

5

décembre 1993

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

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

dossier

Les collectivités locales

et la santé publique

1

Protection sanitaire et
lutte contre les fléaux sociaux

3617 BDSP

La banque de données française au service des acteurs de la santé

Annoncée depuis 1990, portée par trois ministères et d'autres partenaires publics ou privés, alimentée par près de 30 producteurs d'horizons et de tailles variés, la Banque de données santé publique trouve sa pleine raison d'être en s'ouvrant au public fin 1993.

La banque de données santé publique (BDSP), dont la gestion vient d'être définitivement confiée à l'ENSP, sera accessible sur minitel, 3617 code BDSP, à la fin de l'année 1993. Ce nouveau service mettra à la disposition de tous les acteurs de santé et du grand public quelque 45 000 références documentaires en santé publique.

Des partenaires multiples

Un accord tripartite signé le 8 mars 1990 par les représentants des ministères chargés de la Santé, de la Recherche et de l'Éducation nationale, prévoit la création en France d'une banque de données bibliographiques unique en santé publique. En juillet 1990, un protocole d'accord précise les rôles du chef de projet, du comité de pilotage et du conseil scientifique de la banque de données.

La banque de données santé publique, fonctionne aujourd'hui sur la base d'un partenariat avec ces trois ministères, l'École nationale de la santé publique (ENSP), l'Institut de l'information scientifique et technique (INIST), l'INSERM

et l'Association de producteurs de données en santé publique ARAMIS*. Une convention cadre prévoit de confier la gestion administrative et financière de la base à l'ENSP.

Un réseau documentaire national

Sur le plan technique, la BDSP est le résultat de la fusion de trois bases pré-existantes : RAMIS, RESHUS et la base de l'ENSP, accessible sur minitel depuis 1987 (3617 code ENSP).

Aujourd'hui, la mise à jour de la base est assurée par un réseau de producteurs constitué de centres de documentation spécialisés. Ce réseau fonctionne sur les bases d'un partage du traitement de l'information. En effet, chaque producteur effectue la collecte et l'analyse des documents dans son propre centre, en fonction de sa spécificité.

Chaque producteur peut, s'il le souhaite, interroger gratuitement la banque de données.

*La liste des producteurs de la BDSP a été publiée dans le dossier du numéro 2 d'*Actualité et dossier en santé publique*.

L'animation du réseau s'effectue notamment à travers la mise en place de groupes de travail, visant à créer des outils communs. Ainsi, depuis un an, une dizaine de documentalistes travaillent régulièrement à l'élaboration d'un langage documentaire commun, le « thésaurus de la banque de données santé publique », dont la version définitive paraîtra au printemps 1994.

La BDSP travaille en étroite collaboration avec d'autres producteurs professionnels de banques de données tels que l'INSERM, le Centre international de l'enfance ou Toxibase. Un accord avec l'INIST prévoit un accès à la BDSP par l'intermédiaire de la banque de données PASCAL du CNRS.

La santé publique en France et à l'étranger

Les informations rassemblées dans la base proviennent d'ouvrages et de périodiques publiés en France et à l'étranger (80 % des références signalées sont en français). Actuellement, le réseau assure le traitement systématique de plus de 600 revues spécialisées.

La collecte de la littérature non publiée (travaux universitaires, rapports de recherche, actes de congrès) constitue aujourd'hui une priorité. En effet, l'implantation locale des producteurs favorise le repérage et la collecte des docu-

ments produits soit par l'organisme gestionnaire du centre de documentation, soit par des structures départementales ou régionales.

Depuis peu, la banque de données signale des supports d'information multimédia, utilisés notamment dans des actions de formation et de prévention.

L'éventail des thèmes couverts par la base porte sur l'état de santé des populations, l'analyse des conséquences sur la santé de l'environnement et des autres facteurs de risque, les méthodes et les actions en santé publique et leur évaluation, les politiques et les institutions de santé et de protection sociale et enfin, l'analyse de l'incidence des recherches menées dans toutes les disciplines qui concourent au développement de la santé publique.

Aujourd'hui, la BDSP fait appel à de

nouveaux producteurs susceptibles de couvrir certains domaines insuffisamment représentés dans la base.

Un rôle de conseil et de formation

La banque de données propose à ses partenaires producteurs, outre l'accès permanent et privilégié à la base, un certain nombre de prestations en matière de génie logiciel, de maintenance, d'assistance ou de formation.

