours en vigueur, ne vise que

les alcooliques dangereux, elle n'a pas pour ambition de répondre à toutes les formes d'alcoolisme. Mais c'est une étape déterminante dans l'évolution de la lutte contre l'alcoolisme, au regard de la prise en charge des pathologies liées et/ou dues à l'abus d'alcool.

Diverses autres initiatives voient le jour à la même époque.

En 1956, Sully Ledermann, démographe français, publie un ouvrage « Alcool, alcoolisme, alcoolisation ». Cette étude tend à démontrer l'incidence de la consommation moyenne d'alcool d'une population sur la proportion de buveurs excessifs dans cette population (« loi

familiale et professionnelle et parallèlement à un examen médical complet de l'intéressé qui est alors placé sous la surveillance des dispensaires d'hygiène social ou d'organismes sanitaires divers. Si le maintien en liberté est impossible, ou si la personne refuse de se faire soigner, et sur enquête d'une commission médicale, l'alcoolique estimé dangereux peut-être cité devant le tribunal civil. Celui-ci pourra ordonner son placement dans un centre de rééducation pour alcooliques pour une durée de 6 mois minimum.

Cependant, l'application de cette loi a rapidement posé des difficultés du fait que les centres de rééducation spécialisés qu'elle prévoyait n'ont pas été mis en place ; en conséquence, les malades ont été orientés vers les services de psychiatrie. Les médecins ont souvent préféré appliquer la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, remplacée par la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Ledermann »). De nombreux scientifiques et politiques se fondent par la suite sur cette étude pour tenter de faire baisser la consommation moyenne d'alcool afin de faire diminuer le nombre de buveurs excessifs et corrélativement, de pathologies dues à l'alcoolisme. Ce document a constitué et constitue encore un ouvrage de référence.

À la même époque apparaît une nouvelle discipline, l'alcoologie. Le terme *alcoologie* est employé pour la première fois en 1903 par Koppe, puis repris par le docteur Édouard Ceresole à l'occasion d'une communication faite à la Société vaudoise de médecine. Déjà celui-ci

prône l'enseignement de l'alcoologie aux médecins. Toutefois, pour que ce terme trouve un véritable écho auprès des milieux intéressés à la lutte contre l'alcoolisme, il faut attendre l'intervention du docteur Fouquet, en novembre 1966, lors du symposium international de Gand (Belgique). Cet exposé, intitulé *Éloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie*, est à l'origine du succès rencontré depuis lors par ce mot. Ce concept a conduit à la création en 1978 de la Société française d'alcoologie, sous la présidence de Pierre Fouquet.

L'alcoologie est définie comme une discipline consacrée à tout ce qui a trait, dans le monde, à la relation de l'homme à l'éthanol : « production, conservation, distribution, consommation, avec les implications de ce phénomène, causes et conséquences, soit au niveau collectif, national et international, social, économique et juridique, soit au niveau individuel, spirituel, psychologique et somatique » (*Glossaire d'alcoologie*). L'individu ayant des problèmes plus ou moins graves avec l'alcool peut être désormais considéré comme un malade et soigné comme tel.

Pourtant, les pouvoirs publics prennent conscience que la prise en charge des malades alcooliques ne donne pas entière satisfaction. On réalise que l'alcoolisme n'est pris en compte par les praticiens que sous l'angle de ses conséquences pathologiques. C'est indispensable, mais insuffisant si l'on considère que la personne ayant des problèmes somatiques dus à l'alcool est malade médicalement mais aussi socialement. Cette dernière dimension échappe aux préoccupations des praticiens traitant les malades alcooliques, parce qu'il n'en ont pas toujours les moyens et qu'ils se sentent démunis face aux causes de l'alcoolisme.

**ALCOOLISME** [alkolism(ə)] *n. m.* (vers 1850 ; employé pour la première fois dans son acception médicale vers 1852 par un médecin suédois, Magnus Huss, pour résumer l'ensemble des symptômes pathologiques qu'entraîne l'abus d'alcool — 1885, dictionnaire Littré)

**I.** (*stricto sensu*) État pathologique caractérisé par une alcoolodépendance et/ou une alcoolopathie (« Glossaire d'alcoologie », HCEIA).

**II.** (*usage courant*) État pathologique lié à une consommation d'éthanol qui, par sa fréquence et/ou son intensité, est dangereuse pour l'individu (« Glossaire d'alcoologie »). « Il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool. » (P. FOUQUET, in « Alcoologie » de P. BARRUCAND). « Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique ou mentale, leur relation avec autrui, leur bon comportement social et économique, soit des prodromes, des troubles de ce genre ; ils doivent être soumis à un traitement. » (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ). « L'alcoolique est celui qui est dans l'impossibilité de boire modérément : dès qu'il prend un verre, il ne peut plus s'arrêter. » (J.-C. ARCHAMBAULT, « Comprendre et traiter les alcooliques »).

**III.** (*collectivité*) Désigne la situation sociale résultant de l'atteinte d'un trop grand nombre d'individus (« Glossaire d'alcoologie »).

**IV.** (*médical*) Ensemble des lésions viscérales déterminées dans l'organisme par une consommation excessive d'éthanol (« Glossaire d'alcoologie »).

## À partir de 1970, une nouvelle implication de l'État

Devant l'ampleur des incidences sociales, humaines, sanitaires et économiques de ce fléau national, les pouvoirs publics prennent la décision d'institutionnaliser la lutte contre l'alcoolisme. Est alors mis en place un dispositif spécialisé de prise en charge des personnes ayant des problèmes liés à l'alcool, afin d'assurer un accueil de proximité et de permettre une approche globale de l'alcoolisme, notamment en s'intéressant à ses causes.

C'est la naissance des centres d'hygiène alimentaire (CHA), qui deviendront en 1983

d'hygiène alimentaire, à titre expérimental dans un premier temps.

Le souci affiché des pouvoirs publics est de mettre en place des structures ouvertes à tous, localement implantées de façon à faciliter la collaboration avec les diverses structures impliquées à divers titres dans la lutte contre l'alcoolisme : organismes sociaux, justice, médecine du travail et scolaire notamment.

Ce dispositif se met progressivement en place sur le territoire (aujourd'hui, 10 départements sont encore dépourvus de CHAA). Les structures se multiplient après la circulaire du 31 juillet 1975 précisant les principes et modalités de traitement du buveur excessif et définissant la composition et le rôle de l'équipe médico-sociale du CHA, le recrutement de ses malades ainsi que son organisation administrative. Cependant, il apparaît que de nombreux CHA développent leurs activités au-delà des missions initialement dévolues.

La circulaire du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool, adaptant les textes à la réalité, transforme les CHA en CHAA, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. Les CHAA y sont définis comme des structures d'accueil, de soins et de prévention où est assuré le suivi ambulatoire de toute personne confrontée de quelque manière que ce soit à un problème d'alcoolisation.

Le CHAA n'est plus seulement comme le préconisaient les précédentes circulaires, un poste d'accueil, d'écoute et d'urgence, ouvert en permanence, mais devient un lieu d'intervention thérapeutique « ouvert à toute personne ayant un problème d'alcoolisation pour lui-même ou pour un proche ».

Ainsi, en même temps que leur implantation se généralise, les CHAA voient leur vocation s'élargir.

Parallèlement, la circulaire du 28 mars 1978 a engagé les établissements hospitaliers à s'organiser pour pouvoir proposer une prise en charge aux patients ayant un problème d'alcool et certains hôpitaux ont créé une unité d'alcoologie. ■

### Les 3 objectifs de la circulaire du 23 novembre 1970

#### 1

Donner une importance particulière au traitement des maladies de la nutrition en général, la maladie alcoolique étant le principal mais non le seul objet de l'activité de ces consultations.

#### 2

Répondre aux besoins des gros buveurs d'habitude tolérants à l'alcool, qui n'ont pas de problèmes psychiatriques lourds.

#### 3

Répondre aux besoins de certains malades rebutés par l'étiquette psychiatrique des consultations d'hygiène mentale et qui accepteraient plus volontiers de se faire traiter dans des institutions où la prise en charge psychiatrique serait assurée de façon plus discrète.

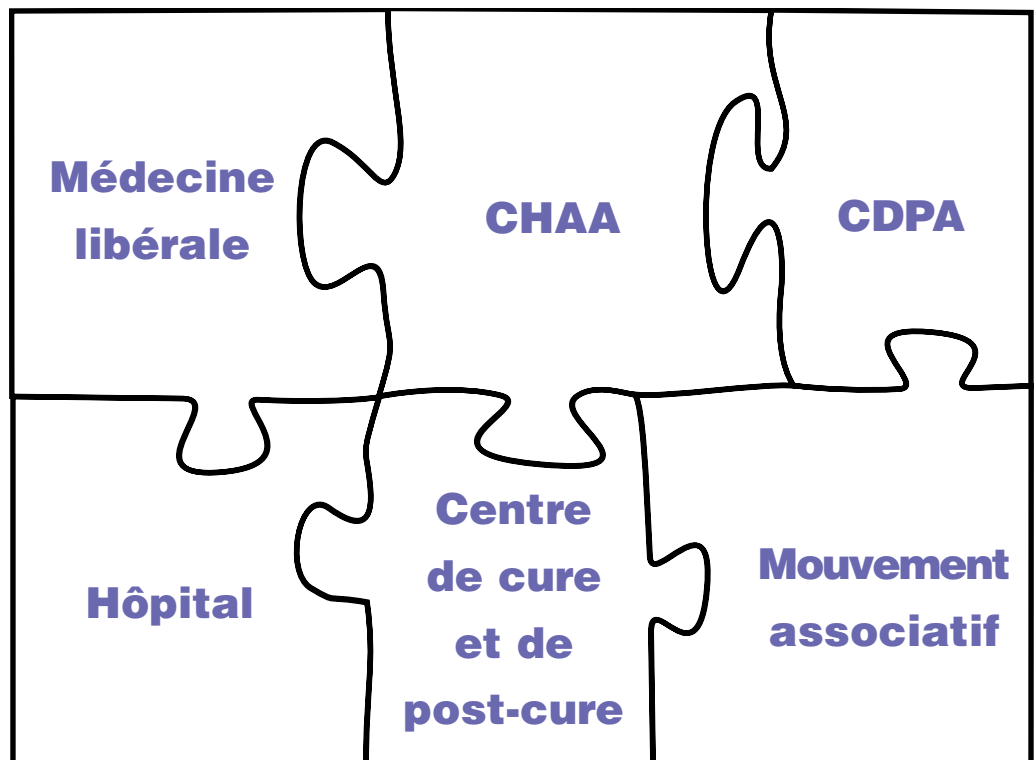
les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) et du dispositif d'État de lutte contre l'alcoolisme.

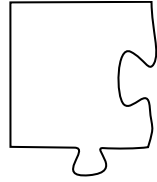
Ce dispositif est institué par une circulaire du ministre chargé de la santé du 23 novembre 1970. Cette circulaire a pour objet le renforcement des moyens de traitement des malades alcooliques. Il s'agit alors de compléter les structures de soins aux malades alcooliques. La circulaire propose la création de consultations



# **Intervenants, structures et prestations**

Depuis 1970, il existe un dispositif spécialisé de prise en charge des personnes vivant avec un problème d'alcool. Cependant, celui-ci n'a pas le monopole de la prise en charge, les services hospitaliers et la médecine de ville jouent un rôle important, de même que, sur un mode très différent, les associations d'anciens malades alcooliques. Le parcours de chaque malade est donc variable, et propre à la fois à la situation du malade et aux particularités des structures et intervenants qu'il est amené à contacter.





## La prise en charge en médecine libérale

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur du malade alcoolique, qui vient à lui spontanément parce qu'il ne se sent pas bien, peut-être pour tout autre chose que l'abus d'alcool, soit que le patient nie son problème d'alcoolisme, soit qu'il n'en a pas pris conscience. La consultation peut devenir conflictuelle, le patient acceptant mal le diagnostic du médecin si celui-ci a pu le poser.

Le médecin généraliste a plusieurs options s'il a détecté l'alcoolisme :

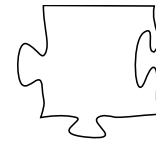
- demande d'avis à un spécialiste en fonction de la symptomatologie (psychiatre, gastro-entérologue...).
- prescription d'un séjour en milieu hospitalier ou en centre de cure pour cure de sevrage.

➤ orientation vers un CHAA, une association d'anciens malades, un dispensaire d'hygiène mentale.

Le médecin généraliste peut également prescrire un traitement en vue d'un sevrage en ambulatoire. Mais cette « prescription » nécessite d'accompagner le patient pendant et après le sevrage et suppose une disponibilité suffisante.

L'intervention du médecin généraliste devrait s'accompagner d'une analyse des origines du processus d'alcoolisation et de la dimension existentielle du problème.

Son implication sera d'autant plus importante qu'il aura suivi une formation en alcoologie.



## Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie

Les CHAA sont des structures de soins, d'accueil et de prévention. Leur vocation médico-sociale est très large et s'adresse à des patients à tous les stades d'alcoolisation : buveurs occasionnels, buveurs excessifs, alcoolodépendants. Ils offrent un accompagnement médical, relationnel et social.

Plusieurs démarches peuvent conduire un patient ayant un problème d'alcoolisme à s'adresser aux CHAA : le patient peut s'y rendre à son initiative personnelle, sans intermédiaire, ou au contraire sur les conseils d'un praticien ou d'une structure avec lesquels il aura eu des contacts. Ainsi les médecins généralistes, les médecins du travail, les services de la DDASS, les centres d'examen de santé, les services hospitaliers, ou encore les associations d'anciens malades sont amenés à diriger des consultants vers les CHAA. Les commissions de permis de conduire ou les services chargés du contrôle d'alcoolémie routière peuvent éga-



### Devant un problème d'alcool, à qui s'adresser ?

Tout intervenant médical ou social est susceptible d'aider les personnes ayant un problème d'alcoolisation. Mais il existe des professionnels spécialisés dans la lutte contre l'alcoolisme qui sauront, dans tous les cas, prendre en charge ou orienter ces personnes en difficulté :

- dans des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA)
- dans des comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA)
- dans des consultations hospitalières d'alcoologie

Les diverses associations d'anciens buveurs sont également des interlocuteurs privilégiés

Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales sauront indiquer les adresses de chacun de ces intervenants.

lement inciter un automobiliste, buveur occasionnel ou dépendant, à consulter dans un CHAA.

Le médecin du CHAA décide de la prise en charge la plus appropriée au consultant : il peut considérer qu'un traitement plus ou moins poussé en ambulatoire suffit ou, au contraire, qu'une hospitalisation est nécessaire (dans un service hospitalier ou dans un centre de cure) : le mode de prise en charge choisi diffère en fonction des « recrutements ». Ainsi, les CHAA gérés par les hôpitaux reçoivent un pourcentage plus élevé de malades alcooliques dépendants et n'ont généralement pas la même activité soignante que les autres CHAA.

La prise en charge est globale, elle n'est plus que médicale. La composition pluridisciplinaire de la majorité des équipes favorise cette prise en charge globale. Médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues, diététiciens,... sont les différents intervenants assurant la réponse aux besoins des consultants. Toutefois la taille et la composition de chaque équipe sont très variables.

Par ailleurs, toujours dans un souci de globalité, l'équipe du CHAA est appelée à travailler avec le médecin libéral, les services hospitaliers, les dispensaires d'hygiène mentale, les CHS, mais également l'entourage du malade, les associations,...

Les prestations fournies dans les CHAA sont gratuites. Leur financement incombe à l'État conformément aux dispositions de l'article L 355-1 du code de la santé publique.

La répartition géographique actuelle des CHAA fait apparaître des disparités régionales. Ceci s'explique par l'histoire (on est passé de l'expérimentation sur quelques sites à une politique d'implantation sur tout le territoire) et par la diversité des initiatives locales.

Cette dépendance aux initiatives locales découle de la souplesse des textes régissant les CHAA. Les circulaires instituant les CHAA offrent un cadre juridique peu contraignant dans la mesure où elles n'imposent pas la création de ces structures, ni de critères ou indicateurs d'implantation géographique. Ainsi cette souplesse a permis de s'adapter aux besoins et aux ressources locales, mais elle a également généré des disparités régionales pas toujours justifiées par des différences de besoins.

Enfin, il faut souligner que le fait que l'ensemble de ce dispositif ne repose que sur des circulaires fragilise celui-ci et notamment ses

financements qui peuvent être remis en question chaque année.

Au delà de la prise en charge, les CHAA assurent très souvent également une fonction d'information, d'éducation à la santé voire d'enseignement et de recherche. Leur partenaires privilégiés à cet égard sont les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme.

### Lexique

**Sevrage**, n.m., cessation de l'alcoolisation

Note : le mot sevrage désigne tantôt la cessation d'alcoolisation, tantôt le procédé thérapeutique d'arrêt de cette alcoolisation, et parfois même abusivement les conséquences de cet arrêt : il faut alors parler de syndrome de sevrage.

**Traitement**, n.m., mise en œuvre des moyens destinés aux sujets ayant un problème avec l'éthanol.

**Programme thérapeutique**, l.m., ensemble cohérent et prévisionnel des moyens de soins (médicamenteux, psychologiques ou sociologiques), choisis par le thérapeute, le plus souvent avec l'accord du patient, employés simultanément ou successivement, pour aider l'alcoolique et son entourage.

(extraits du *dictionnaire d'alcoologie*, HCEIA, 1987, La Documentation française)



## Les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme

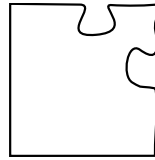
Bien que la prise en charge ne soit pas la vocation première des CDPA, il est difficile de ne pas les mentionner dans le réseau de prise en charge.

Les CDPA ont pour mission essentielle la prévention de la consommation abusive d'alcool. Cette mission s'exerce en direction de tous les publics, sur de multiples lieux : établissements scolaires, entreprises,... (par exemple

éducation pour la santé, campagne locale d'information, formation,...)

Mais leur activité, leur histoire et leur gestion sont très imbriquées avec celles des CHAA. Les CDPA sont nés de l'initiative privée et ne reposent sur aucun texte. Ils se sont multipliés à la même époque que les CHAA et sont financés sur la même ligne du budget de l'État. La très grande majorité des CDPA (80 %) est gérée par l'ANPA ; cependant 37 % des CHAA sont gérés par des CDPA de l'ANPA. Enfin 84 % des CHAA et 50 % des CDPA déclarent assurer à la fois une activité de prise en charge de consultants et une activité de prévention.

## L'intervention des services hospitaliers



L'hôpital joue un rôle important dans la prise en charge des patients ayant une consommation excessive d'alcool. Mais la situation y est très variée et les prestations très différentes selon la plus ou moins grande sensibilité que les services ont développée à l'égard de ce problème.

Plusieurs services peuvent être concernés : médecine générale, services spécialisés (gas-

tro-entérologie, neurologie...), ou quand elle existe unité d'alcoologie.

Le patient est admis soit pour une complication clinique de sa consommation excessive d'alcool, soit pour sa dépendance à l'alcool.

Il va souvent être pris en charge d'abord pour sa pathologie clinique qui demande une intervention urgente. Ensuite, selon sa demande et surtout selon la sensibilisation du service hospitalier au problème d'alcoolisme et au dispositif qu'il a su mettre en place, le patient pourra faire l'objet d'une prise en charge pour son problème d'alcoolisme.

Diverses situations se présentent :

- ▶ l'hôpital a une unité d'alcoologie, c'est-à-dire un service ou un réseau de services qui propose une prise en charge globale, en hospitalisation ou en consultation. Le patient peut y bénéficier d'une cure de sevrage, puis d'un suivi.
- ▶ l'hôpital propose le sevrage mais dans un service plus ou moins spécialisé dans ce type de prise en charge. Il devra donc orienter le patient vers une autre structure pour un suivi, après cette étape.
- ▶ l'hôpital oriente le patient vers une autre structure, centre de cure pour un sevrage en hospitalisation ou un CHAA ou un médecin généraliste pour un sevrage et un suivi en ambulatoire

Un clivage a longtemps existé entre la prise en charge hospitalière clinique et la prise en charge psychiatrique des malades alcooliques. En effet, l'une traitait principalement les complications organiques de l'alcoolisme, alors que l'autre traitait la maladie alcoolique elle-même et ses traductions psychiatriques.

La situation a évolué notamment avec la mise en place de services et de consultations spécialisés en alcoologie sans création cependant de lits. La circulaire du 28 mars 1978, préconise qu'au sein du corps médical hospitalier existe un « référent alcool », médecin qui accepterait d'être l'animateur de l'équipe d'accueil des malades alcooliques et d'assurer la coordination interdisciplinaire pour le traitement global des sujets présentant des affections d'origine alcoolique (cf. annexes). Mais cela ne s'est pas généralisé.

Les centres hospitaliers spécialisés gardent cependant un rôle particulier. Ils accueillent notamment les alcooliques « dangereux », en application de la loi sur les alcooliques dangereux ou de celle sur l'hospitalisation d'office (cf. encadré page V).



### Où effectuer un sevrage ?

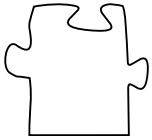
#### En ambulatoire suivi par

- ▶ un médecin généraliste
- ▶ l'équipe d'un CHAA

#### En hospitalisation

- ▶ dans un service spécialisé en alcoologie
- ▶ dans un service de médecine générale
- ▶ en centre de cure





## Les centres de cure et de post-cure

Les centres de cure sont des lieux avec hébergement spécialisés dans le traitement de la dépendance à l'alcool qui accueillent des patients pour effectuer un sevrage.

Ils proposent une prise en charge lourde, accompagnant la privation d'alcool de toutes les précautions nécessaires. La durée de séjour peut être de 3 jours à 3 semaines.

L'admission en centre de cure se fait sur prescription médicale. Les frais sont couverts par l'assurance maladie.

Il existe 11 centres de cure en France, certains sont intégrés dans des hôpitaux.

Si après le sevrage, il apparaît une difficulté à rester dans l'abstinence et/ou une détresse sociale et psychologique importante, la consolidation du sevrage peut être proposée dans un centre de post-cure. Les centres de post-cure sont donc réservés aux personnes ayant suivi un sevrage et n'ayant plus besoin d'un suivi médical constant. On en compte 16 en France.

Il existe deux types de centre (ou des centres proposant deux types de prise en charge) :

- les centres de consolidation proposant un séjour de courte durée (1 à 2 mois)
- les centres de réhabilitation, proposant un séjour pouvant aller jusqu'à 6 mois, plus réservés aux malades alcooliques ayant une alcoolisation déjà ancienne et ayant besoin de réapprendre la vie sociale et, le cas échéant, professionnelle.

L'admission en centre de post-cure se fait également sur prescription médicale et les frais sont couverts par l'assurance maladie.

Les centres de cure et de post-cure sont souvent intégrés. Ils peuvent être gérés par des associations à but non lucratif, par les collectivités publiques ou des collectivités locales ; d'autres sont à but lucratif.

Il existe également des centres d'hébergement ou des centres de réinsertion qui assument une fonction proche de celle des centres de

### i

#### Dispositif financé par l'assurance maladie

On ne dispose que de très peu de données chiffrées sur les structures ou prestations financées par l'assurance maladie.

Le ministère des Affaires sociales dénombre :

49 unités hospitalières d'alcoologie ou proposant un programme de suppression de l'alcoolisation (sevrage), regroupant 1 063 lits.

11 centres de cure regroupant 639 lits

16 centres de post-cure regroupant 674 lits

Aucune donnée globale sur leur coût n'est disponible.

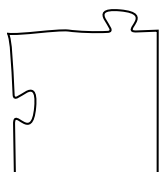
Le coût de la prise en charge en médecine de ville, *a fortiori*, est inconnu.

(source : *Alcool et santé, faits et chiffres*, ministère des Affaires sociales et de la solidarité, direction générale de la santé, 1990)

### La place de la psychiatrie

Alcoolisme et psychiatrie sont étroitement liés. La psychiatrie s'intéresse aux affections entraînant une perte de liberté mentale et un débordement habituel du contrôle émotionnel et comportemental. L'alcool peut perturber ou altérer gravement la liberté mentale ainsi que les moyens de contrôle de l'émotion et des comportements. Si l'alcoolisation ne génère pas nécessairement de troubles psychiques, elle peut provoquer, et c'est très fréquent, des difficultés d'ordre psychologique. Il est bon dans tous les cas de travailler en collaboration avec un médecin psychiatre, hospitalier ou extra-hospitalier. Lui aussi est amené à traiter tous les stades de l'alcoolisme, du malade dangereux pour autrui auquel le tribunal a ordonné un placement en établissement hospitalier, à l'accompagnement psychologique de la personne ayant développé une pathologie liée à l'abus d'alcool. Le rôle du psychiatre est primordial, plus encore lorsqu'il se trouve confronté à des patients en « multidépendance », phénomène en développement.

post-cure, mais ces centres non médicalisés sont financés sur des crédits d'aide sociale.