Depuis deux ans, la BDSP a participé, à des niveaux divers, à l'informatisation de plusieurs centres de documentation. Les centres intéressés ont pu bénéficier de conditions tarifaires négociées par la BDSP, pour l'acquisition d'un logiciel documentaire. Enfin, la BDSP propose l'installation gratuite d'un logiciel d'aide

à la saisie développé à leur intention (16i).

Pour les producteurs déjà équipés, la banque de données santé publique se charge de gérer les passerelles informatiques entre les différents systèmes.

Grâce à son fonctionnement en réseau et aux nombreuses prestations qu'elle propose à ses partenaires, la BDSP entend être le moteur, à l'échelon national, du développement et de la rationalisation du traitement informatisé de la documentation dans le secteur de la santé. ■

Guillemette CHEVALLIER,

Chargée d'information et de coordination pour la BDSP, tél. (16) 99 28 29 56

Approche pluridisciplinaire de la santé à travers 45000 références documentaires, collectées au plan local, national et international, depuis 1978

Conçu pour répondre aux besoins de tous les acteurs de santé et du secteur social

8000 nouvelles références par an

80% de documents en français et le signalement des meilleurs articles parus dans 600 revues spécialisées

Accès rapide à l'information et possibilité de commander un document « en ligne »

Un service question-réponse permet d'établir un contact direct avec l'utilisateur

Mise à jour mensuelle

3617 BDSP

La banque de données santé publique sur minitel

ACCÈS

Minitel 3617 code BDSP

Terminal (ou PC) connecté à un modem 36 28 00 09

Par l'intermédiaire de la banque de données PASCAL (INIST-CNRS)

État de la santé publique et prévisions

Pays-Bas 1950 - 2010

Après plus de deux ans d'élaboration, le rapport *état de la santé publique et prévisions* a été présenté au ministre néerlandais de la santé au cours du mois de novembre. Au moment où le HCSP met en place les groupes de travail qui vont collaborer à la rédaction d'un *rapport sur l'état de santé des Français* (voir p. 33), il était opportun de présenter les concepts, le mode de réalisation et les perspectives que les Pays-Bas ont donnés à ce type d'exercice ainsi que le contexte dans lequel il s'est inscrit.

Depuis 1983, les Pays-Bas ont mis en place un « comité de pilotage des scénarios pour la santé du futur ». Ce comité de pilotage est composé des plus hautes instances sanitaires de ce pays. Il a initié de nombreuses études prospectives à long terme sur un certain nombre de problèmes de santé importants : cancer, maladies cardio-vasculaires, maladies

chroniques, maladies mentales, vieillissement de la population, organisation des soins de santé primaires...

Plus récemment, dans un document « une stratégie pour la santé », le ministère du Bien-être, de la Santé et des Affaires culturelles a présenté un modèle pour son « cycle de la politique de santé » (figure 1). Si ce cycle est classique, ce qui l'est

moins c'est la volonté de le mettre effectivement en application et de se donner les moyens pour le faire.

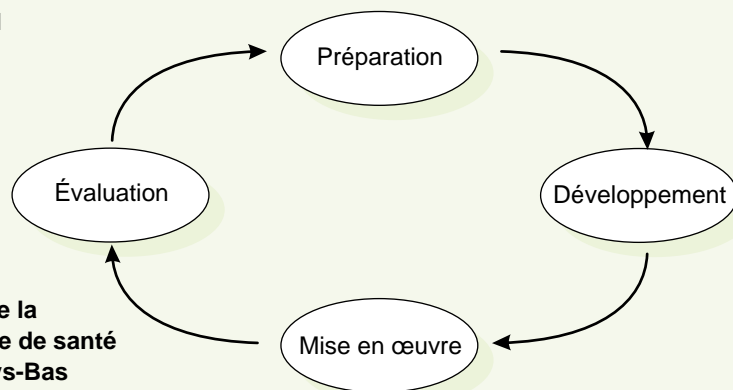
C'est en 1990 que le ministre a chargé l'Institut national de santé publique de Bilthoven de préparer un rapport sur l'état de santé aux Pays-Bas.

Ce rapport devait constituer une source majeure d'information pour les stades de préparation et d'évaluation du cycle de la politique de santé. Il bénéficiait des travaux de conceptualisation, d'analyse de données et de prévisions effectués à l'occasion de l'élaboration des scénarios pour la santé du futur, débutés sept ans auparavant. Sa réalisation s'est étalée sur une durée de trois ans.

Des objectifs ambitieux

Les principaux objectifs du rapport sont de décrire l'état de santé, au sens large, de la population des Pays-Bas, de repérer les facteurs qui déterminent l'état de santé actuel de cette population et de dégager les tendances passées et les évolutions possibles dans l'avenir des problèmes de santé et de leurs déterminants. Plus spécifiquement, les informations quantitatives et qualitatives du rapport constitueront la base à partir de laquelle seront établies les priorités dans le domaine de la santé. Il devrait permettre d'évaluer les politiques de santé actuelles et d'identifier de nouveaux champs pour l'avenir. Il servira également de base pour la réorientation du système d'information sur

Figure 1



Cycle de la politique de santé aux Pays-Bas

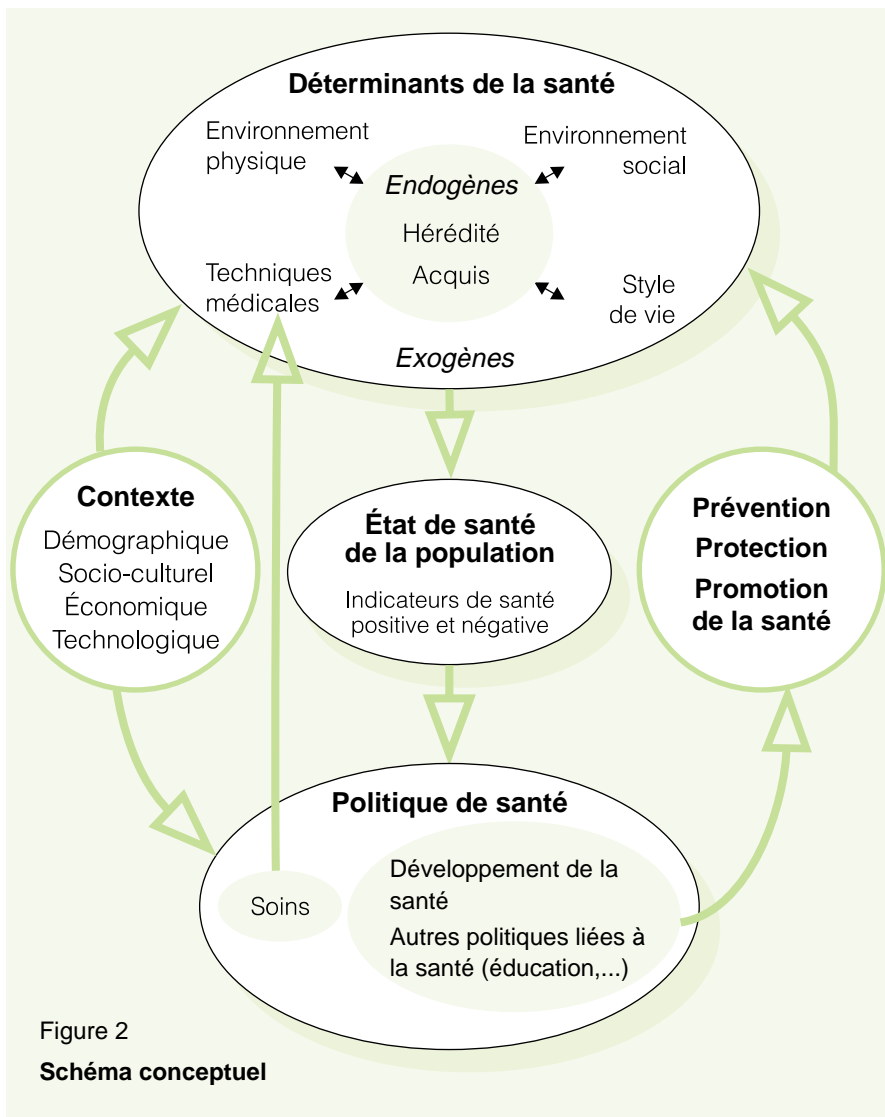


Figure 2
Schéma conceptuel

l'état de santé de la population et les recherches dans ce domaine. Enfin, il devrait permettre d'anticiper l'évolution des coûts du système de soins.

Un rapport fondé sur un concept et non pas articulé en fonction des données disponibles

L'élaboration du rapport repose sur un concept de santé compris comme équilibre dynamique entre les potentialités de l'individu d'une part et l'influence de

facteurs exogènes d'autre part. Un tel concept est cohérent avec l'idée que la santé est plus que la simple absence de maladie, il permet la mise en compte des aspects physiques, psychologiques et sociaux liés à la santé.