## Le mouvement associatif

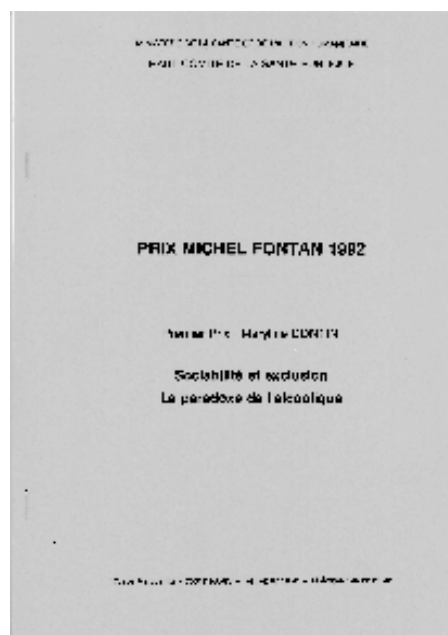
Le mouvement associatif continue d'occuper une place importante auprès des personnes ayant un problème lié à l'alcool.

Les mouvements d'anciens malades sont fréquemment associés à la prise en charge des malades alcooliques. Ces mouvements proposent des psychothérapies de groupe, offrent aux personnes en difficulté la possibilité de s'informer, de communiquer, de pratiquer des activités, et parfois même de s'investir par la suite dans la lutte contre l'alcoolisme.

La nature et l'intensité des rapports entre ces mouvements et les autres intervenants varient en fonction des contextes locaux et de la confiance réciproque qui a pu s'établir. Le principe d'abstinence totale préconisée par ces

### Sociabilité et exclusion Le paradoxe de l'alcoolique

de Maryline Contini  
Prix Michel Fontan 1992



Disponible auprès du Haut Comité de la santé publique sur simple demande écrite.



### Et après le sevrage ?

Différents soutiens sont proposés :

- ▶ en centre de post-cure
- ▶ en consultation hospitalière dans une unité d'alcoologie
- ▶ en centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie
- ▶ dans un dispensaire d'hygiène mentale
- ▶ par un médecin généraliste ou un psychiatre
- ▶ par une association d'anciens buveurs

L'entourage, la famille, les collègues de travail, les amis, ont aussi leur rôle à jouer, en apportant un soutien affectif indispensable à toute personne ayant, ou ayant eu un problème avec l'alcool.

associations crée parfois un clivage important avec le milieu médical et peut nuire au dialogue et à la collaboration.

L'ANPA, riche de son histoire, poursuit son action tant au plan national qu'au plan départemental. Elle gère tout un réseau de comités départementaux de prévention de l'alcoolisme et une partie des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

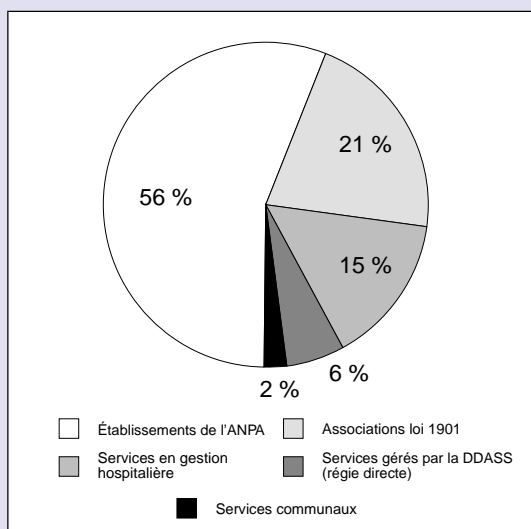
L'ANPA oriente ses activités vers trois pôles principaux : la prévention, l'aide au malade alcoolique, l'application de certaines dispositions du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme. Elle cherche à promouvoir une politique globale à l'égard de l'alcoolisme. Elle garde une place particulière dans la lutte contre les phénomènes d'alcoolisation et reste l'un des partenaires privilégiés de l'État.

## Les CHAA et les CDPA en chiffres

Les données exposées ici ne concernent que les structures du dispositif dit « dispositif spécialisé », financé sur le chapitre 47-14 du budget du ministère des Affaires sociales qui recouvre les CHAA et les CDPA. Elles sont extraites du rapport « évaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme » effectué par le groupe TEN en 1992 pour la direction générale de la santé. Les données portent sur 269 structures qui ont rempli un questionnaire qui a pu être exploité.

Au 31 juillet 1992, on dénombrait 311 structures sur l'ensemble du territoire français (structure au sens « unité fonctionnelle qui exerce une activité de prévention ou de prise en charge de manière autonome »)

### Statuts



### Personnel

L'ensemble des structures salarie 1322 personnes et bénéficie de la mise à disposition de 173 personnes pour un total de 98 911 heures mensuelles de travail soit 603 équivalents temps plein.

Les médecins et les professions paramédicales représentent 53 % des effectifs du dispositif et 32 % des heures travaillées.

### Activité

Les structures ont reçu en moyenne 326 consultants en 1991

Au total, elles reçoivent chaque année environ 100 000 consultants.

Ces structures consacrent 23 % de leur temps pour l'accueil, 45 % pour le suivi des consultants, 17 % pour des activités de prévention primaire.

### Budget

Les budgets sont très disparates : de 6 000 F à 9 000 000 F la médiane se situant à 450 000 F.

Les recettes proviennent largement de l'État : 82 % au titre du chapitre 47-14, plus quelques financements divers sur projets ;

les deux autres sources de financement principale sont les caisses d'assurance maladie (12 %) et les collectivités locales (12 %).

147 MF. étaient inscrits en loi de finances initiale sur le chapitre 47-14 du budget 1993 de l'État, pour leur financement.

# Ampleur des besoins et complémentarité des intervenants

**L**e titre de ce dossier paraît afficher une volonté, celle de centrer l'information et la réflexion sur les « personnes », en prenant la distance nécessaire à l'égard des définitions et des concepts théoriques.

Mais, chacun le sait, ces derniers sous-tendent la pratique... et aucune formulation n'est à l'heure actuelle en mesure de gommer la complexité du problème posé. À l'extrême variété des consommateurs d'alcool qui ont à pâtir de leur comportement répond, en écho, la diversité des soignants et le polymorphisme des structures de soins.

## **Des personnes vivant avec un problème lié à l'alcool**

Afin d'en préciser la typologie, les définitions ne cessent de se succéder, dont l'imprécision ou les limites alimentent régulièrement la controverse.

En théorie, la « dépendance à l'alcool » paraît devoir se distinguer nettement de l'« abus d'alcool » (terme dont il faut souligner une nouvelle fois au passage la regrettable connotation morale). Particulièrement hétérogène, cette nébuleuse recouvre un ensemble de conduites occasionnelles, ou régulières, dont l'évolution vers la dépendance est possible, mais non inéluctable. C'est là qu'intervient la vulnérabilité individuelle et le poids res-

pectif de ses composantes étiopathogéniques.

En contraste, dans la pratique quotidienne, devant une personne vivant avec un problème lié à l'alcool, il est souvent aussi difficile d'affirmer l'existence d'une dépendance que de percevoir d'emblée la réalité, la nature et l'intensité d'une demande de prise en charge...

## **Des thérapeutes**

Diversité des statuts, de la formation, de l'expérience et des motivations caractérisent plus que dans nul autre champ les personnels de santé concernés.

Le médecin de ville, « de famille », pourrait avoir le rôle central, clé, qui lui incombe dans le diagnostic précoce, la prise en charge, la prévention, les relais, si la médecine n'avait pas subi, entre autres évolutions, la dérive spécialisée que l'on sait. Des réalisations exemplaires en sont le vivant témoignage.

Morcelée, soucieuse d'une efficacité centrée sur le symptôme relevant de sa spécialité, la médecine hospitalière n'est pas dans l'ordre général à même de répondre aux besoins en ce domaine. Toutefois, un certain nombre de services souvent concernés, tels ceux de gastro-entérologie ou de psychiatrie ont évolué peu à peu vers une perspective alcoologique.

À l'hôpital, le rôle dévolu à l'alcoologue reste à mon sens capital. Au delà de l'efficacité thérapeutique du secteur ou du service d'alcoologie dont il a la charge, sa fonction de « consultant » est à développer. Il ne s'agit pas de décharger les autres services des difficultés posées par tel ou tel patient, mais d'être, avec disponibilité et détermination, le catalyseur qui inlassablement « sur le terrain de l'autre » informe à la faveur de chaque cas concret, contribuant ainsi au changement insidieux des attitudes, prélude indispensable à celui des comportements à l'égard des alcooliques.

Dans leur diversité adaptée aux situations locales, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie restent l'une des pierres angulaires de la prise en charge.

La nature de leur fonctionnement évite les effets délétères de la stigmatisation par étiquetage. Elle est particulièrement favorable aux actions concertées avec les autres intervenants médico-sociaux et les associations d'anciens buveurs.

À la lumière des dernières connaissances acquises, en particulier dans la clarification des inter-relations complexes entre « alcoolisme » et « troubles mentaux », l'on pourrait être tenté de légiférer... et de réserver aux seuls services de psychiatrie hospitaliers l'exclusivité des formes secondaires de l'alcoolisme, où l'auto-médication par la « drogue alcool » n'a rien de spécifique. De la même façon avait-on avant 1983 limité l'action des centres d'hygiène alimentaire aux seules fonctions de dépistage et de traitement précoce des consommateurs à risque.

Ce serait méconnaître une nouvelle fois l'ampleur des besoins, qui impose le maintien et le développement de toutes les structures en place. Ce serait surtout ne pas tenir compte du génie évolutif de « la maladie », et du parcours, souvent singulier, de celui ou de celle qui vit avec un problème lié à l'alcool. Au gré des hasards, des circonstances et des rencontres, il passe en effet d'un soignant à l'autre, d'une structure à l'autre. Le résultat heureux finalement obtenu n'est souvent que la résultante positive d'expériences cumulées et du temps nécessaire à la maturation de la demande de soins.

## Des autres intervenants

Dans un tel parcours, l'intervention d'acteurs sociaux situant leur responsabilité hors du champ de la santé (police, gendarmerie, justice, etc.), parfois initiale, est souvent déterminante, que ce soit dans un sens positif ou négatif.

C'est souligner ici l'importance d'une perspective alcoologique, transdisciplinaire, qui ne saurait être réservée au seul domaine des personnels de santé.

Le rattachement initial du « Haut Comité d'études et d'information sur l'alcoolisme » au premier Ministre prenait acte de cette donnée, qu'un élargissement de l'éventail des experts de la com-

mission permanente alcool du Haut comité de la santé publique pourrait continuer à refléter.

## De la prévention et d'une politique de santé publique

Une telle assertion prend toute sa force dans le champ de la prévention où politiques, enseignants, éducateurs, familles, médias, publicitaires, producteurs et bien d'autres sont des intervenants « naturels ».

Encore faut-il bien définir les objectifs et délimiter les champs d'action de chacun.

La distinction n'est pas toujours claire entre l'éducation et la promotion de la santé d'une part, et les mesures de prévention spécifiques d'autre part.

Les premières s'adressent à la grande majorité de la population qui, jouissant d'une « liberté interne » et d'une capacité de jugement suffisantes, est à même d'être à l'écoute de messages adaptés et de modifier ses comportements. Nul n'ignore ici le rôle non exclusif mais très important des comités d'éducation pour la santé. Mais cela reste l'affaire de tous. La prévention des « situations à risque » (conduite d'un véhicule en état d'ivresse par exemple) relève du même registre.

En revanche, la prévention de l'alcoolisation pathologique est l'affaire de spécialistes.

En effet, la population « à risque », de mieux en mieux cernée par les études épidémiologiques récentes (Marie Choquet - INSERM) n'est pas accessible à la seule information, même spécifique. Il s'agit d'une population à haut risque souvent placée dans un contexte social, familial, parfois même déjà conjugal, difficile. Les manifestations répétées d'inadaptation et les troubles des conduites que présentent ces adolescents ou post-adolescents sont les témoins de problèmes psychologiques, d'une souffrance psychique, ou de difficultés psychosociales parfois favorisées par la nature d'un « terrain » dont la modification n'offre pas de prise en l'état actuel des connaissances.

Les conduites pathologiques, simulta-

nées ou successives interchangeable, que l'on constate alors sont à la fois un symptôme et une tentative de résolution d'un problème existentiel. Dans l'approche singulière, une attitude de persuasion focalisée sur un seul aspect du problème, ici la suppression de l'alcool, ne saurait constituer à l'évidence une solution globale satisfaisante. L'éradication d'un symptôme n'a jamais empêché la maladie « d'évoluer ». L'alcool une fois éliminé peut laisser le champ libre à d'autres comportements plus préjudiciables à l'individu comme à la collectivité. À l'inverse, on pressent que cette population de jeunes adultes à haute vulnérabilité risque de nouer des rapports privilégiés avec l'alcool dans une ambiance sociale facilitante ; d'où bien sûr l'intérêt des mesures préventives concernant l'environnement et la disponibilité des boissons alcooliques. Mais cet abord différent du problème ne prévient pas l'avènement de troubles du comportement substitutifs. On perçoit ici les limites et la vanité d'une prévention ou d'une éducation qui se voudrait spécifique, avec dissociation des actions préventives de l'alcoolisme, du suicide, des toxicomanies, etc. isolée d'un éventuel contexte psycho-pathologique, social et culturel.

Ainsi, sur le terrain, et pour ce qui concerne une population ciblée « à risque », la prévention de l'alcoolisme paraît d'autant plus efficace que dépouillée de sa spécificité. Dégagée d'un modèle médical exclusif, elle doit faire appel au plus grand nombre dans une approche multidisciplinaire adaptée. Cette évolution n'est pas contradictoire à l'approfondissement et le développement de la recherche des différents fondamentalistes et des spécialistes en alcoologie. Par leur approche spécifique et respective, ils participent à l'information nécessairement évolutive des acteurs de la prévention. ■

## Maurice Bazot,

Président de la Société française d'alcoologie, membre de la commission permanente alcool et santé publique du Haut Comité de la santé publique

# L'alcoologie clinique

## une discipline et une pratique

**D**errière la question : spécificité ou non de la prise en charge du patient vivant avec un problème lié à l'alcool, se pose en réalité celle de l'intérêt ou non d'un dispositif spécialisé en alcoologie. Se poser cette question, c'est en quelque sorte déjà reconnaître l'existence de l'alcoologie clinique. Reste aux décideurs de choisir quels moyens donner à cette pratique afin de lui permettre de vivre, de se développer ou de disparaître ?

Ce n'est pas aux médecins de faire les choix qui incombent aux politiques ; mais des moyens ne peuvent être attribués par la collectivité que par rapport à des objectifs. C'est à tous les praticiens de l'alcoologie de faire connaître leurs pratiques et de réfléchir au devenir de celles-ci. Mais au delà d'une pratique, seule la reconnaissance d'une véritable discipline ayant des racines biologiques, psychologiques et sociales permettra à terme une prise en compte effective de l'alcoolisation et de ses conséquences, à hauteur des enjeux humains en cause.

Des dispositifs spécialisés en alcoologie clinique existent en France depuis environ 40 ans. Leur création repose sur des textes : loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui ; circulaire du 31 juillet 1975 relative au dépistage et au traitement précoce de l'alcoolisme ; circulaire n° 454 du 28 mars 1978 relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux ; circulaire du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

Si ces 40 dernières années ont permis de

voir se développer de nombreuses expériences dans le champ de l'alcoologie, il nous semble qu'actuellement cette alcoologie clinique reste morcelée. C'est pourquoi, nous parlons de dispositifs spécialisés au pluriel.

Le plus ancien et longtemps le plus dynamique de ces dispositifs spécialisés, repose sur l'action des mouvements d'aide aux malades alcooliques, dont il n'a pas lieu ici de faire l'historique, mais dont il faut rappeler la très forte implication dans les soins et dans la prévention.

Par la suite, la loi de 1954 puis la circulaire Denoix de 1978, ont permis timidement, mais réellement, le développement d'une alcoologie hospitalière. En quelques années, ce dispositif a considérablement fait évoluer les concepts en matière de soins aux malades alcooliques, en permettant à des équipes d'avoir une pratique et de réfléchir sur cette pratique. Mais, en même temps, cette alcoologie hospitalière reste encore trop souvent synonyme de « cure de désintoxication » comme seule perspective thérapeutique ; avec comme conséquence, la non reconnaissance de l'urgence possible en alcoologie, puisqu'il n'y a jamais urgence à faire une « cure ». Alors que la pratique nous apprend qu'il y a souvent urgence à écouter un malade alcoolique et/ou à l'aider à arrêter de prendre de l'alcool, la « cure » devient alors seulement une des formes possibles d'aide à ne pas reprendre d'alcool.

L'alcoologie sociale, souvent avec l'appui des mouvements d'aides aux malades alcooliques, s'est développée vers la création de foyers de « post-cure » et de foyers de « hébergement ». Là encore, si « post-cure » et « hébergement » restent l'aspect extérieur le plus visible de cette alcoologie sociale, de nombreuses expériences mal reconnues se sont développées aussi bien vers la prévention en milieu professionnel ou dans les quartiers, que dans une prise en compte dans un projet thérapeutique de la dimension sociale et psychologique.

Enfin plus récemment et reconnue par les circulaires Veil en 1975 et Ralite en 1983, on a vu se développer une alcoologie ambulatoire axée à la fois sur les soins et sur les actions de prévention. Trop souvent, cette alcoologie ambulatoire s'est développée de manière isolée, plus comme une alternative à l'alcoologie hospitalière que comme son complément.

Face à cette richesse d'expériences, de savoir faire et pour que cela ne disparaisse pas, il est temps que se fasse un véritable travail pour aboutir non plus à des dispositifs, mais à un dispositif spécialisé en alcoologie, un dispositif qui se doit d'être cohérent, efficace, fonctionnant en réseau et, comme tout autre, soumis à évaluation.

Ce travail de cohérence des pratiques et de réflexion sur les concepts qui sous-tendent ces pratiques, ne pourra se faire qu'à partir de personnes ayant à la fois une pratique et du temps professionnel pour réfléchir à cette pratique. Cela nécessite la reconnaissance d'une véritable discipline faute de quoi ne pourront se développer ni une véritable recherche, ni un véritable enseignement à hauteur des besoins.

Reconnaître l'intérêt d'une spécificité de l'alcoologie clinique comme discipline et comme pratique, peut se faire en raison de l'efficacité et de la qualité des actions que l'on souhaite voir menées. Mais c'est aussi en fonction du volume des besoins de santé (nombre de pathologies, nombre de personnes concernées) liés aux conduites d'alcoolisation, que l'on peut à une période donnée justifier de l'existence de moyens spécifiques.

Quel que soit le devenir de l'alcoologie clinique, elle ne peut que s'inscrire dans une conception globale de la santé où il existe déjà de nombreux partenaires qui en font sa richesse.

Dans ce réseau de santé, sauf à vouloir « pour l'autre », c'est la personne en difficulté, ou qui se croit en difficulté avec l'alcool, qui va rentrer en contact avec le réseau. C'est alors aux partenaires de ce réseau de santé de repérer ce qui est de leur domaine ou ce qui ne l'est pas. Dans ce sens, il faut bien définir ce qu'est l'alcoologie clinique et ses objectifs, et par là même repérer ce qui ne relève pas de l'alcoologie clinique mais d'autres disciplines.

On peut considérer que l'alcoologie est centrée sur les rapports entre une personne et le produit alcool, et que si ce rapport entraîne une souffrance ou un risque important de souffrance, le projet de l'alcoologie sera d'aider cette personne à modifier son rapport à l'alcool, afin de diminuer ou de supprimer cette souffrance ou ce risque ; ceci se faisant dans une vision de santé globale en tenant compte de la trajectoire dans le temps.

C'est dire que l'alcoologie se préoccupe beaucoup plus de souffrances liées aux con-

duites d'alcoolisation : usage, abus et dépendance, qu'aux éventuelles souffrances, qui dans certains cas peuvent être à l'origine des conduites d'alcoolisation. Cela ne traduit pas un désintérêt face à d'éventuelles causes pathologiques d'alcoolisation, mais un respect de l'efficacité d'autres types de soins dans un réseau de santé.

Les points de contact entre une personne en difficulté avec l'alcool et le système de santé sont multiples ; mais les plus souvent concernés sont probablement les médecins généralistes, les travailleurs sociaux et les services d'accueil des hôpitaux généraux et/ou psychiatriques.

Il est illusoire, inefficace et dangereux, de croire que toute personne en difficulté avec l'alcool relève obligatoirement du dispositif spécialisé. Considérant la fréquence des problèmes liés aux conduites d'alcoolisation, tout soignant, tout travailleur social doit être à l'écoute de ces problèmes. mais aussi doit-il pouvoir dans son réseau de santé faire éventuellement appel et orienter vers une structure spécialisée s'il le juge nécessaire. Seule une réelle pratique en réseau permet clairement à chacun de jouer son rôle, celui pour lequel il est formé et reconnu.

Justifier d'un dispositif spécialisé peut se faire avec des arguments théoriques et pratiques.

Un courant théorique, fort en vogue actuellement, voudrait que l'on regroupe en des mêmes lieux de soins des malades présentant des conduites addictives : alcoolo-dépendances, tabagisme, toxicomanie, boulimie, joueurs pathologiques... Il est évident qu'il existe des éléments communs aux conduites de dépendance, mais au niveau des soins, la spécificité induite par le rapport à l'alcool nous semble plus importante à prendre en compte que le noyau commun aux divers conduites de dépendance. Rien que le choix lui-même de l'objet de dépendance n'est pas sans signification. D'autre part, la spécificité de l'effet attendu et obtenu, la toxicité spécifique du produit, son image culturelle, impliquent une singularisation forte de parcours dans la dépendance à un objet donné. Enfin, on ne peut réduire les souffrances liées à l'alcoolisation au seul phénomène de dépendance, et centrer une pratique uniquement sur une conduite nous semble avoir plus d'inconvénients que d'avantages.

De même en prévention, si une réflexion et des actions communes sont indispensables vis-à-vis du risque de dépendance, plus axées sur une problématique commune que sur la diversité des produits, il ne faut pas oublier les conduites à risques qui sont, elles, beaucoup plus spécifiques de l'objet utilisé et, dans une large part, indépendantes du risque de dépendance.

Sur un plan pratique, le nombre de gens touchés par une pathologie est certainement un élément important pour justifier de lieux de soins spécifiques et du niveau géographique, où doivent être implantés ces lieux : quartiers, villes, départements...

D'autre part, une pratique quotidienne en service d'alcoologie ainsi que la fréquentation de services d'accueil et d'urgence d'un hôpital général montrent bien la disparité notamment entre toxicomanes et alcoolo-dépendants. Leur trajectoire de vie est différente, leur inscription sociale n'est pas la même, les complications de l'intoxication ne sont pas du même ordre. Lorsque ponctuellement un toxicomane, voire un « ancien toxicomane » s'alcoolisant actuellement, entre dans le service, il se retrouve le plus souvent en marge du groupe, comme en décalage culturel par rapport aux patients alcoologiques.

Pour remplir son contrat vis-à-vis de la société qui lui donne les moyens de fonctionner, un dispositif spécialisé doit surtout se garder d'un fonctionnement isolé avec un sentiment de toute puissance, mais s'inscrire véritablement dans un fonctionnement en réseau avec une vision globale : biologique, psychologique et sociale de la santé.

D'autre part, il ne s'agit pas de créer un modèle rigide : « la cure de désintoxication » auquel le malade doit se plier, mais de proposer des projets thérapeutiques qui respectent la demande du malade à un moment donné, dans sa propre trajectoire pour se sortir de sa souffrance avec prise en compte des moments de crises, des moments de sevrage, des moments de prise de distance par rapport à l'alcool. ■

**Docteur Didier Playoust,**

Unité d'alcoologie clinique, centre hospitalier de Tourcoing

# La spécificité des conduites dommageables d'alcoolisation et de leur prise en charge

**D**epuis une trentaine d'années se sont développées de multiples toxicomanies à des stupéfiants d'utilisation illégale, mais aussi à des produits médicamenteux, des solvants, des produits chimiques. Pourtant l'absorption de quantités dommageables de boissons alcooliques reste toujours en France la conduite addictive qui par sa fréquence et sa gravité a le plus de conséquences médicales, familiales et sociales.