La figure 2 présente le schéma conceptuel qui a servi d'ossature au développement du rapport. Ce schéma met en évidence les principales relations existant entre les déterminants de la santé et les indicateurs qui sont les représentations objectives et mesurables de l'état de santé de la population. Le modèle inclut

également les influences présumées sur l'état de santé des politiques de santé et du système de soins. Il prend en compte les variables motrices extérieures au complexe de santé telles que la démographie, le développement économique, la situation socioculturelle, l'évolution des attitudes face à la maladie et à la santé ainsi que le progrès des technologies médicales.

Un abord global couvrant l'ensemble des principaux domaines de la santé

Le rapport prend en compte des indicateurs positifs et négatifs relativement classiques : espérance de vie, mortalité, années de vie perdues, espérance de vie sans incapacité, incidence des problèmes de santé, incapacités et handicaps, auto-estimation de l'état de santé, consommation médicale, et absence de consommation médicale, absentéisme dû à la maladie, incapacité de travail.

Les problèmes de santé considérés sont ceux qui contribuent le plus à la perte d'année de vie en bonne santé au niveau de la population. En clair, il s'agit de problèmes qui sont à l'origine d'une somme de mortalité et de morbidité significative, de mortalité ou de morbidité prématurée ou dont la contribution à la perte de santé est clairement croissante. Selon ces critères, 38 problèmes ont été sélectionnés après une revue des différentes sources de données disponibles.

Une présentation cohérente

Les données sont présentées par groupe d'âge et par sexe de manière aussi homogène que possible. Leur description porte sur la situation actuelle, les tendances de 1950 à 1990 ; elle comprend également l'indication des déterminants dont l'influence a été démontrée ou est suspectée. La prise en compte de la comorbidité ou de l'espérance de vie liée à chaque problème ou déterminant renforce le caractère intégré du rapport. Une attention particulière a été portée aux données

manquantes et aux possibilités d'améliorer la disponibilité des données.

L'introduction des déterminants de la santé : une difficulté difficilement surmontable

Les déterminants de la santé se devaient d'occuper une place centrale dans un document essentiellement destiné à préparer une politique de santé. C'est en effet sur ces déterminants qu'il est possible d'intervenir. Leur prise en compte a constitué l'une des principales difficultés dans l'élaboration du rapport. En effet, on ne connaît, de façon relativement rigoureuse, les risques attribuables que pour un petit nombre de déterminants.

Parmi ceux-ci, tous ne sont pas influençables. De plus les relations entre déterminants et maladies peuvent être à la fois divergentes et convergentes (le tabagisme contribue à la fois au cancer du poumon et aux maladies cardiaques, ces dernières sont influencées à la fois par le tabagisme, l'hypertension et l'hypercholestérolémie). Ce qui rend le problème encore plus complexe, c'est que les déterminants sont eux-mêmes fortement interdépendants. Par exemple le niveau d'éducation est lié à l'environnement de travail, aux choix alimentaires, aux attitudes vis-à-vis de la santé. Par ailleurs la frontière n'est pas toujours nette entre déterminants, et problèmes de santé. Certains déterminants comme l'hypertension artérielle peuvent être considérés comme des maladies ou au moins des précurseurs de maladie.

Compte tenu de cette complexité, le rapport n'a pas la prétention d'être complet mais de prendre en compte, de façon pragmatique, les principaux groupes de déterminants, particulièrement ceux pour lesquels il existait une relation documentée avec les problèmes sélectionnés.

Comme pour les problèmes de santé, le document décrit la situation actuelle et la tendance évolutive depuis les années 50. Chaque fois que possible il prend en compte la part de contribution d'un déterminant à différents aspects de la santé ou de la maladie ainsi que les relations qui

existent entre différents groupes de déterminants.

La prise en compte des inégalités dans la population

La santé et ses déterminants ne sont pas répartis de la même manière dans la population. Les différences les plus importantes sont liées à l'âge et quelquefois au sexe. Puis interviennent les différences liées au statut social, à l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel. Enfin il existe des différences géographiques. Dans chaque sous-population il existe un « complexe de déterminants » dont l'analyse devrait pouvoir donner des indications sur les types d'interventions les mieux adaptées à chacune d'entre elles. Le rapport prend donc en compte les données relatives à différents sous-groupes de populations.

Une vision prospective

L'anticipation des mesures de santé publique nécessite non seulement de connaître la situation actuelle, mais aussi d'avoir une idée de la manière dont elle peut évoluer à l'avenir. La partie prévisionnelle du rapport utilise deux méthodes : l'une fondée sur l'évolution démographique et la seconde sur les tendances récentes des problèmes et des déterminants. Son horizon a été fixé à 2010.