Nous rencontrons de plus en plus des polytoxicomanes ayant des conduites addictives avec des produits très divers dont l'alcool. On pourrait ainsi se demander si l'alcoolisme reste une toxicomanie à part nécessitant des modalités particulières de prise en charge.

## La spécificité de l'alcool comme drogue

Cette spécificité est avant tout culturelle et sociale. Si tous ceux qui ont soigné des malades de l'alcool, si tous ceux qui ont eu à subir dans leur famille un malade alcoolique considèrent que l'alcool est une drogue, cette notion est volontairement « oubliée » dans notre société. Celle-ci, qui interdit par la loi l'usage d'autres drogues ou rend difficile l'utilisation toxicomaniaque de certains médicaments, admet et encourage la consommation de boissons alcooliques, sous couvert de

modération lorsqu'elle ne semble pas avoir de conséquences néfastes trop visibles. Celle-ci est intégrée dans la vie sociale et fait partie de nos rites. Elle est liée dans nos esprits à la notion de plaisir, en particulier gustatif, de bons repas, de convivialité, d'événements heureux, de fêtes. Les principaux lieux de rencontre sont des lieux de consommation d'alcool. Dans toutes les communes de France, l'éthanol est le produit psychotrope le plus consommé et nombreux sont nos concitoyens qui l'utilisent comme une sorte de « médicament » qui les euphorise, les désinhibe, anesthésie leur fatigue, leur angoisse ou leur mal-être, en recherchant un effet immédiat, sans conscience autre que floue des effets psychotropes et pathologiques ultérieurs. Dans de nombreuses régions la culture de la vigne, la fabrication et le commerce du vin sont une des principales activités.

Tout ceci contribue à l'appréciation plutôt favorable qu'ont nos concitoyens sur les boissons alcooliques. La plupart sauront limiter leur consommation pour ne pas en subir de dommages. D'autres ne sauront pas ou ne le pourront pas. Nombreux sont encore ceux pour qui une alcoolisation excessive est dans une certaine mesure un témoignage de virilité, un signe de savoir « bien vivre ».

Ceux qui ont la charge de gouverner le pays sont obligés de prendre en compte l'importance des boissons alcooliques dans notre économie, notre commerce extérieur et dans les ressources fiscales de l'État, mais doivent aussi accepter qu'une partie de ces ressources sert à soigner ceux pour qui l'alcool est devenu un fléau.

## La spécificité de l'alcoolisme parmi les toxicomanies

Les modalités de consommation dommageable d'alcool sont très diverses (réparties dans la journée ou en « flash », avec ivresse ou aux limites de celle-ci, en groupe ou seul, quotidiennement ou épisodiquement, etc.), les conséquences pathologiques très variées, les raisons et les répercussions psychologiques multiples,



les facteurs favorisants nombreux. Il existe aussi de très grandes différences parmi les malades de leur consommation d'alcool, mais si l'alcoolisme est multiforme il a des caractéristiques propres différentes des autres toxicomanies :

► il se rencontre partout, dans tous lieux, à tous les âges, dans tous les métiers, tous les milieux ;

► ceux qui deviennent victimes de l'alcool ont considéré pendant des années qu'ils ingéraient leurs boissons favorites d'une façon « normale » ; lorsqu'ils prennent conscience des répercussions de leur alcoolisation, leur souhait serait de pouvoir continuer à « boire normalement » ;

► ils n'ont rien fait d'illégal ni de défendu ; beaucoup ne se sont pas cachés ;

► ils ont été dans leur majorité longtemps bien intégrés dans la société et ce n'est que tardivement qu'ils ont pu être mis « en marge » ;

► ils présentent ou craignent de présenter des complications organiques spécifiques, cliniques ou biologiques directement liées à l'alcool (le sida ou l'hépatite n'est pas lié à l'héroïne mais à la contamination par une aiguille ou une seringue). Ils connaissent ce risque, en sont inquiets, souhaitent que l'on s'occupe de leur santé physique, d'autant plus qu'ils associent souvent un tabagisme important dont ils savent le rôle pathogène ;

► ils souhaitent plus savoir pourquoi eux sont devenus malades de l'alcool que pourquoi ils boivent. La plupart rejette toute suggestion de consulter un psychiatre.

### **La spécificité de l'accompagnement thérapeutique du malade alcoolique**

Celui ou celle dont la consommation d'alcool est dommageable ne consulte pas volontiers un médecin. Il sera plus ou moins tardivement conduit à rencontrer un généraliste en raison d'une maladie intercurrente, un accident, ou à la demande d'un médecin du travail. Tous les omnipraticiens français ont à soigner des

patients victimes de leur absorption d'alcool. Beaucoup d'entre eux considèrent qu'il s'agit de malades difficiles pour lesquels il est malaisé d'obtenir un changement de comportement. Ils estiment que ces malades « mentent » en minimisant ou en niant leur consommation de boissons alcooliques. Ceux qui abordent la question de l'alcool limitent souvent leur intervention à des conseils de modération.

Ils sont pourtant très bien placés pour être des intervenants efficaces chez ces consultants ayant besoin d'une prise en compte globale des répercussions physiques et psychologiques de leur ingestion d'éthanol. Mais ils n'ont en général reçu aucune formation particulière pour aider ces patients à se prendre en charge et leur emploi du temps ne leur permet souvent pas de consacrer lors d'une première consultation les  $\frac{3}{4}$  d'heure nécessaires à l'écoute, l'examen clinique et le dialogue.

Cette première consultation est pourtant la plus importante car elle doit conduire à la décision de rompre la liaison avec l'alcool.

Ces malades ne sont pas plus des menteurs que ne le sont tous les automobilistes qui franchissent un « feu orange bien mûr ». Ils nient devant le gendarme qui les accuse. Ils acceptent par contre sans difficulté le diagnostic d'un médecin, qui n'a fait aucun interrogatoire policier mais a su longuement les examiner, concluant qu'ils ne tolèrent plus leur consommation de boissons alcooliques. Ils l'avaient parfois soupçonné, avaient essayé de diminuer mais ne s'étaient pas senti mieux. Ils ont besoin d'un interlocuteur, qui les considère comme un adulte responsable, capable d'arrêter, s'il l'a décidé.

Au médecin de trouver les arguments convainquants, qui les conduiront à prendre une telle décision, sans leur faire peur mais en les aidant à se projeter vers un futur de mieux-être.

L'outil médical essentiel n'est pas alors l'écoute, il est une parole de bienveillance et d'espoir.

Le médecin a une relation thérapeutique avec les autres toxicomanes très différente de celle qu'il peut avoir avec un

patient faisant usage abusif d'alcool. Celui-ci vient voir un soignant et non un prescripteur possible de sa drogue qu'il peut trouver chez l'épicier ou au café, contrairement au toxicomane aux médicaments ou à l'héroïnomanie en quête d'un produit de remplacement.

Il est le plus souvent nécessaire que le sevrage de l'alcool soit médicalisé en raison des complications graves que peut entraîner chez un patient physiquement dépendant le sevrage d'alcool. L'alcool est la seule drogue qui pourrait tuer lors d'un sevrage si celui-ci ne s'accompagne pas de médicaments.

C'est aussi la seule drogue pour laquelle existe un produit médicamenteux « interdicteur » le disulfirame qui peut être prescrit, lorsqu'un patient bien informé des effets le demande, car il considère que la prise de ce produit l'aidera à être abstinent.

Après le sevrage physique, l'héroïnomanie ou le cocaïnomanie doivent apprendre à vivre comme les autres sans l'aide de la drogue, ni la recherche de ses effets. Le patient ayant un problème lié à l'alcool doit, lui, apprendre, et il faudra l'y aider, à s'affirmer différent, voire à se justifier, lorsqu'il ne consomme pas de boisson alcoolique lors des repas amicaux ou les fêtes de famille. Il côtoie quotidiennement des gens qui lui proposent de rechuter en acceptant un verre.

Plus que tout autre toxicomane celui qui a eu un problème avec l'alcool doit être instruit des effets de ce produit, des dangers de la rechute à l'absorption d'un seul verre de boissons alcooliques. Il aura parfois besoin de vivre une ou plusieurs rechutes souvent très culpabilisantes pour le comprendre ou l'accepter. Les associations d'anciens malades alcooliques peuvent avoir une action déterminante pour faire mieux comprendre leur intoxication à l'éthanol à ceux qui ont eu à la subir.

### **La diversité des lieux de soins des patients ayant un problème lié avec l'alcool**

► Des établissements se sont spécialisés dans les soins avec hospitalisation de

ces malades. Ils les accueillent pour un séjour de un à trois mois dans un lieu souvent éloigné de leur domicile. Certains sont de statut privé, d'autres de statut public. Quelques uns furent créés après la loi de 1954 qui prévoyait un établissement de « cure » par département.

► Des services hospitaliers au sein d'hôpitaux généraux ou de centres hospitaliers spécialisés ont développé, souvent à l'initiative de leurs chefs de service, une activité spécifique de soins pour ces malades qui y sont hospitalisés des temps courts, de 2 à 4 semaines, puis sont ensuite suivis en consultation.

► Des structures de soins ambulatoires furent également créées grâce à des initiatives associatives ou publiques. L'expérience de ceux qui organisèrent de tels soins ambulatoires, avec une équipe médico-sociale bien formée à l'accompagnement de ces patients et l'aide d'associations, leur permit de considérer que, sauf pour les patients n'ayant ni milieu familial ni lieu de vie, la pratique ambulatoire offrait la même sécurité et donnait des résultats comparables à une pratique avec hospitalisation.

Depuis 20 ans de nombreux établissements de soins ambulatoires se sont créés, en particulier après la circulaire de Simone Veil en 1975 sur les centres d'hygiène alimentaire, et celle de Jack Ralite en 1983 qui y ajoutait le mot alcoologie et précisait toutes les missions que pouvaient accomplir ces CHAA. Ceux-ci fonctionnaient alors grâce à un financement croisé « État/département » mais, depuis les textes de décentralisation répartissant les compétences entre les collectivités territoriales et l'État, ils sont à la charge du budget national sans toujours bénéficier ces dernières années d'une impulsion ni d'un intérêt majeur de leur financeur.

► Par ailleurs certains médecins généralistes et psychiatres aident, dans le cadre de leur activité libérale ou de consultations hospitalières, des patients ayant un problème lié à l'alcool, à se prendre en charge.

L'expérience montre que dans la très grande majorité des cas, quelles que soient

les modalités de soins, l'accompagnement thérapeutique doit être de longue durée, souvent au moins d'un an, parfois plus long, et que, pour ceux qui l'acceptent, l'aide d'associations d'anciens malades de l'alcool peut compléter très utilement celle des thérapeutes professionnels.

Cette grande diversité des lieux de soins est sans doute utile compte tenu de la grande variance des situations cliniques, psychologiques, familiales et sociales, et des souhaits de ceux qui y ont recours, mais il serait bon que chacun puisse analyser l'efficacité et le coût de sa pratique grâce à des études comparatives des divers résultats à moyen et long terme, car cette diversité n'évite pas que le nombre de décès annuels par complications de l'alcoolisation reste plus important que l'addition de ceux dus aux accidents de la route, au sida et à la toxicomanie à l'héroïne.

### Après 25 ans de pratique alcoologique à l'hôpital et en CHAA

Je conclurai cette libre tribune par 5 vœux :

► que l'État accorde à la prévention des conduites dommageables d'alcoolisation et la prise en charge des patients ayant un problème lié avec l'alcool, des moyens en rapport avec la gravité de leurs conséquences et les ressources fiscales que lui fournit la vente des boissons alcooliques ;

► que la circulaire de 1978, signée du Professeur Denoix, alors directeur général de la santé, sur les soins dans les hôpitaux publics des malades ayant un problème lié à l'alcool, soit enfin appliquée. Elle n'a besoin d'aucune modification. Son application serait bénéfique pour les intéressés et éviterait en outre bien des dépenses hospitalières « peu utiles » ;

► que des lieux de soins ambulatoires spécifiques soient ouverts dans chaque département et grande agglomération, en particulier au sein de structures de santé déjà existantes, et que des moyens de financement adaptés à leur action leurs soient alloués ;

► que les médecins généralistes soient

plus formés à la prise en charge de ces patients, en particulier dans le cadre du 3<sup>e</sup> cycle de formation des médecins généralistes ;

► que pour ceux qui ont perdu lieu de vie, milieu familial et travail, soient créés dans chaque département ou grande ville, des lieux d'accueil, de soins et de réinsertion adaptés à leurs besoins. ■

#### Docteur Jean Buisson,

Directeur du Centre municipal de santé d'Aubervilliers,  
Unité d'alcoologie de l'hôpital Avicenne de Bobigny.

# Un lieu d'écoute unique et une équipe pluridisciplinaire

**L**es questions soulevées par « la prise en charge des personnes vivant avec un problème lié à l'alcool » sont multiples :

► Elles concernent la santé dans sa composante sociale et médicale et dans sa composante publique et privée.

► Elles posent le problème de ce qui est normal et de ce qui est anormal dans le rapport de l'homme à l'alcool.

► Elles interrogent la science, la morale, la médecine et l'économie.

Face à ces problèmes l'expérience sur le terrain a montré qu'il fallait un lieu d'écoute unique, un lieu où l'intégrité de la personne était respectée.

Pour répondre aux différents problèmes soulevés se sont constituées des équipes pluri ou multidisciplinaires où chacun, dans sa spécialité s'est formé à cette approche particulière. Cette formation se travaille en équipe et permet à chacun de ses membres de garder sa place dans un projet thérapeutique.

Il est apparu aussi nécessaire de mettre en place un lieu privilégié où l'alcool et les problèmes liés à sa consommation étaient nommés. Ce lieu privilégié d'écoute n'est possible que si les différents intervenants peuvent mettre une certaine distance vis-à-vis de la famille et de l'entourage de la personne.

Il apparaît, à l'évidence, que la même personne ne peut être tantôt intervenant médical, tantôt intervenant social, s'occuper à la fois du malade, de la mère, du père, de la fille et du fils sans être rapidement

disqualifiée. Si certains médecins généralistes qui se sont formés en alcoologie peuvent assurer une prise en charge, c'est qu'ils ont en fait reconstitué un réseau d'intervenants ou qu'ils ne se sont pas interrogés sur leur pratique.

Le réseau spécialisé (CHAA) n'est en fait que la traduction institutionnalisée de ce travail. Il est un outil mis à la disposition des médecins généralistes mais aussi des groupes d'anciens buveurs, leur apportant des références sociales et médicales. L'expérience a montré que s'ils travaillent dans le respect du fonctionnement des uns et des autres, leur collaboration est fructueuse.

L'existence des CHAA a permis de comprendre que l'indication d'une prise en charge thérapeutique par le secteur psychiatrique ne devait pas être banalisée. Elle correspond à des indications précises concernant moins de 20 % de cette population (dans notre expérience 10 %).

Le développement des CHAA pose le problème des relations de ces structures avec les lieux d'hospitalisation publics et privés. Les CHAA, par leurs missions interviennent en amont et en aval du soin hospitalier. Les possibilités d'accès aux lits d'hospitalisation, la nécessaire complémentarité entre les deux équipes (CHAA et hospitaliers) nécessitent une coordination. En l'absence de celle-ci les deux systèmes peuvent devenir concurrents.

Enfin, en face de tous ces intervenants et des mouvements associatifs, les CHAA sont nécessaires car ils ont permis de nommer le

problème d'alcool : le fait de venir dans un CHAA n'est pas un geste banal.

Si nous reprenons la formule « des personnes vivant avec un problème lié à la consommation d'alcool », on peut admettre que 4 % de la population présente directement ce problème (environ deux millions de personnes) mais, que chacune d'elle pose le problème à son environnement immédiat (parents, enfants, fraterie) ; c'est donc huit à dix millions de personnes qui sont concernées.

Devant l'ampleur de ce problème il faut le dédramatiser. Pour ce faire, il ne faut pas marginaliser les structures du dispositif spécialisé. La position de l'État est ambiguë, dans la mesure où, conscient du problème il ne le nomme pas clairement ; il n'attribue pas des moyens réels et permanents aux structures qu'il a lui même créées pour prendre en charge ce problème.

On peut dire que s'il y avait une politique globale de santé publique efficace il devrait y avoir une réduction des conduites d'alcoolisation. Mais aussi qu'il ne faut pas renvoyer le problème aux alcoologues, il s'agit d'un problème de société et donc de responsabilité d'État.

L'absence d'individualisation de la part des pouvoirs publics, des organismes payeurs (Sécurité sociale, mutuelles, assurances) de ce que l'on peut appeler « la maladie alcoolique » (positions différentes prises par ces acteurs en matière de sécurité routière) contribue à cette non prise en charge d'un problème spécifique. Ne repérant pas les personnes ayant un problème lié à la consommation d'alcool, le besoin est nié, les moyens ne peuvent être déployés.

Pourquoi les pouvoirs publics, les organismes de tutelle, les organismes financiers n'ont-ils pas mis en place des outils leur permettant d'avoir l'estimation du coût de cette pathologie ?

Dans le cadre d'une politique globale de santé publique leur engagement à nommer clairement le problème ne serait-il pas le premier acte d'une politique globale de santé publique ?

**Professeur Jean-Louis Balmes,**  
Centre hospitalier universitaire de Nîmes.



### Sommaire

- XXII **Circulaire relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux**
- XXIII **Circulaire relative aux centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie**
- XXVII **Mouvements associatifs, adresses utiles**
- XXVIII **Bibliographie Adresses utiles**

Circulaire n° 454 AS 2 du 28 mars 1978

**relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux**

(Non parue au *Journal officiel*.)

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale à

Messieurs les préfets ;  
*Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.*

L'importance que revêt l'alcoolisme dans notre pays rend indispensable l'intensification des mesures prises au niveau du dépistage, du traitement et de la postcure des malades alcooliques des deux sexes.

Déjà est intervenue la circulaire du 31 juillet 1975 relative au dépistage et au traitement précoce de l'alcoolisme qui a incité les départements à créer une structure nouvelle dite « Centre d'hygiène alimentaire » et destinée aux sujets non encore dépendants à l'alcool mais qui abusent chaque jour des boissons alcoolisées.

Ces buveurs excessifs sont essentiellement des buveurs d'habitude qui, non traités, deviendront de véritables alcooliques.

Il convient donc de dépister ces

buveurs, la plupart du temps inconscients de leur intoxication naissante, avant l'apparition de troubles graves d'ordre psychologique ou psychique, et de leur proposer un traitement somatique en même temps qu'une psychothérapie éducative et de soutien qui sont effectivement dispensés dans les centres d'hygiène alimentaire.

Mais à côté de cette catégorie de buveurs, ne présentant pas encore de troubles graves, de nombreux éthyliques des deux sexes sont traités dans les hôpitaux généraux pour les conséquences de leur alcoolisme (symptômes neurologiques, gastro-entérologiques, etc.) sans que leur pathologie soit appréhendée dans son ensemble.

Ainsi, il apparaît que ce sont les effets et non les causes de leur maladie qui font l'objet du traitement et les patients, après disparition des symptômes, sont renvoyés à leur vie familiale et professionnelle sans qu'ait été abordé le problème de leur alcoolisme.

De plus dans un certain nombre de cas, des malades alcooliques se présentent à l'hôpital sans symptomatologie particulière mais en exprimant le souhait d'être traités pour leur alcoolisme.

C'est pourquoi je vous demande d'inciter messieurs les directeurs des hôpitaux généraux à créer, sans ouverture de lits complémentaires, une structure d'accueil et de traitement des malades éthyliques des deux sexes, grâce à la collaboration d'une équipe médicale particulièrement informée des problèmes de l'alcoolisme.

Cette équipe pourrait dans le cadre d'une coordination multidisciplinaire des soins, telle qu'elle a été recommandée par la circulaire du 5 mai 1976, aider les différents services dans lesquels sont hospitalisés les malades alcooliques à prendre en charge chaque cas dans sa pathologie globale.

Une telle organisation exigerait naturellement une coordination entre les praticiens, spécialistes ou non, appelés à donner leurs soins aux malades alcooliques, quelle que soit la nature de leur affection et le service dans lequel ils se trouvent hospitalisés, en liaison avec les équipes de secteur psychiatrique chaque fois que cela est nécessaire.

Aussi conviendrait-il d'inviter chaque commission médicale consultative à rechercher au sein du corps médical hospitalier un médecin (médecine générale, neurologie, gastro-entérologie, psychiatrie, etc.) qui accepterait d'être l'animateur de l'équipe d'accueil des malades alcooliques et d'assurer la coordination interdisciplinaire pour le traitement global des sujets présentant des affections d'origine alcoolique.

Bien évidemment, l'équipe devrait comprendre un assistant des attachés ainsi que du personnel paramédical et social, dont le nombre sera fonction des besoins.

J'ajoute que cette équipe devra travailler en liaison étroite avec les associations d'anciens buveurs qui jouent un rôle essentiel que j'ai déjà eu l'occasion de souligner, dans le domaine du soutien psychologique du malade alcoolique en traitement.

Je vous demande de bien vouloir veiller à ce que, dans toute la mesure du possible, ces équipes soient constituées dans les hôpitaux généraux de votre département et disposent des moyens nécessaires à leur action.

J'attacherai du prix à être informé avant le 1er octobre 1978 des réalisations entreprises compte tenu des recommandations de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :  
Le directeur général de la santé,  
Pr Pierre Denoix

Circulaire DGS/137/2 D du  
15 mars 1983 relative à

**la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool. Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.**

(Non parue au *Journal officiel*)

*Le ministre de la santé à Messieurs les commissaires de la République de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales). Madame et Messieurs les commissaires de la République de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) [pour exécution].*

Les centres d'hygiène alimentaire ont été créés selon les orientations fixées dans la circulaire DGS/1252/MS du 23 novembre 1970 puis développés grâce

aux recommandations concernant leur création et leur fonctionnement contenues dans la circulaire DGS/2266/MS du 31 juillet 1975. Cette circulaire a notamment précisé les principes et modalités de traitement du « buveur excessif » et défini la composition et le rôle de l'équipe médico-sociale du centre d'hygiène alimentaire, le recrutement de ses malades ainsi que son organisation administrative.

Le centre d'hygiène alimentaire a été décrit comme « un poste d'accueil, d'écoute et d'urgence ouvert en permanence » et l'accent a été mis sur le recrutement du « buveur excessif » et le « traitement rééducatif ».

Depuis 1975, le nombre des centres d'hygiène alimentaire s'est accru en même temps que se multipliaient les variantes dans leur mode de fonctionnement ; si certains ont limité leurs actions aux recommandations de la circulaire de 1975, voire sont restés en deçà de celle-ci, nombreux ont été ceux qui ont été conduits à développer une activité débordant très largement le cadre prévu par cette circulaire. L'expérience ainsi acquise permet aujourd'hui d'analyser différemment les possibilités de prise en charge des personnes consommant trop de boissons alcoolisées et d'élargir le champ d'activité des centres d'hygiène alimentaire. Il y a donc nécessité de reconsidérer leur définition, leur mission, leur place dans le dispositif départemental d'aide aux malades alcooliques et la composition de leur équipe.

**I La transformation des centres d'hygiène alimentaire en centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie**

La circulaire de 1975 mettait l'accent sur le dépistage et le rôle particulier du centre d'hygiène alimentaire en faveur du « buveur excessif », « les cas sévères d'alcoolisme » étant considérés comme des malades trop difficiles pour cette institution en raison des problèmes psychiques, somatiques et de réinsertion socioprofessionnelle. Pourtant, bon nombre de centres d'hygiène alimentaire assurent l'accompagnement du malade présentant un alcoolisme chronique sévère, sans forcément recourir à une hospitalisation. Les travaux menés au cours des dernières années montrent que, dans de nombreux cas, l'accompagnement ambu-

latoire peut être mené avec des résultats équivalents, voire supérieurs, à ceux d'une hospitalisation, dans des conditions peu onéreuses. Initialement conçu comme structures de « prévention de l'alcoolomanie », les centres d'hygiène alimentaire se sont transformés en structure de prévention et de soins. Quelques principes de la circulaire du 23 novembre 1970 doivent donc être modifiés :

tout en maintenant son activité de dépistage et de conseils d'hygiène alimentaire à ceux qui ont une consommation de boissons alcoolisées excessive ou risquant de le devenir, le centre d'hygiène alimentaire ne doit pas se limiter à cette seule action ;

l'équipe du centre d'hygiène alimentaire doit envisager son intervention comme thérapeutique, les soins étant prodigués le plus précocement possible. Toute personne ayant un problème d'alcoolisation, pour lui-même ou pour un proche, doit donc trouver au sein de cette structure une réponse adaptée à sa demande.