Une élaboration participative

Le rapport n'a fait appel à un grand nombre d'experts non seulement de l'Institut national de santé publique mais aussi de plusieurs autres institutions soit sous forme de consultations soit sous forme de contrats. L'équipe de projet a été soutenue par un conseil d'experts qualifiés et a consulté régulièrement un comité d'experts du ministère du Bien-être, de la Santé et des Affaires culturelles. C'est le directeur de l'Institut national qui a assumé la responsabilité finale du rapport.

La première étape d'un projet plus ambitieux

Le « cycle de la politique de santé » est un processus continu. Il est apparu rapidement que les bases de ce premier rapport étaient encore insuffisantes, notamment en ce qui concerne la prévision des problèmes de santé et l'impact économique qui en résulterait. Parallèlement à la réalisation du rapport, un projet très ambitieux de modélisation mathématique a été initié. Ce projet étalé sur cinq ans devrait permettre de prendre en compte simultanément l'évolution des indicateurs et des déterminants qui leur sont reliés. Il devrait également couvrir de façon plus globale les aspects économiques de la santé. Outre son intérêt pour la conduite et l'évaluation de la politique de santé aux Pays-Bas, le bénéfice secondaire attendu de ce projet est une amélioration qualitative et une meilleure cohésion entre les systèmes d'information existants aux Pays-Bas dans le champ de la santé publique.

Des caractéristiques originales et novatrices

Par rapport aux exercices habituels, l'intérêt de ce rapport ne réside ni dans le champ couvert ni dans les indicateurs utilisés. Ce qui fait son originalité c'est la volonté sous-jacente d'en faire un instrument opérationnel de définition et d'évaluation de la politique de santé, le fait qu'il repose sur un schéma conceptuel et non sur une revue des données existantes et enfin, l'attention qu'il apporte aux relations des variables entre elles autant qu'à la valeur propre de ces variables. ■

D' René Demeulemeester

Médecin inspecteur de santé publique, Direction générale de la santé, bureau de la promotion et prospective en santé D'après un document original de l'Institut national de santé publique et de protection de l'environnement des Pays-Bas

Comité français d'éducation pour la santé

Sigle
CFES

Date de création
Dans sa forme actuelle,
août 1972

Texte de référence
Circulaire DGS du
31 octobre 1985

Statut
Association loi 1901

Tutelle
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville

Moyens
83,8 MF (budget 1993)
dont
37,7 MF État
43,9 MF organismes de
protection sociale (CNAM,
CNAV, CCMISA)

Effectif
45 personnes

Responsables
Président
P^r Pierre Delormas
Délégué général
P^r J.-F. Lacronique

Coordonnées
CFES
2, rue Auguste Comte
92170 VANVES
Téléphone 46 45 45 00
Télécopie 46 44 06 64

Missions

Le CFES est un organisme national mandaté par le ministère des Affaires sociales pour concevoir et mettre en œuvre les grandes actions de promotion de la santé : communication, information et éducation. Pour ce faire le CFES :

- met en œuvre des actions nationales définies avec le ministère des Affaires sociales et dorénavant avec le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires de la CNAM,
- réalise et coordonne des actions spécifiques, en relation avec les organismes publics qui l'en mandatent,
- observe et mesure les évolutions des attitudes et comportements de la société vis-à-vis de la santé,
- s'attache à favoriser un ancrage profond, grâce aux actions de proximité, des messages d'éducation et de promotion de la santé.

Objectifs

Promouvoir la santé en s'appuyant sur les conceptions développées par l'OMS depuis une dizaine d'années (en particulier la charte d'Ottawa, 1986).

Développer une méthodologie originale associant des actions de masse et de terrain.

Favoriser le développement d'un véritable réseau professionnel en éducation et promotion de la santé couvrant l'ensemble du territoire français.

Perspectives

Renforcer son activité d'opérateur national dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé auprès des publics les plus en difficulté.
Développer le réseau expert des comités d'éducation pour la santé afin de mieux répondre aux besoins du terrain.

Logo



Réseau

Le CFES travaille en étroite collaboration avec les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé qui relaient et amplifient sur le terrain les campagnes nationales et, surtout, impulsent des actions locales répondant aux besoins spécifiques des régions et des départements.