Cette transformation en institution de prévention et de soins rend moins nécessaire l'abord des consultants par « l'hygiène alimentaire ». À l'appellation de centre d'hygiène alimentaire, il est préférable maintenant de substituer le nom de centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. Toutefois, les institutions qui le souhaiteront pourront s'appeler centre d'alcoologie, voire conserver pour un temps leur dénomination antérieure. Ces appellations de caractère administratif n'empêchent pas les gestionnaires de nommer les centres du terme « Centre » ou « Institut » suivi d'un nom propre.

**II Les missions du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie**

**A L'accompagnement du malade alcoolique**

Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie sont des structures d'accueil, de soins et de prévention ou est assuré le suivi ambulatoire de toute personne confrontée, de quelle manière que ce soit, à un problème d'alcoolisation, quel que soit le stade de cette alcoolisation.

Cet accompagnement est médical, relationnel et social :

**a Médical**

L'alcoolisation importante conduit

presque toujours à une intervention médicale, soit en raison des complications, soit par la nécessité d'évaluer l'évolution des symptômes cliniques et biologiques.

Si le centre doit pouvoir effectuer la plupart des interventions d'ordre médical, il n'est cependant pas conçu pour assumer certaines urgences qui nécessitent une hospitalisation.

**b** Relationnel

Le suivi du patient doit être assuré par des entretiens avec un ou plusieurs membres de l'équipe médico-sociale du centre, qui, pour certains cas, devra travailler en étroite coordination avec le secteur psychiatrique. L'accompagnement du patient, qui peut être de longue durée, peut s'adresser également à la cellule familiale très souvent perturbée. Il nécessite donc une bonne coordination des membres de l'équipe soignante qui doit prévoir dans son emploi du temps des réunions de synthèse.

**c** Social

On assiste souvent chez le malade alcoolique à une lente et progressive désinsertion du tissu social où se mêlent difficultés familiales et professionnelles. L'équipe pluridisciplinaire du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, par l'intermédiaire de ses travailleurs sociaux, peut aider à la resocialisation grâce à d'étroites coordinations avec les autres structures sociales de la cité.

**B** *Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. L'information, l'enseignement et la recherche*

**a** L'information

L'expérience et le savoir-faire de l'équipe en matière d'accompagnement du malade alcoolique font du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie une structure particulièrement opérationnelle pour des actions de prévention comme l'information ou l'éducation pour la santé.

Ces actions de prévention sont de deux types :

celles auprès du consultant qui n'est pas encore dépendant mais qui a « un problème d'alcool » ; il s'agit alors souvent d'information et de conseils d'hygiène alimentaire proprement dits pour lesquels la présence d'une diététicienne peut être utile ;

celles réalisées en milieu du travail, en milieu scolaire, universitaire ou hospitalier ; le centre doit jouer

un rôle moteur dans ces activités qui peuvent être dispensées par les organismes spécialisés départementaux (comité d'éducation pour la santé, comité de défense contre l'alcoolisme, mouvement d'anciens buveurs).

**b** La formation

Structure de prévention et de soins spécialisés, le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie peut accueillir et encadrer des personnels qui se préparent au travail dans un autre centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie ou aux carrières médico-sociales (travailleurs sociaux, psychologues, diététiciens, infirmiers, internes, médecins désirant acquérir une expérience de l'accompagnement du malade alcoolique, etc.). Lorsque la demande en est formulée par des centres de formation (écoles d'infirmières, de travailleurs sociaux, U.E.R. de médecine ou de psychologie, etc.), les membres de l'équipe peuvent participer à l'enseignement des étudiants. Le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie peut également participer à la formation des anciens malades (en collaboration avec les mouvements d'aide aux buveurs), à la formation médicale continue des personnels hospitaliers ou sociaux.

**c** La recherche

La recherche en alcoologie est insuffisamment développée et pêche par manque de données et absence de coordination. Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie représentent une source d'informations inexploitées. Vous veillerez à ce que les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie de votre région ou de votre département puissent procéder à une exploitation épidémiologique des données qu'ils recueillent, si possible en suivant un protocole commun. Les observatoires de santé pourraient y apporter utilement et efficacement leurs concours.

**III** **L'insertion des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et leur coordination avec les autres structures**

**A** *Le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, structure au sein de la cité*

Le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, pour être efficace, doit être facilement accessible et être en étroite relation avec les différents organismes ou établissements qui

concourent à la réinsertion du malade alcoolique (établissements hospitaliers spécialisés ou non, secteurs de santé mentale, services sociaux, justice, ANPE, mouvement d'aide aux buveurs, etc.). Il doit pouvoir assurer la coordination et le suivi des recours et démarches du malade alcoolique.

Le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie doit être inséré dans les lieux de vie de la cité ; son lieu d'implantation sera donc soigneusement choisi en fonction des réseaux de transport, des différentes ressources commerciales, culturelles, sociales, etc. Le local sera de préférence situé soit dans une habitation aménagée selon les besoins, soit au sein d'un centre de santé, d'un dispensaire ou d'un autres établissement de prévention ou de soins. Vous choisirez la formule qui correspond le mieux aux caractéristiques et besoins locaux.

La circulaire de 1975 a défini la configuration architecturale des centres d'hygiène alimentaire en précisant qu'ils devaient comporter « trois pièces et une salle d'attente de petite capacité » ; ces caractéristiques n'ont qu'un caractère indicatif et peuvent varier suivant les besoins : les seules exigences concernent l'existence d'un lieu d'accueil, d'une salle d'attente et des pièces permettant les entretiens individuels. De même, la grille horaire suivant laquelle s'échelonnent les activités du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie doit s'accorder à la disponibilité des consultants (ouverture au moins partiellement en dehors des heures habituelles de travail de la population desservie).

**B** *Les relations du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie*

L'accompagnement du malade alcoolique impose parfois de recourir à des institutions spécialisées où peuvent être pris en charge des problèmes particulièrement lourds (urgences chirurgicales, maladies mentales, etc.). Ces institutions, notamment psychiatriques, ne peuvent évidemment être le lieu unique de prise en charge du malade alcoolique, qui, généralement, tient à se démarquer des malades mentaux et tend à rejeter ce type d'institution. Les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie doivent donc assurer le suivi des malades en collaboration active avec les institutions vers lesquelles ils les auront orientés, afin d'assurer la con-

tinuité de l'accompagnement thérapeutique.

#### 1 Relation avec les médecins libéraux

La collaboration des médecins libéraux aux activités du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie local est une nécessité car leur connaissance de la pratique quotidienne en fait des éléments indispensables de l'équipe technique, comme l'a prévu la circulaire de 1975.

Par ailleurs, il est essentiel pour l'avenir du malade que les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie entretiennent avec les praticiens libéraux des relations régulières à propos des patients suivis conjointement. Cette concertation permet au médecin de famille de mieux connaître l'évolution de la dépendance et les méthodes de prise en charge, et à l'équipe du centre de savoir quels éléments nouveaux interviennent dans la vie du patient. Elle se fera dans le respect du code de déontologie et du secret professionnel.

#### 2 Relation avec les secteurs psychiatriques

En raison des troubles psychiatriques qu'ils représentent, certains consultants ne peuvent être suivis par le centre et doivent être hospitalisés en milieu spécialisé. Il convient donc de souligner la nécessité des liaisons étroites qui doivent être établies entre les équipes médico-sociales des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et celles des secteurs psychiatriques. Ces relations sont d'autant plus importantes que le traitement de tels patients se poursuit bien souvent par une psychothérapie de soutien au long cours.

#### 3 Relation avec les établissements hospitaliers

Dans les établissements hospitaliers, la brièveté des séjours des malades, l'insuffisante disponibilité de temps des équipes médicales et soignantes, ainsi que leur absence fréquente de motivation et de formation spécifique, ne permettent pas, dans la majorité des cas, une bonne prise en charge du problème alcool des malades hospitalisés pour une complication de leur alcoolisation ou pour toute autre raison apparemment sans lien direct avec leur alcoolisation. Certains hôpitaux refusent même l'hospitalisation à des malades alcooliques qui ont besoin d'une courte hospitalisation pour débuter leur

sevrage.

Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, celle-ci devrait pourtant être un temps privilégié de sensibilisation et d'amorce efficace de l'accompagnement thérapeutique qui devra être poursuivi après l'hospitalisation. Ce constat nécessite :

- 3.1 Que dans chaque centre hospitalier, *quelques lits puissent être réservés à l'accueil des malades alcoolique pris en charge par un personnel motivé et compétent, existant ou à former en tant que de besoin, pour répondre aux exigences thérapeutiques précédemment évoquées, et que dans les établissements hospitaliers où cela est nécessaire, soit créée une véritable unité d'alcoologie.* Je vous rappelle les termes de la circulaire DGS/454/AS 2 du 28 mars 1978 relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux. Cette instruction permet d'organiser une prise en charge efficace des personnes hospitalisées présentant un problème lié à la consommation de l'alcool. Je vous demande d'organiser dans votre département la prise en charge dans les établissements hospitaliers, de ces personnes après avoir évalué les besoins à partir d'enquêtes épidémiologiques auxquelles vous associerez les différents intervenants en alcoologie. Vous m'informerez, avant le 1<sup>er</sup> octobre 1983, des résultats de ces travaux et des mesures que vous aurez prises en faveur des personnes hospitalisées présentant un problème d'alcoolisation, afin que je puisse procéder à la réalisation d'une brochure destinée aux professionnels et au grand public, brochure qui devra en particulier comprendre toutes les adresses des structures pouvant apporter des soins spécifiques à ces personnes.
- 3.2 Que des membres de l'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie participent effectivement à la prise en charge des malades alcooliques lors de leur hospitalisation dans les différents services afin de mieux pouvoir amorcer l'accompagnement thérapeutique qui doit être pratiqué à la sortie de l'hôpital.

Le souci d'une bonne prise en charge des personnes hospitalisées a conduit dans certains départements à la création de centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie au sein d'établissements hospitaliers. Si cette so-

lution a parfois donné des résultats exemplaires, elle n'a pas, dans de nombreux cas, eu l'efficacité espérée car les personnels ont parfois été utilisés pour d'autres tâches et l'implantation de l'hôpital, souvent excentrée, n'a pas permis le recrutement souhaité. Je vous demande de ne concevoir de tels centres que si l'importance de l'établissement le justifie, si une équipe distincte du personnel des services y est affectée et que si leur situation géographique leur assure une bonne implantation au sein de la cité avec une grande facilité d'accès.

#### 4 Relations avec les organismes sociaux

Elles sont essentielles pour les raisons précédemment évoquées et l'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie comportera une personne chargée plus particulièrement des relations avec différents organismes tels que services d'aide sociale, ANPE, services médicaux du travail, etc.

Les malades désocialisés, momentanément ou non, ont besoin souvent d'un hébergement de « dépannage ». C'est la raison pour laquelle, en dehors de l'hôpital, il sera parfois utile de créer un petit centre d'hébergement temporaire au sein de la cité, où l'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie assurera la continuité de la prise en charge des malades.

#### 5 Relation avec les mouvements d'aide aux buveurs.

Certains centres se sont attachés la coopération de mouvements d'aide aux buveurs en leur demandant d'assurer bénévolement dans les locaux du centre une permanence de quelques heures par semaine. La complémentarité des actions de ces mouvements par rapport à celles du centre peut être une aide précieuse pour certains consultants. Lorsque cela sera possible, vous veillerez à ce que cette coopération puisse devenir effective tout en précisant bien le cadre dans lequel elle s'inscrit, notamment en ce qui concerne la liberté de choix des malades.

La bonne insertion des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie au sein de la cité et les liens qu'ils créeront avec tous les établissements sanitaires et sociaux doivent les conduire à devenir des structures de base

et des lieux de référence en alcoologie.

**IV L'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, pluridisciplinaire et compétente en alcoologie**

**A Pluridisciplinaire**

La variété des champs d'activité (sanitaire, social, culturel, etc.) du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie implique un pluralisme des intervenants.

Les indications concernant le personnel, prévues par la circulaire DGS/2266

MS1 du 31 juillet 1975, restent valables.

Toutefois, j'appelle expressément votre attention sur le fait qu'il est particulièrement souhaitable, en vue d'assurer une véritable permanence de l'activité, de pourvoir les centres en personnels employés à plein temps.

Chaque agent à plein temps peut être remplacé par deux agents à mi-temps, l'essentiel étant de réaliser la continuité dans l'ouverture du centre.

Cette équipe minima, qui permet le début des activités, doit pouvoir s'étoffer progressivement en fonction de l'accroissement de la demande et de l'élargissement de son spectre d'activités, mais le nombre de ses membres doit rester limité.

L'équipe du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie doit être pluridisciplinaire, regroupant des personnes pouvant avoir des formations professionnelles variées (parmi lesquelles peuvent notamment être citées celle d'éducateur, de psychologue, de diététicien, de conseiller conjugal, etc.) ou ayant une expérience personnelle (anciens buveurs, visiteur social).

**B La formation du personnel**

Le suivi du malade alcoolique se fonde sur une relation thérapeutique où se mettent en jeu la personnalité du patient et celle du soignant. Chaque cas pose un problème spécifique et nouveau auquel doit faire face le thérapeute. Cela implique l'institution de contrôles thérapeutiques réalisés au cours de séances de synthèses, de confrontations périodiques avec d'autres institutions ou équipes ou encore d'apprentissage de techniques nouvelles. Par ailleurs, il est souhaitable que le personnel ait une formation initiale en, alcoologie dont

il sera tenu compte pour le recrutement et poursuive son perfectionnement en cours de carrière en bénéficiant d'une formation continue.

**V Le cadre administratif**

**A Gestion des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.**

La circulaire du 31 juillet 1975 a mis l'accent sur les centres gérés par une association, mais on trouve aussi aujourd'hui des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie communaux ou départementaux. La gestion associative n'est donc plus la seule à retenir. Si celle-ci est choisie lors de la création d'un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, il est très souhaitable que l'association de gestion soit une association ayant la personnalité morale, enregistrée dans le département où est implanté le centre et regroupant au sein de son conseil d'administration un ensemble de personnes participant le plus largement et le plus complètement possible à la vie de la collectivité (élus locaux, professionnels sociaux ou de la santé, magistrats, etc.)

**B Situation des professionnels des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie**

Afin de normaliser les situations et de permettre un fonctionnement efficace des centres, vous voudrez bien suivre les indications suivantes :

**Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie à gestion publique**

Lorsque les besoins justifieront la présence d'un médecin à temps plein ou à temps partiel dans le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, vous pourrez chercher à obtenir le détachement d'un praticien hospitalier compétent en alcoologie. Une convention sera alors passée par le centre hospitalier pour permettre la prise en charge par le département des charges salariales correspondantes.

**Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie à gestion privée.**

Les actions de prévention et de soins réalisées par des organismes privés sont financées au titre des dépenses obligatoires et donner lieu à l'établissement de conventions. Il m'est apparu que dans certains cas les coûts afférents aux centres conventionnés dépassent les frais de fonctionnement actuellement observés pour

les centres publics. Aussi, je vous demande de veiller à ce que toute nouvelle convention passée avec un organisme se rapproche le plus possible du coût de fonctionnement des centres à gestion publique, notamment en ce qui concerne les frais de personnels.

L'alcoolisme peut être considéré comme la troisième cause de morbidité et de mortalité en France et représente une charge importante pour les régimes de sécurité sociale. C'est dire l'intérêt qui s'attache aux structures de prévention et de soins comme les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

Je vous demande donc de veiller tout particulièrement à l'application de ces instructions et de les diffuser auprès de tous les intervenants concernés et notamment auprès des médecins inspecteurs de la santé de votre département.

Vous m'adresserez, au cours du dernier trimestre 1983, un rapport synthétique sur les besoins identifiés dans votre département et sur les dispositifs mis en place. Ces rapports feront l'objet d'une étude nationale qui vous sera diffusée par la suite.

Le ministre de la santé  
Jack Ralite



# Mouvements associatifs

## Adresses utiles

### Associations nationales d'anciens malades alcooliques

#### Alcooliques anonymes

21, rue Trouseau  
75011 Paris  
tél. (1) 48 06 43 68

#### Al anon

Inter groupe Paris : 43 48 31 12  
4, rue Fléchier  
75009 Paris  
tél. 42 81 97 05

#### Croix Bleue

47, rue de Clichy  
75009 Paris  
tél. (1) 48 74 85 22 ou 42 85 30 74

#### Croix d'Or

10, rue des Messageries  
75010 Paris  
tél. (1) 47 70 34 18

#### Fédération Nationale Joie et Santé

35, rue Ampère  
94400 Vitry-sur-Seine  
tél. (1) 46 81 43 29

#### Fédération nationale santé abstinence amitié, Les Amis de la santé

6, rue de Breuschwickersheim  
67117 Ittenheim  
tél. (16) 88 69 12 46

#### Les Bons Templiers

7, rue Major Martin (1<sup>er</sup> ét., Salle 7)  
69001 Lyon  
tél. (16) 78 69 14 92 (de 13 à 14h)

#### Vie Libre

8, impasse Dumur  
92110 Clichy  
tél. (1) 47 39 40 80

### Fédération française interprofessionnelle pour le traitement et la prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (FITPAT)

22, rue de Chabrol  
75010 Paris  
tél. (1) 44 79 05 63  
*La FITPAT regroupe des associations agissant  
en milieu professionnel :*

#### Amitié Communautaires et Municipaux (ACM)

1, rue Adélaïde Perrin  
69002 Lyon  
tél. (16) 78 37 40 47

#### Amitié EDF-GDF

17, rue Pasquier  
75008 Paris  
tél. (1) 40 08 74 09 ou 40 08 74 81

#### Amitié Entraide Air France

Direction de la maintenance, Orly Sud 124  
94396 Orly Aéroports cedex  
tél. (1) 46 75 81 83 ou 46 75 59 76

#### Amitié Municipale Prévention Travail Alcool du Pays de Lorient (AMPTA)

Cité Allende, rue Colbert, BP 12  
56100 Lorient  
tél. (16) 97 64 64 61

#### Amitié Peugeot Talbot Poissy (APTP)

Groupe PSA, Usine Talbot  
45, rue Jean-Pierre Timbaud  
78307 Poissy cedex  
tél. (1) 39 71 33 91

#### Amitié Peugeot Vesoul (APV)

Groupe PSA, 24, rue d'Echenoz  
70000 Vesoul  
tél. (16) 84 96 40 40 - bip - 4767  
Amitié Police Entraide Liaison

#### ANAS - Réseau APEL

(Police Nationale et CRS)  
Château du Courbat  
37460 Le Liège  
tél. (16) 47 91 22 22

#### Amitié Présence RATP

Centre J. Leroy, 7 rue d'Alésia  
75014 Paris  
tél. (1) 45 89 11 56

#### Amitié PTT

206, rue du Faubourg St-Honoré  
75008 Paris  
tél. (1) 42 25 20 40

#### CETACE

CHR, 1, rue de la Porte Madeleine  
45000 Orléans  
tél. (16) 38 74 47 15

#### Espérance et Amitié (ESPAM)

Renault Flins, Usine P. Lefauchaux  
BP 3  
78410 Aubergenville  
tél. (1) 30 91 73 18

#### GRAAL

Institut géographique national (IGN)  
2, avenue Pasteur  
94160 Saint-Mandé  
tél. (1) 43 98 80 00 poste 7308

#### La Santé de la Famille - SNCF

1, impasse d'Amsterdam  
75008 Paris  
tél. (1) 48 74 34 41

#### Objectif Sobriété des Municipaux Stéphanois (OSMS)

28, rue Polignais  
42000 Saint-Etienne  
tél. (16) 77 37 97 80

#### Renault Vie Nouvelle

RNUR - DPR  
BP 6  
95611 Cergy Pontoise cedex

#### Santé Amitié Equipement du Doubs (SAED)

DDE, 82, rue de Mathey  
25700 Valentigney  
tél. (16) 81 35 67 57 (M. J. Guillaume)

#### Servair Sobriété Amitié

15, rue des Vignes  
95707 Roissy-en-France  
tél. (1) 48 62 18 50 (Infirmerie)

#### Solidarité SIBF

Ets Bertrand Faure, rue de Tabago  
44460 Saint-Nicolas-de-Redon  
tél. (16) 99 71 03 14

#### Vie Nouvelle (VNV)

DDE Phares et Balises  
8, rue du Commerce  
56019 Vannes  
tél. (16) 97 64 11 36 ou 97 21 90 38

## Bibliographie sommaire

Consultants des CHAA, qui êtes-vous ?, Résultats de l'enquête évaluative 1991 portant sur les nouveaux consultants des CHAA gérés par l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme.

Rapport TEN portant sur l'évaluation du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme, 1993.

Alcoologie, Professeur Dominique Barrucand, Riom Laboratoires-CERM, 1988.

Comprendre et traiter les alcooliques, J.-C. Archambault, éditions Frison-Roche, 1992.

Le Buveur du XIX<sup>e</sup> siècle, Didier Nourrisson, éditions Albin Michel, 1990.

Adresses utiles, Haut Comité de la santé publique.

Glossaire d'alcoologie, Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme.

Les indicateurs d'alcoolisation 1992, la consommation, la mortalité, Haut Comité de la santé publique, 1993.

Sociabilité et exclusion. Le paradoxe de l'alcoolique, Maryline Contini, prix Michel Fontan 1992, HCSP.

Pour toute adresse ou  
renseignement complémentaire,  
pensez à consulter le minitel

**3 6 1 4 A L C O I N F O**

Service minitel du HCSP

**3 6 1 5 A N P A**

Service minitel de l'ANPA

## Adresses utiles

**Ministère des Affaires  
sociales, de la santé et  
de la ville**

1, place de Fontenoy  
75350 PARIS 07  
tél. 46 62 40 00

**Haut Comité  
de la  
santé publique**

2, rue Auguste Comte  
92170 VANVES  
tél. 46 62 42 80  
télécopie 46 62 42 55

**Association nationale de  
prévention de l'alcoolisme**

20, rue Saint-Fiacre  
75002 PARIS  
tél. 42 33 51 04  
télécopie 45 08 17 02

**Société française d'alcoologie**

16, rue Picot  
75016 PARIS

**Comité français  
d'éducation pour la santé**

2, rue Auguste Comte  
92170 VANVES  
tél. 46 45 45 00

**Marie Mauffret** a rédigé ce dossier avec l'aide de Ségolène Chappellon, Philippe Ferrero l'a mis en forme. Merci à Maurice Bazot, Didier Playoust, Jean Buisson et Jean-Louis Balmes pour leur tribune.

**LE SIDA EN ÎLE-DE-FRANCE**  
**suivi épidémiologique**  
*ORS, 1993, 180 p.*

Cette publication est une synthèse sur la situation épidémiologique et la prise en charge des malades en 1990 en Ile-de-France.

Ce recueil de données constitue une mine d'informations concernant la population infectée tant au niveau médical que de la prise en charge. Outre certains chiffres choc (il y a 1,5 fois plus de sida déclarés en Île-de-France que dans l'ensemble du Royaume-Uni, 20 % des décès chez les hommes de 25 à 44 ans en Ile-de-France sont liés au Sida), on retrouve de très nombreux indicateurs s'intéressant à l'environnement du sida tant en amont qu'en aval de la structure hospitalière : dépistages, associations, populations spécifiques (toxicomanie, femmes enceintes...), réseaux en place.

Ce livre qui rassemble la somme des diverses études (INSERM, Assistance Publique-SESI...) réalisées en Île-de-France, doit être considéré comme un outil de référence pour :

- d'une part, mieux comprendre les caractéristiques médico-sociales de cette pathologie,
- d'autre part : apprécier la tendance évolutive des paramètres étudiés, afin d'adapter la politique de santé publique.