La mise en place des délégations inter-régionales pour l'éducation et la promotion de la santé (DIREPS) a pour objectif de les aider à répondre à ces besoins locaux en renforçant leur compétence dans trois domaines : méthodologie, formation et documentation.

Organisation

- Délégation générale (coordination des activités, relations avec les pouvoirs publics et les grands organismes partenaires, relations internationales)
- Département études, stratégie, et coordination du réseau et le service documentation qui y est rattaché
- Département communication, information et relations publiques
- Département édition et diffusion
- Département finances et comptabilité

Partenaires

CRES et CDES, ministères (Affaires sociales, Jeunesse et Sports, Éducation nationale,...), organismes de protection sociale, mutualité, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie,...

Principales réalisations

- Grandes campagnes nationales
Tabac, alcool, vaccination ROR, bon usage du médicament, et toxicomanie
- Études
Réalisation tous les ans du *Baromètre santé* (adultes, jeunes et médecins)
- Édition-diffusion
Dépliants, brochures, affiches, coffrets pédagogiques...
Collection « la santé en action »
- Périodiques
Santé de l'homme, *Lettre du CFES*, *Agenda santé*

BIOMED

Programme communautaire de recherche en biomédecine et santé

Le programme BIOMED (recherche en biomédecine et santé) s'inscrit dans un large programme-cadre communautaire de recherche qui comprend six domaines d'action, et dans la suite des trois programmes d'actions concertées dans le domaine de la recherche médicale qui l'ont précédé.

La santé avait été oubliée dans le traité de Rome et la recherche ne devait trouver son fondement juridique à la CEE qu'avec l'Acte unique en 1987 — l'article 130f-130g y formule pour la première fois explicitement une politique de recherche et de développement technologique communautaire.

Pourtant, dès 1977, une initiative communautaire permettait de lancer le premier programme d'actions concertées dans le domaine de la recherche médicale. Ce programme, modeste certes, puisqu'il ne comportait que trois actions, permit néanmoins à 100 équipes européennes de se mettre en réseau pour travailler sur des problématiques communes. Le succès de ce premier programme devait aboutir au lancement d'un deuxième en 1981, d'un troisième en 1984 et d'un quatrième en 1987 (MHR4), doté d'un budget de 85 millions d'Écus. Ce dernier, prédécesseur direct du programme BIOMED avait

financé 143 actions concertées et assuré la coordination de 1460 équipes européennes dont 198 françaises.

BIOMED 1 (1991-1994)

BIOMED 1, programme de recherche dans le domaine de la biomédecine et de la santé, a pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'efficacité de la recherche et du développement en médecine et santé dans les États membres, notamment par une meilleure coordination

des activités ; application des résultats et utilisation en commun des ressources disponibles. Il est doté d'un budget de 133 millions d'Écus, a débuté en septembre 1991 et s'achèvera en décembre 1994.

Il recouvre quatre domaines de recherche (voir ci-dessous).

Mise en œuvre, appels d'offres, procédure de sélection

Sa mise en œuvre s'appuie sur des actions de recherche à frais partagés (do-

Domaines de recherche de BIOMED

Développement d'une recherche coordonnée sur les systèmes de prévention, de soins et de santé

Médicaments et administration des médicaments
Facteurs de risque et médecine professionnelle
Technologie biomédicale
Recherche sur les services de santé

Analyse du génome humain

Amélioration de la carte génétique
Cartographie physique
Séquençage de l'ADN
Développement technologique et applications de l'analyse du génome humain

Problèmes majeurs de santé et maladies ayant un impact socio-économique important

Sida
Cancer
Maladies cardio-vasculaires
Maladies mentales, troubles neurologiques
Vieillesse, problèmes liés à l'âge

Recherche sur l'éthique biomédicale

Systèmes de prévention, de soins et de santé
Maladies ayant un impact socio-économique important
Analyse du génome humain
Incidences éthiques de la recherche

Programmes-cadres de recherche

Dans le développement de la politique communautaire de recherche l'adoption du premier programme-cadre pour la période 1983-1987 a été une étape importante. Depuis 1983, la Communauté européenne coordonne ses activités de recherche et de développement technologique à l'intérieur de programmes-cadres s'étendant sur plusieurs années. Ces programmes sont mis en œuvre par le biais de programmes spécifiques de recherche tels que la biotechnologie, l'environnement ou la recherche médicale. Le troisième programme-cadre adopté en avril 1990 bénéficie d'un budget de 5,7 milliards d'Écus, répartis entre quinze programmes spécifiques dont le programme BIOMED 1.

maine 3), l'allocation de bourses et surtout des actions concertées s'appuyant sur des services centralisés et des mesures d'accompagnement.