**APPROCHE DE LA TOXICOMANIE EN MIDI-PYRÉNÉES PAR TABLEAU DE BORD Bilan 1991**  
*ORS, 1993, 50 p.*

Ce cahier se propose d'analyser les différentes composantes de la toxicomanie dans la région Midi-Pyrénées.

À travers une présentation très visuelle et la collecte d'informations de nombreuses sources (SESI, ministère de l'Intérieur...) ce document appréhende à la fois les caractéristiques socio-compor-

tementales des toxicomanies et détaille la participation des différents intervenants en toxicomanie dans la région.

De ce travail, certains faits marquants et tendances évolutives se dégagent :

- concernant les toxicomanes interpellés : exemple : dans les 3/4 des cas, l'usage du cannabis est en cause ; le nombre d'héroïnomanes a doublé entre 1990 et 1991,
- concernant les toxicomanes soignés : doublement des malades toxicomanes en CHR ; 45 % des malades traités étaient séropositifs,
- l'intervention du personnel soignant : grande mobilisation des médecins et pharmaciens.

Ces données permettront indéniablement d'optimiser la coordination des différentes structures d'accueil et de soins, et pourront éventuellement permettre une modélisation au niveau national.

**OMS**

**SI VOUS ÊTES CHARGÉ DE...**

**Guide de gestion à l'usage des responsables des soins de santé primaires**  
*Genève, OMS, 1993, 2<sup>e</sup> éd.*

Ce guide a été conçu pour aider les agents de santé - infirmières, sages-femmes et auxiliaires médicaux - à améliorer leurs compétences gestionnaires. Constatant le lien étroit qui existe entre une bonne gestion et des soins de santé de qualité, il explique, à partir d'exemples pratiques, d'études de cas et d'illustrations, comment utiliser un large éventail d'outils simples pour tirer le meilleur profit de ressources limitées, par une meilleure gestion du temps ou par un moindre gaspillage des médicaments.

Les quatre parties du guide peuvent être étudiées séparément ou comme partie d'un tout, en fonc-

tion des besoins d'apprentissage individuels. L'exercice préliminaire, qui a rencontré un certain succès dans la première édition, aide le lecteur à diagnostiquer ses carences et le guide vers les chapitres qui l'aideront à combler ses lacunes.

**PERSONNES ÂGÉES**

**LES PERSONNES ÂGÉES**  
**Dépendance, soins et solidarité familiales, comparaisons internationales**  
 sous la direction de Frédéric Leseman et Claude Martin  
*Les études de la documentation française, 1993, 215 p.*

La richesse de cet ouvrage provient de l'appel à des auteurs, universitaires et chercheurs, spécialistes de ces questions dans leurs pays respectifs : France, Allemagne, Grande-Bretagne, Italie, Suède, Pays-Bas, Québec, États-Unis. Son intérêt est d'affirmer certaines idées reçues, sur le desserrement des solidarités familiales par exemple, et de permettre de percevoir les particularités nationales de même que les convergences.

**L'ACTION GÉRONTOLOGIQUE**  
**Guide pratique à l'usage du médecin généraliste**  
*Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville, 1993*

Les médecins généralistes sont les acteurs directs, avec les professionnels médicaux et paramédicaux (kinésithérapeutes infirmiers...) concernés par l'organisation de la prise en charge d'une personne âgée, sans oublier l'assistante sociale.

Ce petit guide a pour but l'amé-

lioration de la connaissance du médecin généraliste du secteur gérontologique afin de lui faciliter une coordination harmonieuse avec les autres intervenants qui se relayent auprès des personnes âgées et de lui permettre de s'inscrire dans une action durable. Il y trouvera une présentation succincte de chaque structure ou prestation qui peut être sollicitée.

**LES RETRAITES**  
**la Sécurité sociale en France**  
*Ministère des Affaires sociales et de la ville, direction de la Sécurité sociale, 1993, 51 p.*

Il existe dans notre pays plus de 100 régimes de retraite obligatoires principaux, gérés par plus de 400 caisses distinctes avec trois grandes caractéristiques dans les régimes français de sécurité sociale de l'assurance vieillesse : une protection généralisée mais éclatée entre de multiples institutions ; une subtile conciliation des mécanismes de l'assurance et de la solidarité ; une difficile maîtrise de ses dépenses.

Cette brochure décrit les principaux traits de ce système : le cadre institutionnel, les règles de l'assurance vieillesse, les problèmes de financement ; il ouvre également quelques pistes pour réformer les systèmes des retraites, dans le respect des grands principes actuels.

**PROSPECTIVE**

**LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE**  
**Données sociales 1993**  
*INSEE, 590 p.*

Comme chaque année, l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) nous propose cette photographie de la société française autour de 10 thèmes. Pour chacun de ces thèmes,

8 à 10 auteurs nous apportent un éclairage particulier. Un des thèmes concerne bien évidemment la santé et ses articles illustrent bien les problématiques actuellement posées (que ce soit sur « l'inégalité sociale devant la mort » ou sur « l'irrésistible ascension des dépenses de santé », entre autres) ; mais les autres parties concernent : la population, l'éducation et la formation, l'emploi, les conditions de travail et salaires, la famille, les budgets et patrimoines, le cadre de vie, les groupes sociaux, la protection sociale, autant de déterminants pour la santé que les acteurs ou décideurs en santé publique ne peuvent ignorer.

#### QUELLE SANTÉ POUR LES FRANÇAIS APRÈS L'AN 2000 ?

Édité par le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, 100 p.

Ce document a pour objectif de mesurer les effets des progrès technologiques en terme d'années de vie gagnées dans les 25 années à venir en France. Il aborde 3 grands domaines de santé publique : les affections cardio-vasculaires, les cancers (poumon et sein), le sida.

Pour établir un scénario fiable les auteurs ont joint deux méthodes :

- la projection tendancielle des données quantitatives actuelles sur la période 1990-2015
- une analyse qualitative prévisionnelle à partir d'un travail de quatre experts, afin de prendre en compte l'influence des changements technologiques et comportementaux dans les années à venir (exemple : diminution probable de la consommation de tabac, progrès de l'imagerie, marqueurs génétiques...).

La résultante de cette démarche est une quantification de l'impact du progrès technique par rapport à l'impact de la limitation des conduites à risque dans l'évo-

lution de chaque pathologie. La prévision apprécie également la diminution du coût social (direct et indirect) engendrée par ces progrès.

Sous réserve du bien-fondé des hypothèses de base (essentiellement : évolution linéaire des chiffres – stabilité du système de santé – apparition d'une cassure imprévisible), ce document éclaire, par la précision des données numériques certains choix stratégiques à venir : les domaines où la prévention doit être de mise et ceux où l'effort de recherche doit être prioritaire.

#### PROTECTION SOCIALE

##### CONSOMMATION MÉDICALE ET TAUX DE REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

La consommation médicale des bénéficiaires du régime général, du régime Alsace-Moselle et du régime des travailleurs non salariés et des professions non agricoles

A. Bocognano, Th. Lecomte

CRÉDES, 1992, 61 p.

Ce rapport présente des résultats issus de l'enquête sur la santé et la protection sociale réalisée en 1988, 1989, 1990 et 1991, par le département statistique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et le CRÉDES, auprès de trois groupes d'assurés sociaux de régime différents

On sait que ces régimes n'assurent pas les mêmes taux de remboursement. On constate chez leurs bénéficiaires des écarts de consommation notables. Ceux-ci ne peuvent pas être attribués au seul niveau de remboursement.

Des facteurs socio-culturels sont donc également en cause.

#### LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Rapport juillet 1992, commission des comptes de la sécurité sociale

Le rapport annuel de la commission des comptes de la sécurité sociale fait chaque année l'objet d'une publication. Édité par le service de communication du ministère des affaires sociales, diffusé par la documentation française, c'est le rapport portant sur les résultats 91 et les prévisions 1992, qui est disponible depuis le deuxième trimestre 1993.

Ce rapport est exhaustif puisqu'il porte sur l'ensemble des régimes et que tableaux et commentaires portent sur les recettes, les dépenses, la trésorerie... régime par régime, et branche par branche. On y trouve également la description de mécanismes particuliers (compensation et répartition du produit de contribution sociale généralisée des sociétés) ou des bilans concernant une prestation particulière ou une recette nouvelle. Il constitue donc une mine d'informations qui restent cependant d'un accès assez difficile pour le non spécialiste.

#### LA SANTÉ ET LA PROTECTION SOCIALE DANS L'AGRICULTURE ET L'AGRO-ALIMENTAIRE BRETONS

ORS de Bretagne, 1993, 124 p.

La Bretagne est une des régions d'Europe qui appuie encore son développement économique pour une part importante sur l'agriculture.

Après avoir présenté sous forme d'indicateurs les résultats d'une enquête sur l'espérance de vie, la mortalité, les accidents du

travail, les maladies professionnelles, et mis en évidence les domaines où une amélioration doit être apportée, ce rapport précise les services de protection sociale qui sont mis à la disposition des agriculteurs, notamment en matière d'organisation des soins, de prévention des risques professionnels et de soutien aux personnes

## SIDA

### POUVOIRS CONTRE SIDA DE LA TRANSFUSION SANGUINE AU DÉPISTAGE Décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède

Michel Setbon

Paris, éditions du Seuil, 1993, 420 p.

Michel Setbon propose une analyse des processus de décision face au sida, en France, en Angleterre et en Suède, d'une grande richesse et du plus haut intérêt en termes de santé publique. Il centre son étude sur la place des politiques de dépistage pour lutter contre l'épidémie et fait apparaître des réponses largement différenciées. Si tous les pays utilisent le test, aucun ne le fait de la même façon, c'est-à-dire ni à partir des mêmes considérations, ni avec les mêmes modalités, tout en se référant au même objectif de réduction de la propagation de l'infection par le VIH.

La problématique s'appuie sur la distinction entre problème de santé publique et problème public et sur la nature du problème auquel répondent les politiques de dépistage. En effet, la lutte contre la propagation de l'épidémie et le risque de contamination est de nature sanitaire et pose un problème de santé publique alors que la demande sociale de protection qui découle de la peur est de nature sécuritaire et correspond

en difficulté.

Ce rapport est le résultat d'une coopération entre l'observatoire régional de santé et les caisses de mutualité sociale agricole des Côtes d'Armor, du Finistère, de l'Ille-et-Vilaine et du Morbihan.  
Renseignements

ORSB  
BP 1605  
35016 Rennes Cedex

## ■ SIDA

### SIDA, ENFANT,

au problème public. Or, toute l'ambiguïté du sida réside dans le fait qu'avant d'être défini comme problème de santé publique et de réunir les différentes conditions qui permettent son traitement technique au niveau collectif, il se présente comme un problème public, du fait de la menace généralisée qu'il représente et de la controverse sur les moyens de s'en protéger qu'il provoque.

La mise en évidence de la double nature du problème et la priorité accordée au problème public a des effets sur les politiques de dépistage mises en place dans chacun des pays. Outil technique neutre, le dépistage devient une politique publique à travers ses modalités (obligatoire ou volontaire, systématique ou incitatif, universalité ou choix de certains groupes). La deuxième composante de la comparaison porte sur le traitement du problème public. Si le processus de décision se déroule en trois temps, un temps de non-décision, un temps de mobilisation et un temps de normalisation, c'est au cours de la mobilisation que vont s'affronter les différents acteurs, affrontement dont la politique de dépistage est le résultat. Enfin, passée la phase de mobilisation et d'élaboration des politiques de dépistage, Michel Setbon s'intéresse à leur mise en œuvre. La comparaison fait apparaître un certain nombre de différences. La politique en Grande-Bretagne n'a pas connu d'écart entre son élaboration et son application et s'inscrit dans une logique de santé publique : dépistage sélectif et centré sur la réduction

du risque. La Suède et la France ont conçu et mettent en œuvre des politiques de dépistage extensives qui globalement ignorent le risque. Mais les pratiques ont progressivement évolué en sens inverse : en Suède, une attention de plus en plus grande est portée au risque et à sa réduction par les acteurs médicaux alors qu'en France, la création des CDAG traduit la prise en compte du risque mais le changement majeur introduit par la politique de dépistage n'est pas repris par les acteurs médicaux.

Michel Setbon propose de faire intervenir la variable : « pouvoirs de l'acteur technico-administratif » pour rendre compte des différences observées entre les trois pays. Variable au cœur du processus de décision, c'est autour d'elle que s'organisent l'orientation de la politique de dépistage et la pérennisation du changement dans la mise en œuvre. Elle permet d'expliquer les différences entre pays car elle intègre la durée et la relation de pouvoir existant entre les trois acteurs déterminant la politique de dépistage et sa concrétisation : l'acteur politique, l'acteur technico-administratif et l'acteur médical responsable de la mise en œuvre. En conséquence, le sida n'a pu modifier la répartition des pouvoirs en faveur de l'acteur technique que dans les limites correspondant à la situation antérieure au sida. Si ce pouvoir était inexistant (cas de la Suède), il n'a pu émerger et il est en partie récupéré par l'acteur administratif local et par la profession médicale au cours

de la mise en œuvre. Le cas de la France révèle les mêmes limites, bien que légèrement différents. Quant à la Grande-Bretagne, l'acteur technique y dispose d'un large pouvoir et parvient à s'imposer comme l'intégrateur de l'ensemble du processus. En conclusion, en Suède et en France, à partir d'un pouvoir faible de l'acteur technico-administratif, les acteurs de la mise en œuvre se retrouvent en position de redéfinir la politique de dépistage, et cela en relation avec leurs propres enjeux qui s'inscrivent à l'intérieur du système national de santé.

Cette analyse met en évidence que les politiques nationales de dépistage en matière de VIH sont des constructions sociales qui renvoient davantage au problème public provoqué par la peur de la contamination qu'à la prise en compte d'un problème de santé publique. Néanmoins, ces politiques doivent être replacées dans le cadre des systèmes de santé nationaux. Le sida, problème de santé publique majeur, révèle alors et en particulier dans le cas de la France, les insuffisances et l'inadaptation du système de santé pour répondre à la résurgence d'un problème épidémique.

La richesse des informations recueillies et la pertinence de l'analyse proposée devraient faire de l'ouvrage de Michel Setbon une référence essentielle et indispensable pour tous les acteurs du système de santé et les chercheurs intéressés par ce domaine.

## FAMILLE Les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille

Édition actualisée, CIE,  
1993, 355 p.

L'ambition de cet ouvrage du Centre international de l'enfance

est de proposer un état des lieux de la littérature, compte tenu du très grand nombre de communications et de publications suscitées par l'épidémie du sida. Centré sur les problèmes de l'enfant et de la famille, ce livre propose deux parties : la première est une synthèse de la littérature, dans les domaines médical, psychologique, anthropologique, économique,.... quant à la prévention et la prise en charge ; la deuxième est une bibliographie sélective (et cependant abondante) organisée par rubriques. Une façon d'aider les professionnels ou les chercheurs à y voir un peu plus clair, dans un contexte de sur-information...

## ■ SOCIÉTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE ET LIBERTÉS INDIVIDUELLES

Éditions Passages, Paris,  
Collection Tirer profit, 1993.

Le 5 janvier 1993 s'est tenu au Sénat le colloque « santé publique et libertés individuelles » organisé par l'Association des amis de Passages. Cet ouvrage pluridisciplinaire propose l'ensemble des communications, l'essentiel des discussions du colloque ainsi que l'interview d'un spécialiste de la santé et d'un philosophe.

Responsable politique ou chef de service, médecin généraliste ou ancien directeur des hôpitaux, président de Médecins sans frontières, historien, théologien, sociologue, psychanalyste, chacun apporte sa pierre à l'édifice dans ce livre précieux pour ceux qui ont en charge de définir et de conduire la politique de santé en France.

L'HOMME ET LA SANTÉ  
Éditions du Seuil, Paris,  
1992, 319 p.

Janine Pierret

Cet ouvrage, abondamment et richement illustré, a été édité à l'occasion de l'exposition « l'homme et la santé » présentée à la cité des sciences et de l'industrie de la Villette.

En quelques décennies, la biologie et la médecine ont accompli des progrès décisifs. Mais soigner ne relève pas de la seule science. Santé de l'individu et santé publique s'inscrivent dans l'ordre des représentations subjectives et des conceptions sociales.

Des historiens, philosophes, anthropologues, sociologues, biologistes, médecins, économistes, spécialistes de la santé publique font le point autour de trois thèmes : conceptions de la santé et de la maladie ; santé et maladie : médecine et biologie ; questions de santé (économiques, politiques et éthiques). Pas moins de 36 articles pour aborder ce si vaste thème.

### LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES DÉCIDEURS EN FRANCE

Séminaire 25 et 26 mai 1992, Rennes, École nationale de santé publique, Société française de santé publique

Parce qu'il y a « vraiment une sorte de fossé entre des mondes qui vivent en parallèle » (C. Rollet), monde des décideurs formés au management et intégrant tout de suite les contraintes économiques, et monde des professionnels de santé publique qui voient moins le gain immédiat que les résultats à terme, l'ENSP avait organisé un séminaire les 25 et 26 mai 1992 à Rennes sur le thème de *la santé publique et les décideurs en France*. Ce document propose tout à la fois une présentation exhaustive des propos des intervenants, une reconstruction synthétique des contenus des interventions avec une intégration des éléments du débat, ce qui facilite sa lecture. Les thèmes abordés sont : mode de gestion et

### BANQUES DE DONNÉES

#### ÉCO-SANTÉ RÉGIONAL, FRANCE et OCDE

Trois logiciels de santé du CREDES  
Logiciels pour compatibles IBM-PC, sous DOS, édité par le CREDES.

Le CREDES met à la disposition des professionnels de la santé une base de données médicales multidimensionnelles : indicateurs démographiques, économiques, d'activité professionnelle et d'état de santé. Cette base a ainsi une double vocation : analytique : répondant à toutes questions ponctuelles sur une période longue : 1960-1991 ; comparative : interdépartementale, inter régionale et internationale.

Outre l'indéniable performance de ces logiciels (plus de 200 000 chiffres produits) l'intérêt réside également en sa mise en forme : l'utilisateur a la possibilité de visualiser les données à travers la construction de son choix (cartographie couleur, courbe évolutive ou éventuel coefficient de corrélation, histogramme...).

L'utilisation de ce logiciel est simple (un manuel accompagne la disquette), il ne requiert qu'un micro ordinateur compatible et s'avère adapté à un néophyte en informatique. Pour un usage optimal une imprimante compatible est également nécessaire.

Aucune analyse rigoureuse des politiques de santé n'est envisageable sans information quantitative. La médecine actuelle ne se conçoit que par une approche multidisciplinaire. L'intérêt de ce logiciel réside en la possibilité quasi immédiate de comparaison entre des données non homogènes ou difficilement accessibles.

maîtrise des dépenses de santé ; valorisation du produit de santé publique ou la santé publique et les décideurs du long terme, la décision en santé publique ; poids des hommes et des institutions.

#### CAHIERS D'HISTOIRE Maladies et médicaments

sous la direction d'Olivier Faure et Didier Nourisson

Presses Universitaires de Lyon, Tome XXXVIII, 1992, n° 3-4, 399 p.

Ce numéro des *cahiers d'histoire* nous propose huit articles, résumés de recherche, regroupés en

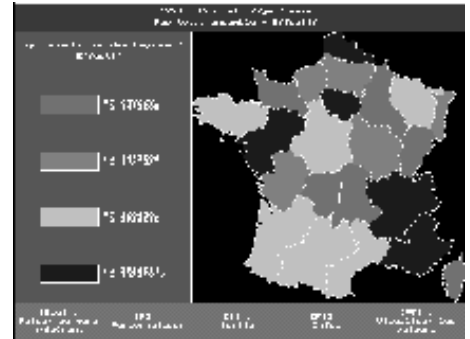
deux parties : maladies et manière de soigner, producteurs et produits de santé. Les thèmes sont variés, du général (histoire de l'utilisation et de l'image du lait maternel) au particulier (l'histoire d'un pharmacien lyonnais du XIX<sup>e</sup> siècle) et tout curieux de l'histoire y trouvera au moins un article qui retiendra son attention. À noter une large rubrique de comptes rendus d'ouvrages récents sur l'histoire de la santé.

### SYSTÈME DE SANTÉ

Il s'agit donc d'un outil répondant aussi bien à des interrogations ponctuelles concernant l'aspect médico-socio-économique (exemple : dépense par personne pour l'ensemble des soins médicaux), qu'à des analyses plus précises (exemple : évolution comparative de la répartition de la population âgée de plus de 65 ans en France et au Japon). Le médecin praticien de plus en plus impliqué dans la démarche de santé publique y trouvera de nombreuses données (même si, en terme de morbidité, les chiffres sont relativement restreints), et le chercheur accréditera à loisir ses thèses par la constitution d'imageries adaptées.

Ce travail synthétique s'avère ainsi remarquable, tant par son approche globale que par les possibilités de comparaisons fournies.

Selon la démarche désirée on peut choisir vers l'un des trois logiciels ou l'ensemble puisqu'ils sont complémentaires.



Recopie (noir et blanc) d'écran (couleur) de ÉCO-Santé Régions

### SYSTÈME DE SANTÉ une comparaison Allemagne, France, Royaume-Uni

SESI, 1993, 30 p.

À l'heure où le système de santé français s'interroge sur son avenir, cette publication du SESI permet d'appréhender le problème à travers 2 outils : une cinquantaine d'indicateurs de santé (avec leurs sources) sont rassemblés ainsi que leur évolution sur 10 ans ; une comparaison par rapport à deux nations industrielles : Allemagne et Royaume-Uni.

Ce fascicule aborde l'entité « santé » en trois grands thèmes :

- L'État de santé : les indica-

teurs de résultats ;

- les systèmes de santé : indicateurs d'offre et d'activité ;
- le financement : indicateurs de dépense, projet de maîtrise des dépenses.

Par ailleurs, une description brève mais percutante des approches allemandes et anglaise est proposée en annexe.

À travers ces données chiffrées, base de toute approche rationnelle deux notions apparaissent :

- le parallélisme des systèmes franco-germanique par rapport au système anglais, pour des résultats quantitatifs (en terme de mortalité) relativement comparables.
- la tendance évolutive similaire en France et en Allemagne depuis 10 ans, dans le domaine du financement de la santé.

À l'heure où l'Allemagne fait figure de référence en Europe, les chiffres proposés dans cette publication montrent que le système français est à bien des égards aussi performant. Néanmoins les tendances évolutives doivent inciter les deux pays à réguler le problème du financement de la santé.

## TOXICOMANIE

### ANNUAIRE DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN TOXICOMANIE

Éditions Drogues info-service, 1993, 264 p.

Cet annuaire rassemble, département par département, la liste de l'ensemble des structures du dispositif spécialisé de la lutte contre la toxicomanie : centres de soins, centres d'accueil, points écoute, antennes toxicomanie des

établissements pénitentiaires...

Chaque structure est décrite à travers six rubriques : statut administratif, mission de la structure, public accueilli, horaires d'ouverture, activités, composition de l'équipe. Un outil extrêmement précieux donc, réalisé grâce aux données fournies par Drogues info-services et édité par la délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Renseignements :

DGLDT  
137, rue du faubourg S'-Honoré  
75380 Paris cedex 08  
Drogues info-services  
05 23 13 13

Édité par F. Facy et G. Cagni

Cet ouvrage reprend intégralement les communications et les débats d'un colloque organisé par le réseau de l'INSERM en toxicomanie et santé publique ; les tables rondes avaient réuni chercheurs et praticiens autour de quatre thèmes : cliniciens et chercheurs en réseau, formation recherche, informatique et toxicomanie, recherche épidémiologique et prises de décisions.

### TOXICOMANIE, SANTÉ PUBLIQUE Colloque réseau-INSERM 14,15 mai 1992, Dijon

REVUE MULTIDISCIPLINAIRE  
POUR LA RECHERCHE ET L'ACTION  
Renseignements :  
Réseau INSERM en  
toxicomanie et santé publique,  
44, chemin de Ronde  
78110 Le Vésinet

### SOMMAIRE 1993/3

Dossier

#### Qualité des données et surveillance épidémiologique

Introduction, L. Chambaud et A. Danzon

Les certificats de décès dans le département du Finistère, G. Conan

Mortalité en Meurthe-et-Moselle. Sources d'information disponibles et qualité des données, D. Lingk

Conclusion, L. Chambaud et A. Danzon

Évaluation de la déclaration obligatoire de la tuberculose dans le département des Ardennes, A. Haeringer-Cholet

Repérage des sources d'informations sur la tuberculose dans le département du Nord, F. Coquelet

La surveillance de l'hépatite virale A. À propos d'une épidémie survenue dans le département de Loire-Atlantique en 1992, J. Raimondeau

Qualité des informations disponibles au niveau départemental sur l'infection à VIH, M. Ben-Sadoun

Analyses de livres, fiches signalétiques, actualités

Pratiques

Enseignement de la santé communautaire dans la formation infirmière : l'expérience de l'Institut de formation en soins infirmiers de Nancy-Brabois, M. Aubry, C. Grandjean et M.F. Vivin

Prévention de l'hépatite B : dépistage et vaccination à la maison d'arrêt de Tours en 1990-1991, Ph. Jusseaume

Santé et accompagnement d'adultes en situation de précarité : une expérience dans le département du Doubs, F. Thiriet, C. Michaud, J. Lahouratate, B. Ferry et N. Bergez

Tribune Libre

Infection à VIH : anonymat, protection des données et secret médical, J. Martin

Sida et médias : la presse grand public, obstacle ou relais pour la santé publique ?, G. Pialoux

«Les nitrates : effet de mode ou vrai problème de santé ?». Résumé des principales recommandations de la Société française de santé publique (SFSP), M. Jouan, R. Seux, S. Zmirou

# Santé Publique

Sécolène Chappellon,  
Ruth Ferry,  
Claudine Le Grand,  
Marie-Josèphe Strbak et  
Guillaume Zagury  
ont rédigé ces notes.

26

## SANTÉ MENTALE

- ▶ Malades hospitalisés pour troubles mentaux  
Circulaire n° 48 du 19 juillet 1993 (*non encore parue*)

27

## SIDA

- ▶ Application de la législation relative aux accidents du travail  
Circulaire DSS/T n° 93-32 du 23 mars 1993 (*BO MASSV 93/17*)

29

- ▶ Renforcement des actions de l'état  
Circulaire n° 45 du 17 juin 1993 (*non parue*)

32

## PRÉVENTION

- ▶ Prévention de la listériose  
Circulaire DGS/VS/VS2 n° 24 du 22 mars 1993 (*BO MASSV 93/16, non parue au JO*)

## JEUNES

- ▶ Santé des jeunes  
Circulaire n° 34 du 20 avril 1993 (*BO MASSV 93/21*)

33

- ▶ Accueil des enfants atteints de troubles de santé dans les établissements scolaires  
Circulaire n° 93-248 du 22 juillet 1993 (*BOEN n° 27 du 29 juillet 1993*)

36

## EUROPE

- ▶ Action future dans le domaine de la santé publique  
Résolution du Conseil et des ministres du 27 mai 1993

## SANTÉ MENTALE

Circulaire n° 48 DGS/SP3/ du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des

### principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux

Date d'application immédiate

*Le ministre d'État, ministre des affaires sociales de la santé et de la ville à Messieurs les préfets de région (direction régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information] à Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sociales [pour exécution]).*

À la suite des événements récents qui ont tragiquement affecté des établissements accueillant des malades souffrant de troubles mentaux, je crois devoir vous rappeler les principes relatifs à l'accueil des malades et à leurs modalités de séjour dans les établissements publics ou privés recevant ce public.

La législation française, suivant en cela les recommandations du Conseil de l'Europe, a posé le principe selon lequel l'hospitalisation libre des malades atteints de troubles mentaux, définie par le critère unique du consentement du malade aux soins, devait être la règle et l'hospitalisation forcée l'exception.

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux (art. L. 326-2 du code de la Santé Publique) donne à ces patients hospitalisés librement les mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. Parmi ces droits figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ; cette liberté fondamentale ne peut donc pas être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques.

Certes les règlements intérieurs peuvent prévoir des modalités particulières de fonctionnement d'un service, mais ces modalités, dont le malade doit être informé, ne sauraient remettre en cause ce principe. Il vous appartient de vous faire com-



muniquer ce règlement et d'en vérifier la conformité aux textes en vigueur.

Un établissement de santé, public ou privé, non habilité ne peut recevoir que des malades en hospitalisation libre ; ces derniers ont le droit, sous les réserves liées au bon fonctionnement du service et indiquées plus haut, de circuler librement dans l'établissement et ils ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef ni a fortiori dans des chambres verrouillées. Si l'évolution de l'état de santé d'un patient jusque là consentant aux soins exige qu'on transforme son mode d'hospitalisation, l'article L 332 du code de la Santé Publique oblige le Directeur de l'établissement à prendre, dans les quarante huit heures, les mesures nécessaires à son transfert dans un autre établissement qui, lui, est habilité à recevoir les malades en hospitalisation sous contrainte.

Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte.

II S'agissant des patients en hospitalisation sous contrainte, l'article L 326-3 du code de la Santé Publique encadre les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leur libertés individuelles en les limitant «à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement». Le législateur rappelle en outre : «En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée».

Si le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée du placement limitée à ce qui est médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin et non pas relevé d'une simple commodité du service ; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

Il convient également d'appeler les personnels des équipes de soins et les

personnels de direction à la plus extrême vigilance quant au respect des règles de sécurité et à la surveillance que de tels malades requièrent.

Comme vous le savez, seuls les établissements ayant bénéficié d'une habilitation spécifique conformément à l'article L 331 du code de la santé publique peuvent recevoir des malades hospitalisés d'office ou sur demande d'un tiers pour troubles mentaux.

Cette habilitation implique que l'établissement présente des caractéristiques architecturales et comporte une organisation des services et du personnel qui garantissent une surveillance vigilante des malades hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers.

Il vous appartient de vérifier si les habilitations conférées aux établissements de votre département répondent bien à ces objectifs.

Je vous demande de contrôler, par des visites régulières dans les établissements de votre ressort géographique, le strict respect des principes qui ont été posés par le législateur et de proposer, le cas échéant, les aménagements qui vous semblent indispensables aux responsables de ces établissements.

Simone VEIL

## ■ SIDA

Circulaire DSS/T n° 93-32 du 23 mars 1993 concernant les modalités d'application de la législation relative aux **accidents du travail en d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) durant le temps et sur le lieu de travail**

(Non parue au Journal Officiel)

*Référence* : décret n°93-74 du 18 janvier 1993 portant modification du barème indicatif d'invalidité en matière d'accident du travail et arrêté du 18 janvier 1993 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'un accident du travail entraînant un risque de contamination par le V.I.H. (JO du 20 janvier 1993).

*Texte abrogé* : lettre ministérielle n°89-45 M

du 9 octobre 1989.

*Le ministre des affaires sociales et de l'intégration à Monsieur le président de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales, direction régionale de la sécurité sociale des Antilles-Guyane, direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion).*

La présente circulaire précise les modalités d'application des textes réglementaires visés ci-dessus qui instaurent une nouvelle procédure de prise en charge au titre de législation accident du travail des salariés victimes d'infection par le virus de l'immunodéficience (V.I.H.).

Ces dispositions s'articulent autour des thèmes suivants :

- 1 La confirmation d'une possible prise en charge au titre des accidents du travail de la contamination par le virus de l'immunodéficience survenue aux salariés.
- 2 La procédure applicable.
- 3 Les modalités de la réparation.

### 1 **Confirmation d'une possible prise en charge au titre de l'assurance accident du travail de la contamination par le V.I.H.**

a L'indemnisation au titre de l'assurance des accidents du travail est possible.

*Les rares cas de contamination professionnelle par le virus de l'immunodéficience humaine recensés actuellement en France sont le fait d'inoculation avec du matériel ayant servi à faire des prélèvements ou des injections sur des personnes atteintes par le VIH en milieu hospitalier, clinique, unité de soins, laboratoires, centre de transfusion sanguine...*

Toutefois, un risque théorique de contamination existe également dans d'autres activités comme l'entretien de lieux publics (toilettes, parcs, jardins, plages...) lors du ramassage de seringues usagées.

De telles inoculations ayant un caractère accidentel, soit par piqûre, soit par projection de sang infecté sur une plaie ou une muqueuse, et se produisant sur le lieu et durant le temps de travail, leurs éventuelles conséquences au regard d'une contamination par le V.I.H. sont prise en charge au titre de la législation relative aux accidents de travail.

Ce principe avait du reste été déga-

gé par la précédente circulaire n° 89-45 du 9 octobre 1989 abordant le même sujet.

En effet, la législation relative aux accidents du travail et maladies professionnelles est destinée, en application de l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale, à réparer toute atteinte à l'intégrité physique d'un travailleur lorsqu'elle se produit alors que celui-ci est sous la subordination d'un employeur.

**b** *De ce fait, la prise en charge au titre des maladies professionnelles n'a pas lieu d'être.*

Le mode de transmission spécifique du V.I.H. par fait accidentel n'entrant pas dans la logique de l'élaboration d'un tableau de maladies professionnelles, le dispositif prévu aux articles L. 461-1 et suivants a été écarté. En effet, les modes de transmission connus à l'heure actuelle permettent d'affirmer que le V.I.H. ne peut se transmettre en milieu de travail par simple contagion.

C'est pourquoi le décret n° 93-74 du 18 janvier 1993 a clairement confirmé que la notion d'accident du travail potentiellement contaminant était la seule à même de garantir une reconnaissance justifiée d'un V.I.H. d'origine professionnelle.

## 2 Procédure applicable

**a** *La déclaration de l'accident.*

L'infection par le V.I.H. durant le temps et sur le lieu de travail est considérée comme inhérente à un fait accidentel sous réserve :

**1°** Qu'un fait localisable avec précision dans le temps entraîne dans les circonstances précitées une lésion susceptible elle-même de provoquer la contamination.

À l'inverse, le simple contact avec un individu séropositif ou atteint du sida n'est pas un facteur contaminant et ne doit pas donner lieu à déclaration d'accident du travail.

**2°** Que ce fait accidentel soit immédiatement porté à la connaissance de l'employeur et déclaré par celui-ci dans les quarante-huit heures à l'organisme de sécurité sociale en application de l'article L. 441-2 du code de la sécurité sociale.

Un certificat médical initial, décrivant « l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou ses suites éventuelles » conformément à l'article L. 441-6 de ce code sera joint à la déclaration.

Ce certificat peut être établi par un

praticien et doit indiquer clairement le risque éventuel de séroconversion induit par l'accident.

**3°** L'inscription du fait accidentel sur le registre de déclaration des accidents bénins me paraît donc être une procédure à déconseiller. En effet, d'une part, seule la déclaration faite en application de l'article L. 441-2 permet d'assurer à la victime le remboursement au titre de l'assurance accidents du travail des frais d'examen et, d'autre part, cette procédure permet à la caisse primaire d'assurance maladie de rappeler à l'assuré en temps utile la nécessité de faire pratiquer l'examen sérologique requis avant le huitième jour suivant le fait accidentel.

**b** *Les tests.*

Un premier test de dépistage doit être pratiqué dans un délai aussi rapproché que possible de l'accident et en tout cas inférieur à 8 jours, conformément aux prescriptions du décret n° 93-74 du 18 janvier 1993 portant modification du barème indicatif d'invalidité en matière d'accident de travail.

Ce test est indispensable pour déterminer la non-séropositivité de la personne avant l'accident et permettre ainsi la prise en charge éventuelle de l'infection par le V.I.H. au titre de la législation des accidents du travail.

Au terme de l'arrêté du 18 janvier 1993, ce test sérologique est reconduit au bout de trois mois puis de six mois, délai maximum pour la prise en charge de la séroconversion.

Sur ce point, l'arrêté tient en effet compte des connaissances scientifiques actuelles qui permettent de ramener le suivi sérologique de douze à six mois et de diminuer d'autant la pression psychologique pesant sur la victime.

Ces examens sérologiques, tout comme l'examen initial, sont laissés à l'initiative de la victime et de son médecin traitant et sont effectués gratuitement au moyen de la feuille de soins. La victime doit en communiquer les résultats par écrit et sous pli confidentiel au contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie.

L'imputabilité de la séropositivité à l'accident du travail doit être considérée comme effective si le test pratiqué au moment de l'accident est

négatif et que l'un des deux autres tests est devenu positif dans le cadre du délai de séroconversion.

Le décret du 18 janvier 1993 fixe la date de séroconversion comme date de consolidation initiale possible. Cependant, dans le cas où la victime a subi, lors d'un accident de travail, plusieurs traumatismes outre celui susvisé, (ex : infirmière qui, lors d'une chute, se pique avec une aiguille souillée et se fracture un membre), la date de consolidation retenue sera celle où les divers traumatismes seront reconnus stabilisés, et non celle de la séroconversion de façon à lui permettre de percevoir, pendant toute la période d'incapacité temporaire, des indemnités journalières « accident du travail ».

En effet, la fixation prématurée de la date de consolidation prive par là même la victime d'un accident du travail de son droit au versement des prestations prévues pour les périodes d'arrêt de travail qui font suite à son accident.

## 3 La réparation

Le décret n° 93-74 du 18 janvier 1993 ajoute au barème indicatif d'invalidité en matière d'accident du travail un chapitre intitulé « système immunitaire » qui permet désormais la fixation d'un taux d'incapacité permanente partielle dès l'apparition de la séropositivité et précise les modalités d'évolution de ce taux au cours des différents stades de la maladie.

**a** *La séropositivité*

La séropositivité, conséquence d'un accident du travail, sans signes cliniques, ne constitue par nécessairement à elle seule un facteur d'incapacité de travail : cependant, le poids psychologique qu'elle engendre justifie, si l'intéressé en fait la demande, une réparation du préjudice sous forme de rente.

La séropositivité nécessite en outre des examens cliniques répétés, une surveillance biologique et un suivi psychologique.

De ce fait, la détermination des taux d'incapacité permanente partielle afférente à la séropositivité, que le décret fixe entre 20 p. 100 et 40 p. 100, sera fonction de l'ensemble de ce contexte.

**b** *Déficit immunitaire.*

La mesure du déficit immunitaire est effectuée par référence à l'abais-

sement des lymphocytes CD 4. Si celui-ci est compris entre 200/mm<sup>3</sup> et 350/mm<sup>3</sup>, le taux proposé pourra se situer entre 40 p. 100 et 60 p. 100 et si celui-ci est inférieur à 200/mm<sup>3</sup>, entre 60 p. 100 et 100 p. 100.

L'abaissement du nombre de lymphocytes CD 4 devra être confirmée par deux examens pratiqués à un mois d'intervalle.

Le taux de lymphocytes est actuellement le meilleur critère d'évolution de l'infection par le V.I.H. Dans son appréciation, le médecin-conseil tiendra compte de l'état psychique et général du sujet ainsi que des conséquences professionnelles de la maladie conformément à l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

L'apparition de maladies opportunistes témoignant de l'entrée dans la pathologie sida autorise l'attribution des taux d'I.P.P. les plus élevés.

#### 4 La date d'effet

Ces dispositions s'appliquent à compter de l'entrée en vigueur du décret n° 93-74 du 18 janvier 1993, soit le 22 janvier 1993. Du reste, pour les personnes accidentées antérieurement et qui ont une séropositivité reconnue d'origine professionnelle, on peut considérer que la consolidation est susceptible de prendre effet à cette même date. Toutefois, compte tenu du petit nombre de personnes en cause, je ne verrai pas d'inconvénient à ce que, au cas par cas, un examen plus favorable de la situation des intéressés puisse être obtenu sur accord des parties concernées.

Par ailleurs, il m'apparaît important de poursuivre le suivi statistique trimestriel, qui avait été initié par la lettre ministérielle du 9 octobre 1989, selon le protocole joint en annexe(\*), afin de mesurer la portée de ces instructions.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés d'application des présentes dispositions.

Pour le ministre et par délégation :  
Le directeur de la Sécurité sociale,  
M. LAGRAVE

(\* ) annexe non reproduite

Circulaire DGS n° 45 du 17 juin 1993 relative au

#### renforcement des actions de l'Etat dans le domaine de la lutte contre l'infection à VIH

*Le ministre délégué à la Santé à Messieurs les Préfets de Région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales, direction régionale et interdépartementale de la santé et de la solidarité) ; Mesdames et Messieurs les Préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales).*

Cette circulaire a pour objet de préciser les différentes mesures d'urgence, destinées à renforcer les actions de l'Etat dans le domaine de la lutte contre le sida, annoncées le 13 mai 1993 et adoptées par le Parlement dans la Loi de finances rectificative pour 1993.

#### I LES MESURES D'URGENCE ADOPTÉES :

Dégagé en collectif budgétaire, le budget supplémentaire de 40 MF doit permettre :

de doubler la capacité de prise en charge des malades à leur domicile, dans le cadre de l'aide à la vie quotidienne ;

d'augmenter de 150 % le nombre de places en appartements thérapeutiques ;

de doubler le nombre de postes dans les permanences, organisées par les associations de lutte contre le sida, en vue d'offrir un soutien psychologique, social et juridique ;

de renforcer les moyens d'appui apportés aux réseaux ville-hôpital; d'augmenter les capacités de formation des personnels médico-sociaux en ce qui concerne le suivi des malades et la prévention de la maladie ;

de développer les programmes de substitution auprès des toxicomanes; de doubler le nombre de lieux d'aide aux toxicomanes par des programmes d'échanges de seringues ;

de créer de nouveaux centres d'information, de prévention et de dépistage du sida accessibles aux populations les plus démunies.

La répartition des crédits alloués est la suivante :

#### ACTIONS BUDGET

Aide à la vie quotidienne

+ 13 MF

Hébergement des malades

+ 7 MF

Soutien des personnes contaminées

+ 4 MF

Réseaux ville-hôpital

+ 5 MF

Formation des personnels

+ 3,5 MF

Extension des programmes méthadone

+ 2 MF

Lieux d'aide aux toxicomanes

+ 3 MF

Consultations d'information, de prévention et de dépistage du sida

+ 2,5 MF

#### II LES OBJECTIFS :

##### 1 AGIR AUPRÈS DES MALADES :

##### 1 Aide à la vie quotidienne :

#### Principes :

Afin de garantir une aide à domicile pour les personnes infectées par le VIH, un dispositif d'aide à la vie quotidienne a été mis en place, depuis 1991, par la Direction générale de la santé.

À ce jour, 16 départements sont impliqués et 9 autres sont déjà prévus pour 1993.

Les projets nouveaux doivent comporter :

l'évaluation des besoins locaux

le recensement des services prestataires existants

l'identification des besoins en formation des prestataires

la possibilité de partenariat, notamment financier, des collectivités territoriales et des caisses d'assurance-maladie

l'avis des services déconcentrés sur le projet

#### La formation des aide-ménagères et garde-malades :

Elle doit constituer un préalable à toute prise en charge de ce type. Le personnel doit être motivé et volontaire. Il sera indemnisé, pendant sa formation, au taux horaire de 60 francs.

La formation sera assurée par un organisme local compétent. Les sessions sont organisées sur 4 jours, pour 15 à 20 stagiaires.

Une régulation, ou formation continue, peut être envisagée pour permettre de faire le lien entre la théorie

et la pratique. Son coût est de 80 francs par heure et par personne. Il est, en moyenne, de une heure par mois.

L'ensemble du coût de formation est assurée intégralement sur les crédits d'Etat (47-13-10-62).

**Les prestations d'aide :**

Elles offrent aux patients la réalisation des tâches quotidiennes : courses, préparation des repas, lavage, repassage, soutien dans les démarches administratives. Elles apportent également une présence et un soutien psychologique.

Le nombre d'heures accordées varie en fonction de la demande recueillie auprès du patient avant toute prise en charge. Pour une demande d'aide-ménagère, la moyenne est de 45 heures par mois, soit 1,5 heure par jour. Pour une demande de garde, le temps passé à domicile varie entre 3 et 24 heures par jour, pendant une courte durée.

Le tarif horaire, variable selon les départements, est d'environ 80,20 francs par heure, charges sociales comprises.

- Le financement repose sur : les bénéficiaires, au prorata de leurs ressources (2 à 36 francs par heure)
- les caisses d'assurance-maladie (environ 25 %)
- les collectivités territoriales (environ 25 %)
- les crédits d'Etat (DGS : 50 %)

**La coordination et la gestion du dispositif :**

Il peut être envisagé la création de postes de coordination et de secrétariat. Le coordinateur est chargé de réceptionner les demandes, de les évaluer, de constituer le dossier administratif du patient, de définir, avec le patient, le volume d'heures octroyées et de veiller au bon déroulement de la prise en charge.

Le temps de coordination est estimé à un quart-temps pour 10 patients.

Les frais de gestion recouvrent la comptabilité, la facturation, le secrétariat et la saisie des données statistiques et les frais de téléphone et de courrier.

Le temps de secrétariat est estimé à 1 jour ouvrable par mois, pour 10 malades pris en charge.

Le financement de ces postes de coordination et de secrétariat est en-

tièrement assuré sur des crédits d'Etat.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à **Géraldine BRUN** - DIVISION SIDA tel : (16.1) 46.62.43.03.

**2 Hébergement des malades :**

Il existe plusieurs réponses possibles aux problèmes de logement ou d'hébergement des personnes atteintes d'infection à VIH. Ces réponses sont graduées en fonction du degré d'isolement et d'autonomie, physique, psychique ou sociale des personnes concernées. Elles ne sont pas exclusives les unes des autres, notamment en fonction de l'évolutivité de la maladie. La ou les solutions les plus adaptées doivent donc être dégagées avec l'ensemble des partenaires concernés, dans le cadre des plans départementaux du logement et de réinsertion sociale.

L'élaboration des projets doit être sous-tendue par certaines conditions : pour lutter contre la discrimination, les projets proposés par des associations bien insérées dans le dispositif de la réinsertion, doivent être privilégiés ;

pour les mêmes raisons, le lieu d'implantation doit être banalisé et bien intégré dans la cité ;

les structures doivent être de petite taille (3 à 4 places), ceci pour favoriser l'intégration et surtout pour permettre aux personnels de faire face à la lourdeur de cette prise en charge ;

un règlement intérieur doit être établi par l'association gestionnaire ; il comprendra, notamment, la durée de séjour.

L'Etat peut financer 50 à 70 % du fonctionnement de ces structures. Des cofinancements (collectivités territoriales, caisses d'assurance-maladie...) doivent être trouvés pour impliquer les partenaires dans la mise en œuvre locale de la politique de lutte contre le sida, en particulier dans le cadre de l'insertion sociale et de la sortie de services hospitaliers.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à **Geneviève ANTOINE** - DIVISION SIDA tél. : (16.1) 46.62.43.34.

**3 Soutien associatif des personnes contaminées par le VIH :**

Très vite après le début de l'épidémie, les associations de lutte contre le sida ont perçu le besoin impérieux d'offrir aux personnes séropositives

ou malades et à leur entourage, un soutien psychologique, social et juridique. A cette fin, elles ont mis en place des permanences d'accueil dans les hôpitaux ou dans des locaux spécifiques. L'évolution de l'épidémie, l'épuisement des bénévoles et la précarisation de nombreux malades nous amènent à renforcer les postes de permanents dans ces structures. Les zones les plus touchées par l'épidémie et les quartiers en difficulté devront être prioritaires.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser au Docteur Catherine PATRIS de la DIVISION SIDA tel : (16.1) 46.62.43.00.

**4 Réseaux ville-hôpital :**

5 MF ont été dégagés sur le collectif budgétaire pour financer des indemnités forfaitaires et compensatoires aux médecins généralistes des réseaux ville-hôpital qui prennent en charge des patients atteints d'infection à VIH.

Une enquête, réalisée par la Mission Sida de la Direction des Hôpitaux, a débuté en mai 1993 auprès de l'ensemble des médecins généralistes travaillant dans ces réseaux. Les résultats de cette enquête, prévus pour fin juin 1993, permettront de déterminer le nombre de médecins concernés et la hauteur des indemnités, en fonction de leur activité.

Des instructions spécifiques de la mission sida de la Direction des Hôpitaux vous seront transmises dès que les résultats de cette enquête seront connus.

**5 Formation des personnels sanitaires et sociaux :**

L'objectif recherché dans le cadre des nouveaux projets à impulser doit être à la fois de préparer les professionnels à gérer dans leur pratique quotidienne les situations des personnes atteintes d'infection à VIH et de favoriser un travail en partenariat entre les différents acteurs concernés, afin de permettre un soutien global et continu des patients et de leurs proches.