Le principe même du financement des actions concertées, qui ne prévoit que le surcoût de la coordination de la recherche menée dans les différents pays et non pas le coût de la recherche elle-même, prend particulièrement bien en compte la notion essentielle du principe de subsidiarité : « nécessité de ne faire à l'échelle européenne que ce qui peut être fait dans de meilleures conditions qu'à l'échelle nationale ou qui ne pourrait être réalisé à l'échelle de chacun des États membres pris séparément. »

BIOMED 1 a fait l'objet de deux appels d'offres fin 1991 et fin 1992. Le nombre très élevé de dossiers reçus (plus de 1500) témoigne de l'intérêt des chercheurs européens pour ce programme. Il ne faut pas oublier en effet, que si chaque action concertée comporte en théorie au minimum deux équipes de deux pays

différents, en pratique le nombre moyen d'équipes concernées tourne autour de quinze ou vingt pour une action. Chaque projet est en général financé pour trois ans et les équipes participantes reçoivent en moyenne 120 000 Écus par an.

D'ici la fin du programme, les seuls appels d'offres prévus concernent les bourses.

Lors de la procédure de sélection, les projets font l'objet d'une évaluation des demandes par trois ou quatre experts anonymes choisis par la Commission, d'un examen de la valeur ajoutée européenne par des groupes d'experts rassemblés par disciplines (DOGs) et d'une évaluation de la conformité aux objectifs du programme par des sous-groupes (TOGs) du comité de gestion (CAN MED). La Commission établit une liste de propositions qui est examinée par le CAN MED avant la décision de la Commission.

La sélection finale aura permis de financer 114 actions concertées en 1992 et 149 en 1993 ; 80 pour des raisons budgétaires ne seront financées qu'en 1994. Il convient de signaler que 85% des projets retenus comportent des équipes françaises et que 16% des chefs de projets acceptés sont français.

Quel avenir pour BIOMED ?

Le prochain programme cadre de recherche, qui n'a pas encore fait l'objet d'une décision du Conseil, prévoit dans son projet actuel, un nouveau programme de recherche médicale (BIOMED 2).

Restons optimistes ! Si la co-décision du Conseil et du Parlement intervient avant la fin de l'année, le programme spécifique pourrait être adopté au printemps 1994, et un appel d'offres lancé avant la fin de l'année. ■

Christine Chirol

Directeur du département des relations internationales, INSERM

EN SAVOIR PLUS

Commission DGXII E4 recherche médicale et en santé, D' André Baert, rue de la Loi 200, 1040 Bruxelles, tél. 19 322 295867, fax 19 322 2955365

INSERM Christine Chirol, 101, rue de Tolbiac, 75654 Paris cédex 13, tél. 44 23 61 80, fax 45 85 14 67. Anne Mandenoff, responsable du bureau INSERM auprès de la CEE, 47, rue Montoyer, B1040 Bruxelles, tél. 19 322 5068850, fax 19 322 5068845.

Actions concertées

La Communauté européenne finance à 100% les frais de coordination des activités de recherche menées dans les différents États membres :

- organisation de colloques, séminaires, réunions de travail ;
- support scientifique et administratif ;
- échanges internationaux de personnel (courte durée) ;
- préparation et distribution de matériels et produits de référence ;
- activités centralisées (par ex : constitution et gestion de banques de données, analyses statistiques) ;
- services centralisés permettant aux partenaires d'avoir accès à des produits de référence, des matériels expérimentaux, des services spécialisés ;
- diffusion de l'information et des résultats de la recherche.

Actions à frais partagés

La Communauté européenne finance 50% du coût total du projet de recherche, soit 100% des frais marginaux dus à la coopération transnationale (dans le cas des universités, instituts de recherche publics ou établissements apparentés).

Maîtrises de sciences

C'est sur la base de l'arrêté du 23 septembre 1991 (JO du 29) qu'à partir de l'année universitaire 1991-1992 se sont mises en place dans quelques universités des licences de sciences sanitaires et sociales.

L'arrêté du 20 janvier 1993 (relatif au diplôme d'études universitaires générales sciences et aux licences et maîtrises du secteur sciences, JO du 17 février) a complété cette nouvelle filière universitaire : il prévoit dans la liste des différentes licences et maîtrises du secteur sciences et maîtrises « licence de sciences sanitaires et sociales ; maîtrise de sciences sanitaires et sociales, pouvant être assortie de la mention santé publique » et son annexe en définit les programmes.