Les projets de formation doivent, dans la mesure du possible, regrouper des professionnels relevant du secteur sanitaire et du secteur social, dans des sessions d'au moins deux jours, pour quinze à vingt personnes. Ils s'adressent en priorité aux médecins, aux infirmiers, aux travailleurs

sociaux et aux personnels de la petite enfance confrontés à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Je vous rappelle, par ailleurs, que les personnes travaillant dans les consultations de dépistage gratuit peuvent être formées dans le cadre du plan de formation DGS/AFLS précisé dans la note du 15 juillet 1992.

Je vous demande d'informer et de mobiliser dans les meilleurs délais le dispositif associatif et institutionnel, ainsi que le dispositif de formation, impliqués dans la lutte contre l'épidémie, afin d'évaluer les besoins et d'impulser des projets qui seront préparés et mis en œuvre par les organismes ou associations de formation sélectionnés.

Vous trouverez, en annexe, une fiche récapitulative de demande de crédits pour les projets de formation.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à **Jean-Jacques NANSOT** - DIVISION SIDA tél : (16.1) 46.62.43.18.

## 2 LUTTER CONTRE LA CONTAMINATION DES TOXICOMANES :

### 1 Extension des programmes expérimentaux de méthadone :

Ces programmes sont mis en place pour participer à la réduction des risques et pour favoriser l'adoption par les toxicomanes de comportements de prévention. L'objectif des programmes de substitution est également de viser à une meilleure insertion sociale, une régulation, voire une interruption à terme de prise de tout opiacé.

Il est indispensable d'évaluer les effets des traitements de substitution sur les risques de contamination VIH par rapport aux traitements classiques, selon une méthodologie en cours d'élaboration.

Le protocole d'utilisation de la Méthadone pour le soin de certains toxicomanes annexé à la circulaire DGS-DAS/405/2D-FE2 doit servir de base de référence à l'élaboration de projet d'unités Méthadone. Je vous rappelle, en outre, que tout projet doit bénéficier d'un agrément du Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville après avis d'une commission consultative chargée également de l'évaluation de ces programmes. En outre, tout service hospitalier ou centre de soins a la possibilité, dans le cadre de ses ressources, de présenter un projet de protocole méthadone.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à **Sylvie JUSTIN** - Bureau SP3, tél. : (16.1) 46 62 45 29.

## 2 Création de lieux d'aide aux toxicomanes :

La politique de prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues s'oriente selon trois objectifs principaux :

1 augmenter la proportion des usagers de drogues qui utilisent leurs propres seringues et qui ne les partagent pas ;

2 augmenter la proportion des usagers de drogues ou des partenaires d'usagers de drogues qui ont des relations sexuelles protégées ;

3 diminuer le nombre de seringues usagées, abandonnées sur les lieux publics.

Il est donc nécessaire de :

promouvoir une information sur les comportements de prévention ; rendre accessibles les moyens de prévention auprès des usagers de drogues.

L'infection par le VIH chez les usagers de drogues reste un problème prioritaire de santé publique et les réponses à apporter sont urgentes à mettre en place. Je vous demande donc que soient développés ou créés localement des programmes de prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues avec échange de seringues. Un cadre de référence vous a été proposé dans la note DGS/311/SIDA du 5 mai 1992. Vous devrez veiller à l'obtention d'un consensus local des autorités sanitaires, judiciaires, des forces de police et de gendarmerie.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser au **Dr Annie SERFATY** DIVISION SIDA tél : (16.1) 46.62.43.15.

## 3 Créer de nouveaux centres d'information, de prévention et de dépistage du sida pour les populations les plus démunies :

Des crédits supplémentaires viennent d'être dégagés pour le remboursement par l'État (15 %) des dépenses afférentes aux activités de dépistage du VIH (consultations médicales pré et post-tests et investigations biologiques) dans les structures définies par le décret n° 92-691 du 17 juillet 1992 modifiant le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 relatif au dépistage de façon anonyme et gratuite du VIH.

Je vous invite, en concertation avec les acteurs de terrain, à favoriser la création de centres de dépistage dans des structures situées au sein des quartiers défavorisés afin de créer de véritables centres de proximité.

Par ailleurs, vous voudrez bien adresser, chaque trimestre, à la Direction Générale de la Santé - Bureau des Affaires Générales et Financières - vos demandes de remboursement. J'insiste sur le fait que ces demandes doivent être envoyées très ponctuellement, afin que les crédits alloués pour ces mesures (47-14-70) soient utilisés de la façon la plus rigoureuse possible, c'est-à-dire sur l'exercice budgétaire correspondant.

## III RÔLE DES SERVICES DÉCONCENTRÉS :

La connaissance, d'une part, des données épidémiologiques et, d'autre part, des ressources locales avec évaluation des compétences, vous permet de faire l'analyse de la situation, sur le terrain, des besoins des personnes atteintes d'infection à VIH.

De même, il vous appartient de rechercher une large concertation avec l'ensemble des partenaires concernés (CISIH, Associations de lutte contre le Sida, intervenants en toxicomanie, associations chargées de l'hébergement et du relogement ou le maintien à domicile, Conseils de l'Ordre...) ainsi que les modalités de cofinancement, notamment avec les Collectivités Territoriales et les Caisse d'assurance-maladie.

Pour les départements ou régions qui se sont inscrits dans le processus de programmation de la prise en charge globale des personnes atteintes d'infection à VIH, il est nécessaire de réunir votre groupe de programmation et de l'inciter à développer ou à créer des projets dans le cadre du présent plan d'urgence.

Vous devez nous faire parvenir vos projets, revêtus de vos avis circonstanciés, avant le **15 juillet 1993**.

Je suis conscient du travail supplémentaire qui vous est demandé mais je sais que votre implication dans le domaine de la santé publique, en particulier dans la lutte contre le sida, sera à la hauteur de l'effort financier qui vient d'être consenti.

Philippe Douste-Blazy

## PRÉVENTION

Circulaire DGS/VS/VS 2 n° 24 du 22 mars 1993 relative à **la prévention de la listériose chez les femmes enceintes, les personnes immunodéprimées et les personnes âgées**

(Non parue au *Journal officiel*)

*Le ministre de la santé et de l'action humanitaire à Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) ; Messieurs les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales ; Messieurs les médecins inspecteurs de santé publique (pour attribution).*

Afin de limiter les cas de listériose dus à une contamination d'origine alimentaire, il convient de diffuser les recommandations d'hygiène alimentaire ci-jointes. En particulier les équipes ou professionnels médicaux suivants doivent être destinataires de cette information :

- services de gynécologie-obstétrique, maternités ;
- services accueillant des patients immunodéprimés ;
- gynécologues-obstétriciens libéraux ;
- établissements pour personnes âgées ;
- directeurs d'hôpital (service de restauration de l'hôpital).

Ces informations devront être données par les médecins à leurs patients.

Pour le ministre et par délégation :  
Le chef de service,  
adjoint au directeur général de la santé,  
L. DESSAINT

Recommandations pour la prévention des cas de listériose chez les femmes enceintes, les patients immunodéprimés et les personnes âgées :

pour les achats de produits de charcuterie consommés en l'état (pâté, rillettes, produits en gelée, jambon...) préférer les produits préemballés aux produits vendus à la coupe ; si ces produits sont achetés à la coupe, ils devront être consommés rapidement

- après leur achat ;
- éviter la consommation de lait cru et de produits à base de lait cru ;
- cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale ;
- laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques ;
- dans le cas de repas qui ne sont pas pris en collectivité, les restes alimentaires et les plats cuisinés doivent être réchauffés soigneusement avant consommation immédiate ;
- conserver les aliments crus (viandes, légumes, etc.) séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés ;
- se laver les mains, nettoyer les ustensiles de cuisine, après la manipulation d'aliments non cuits ;
- nettoyer fréquemment (deux fois par mois), et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée votre réfrigérateur.

## JEUNES

Circulaire n° 34 du 20 avril 1993 relative à

**la mise en œuvre d'action de santé déconcentrées en direction des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle et sociale**  
(Non parue au *Journal officiel*).

*Le ministre des affaires sociales et de l'intégration à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Monsieur le représentant du Gouvernement à Mayotte [pour exécution].*

Le programme d'actions de santé en direction des jeunes en difficulté d'insertion sociale et professionnelle est reconduit en 1993.

Il s'articule avec le dispositif des visites médicales qui, généralisé à l'ensemble des jeunes susceptibles d'entrer en crédit formation individualisé, permettra à leurs besoins de santé de s'exprimer, notamment en

termes d'accès aux soins et d'éducation à la santé. Le dispositif des visites médicales fera l'objet, comme chaque année, d'une circulaire spécifique.

Comme les années précédentes, ces actions seront financées sur les crédits ouverts au chapitre 47-13, article 20, paragraphe 20.

On rappellera qu'en 1992, 117 projets ont été soutenus dans les 65 départements pour un coût total de 1 800 000 F.

Compte tenu de la puissante montée en charge de ce dispositif, il vous est demandé d'apporter une attention spécifique à la pré-sélection des dossiers.

### I Les objectifs et caractéristiques des actions de santé

L'objectif des actions de santé est double. Il s'agit, d'une part, de mobiliser les jeunes de seize à vingt-cinq ans sur leur santé et de les amener à la prendre en charge par des actions auxquelles ils participent tant au niveau de la conception que de la réalisation et de l'évaluation.

Il importe, d'autre part, de sensibiliser l'ensemble des professionnels en contact avec les jeunes aux besoins et aux préoccupations de ce public en matière de santé, ainsi qu'aux difficultés qu'il rencontre en matière d'accès aux soins.

### II Les priorités d'action

Il vous est demandé d'établir des priorités en fonction de l'un des critères de sélection suivants.

#### 1 Les besoins locaux

Vous retiendrez les projets répondant localement à des besoins prioritaires, sans omettre, le cas échéant, d'orienter les associations ou organismes promoteurs sur des dispositifs spécifiques de financement.

#### 2 Les jeunes le plus en difficulté

Il vous est recommandé d'encourager les projets destinés à atteindre le public des jeunes le plus en difficulté (jeunes les plus éloignés des mesures d'insertion-qualification, projets susceptibles d'être mis en œuvre dans le cadre du développement social des quartiers et du développement social urbain).

#### 3 L'accès aux soins

Il importe de promouvoir, d'une part, les mesures facilitant l'accès des jeunes au système de soins et de prévention, et de favoriser le suivi des problèmes d'ordre somatique ou

psychologique.

En ce sens une attention particulière devra être accordée, d'une part, aux actions d'information sur les structures de soins et sur les droits sociaux, aux projets de montage de mutuelle, d'autre part, aux actions visant à la constitution de relais vers le monde médical, à la formation pluridisciplinaire des adultes sur l'accompagnement des démarches de santé des jeunes.

#### 4 *Prévention du sida, de l'alcoolisme et du tabagisme*

Les projets ayant trait à la prévention du sida et présentés par des missions locales et les PAIO ne relèvent pas des présentes actions de santé. Ces projets doivent être transmis à l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) et à la délégation interministérielle à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en difficulté. Lorsqu'ils ne sont pas présentés par une mission locale ou une P.A.I.O., ces projets peuvent être cofinancés notamment par la DDASS et l'AFLS.

De plus, les projets relatifs à la prévention de l'alcoolisme ou du tabagisme ne sont pas pris en compte dans le cadre de la présente circulaire. Les demandes peuvent être soumises au bureau SP 3 à la direction générale de la santé.

### III **Sélection, présentation et transmission des projets**

#### a La sélection.

Il vous appartient de sélectionner les projets en vous assurant qu'ils s'inscrivent dans les objectifs ci-dessus. Je vous suggère de ne pas soutenir des projets trop limités (en nombre de jeunes concernés ou en secteur géographique impliqué).

Je vous demande également de les classer avec rigueur en vous aidant de la fiche de présélection départementale jointe en annexe I(\*).

Il convient de ne pas retenir les projets relevant du dispositif des visites médicales (tels que la sensibilisation collective des jeunes aux bilans de santé). En effet, ceux-ci pourront être financés sur l'enveloppe des visites médicales.

Ces projets devront, dès leur conception, comporter une méthode d'évaluation basée sur des critères précis.

En outre, il est impératif que ces actions de santé reposent sur la coo-

opération financière et technique de plusieurs partenaires publics, parapublics et privés. En aucun cas il ne pourra être demandé deux financements différents sur le chapitre 47-13 (ex. crédits d'actions de santé et crédits de promotion de la santé).

#### b Présentation.

Contrairement aux années précédentes, l'instruction nationale se fera à partir des fiches techniques situées annexes n° II-1 et II-2(\*). Il vous est demandé de les compléter :

en faisant mention de vos besoins budgétaires (annexe II-1(\*)) ; en complétant, pour chaque action de santé que vous souhaitez, un grille signalétique et en exprimant en quelques lignes les raisons de votre choix (annexe II-2(\*)).

Il n'est pas nécessaire d'accompagner d'un dossier les fiches techniques précitées. Par contre, si le projet s'inscrit dans la continuité des actions menées dans les années antérieures, il devra comporter un bilan d'évaluation de celles-ci.

#### c Transmission.

Les fiches techniques, situées en annexe I, II-1 et II-2(\*) et accompagnées de votre avis circonstancié devront être transmises pour le 14 mai délai de rigueur, (aucun dossier ne sera pris en compte au-delà de cette date) au :

Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, ministère délégué à la santé, direction générale de la santé, sous direction de la santé des populations, bureau SP 2, 1, place Fontenoy, 75350 Paris 07 SP.

Dans le même temps et afin de la tenir informée, vous transmettez un exemplaire de ces fiches à la DRASS

Il vous sera notifié le montant de la subvention allouée. Il vous appartiendra alors d'établir une convention que vous soumettrez localement à la signature des parties concernées. Afin de vous aider, si nécessaire, à élaborer ce document, il vous est proposé en annexe III un modèle de convention. Il n'est pas nécessaire de transmettre la convention au ministère.

#### d Évaluation.

Pour évaluer les actions que vous mènerez en 1993, une fiche d'évaluation, située en annexe IV (\*), vous est adressée. Vous voudrez bien la renvoyer au bureau SP 2 dans le courant du mois de janvier 1994.

### IV **Crédits inutilisés**

En cas d'inutilisation des crédits qui vous seront délégués, un bordereau de crédits sans emploi devra être retourné au bureau des affaires générales et financières à la DGS avant le 30 septembre 1993, délai de rigueur. Cette procédure est destinée à faire bénéficier éventuellement de ces crédits d'autres DDASS. Si cette procédure n'est pas suivie, ces crédits ne pourront être utilisés l'année suivante.

Pour le ministre et par délégation :  
Pour le directeur général de la santé :

*Le chef de service,*

A. MOREL

(\* ) annexes non reproduites

Circulaire n° 93-248 du 22 juillet 1993

### **Enseignements élémentaire et secondaire**

#### **Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans les établissements d'enseignement publics et privés sous contrat des premier et second degrés**

Texte adressé aux recteurs, aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'Éducation et aux chefs d'établissement.

Conformément à la loi d'orientation du 10 juillet 1989, il est essentiel que l'École remplisse au mieux sa mission d'accueil et d'éducation des élèves en difficulté et, en particulier, des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé.

Les progrès accomplis dans le domaine médical, notamment au niveau des traitements, des modalités de prise en charge et de l'organisation des urgences d'une part, et les conséquences de la déconcentration d'autre part, conduisent à définir un nouveau dispositif en faveur des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé. Tout en s'inscrivant dans la continuité des actions menées jusqu'alors au cas par cas, celui-ci a pour but d'harmoniser les conditions d'accueil à l'École de ces enfants en proposant à la communauté éducative un cadre et des outils susceptibles de répondre à la multiplicité des situations individuelles

rencontrées.

Tel est l'objet de cette circulaire qui est également applicable aux établissements de l'enseignement privé sous contrat, dans le respect des dispositions de la loi n° 59.1557 du 31 décembre 1959 modifié.

#### UN CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

Le principe de l'admission à l'École des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé a été posé dès 1963 et des modalités concrètes en faveur de leur scolarisation ont alors été mises en place. Depuis, il n'a cessé d'être appliqué et le développement des actions d'intégration est désormais inscrit dans les missions de l'École. L'objectif poursuivi est de permettre la réussite scolaire et l'insertion sociale et professionnelle de ces enfants et adolescents en favorisant la scolarité grâce à certains aménagements. Par ailleurs, sur un plan psychologique, il est important d'éviter l'isolement dans lequel la maladie peut placer l'enfant ou l'adolescent et de développer au sein de l'École l'adoption de comportements solidaires.

C'est dans cet esprit que plusieurs circulaires ont été prises en faveur de l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés ou en difficulté (cf. annexe 1).

Plus récemment et compte tenu de l'évolution de l'épidémie du SIDA, les conditions d'accueil en milieu scolaire des élèves porteurs du VIH ont été précisées par la circulaire du 29 juin 1992.

#### LA POPULATION SCOLAIRE CONCERNÉE

Il importe en premier lieu de préciser la population scolaire concernée par les dispositions ci-après. Il s'agit des élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur de longues périodes et compatibles avec une scolarité ordinaire (à l'exclusion des maladies aiguës) pour lesquels des mesures particulières doivent être prises dans l'École. Celles-ci auront pour but de permettre à ces enfants de suivre leur traitement, d'assurer leur sécurité et de compenser les inconvénients liés à leur état.

Dans un souci de clarification, une liste indicative des affections figure en annexe 2. Les grands principes des conduites à tenir pour chacune de ces maladies sont décrits dans le n° 4 des « Cahiers de l'Intégration » pu-

blié par le CNDP en 1988. Une mise à jour de ce document est également prévue.

#### L'ACCUEIL UNE DÉMARCHE CONCERTÉE

L'admission scolaire des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé s'effectue selon les règles en vigueur. À partir des informations recueillies auprès de la famille et, éventuellement du médecin traitant, le médecin scolaire détermine l'aptitude de l'enfant à suivre une scolarité ordinaire et donne son avis sur les aménagements particuliers susceptibles d'être mis en place. L'avis de l'équipe éducative sera également sollicité sur les dispositions à mettre en œuvre au sein de l'École. Les aménagements envisagés ne doivent pas, toutefois, être préjudiciables au fonctionnement de l'école ou de l'établissement scolaire. Lorsque des incompatibilités entre l'état de santé de l'enfant et les capacités d'accueil de l'école ou de l'établissement seront constatées, des solutions alternatives devront être proposées à la famille dans le cadre du respect de l'obligation scolaire et, éventuellement une commission de l'éducation spéciale sera saisie conformément à la circulaire n° 91-302 du 18 janvier 1991 sur l'intégration des enfants et adolescents handicapés.

C'est par une réflexion d'ensemble et un travail en équipe associant tous les membres de la communauté éducative que les conditions optimales de l'intégration scolaire seront réunies. Le projet d'école ou d'établissement permettra d'englober les dimensions à la fois scolaire, éducative et thérapeutique de l'intégration et favorisera une attitude d'ouverture et de solidarité de la part des personnels déjà sensibilisés à ces problèmes.

Il convient cependant de souligner le rôle des personnels des services de promotion de la santé et d'action sociale en faveur des élèves, dont la mission est d'apporter, chacun dans son domaine de compétence, toute l'assistance requise aux équipes éducatives. Ils établiront toutes les liaisons utiles et impulseront une action d'information et de sensibilisation auprès des membres de celles-ci. Il leur appartiendra également de contribuer à la résolution des difficultés qu'elles pourraient rencontrer.

Dans le premier degré, les inspec-

teurs de l'éducation nationale porteront une attention toute particulière à la scolarisation des élèves concernés. Ils aideront les enseignants à mettre en place les mesures d'accompagnement éventuellement nécessaires.

#### LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Le rôle de chacun et la complémentarité des interventions seront précisés dans un document écrit, le projet d'accueil individualisé : celui-ci associera l'enfant, sa famille, les partenaires extérieurs (intervenants médicaux et paramédicaux, institutions médicales, associations et organismes spécialisés) à l'équipe éducative et aux personnels de promotion de la santé (annexe 3).

Ce document organisera, dans le respect des compétences de chacun et compte tenu des besoins thérapeutique de l'enfant ou de l'adolescent, les modalités particulières de la vie quotidienne à l'École et fixera les conditions d'intervention des partenaires. Seront notamment précisés la fréquence des interventions médicales, paramédicales ou de soutien, leur durée, leur contenu, les méthodes et les aménagements nécessaires.

Le projet d'accueil individualisé définira les adaptations apportées à la scolarité de l'élève. Il indiquera notamment les aménagements d'horaires, les dépenses de certaines activités pédagogiques incompatibles avec la santé de l'enfant et les activités de substitution qui seront proposées.

Ce document précisera comment, en cas de périodes d'hospitalisation ou de maintien à domicile, les enseignants de l'école ou de l'établissement d'origine veilleront à assurer le suivi de la scolarité.

Le projet d'accueil individualisé sera mis au point à la demande de la famille par le directeur d'école ou le chef de l'établissement en concertation avec le médecin de l'Éducation nationale, à partir des besoins thérapeutiques précisés dans une ordonnance signée du médecin traitant et mis à jour en fonction de l'évolution de la maladie.

#### DES AMÉNAGEMENTS DANS LA VIE QUOTIDIENNE

##### 1 Le traitement médical

Certaines dispositions sont susceptibles de faciliter la vie quotidienne à l'École des enfants et adolescents



confrontés à la maladie. Celles concernant la prise de médicaments pendant le temps de présence des élèves à l'École ont été précisées dans la circulaire n° 92-194 du 29 juin 1992 : « il paraît souhaitable que pour ces enfants, l'École apporte son concours aux parents pour l'exécution des ordonnances médicales prescrivant un traitement par voie orale. C'est dans un climat d'échange et de confiance que les enseignants peuvent eux-mêmes donner, lorsque les familles le demandent et sur prescription de leur médecin, des médicaments à ces enfants en cours de traitement.

S'agissant des problèmes de responsabilité qui peuvent se poser dans ce domaine, l'enseignant bénéficiera, en l'espèce, et sous réserve de l'appréciation souveraine des tribunaux, du régime particulier de substitution de responsabilité prévu à l'article 2 de la loi du 5 avril 1937 qui dispose que *dans tous les cas où la responsabilité des membres de l'enseignement public est engagée à la suite ou à l'occasion d'un fait dommageable commis, soit par les enfants ou jeunes gens qui leur sont confiés en raison de leurs fonctions, soit à ces enfants ou jeunes gens dans les mêmes conditions, la responsabilité de l'État sera substituée à celle des dits membres de l'enseignement qui ne pourront jamais être mis en cause devant les tribunaux civils par la victime ou ses représentants* ».

Il n'est pas souhaitable, sauf à titre tout à fait exceptionnel, qu'à la demande de la famille, l'enseignant ou un membre de l'équipe éducative administre un traitement sous une autre forme que la voie orale ou inhalée. En tout état de cause la décision d'administrer un traitement médical à un élève est laissée à l'appréciation de l'enseignant ou du chef d'établissement en coordination avec le médecin de l'Éducation nationale.

Vous ferez appel, dans le cas de soins relevant de professionnels de la santé, au médecin ou à l'infirmière du service de promotion de la santé en faveur des élèves pour qu'ils recherchent en liaison avec le médecin traitant et la famille les solutions possibles. Dans les établissements du second degré, lorsque la présence d'une infirmière est assurée, il lui appartiendra de dispenser dans la limite des dispositions prévues par le

décret n° 93-345 du 15 mars 1993 les soins nécessités par l'état de santé de l'enfant ou de l'adolescent. Des dispositions particulières pourront aussi être prévues dans le cadre de l'organisation de la médecine de soins mise en place par les établissements.

Le respect du secret médical est une obligation générale et absolue qui s'impose aux médecins et aux infirmières. Il importe, par ailleurs, dans l'intérêt même de l'enfant, de rappeler l'obligation de discrétion professionnelle dont les enseignants doivent faire preuve pour tous les faits ou informations relatifs à la santé de l'enfant. Toutefois, le secret médical ne doit pas empêcher de déterminer avec l'équipe éducative les mesures à prendre pour faciliter la bonne adaptation de l'élève.

## 2 Les soins d'urgence

Il y a lieu de prévoir, par ailleurs, l'organisation des premiers soins en cas d'incident, d'accident ou de manifestations aiguës de la maladie.

Lorsque la maladie évolue par crises ou par accès, il sera établi dès la demande d'accueil, un protocole d'intervention décrivant : les signes d'appel, les symptômes visibles, les mesures à prendre pour assurer la mise en sécurité de l'enfant, les médecins à joindre, les permanences téléphoniques accessibles et les éléments d'information à fournir aux services d'urgence pour une compréhension efficace du problème. Ce protocole signé par le médecin traitant sera inclus dans le projet d'accueil individualisé.

S'agissant des urgences médicales, il vous est rappelé qu'il existe dans chaque département un S.A.M.U. (Service d'Aide Médicale Urgente) joignable 24 heures sur 24 sur la quasi totalité du territoire par le numéro « 15 » (voir aussi l'annexe 5 pour les numéros d'appel du S.A.M.U. des départements ne disposant pas du « 15 »).

D'une manière générale, les directeurs d'école et chefs d'établissement, en liaison avec les personnels du service de promotion de la santé, doivent prendre contact systématiquement avec le S.A.M.U. en composant le numéro de téléphone « 15 » pour connaître ses responsables et se faire connaître.

L'appel du « 15 », en cas d'urgence ou après avoir tenté en vain de con-

tacter le médecin de l'élève, met en relation avec un médecin régulateur qui, sans délai, aide à évaluer la gravité de la situation, donne son avis et des conseils pour prendre les mesures d'urgence et, selon le cas, dépêche une équipe médicale hospitalière avec véhicule de réanimation ou envoie une ambulance pour le transport vers un centre hospitalier.

S'agissant des écoles primaires et conformément à la note de service n° 87-288 du 25 septembre 1987, c'est à l'instituteur qu'il appartient de demander l'intervention d'urgence des services compétents (S.A.M.U., pompiers, police-secours...). À cet effet, les écoles devront disposer des moyens nécessaires (ligne téléphonique notamment).

Pour le second degré, ces mesures s'inscriront dans le cadre du dispositif mis en place par les établissements en application de la circulaire n° 86-144 du 20 mars 1986.

Par ailleurs, vous êtes invités à développer des actions de formation aux premiers secours.

## 3 Les aménagements pédagogiques

D'une manière générale, dans le domaine pédagogique, un élève atteint de troubles de la santé devra être considéré de la même manière que ses camarades en bonne santé. C'est là l'objectif central du processus d'intégration.

Cependant, chaque fois que les difficultés de santé spécifiques d'un enfant ou d'un adolescent contraindront l'enseignant à dispenser cet élève de telle ou telle séquence pédagogique, il sera nécessaire de trouver, avec l'aide de l'équipe éducative, le dispositif qui permettra de faire bénéficier ce dernier de toutes les compensations nécessaires.

Ce sera particulièrement le cas pendant les périodes d'hospitalisation ou de maintien à domicile. Tout devra être mis en œuvre pour assurer à l'élève une réelle continuité de sa scolarité. Les structures de scolarisation hospitalière, les organismes habilités à apporter un soutien éducatif, le C.N.E.D. (cf. annexe 4) seront des auxiliaires précieux pour atteindre de manière adaptée cet objectif essentiel. On recherchera toujours à éviter une rupture brutale et prolongée et à préparer le retour à l'école, au collège ou au lycée.

Ce dispositif sera appliqué dès la

prochaine rentrée scolaire.

La circulaire du 20 mars 1963, dont les dispositions sont reprises dans la présente circulaire, est abrogée.

Le Directeur des Écoles

A. LEGRAND

Le Directeur des Lycées et collèges

C. FORESTIER

(Annexes non reproduites)

## EUROPE

Résolution du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 27 mai 1993, concernant

### **l'action future dans le domaine de la santé publique.**

Le conseil et les ministres de la santé, réunis au sein du Conseil,

- vu** les traités instituant les Communautés européennes ;  
les actes adoptés par le Conseil dans le domaine de la santé publique ou ayant un impact sur la santé publique

**Considérant** que le traité sur l'Union européenne, signé à Maastricht le 7 février 1992, définit le cadre de la coopération future et des actions communautaires ;

les conclusions du Conseil européen d'Edimbourg des 11 et 12 décembre 1992 concernant notamment une approche globale de l'application du principe de subsidiarité et des mesures visant à accroître la transparence des décisions de la communauté ;  
le document de travail des services de la Communication du 12 octobre intitulé « santé publique » ;

**Rappelant** les conclusions que la présidence a tirées du débat intervenu lors de la session du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 13 novembre 1992 concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique ;

**Affirmant** la nécessité d'une action communautaire et d'une coopération entre les États membres dans le domaine de la santé publique, en liaison avec la Commission ;

**Soulignent** l'utilité d'une procédure adéquate de consultation entre les États membres et la Commission sur les questions concernant la santé publique et prennent actes à cet égard des

initiatives prises par la Commission ;

**Convientent** que les actions communautaires doivent en particulier être axées sur la prévention dans le but d'assurer un niveau élevé de protection de la santé ;

**Rappellent** que 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 ;

**Convientent** qu'il est nécessaire d'assurer une meilleure continuité et cohérence des travaux de la Communauté et de fixer des priorités étalées sur plusieurs années ;

qu'une coopération entre les présidences successives est utile pour assurer la continuité et la cohérence des travaux du Conseil ;

d'examiner les moyens permettant d'assurer que les exigences en matière de santé soient dûment prises en considération dans le cadre d'autres politiques communautaire ;

**Invitent** la Commission à assurer, conformément à l'article 229 du traité CEE, une coopération plus étroite avec les organes appropriés du Conseil de l'Europe et de l'Organisation Mondiale de la Santé, en particulier en ce qui concerne la dimension européenne des activités de cette organisation. la Commission à soumettre au Conseil, aussi rapidement que possible, conformément aux traités, des propositions concernant un programme d'action dans le domaine de la santé publique, en prenant en considération, entre autres, les orientations indiquées dans l'annexe.

### **Annexe**

#### **Santé publique : Cadre de la coopération future et des actions communautaires**

Le conseil estime que les propositions concernent une planification de la coopération future et des actions communautaires doivent reposer en particulier sur les principes suivants :

#### **Objectifs**

- 1 L'objectif général de la coopération future et des actions communautaires dans le domaine de la santé publique sera de contribuer à assurer aux citoyens de la Communauté, en particulier par des mesures préventives, un niveau de protection sanitaire élevé en :  
ajoutant des années à la vie : il s'agit d'augmenter l'espérance de vie et de réduire le nombre de décès

prématurés ;

ajoutant de la vie aux années ; il s'agit d'augmenter le nombre des années pendant lesquelles on puisse vivre sans maladies, de réduire ou de limiter les suites négatives des maladies et des handicaps, de promouvoir un mode de vie et des milieux physiques et sociaux sains et, d'une manière générale, d'améliorer la qualité de la vie.

#### **Programmation pluriannuelle**

**2** Pour assurer une meilleure continuité et cohérence des travaux du Conseil, la coopération future et les actions communautaires doivent être programmées pour une période de plusieurs années. La programmation doit être souple et être établie par la Commission en étroite coopération avec les États membres.

**3** Il convient d'établir un plan à long terme et un programme à moyen terme.

**4** Le plan à long terme, qui pourrait couvrir une période de l'ordre de six ans, doit comporter une indication des objectifs généraux, des domaines d'action, des ressources et des clauses de révision. Ce plan devrait comprendre un mécanisme d'évaluation périodique.

**5** Le programme de travail à moyen terme, établi pour une période de l'ordre de trois ans, énumère les différentes actions et indique les objectifs précis de celles-ci. Les actions doivent être évaluées régulièrement en vue des prises de position sur les adaptations éventuelles à apporter. Les crédits disponibles et les coûts prévisionnels doivent figurer dans le programme de travail.

#### **Domaine d'action**

**6** Compte tenu de la nécessité de concilier les objectifs de l'action communautaire et les ressources disponibles nécessaires pour y répondre, la fixation de priorités revêt une importance capitale lors de l'élaboration d'un cadre d'action dans le domaine de la santé publique.

**7** Pour le choix des actions, il est tenu compte en particulier, lorsque cela est approprié, des critères généraux suivants :

Il s'agit d'un problème de santé essentiel pour lequel des mesures de prévention appropriées peuvent être prises ;

l'objectif de l'action ne peut être

réalisé de manière suffisante par chacun des États membres et peut donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action, être mieux réalisé au niveau communautaire, et dès lors, apporter une « valeur ajoutée communautaire » par rapport à l'action nationale ;

l'action complète ou favorise les aspects sanitaires dans le cadre d'autres politiques communautaires par exemple l'achèvement et le bon fonctionnement du marché intérieur ;

la Communauté devrait veiller à la cohérence entre ces actions et celles des différentes organisations internationales.

8 Pour décider si un problème de santé est susceptible de faire l'objet d'une action communautaire, il conviendrait de prendre en considération des indicateurs appropriés, tels que mortalité, morbidité, années de la vie pendant lesquelles la santé est altérée, variations en fonction de l'âge, du temps et de l'espace et les coûts y compris les coûts sociaux.

9 Il conviendra de donner suite aux initiatives déjà décidées au niveau du Conseil dans le domaine de la santé publique, sous réserve d'une évaluation appropriée, et de la nécessité de s'assurer qu'elles s'inscrivent dans les objectifs et types d'actions du plan et du programme de travail. En particulier, les programmes en cours concernant telle ou telle maladie devront faire l'objet d'une évaluation adéquate sur la base des rapports qui seront présentés par la Commission.

10 Une amélioration de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données concernant la santé ainsi que de la qualité et de la comparabilité des données disponibles est essentielle pour l'établissement des futurs programmes.

#### Méthodes de coopération

11 Il conviendrait, afin d'appuyer les efforts déployés en vue d'assurer la continuité et la cohérence des actions communautaires, de mettre en place des méthodes de coopération appropriées qui tiennent dûment compte de l'expertise disponible au niveau des États membres.

12 C'est en vue des futurs programmes d'action que la Commission doit être assistée par un Comité à haut niveau composé de représentants des États

membres.

13 L'échange d'expérience est appelé à jouer un rôle important dans la future coopération. À ce titre, il conviendrait en particulier de recourir aux méthodes suivantes :

la constitution de réseaux ; la désignation par les États membres de centres spécialisés dans des domaines sélectionnés ;

l'échange de personnels entre des organismes responsables dans les États membres. Il convient de rechercher toutes les possibilités de promouvoir des échanges spécifiques. La gestion des mécanismes devrait être assurée par la Commission afin que les personnes et organisations qui souhaitent entrer dans le système puissent disposer d'un point de contact fixe.

#### Protection de la santé dans le cadre de la politique communautaire dans d'autres domaines

14 Certains des principaux aspects liés à la santé sont traités au sein d'autres Conseils, par exemple dans les domaines de la recherche, de l'environnement, de la sécurité et de la santé des travailleurs ainsi que de la libre circulation des marchandises, des services et des personnes. Il est donc nécessaire de s'assurer que, tant dans les États membres que dans la Communauté, les considérations d'ordre sanitaire soient dûment prises en compte dans les débats et décisions dans d'autres domaines communautaires.

15 En organisant la coopération future dans la Communauté, il est donc nécessaire de mettre en place des mécanismes permettant, en temps voulu d'attirer l'attention des Ministres de la santé et de leur donner la possibilité d'exercer une influence en la matière.

#### Coopération avec les pays tiers et les organisations internationales

16 Une coopération accrue devrait s'instaurer entre la Communauté et les organisations internationales qui sont actives dans le domaine de la santé.

17 Il convient de renforcer la coopération entre la Communauté d'une part, le Conseil de l'Europe et l'OMS d'autre part, en particulier pour ce qui concerne la dimension européenne des actions de cette dernière organisation. Les connaissances et expériences des organisations internatio-

nales précitées seront prises en compte sur la base de cette coopération de sorte à assurer une utilisation rationnelle du savoir des organisations et éviter des doubles emplois inutiles.

18 Il y a lieu également pour la Communauté et les États membres de favoriser la coopération avec les pays tiers dans le domaine de la santé publique. Les mesures peuvent prendre la forme d'une action ponctuelle dans les situations d'urgence ou d'une coopération à plus long terme. Dans de nombreux cas, elles devraient être mises en œuvre en coopération avec d'autres organisations internationales, comme, par exemple, l'Organisation mondiale de la santé. ■

## Dépistage des cancers du sein et du col utérin

**Lors de la séance plénière du 15 juin 1993, après avoir pris connaissance des projets de rapports sur le dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin présentés par le Professeur Tubiana et les avoir approuvés, le HCSP a adopté la motion suivante.**

**L'**utilité du dépistage de masse organisé des cancers du sein (entre 50 et 69 ans) et du col utérin (entre 25 et 65 ans) a été démontrée par plusieurs essais cliniques menés dans différents pays avec une grande rigueur méthodologique. Cependant, pour ces deux cancers, l'expérience internationale montre que :

**1** l'efficacité du dépistage varie grandement selon la façon dont celui-ci est effectué, en particulier en fonction du taux de couverture atteint, de la formation et du programme d'assurance de qualité qui ont un rôle essentiel et conditionnent les résultats obtenus ;

**2** le passage d'une opération pilote menée sur quelques dizaines de milliers de femmes à un dépistage de masse visant plusieurs millions d'entre elles est extrêmement délicat, car ce changement d'échelle a généralement pour effet d'augmenter le coût et de réduire le bénéfice au point de rendre parfois celui-ci illusoire.

Le HCSP demande que l'extension

des zones dans lesquelles le dépistage est mis en œuvre ne s'effectue que de façon très graduelle, en tenant compte de l'expérience acquise et après une analyse approfondie des difficultés rencontrées et des résultats intermédiaires. Il souhaite par ailleurs :

**1** que la pérennisation des expériences en cours et le lancement de nouvelles campagnes s'effectuent sur la base d'un cahier des charges précis, prévoyant notamment les modalités de fonctionnement de la structure chargée de la campagne, le programme de formation et d'assurance de qualité, les conditions du recueil des données épidémiologiques et de l'évaluation des résultats ;

**2** la mise en place de structures nationales – une pour le cancer du sein, une pour le cancer du col utérin – capables de réunir les responsables des expériences en cours, d'en tirer les enseignements, d'assurer l'harmonisation des conditions d'évaluation et de formation, et éventuellement de donner un avis motivé sur l'une quelconque des expériences en cours.

Ces structures devraient faire appel à des experts nationaux et éventuellement européens, et aux services du ministère de la Santé et des Caisses d'assurance maladie.

# Groupe de travail

## « produits humains »

**En janvier 1993, le ministre de la Santé et de l'action humanitaire a signé une lettre de saisine du Haut Comité de la santé publique concernant l'utilisation des produits humains à des fins thérapeutiques.**

**L**e groupe de travail constitué pour répondre à cette saisine s'est donné pour objectif de présenter son rapport au ministre autour de mars 1994. Le présent article n'a donc pour objet que de présenter la démarche retenue par celui-ci.

### Qui travaille, comment ?

Le groupe de travail est constitué de 6 membres du Haut Comité et de 6 autres experts, de formation et de discipline très diverses. Il a commencé une lecture critique des différents documents sectoriels qui existent déjà, il se documente sur la politique suivie en ce domaine dans divers pays étrangers. Par ailleurs, il « auditionne » des personnalités représentant des instances particulières des produits humains. Enfin il va faire appel à des expertises extérieures pour approfondir tel ou tel point.

### Quel champ couvrir ?

Le champ couvert par la saisine est considérable : procréation médicalement assistée, transplantation d'organes, sang et dérivés, moëlle osseuse, différents tissus, cellules fœtales, lait maternel, extraits d'hypophyse humaine, et dans un avenir proche la thérapie génique ; mais la diversité et la complexité de l'utilisation de l'ensemble des produits humains recouvre une unité profonde, concernant notamment les processus allant du sujet origine au sujet receveur, les risques (infectieux, viraux, immunologiques et toxiques) ainsi que les problèmes éthiques, juridiques et économiques ; de plus, une approche transversale et « généraliste » de problèmes communs entre bien dans la vocation du HCSP, la juxtaposition de rapports ponctuels, si bien documentés soient-ils, ne permettant que difficilement de bâtir une politique de

santé publique pertinente. Aussi le groupe de travail a donc accepté de prendre le problème dans son ensemble, en se limitant toutefois aux seules applications à visée thérapeutique.

### Quelle clé d'entrée retenir ?

Sans renoncer à l'étude du circuit qui va du « donneur » au « receveur » (processus de production et acteurs mis en jeu), le groupe a voulu retenir une approche *qualité des soins*. À cet égard, le groupe a considéré que *l'objectif d'une action de santé publique dans le domaine de la saisine est l'optimisation de l'utilisation des produits humains à la lumière des quatre critères : efficacité, efficience, sécurité et équité*.

Mais il est apparu qu'un rapport ne pouvait se contenter de n'aborder que des problèmes scientifiques et techniques

suite page 40

### Texte de la saisine du 19 janvier 1993

Je souhaite que le Haut Comité de la Santé Publique étudie les problèmes de santé publique et d'organisation des soins liés à l'utilisation des produits humains et de leurs produits de substitution. L'étude devra prendre en compte les aspects épidémiologiques, sociologiques, économiques et médicaux de ces problèmes. Elle devra s'appuyer sur les différentes études et rapports réalisés, notamment sur le rapport actuellement en cours à l'Inspection générale des affaires sociales.

Bernard Kouchner

suite de la page 39

dans une démarche strictement positiviste, en méconnaissant les exigences éthiques ; un sous-groupe de travail a donc été mis en place pour réfléchir à la dimension éthique et à sa traduction juridique. De même, les considérations de coût doivent être envisagées, et un sous-groupe de travail va être chargé d'explorer systématiquement la dimension économique.

### Et pour le rapport ?

Afin d'éviter une approche encyclopédique, qui demanderait un travail considérable et risquerait de brouiller les pistes, et donc d'être contre-productive par rapport à la saisine et aux objectifs du HCSP, il est envisagé de choisir un petit nombre d'exemples type, qui grâce à une étude détaillée permettront d'illustrer ce que devrait être une démarche de santé publique dans le domaine de l'utilisation des produits humains ; les exemples pourraient recouvrir différentes situations selon l'état du « donneur » (donneur volontaire en bonne santé, donneur vivant, patient malade, mort cérébrale, cadavre...) mais à ce stade, rien n'est encore arrêté.

Pour conclure, relevons que le thème du rapport est sous-tendu par un renouvellement assez profond de l'essence même de la pratique médicale et qu'on ne peut faire abstraction des représentations sociales ainsi que de l'expérience que peuvent faire les protagonistes du geste thérapeutique : celle de la mort (le corps mort est classiquement du domaine privé : dans quelle mesure peut-il être sollicité pour appartenir au domaine public ?) ; celle du morcellement du corps ; celle du don, s'inscrivant dans une problématique de la relation à l'autre... ■

Le Professeur Maurice Tubiana, oncologue, membre de l'Académie des sciences, membre du Haut Comité de la santé publique a été élevé à la dignité de grand'croix par le Président de la République.

(Décret du 13 juillet 1993 portant à la dignité de grand'croix et de grand officier, paru au JO du 14 juillet 1993)

À paraître le  
15 décembre 1993

5

décembre 1993

## Actualité et dossier en santé publique

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

Les collectivités locales  
et  
la santé publique

dossier

ISSN 1243-275X

Dossier

Les collectivités locales et la  
santé publique



### **Marseille**

**Du 22 au 24 septembre 1993**

**Carte santé, réalités et perspectives**

Conférence internationale sur les cartes de santé patronnée par le ministère des Affaires sociales de la santé et de la ville, OMS (Genève) et Commission des communautés européennes

Renseignements

Institut international de robotique et d'intelligence artificielle de Marseille

Technopôle de Château Gombert  
Europarc Bât C

13453 Marseille Cedex 13

### **Brest**

**Le 30 septembre 1993**

**La santé des enfants et des adolescents**

VI<sup>e</sup> colloque de l'ORS Bretagne autour d'un thème quelles pratiques professionnelles en Bretagne ?

Renseignements

ORS Bretagne

B P 1605

35016 Rennes Cedex

### **Lyon**

**Du 5 au 8 octobre 1993**

**Sida et soins à domicile**

Première conférence internationale sur la prise en charge extrahospitalière des malades du sida avec le soutien actif de la direction générale de la santé

Renseignements

Entr'Aids,

37, avenue du Général de Gaulle  
69300 Caluire

### **Paris**

**Du 7 au 10 octobre**

**Psychiatrie et système nerveux central**

Salon international patronné par l'Organisation mondiale de la santé et de l'Association mondiale de psychiatrie

La journée du samedi 9 octobre a été déclarée « journée mondiale de la santé mentale ».

Renseignements

N.H.A. Communication

217, rue Saint Honoré

75001 Paris

tél : (1) 40 20 93 00

### **Paris**

**Le 8 octobre**

**La psychiatrie face au sida**

Colloque national  
Renseignements

Association Didier Seux

6, rue de l'Abbé Grégoire

75006 Paris

tél : (1) 45 49 26 78

### **Strasbourg**

**Du 9 au 12 octobre**

**La prévention et la prévoyance en gérontologie**

V<sup>e</sup> congrès francophone de gérontologie

Renseignements

M<sup>lle</sup> Payet

Centre de gérontologie clinique

Faculté de médecine Pitié Salpêtrière

75013 Paris

### **Toulouse**

**Les 14 et 15 octobre**

**Stratégies médico-sociales du soin à domicile**

Journées d'études européennes organisées dans le cadre de l'année des personnes âgées en collaboration Communauté économique européenne, et Centre d'études et de formation hospitalières

Renseignements

Association du maintien à domicile

12, rue Tolosane

31000 Toulouse

tél : (16) 61 52 09 85

ou (16) 61 55 36 17

### **Bruxelles**

**Les 22 et 23 octobre 1993**

**Journées de santé publique**

Symposium où seront discutés les thèmes « santé et société », « méthodologie de recherches en santé publique » et « pratique des interventions et des stratégies de santé »

Renseignements

M<sup>me</sup> Ribourdouille

École de santé publique ULB

Route de Lennik 808

CP 595

1070 Bruxelles

Tél. : (2) 555 40 46

Télécopie : (2) 555 40 49

### **Lyon**

**Les 17 et 18 novembre**

**Les entretiens européens de l'insertion des handicapés**

Renseignements

J. Grange

Mecenentreprise

10, rue Boileau

69452 Lyon Cedex 06

Fax (16) 50 58 75 78

### **Paris**

**Les 26 et 27 novembre**

**Les jeunes et l'alcool**

Réunion de la Société Française d'Alcoologie

Renseignements

Dr Sarda

Société française d'alcoologie

16, rue Picot

75116 Paris

tél : (1) 47 04 39 30

### **Marrakech**

**Du 12 au 16 décembre**

**VII<sup>e</sup> conférence internationale sur le sida en Afrique**

**VIII<sup>e</sup> conférence Africaine sur les MST**

Renseignements

Société africaine anti-sida et OMS

### **Toulouse**

**Le 13 janvier 1994**

**Journée régionale sur les modes de vie des personnes âgées en Midi-Pyrénées**

Renseignements

ORS Midi-Pyrénées

37, allée Jules Guesde,

31073 Toulouse Cedex

Tél. : 61 53 11 46



4

septembre  
1993

# Actualité et dossier *en* santé publique

# Sommaire

- **2 Actualité**  
Prise en charge des toxicomanes,  
les programmes de substitution,  
*Sylvie Justin*  
100 millions pour la santé  
publique,  
*Bernadette Roussille*
- **10 International**  
L'action de l'OMS pour les pays  
de l'Europe centrale et orientale,  
*Marc Danzon*
- **14 Europe**  
Action future dans le domaine de  
la santé publique,  
*Ségolène Chappellon*
- **16 Statistiques**  
L'emploi des personnes  
handicapées en milieu ordinaire  
de travail,  
*Annick Deveau*
- **9 Organisme**  
Fonds national de prévention,  
d'éducation et d'information  
sanitaires
- **15 Formation**  
DESS Information médicale à  
l'hôpital
- **18 Documentation**
- **26 Législation & réglementation**
- **38 L'actualité du Haut Comité**  
Dépistage des cancers du sein et  
du col utérin  
Groupe de travail  
« produits humains »
- **41 Calendrier**

## Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool

- **II Histoire de la lutte contre  
un « fléau social »**
- **VII Intervenants, structures et  
prestations**
- **XIV Tribune**
- **XXII Annexes**  
Circulaires  
Mouvements associatifs  
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*