Sur l'année 1993-1994, cinq universités proposent cette maîtrise.

UNIVERSITÉ PARIS-NORD

• Responsables

Pr J.-R. Attali, M^{me} Y. Mouillard, MCU

• Programme

Tronc commun

Santé publique (100 h.)

Politiques sanitaires et sociales (100 h.)

Initiation à la recherche en santé (100 h.)

Options

Communication (50 h.)

Comptabilité générale, analytique (50 h.)

Production gestion et évaluation de projets (50 h.)

Études de cas médico-sociaux (50 h.)

Soins (50 h.)

Stage (100 h.)

• Renseignements

Annexe de l'UFR

Bureau 13, rez-de-chaussée

Lieu dit : « La Vache à l'Aïse »

Rue de la Convention

93012 Bobigny Cedex

Téléphone : 48 36 15 64

Formations supplémentaires à la rentrée 1994

LILLE II ○

• Responsable

M^{me} P. Lambert

• Renseignements

Faculté de médecine

Tél. : (16) 20 62 69 76

LYON I ○

• Responsable

M. J. Fabri

• Renseignements

Université Lyon I

Tél. : (16) 78 77 70 00

Poste 46 19 ou

(16) 78 86 12 68

BORDEAUX II ○

• Responsable

Pr J.-F. Dartigues

• Renseignements

UFR de santé publique

Tél.: (16) 57 57 14 15

et (16) 57 57 10 31

UNIVERSITÉ PARIS V, VI, VII, XI

• Responsables

Pr J.-Cl. Henrard, D^r Th. Lang, Pr M. Brodin, Pr A. Spira

• Programme

Matières de base (4 obligatoires parmi les suivantes)

Biostatistiques

Épidémiologie

Économie

Sociologie

Droit

Gestion

Domaines d'application (enseignements obligatoires)

Grandes pathologies

Systèmes et politiques de santé

Environnement

Actions de santé

Santé des populations

Communication

• Renseignements

Pr A. Spira

Hôpital de Bicêtre

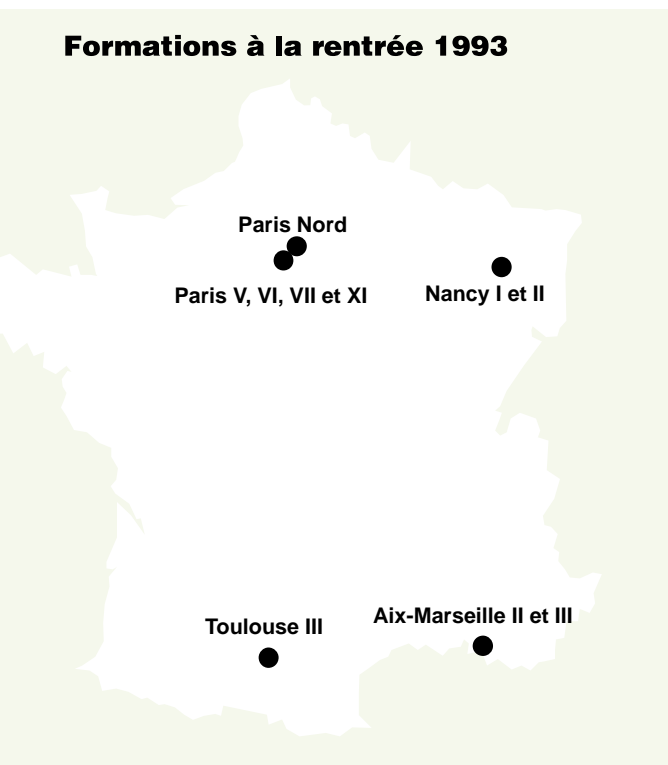
78, rue du Général Leclerc

94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Téléphone : 45 21 22 51

sanitaires et sociales

Formations à la rentrée 1993



UNIVERSITÉ DE NANCY I ET II

• Responsables

Pr J.-P. Deschamps, M. T. Collot

• Programme

Cinq unités de valeurs comprenant :

- 1 Diagnostic de santé communautaire (40 h.)
Introduction à l'évaluation des actions de santé (30 h.)
- 2 Économie de la santé dans les pays industrialisés et gestion des systèmes de soins (20 h.)
Santé et environnement (20 h.)
Santé des pays en voie de développement (50 h.)
- 3 Collectivités territoriales (15h.)
Droit de la santé (40 h.)
Droit de la fonction publique (20 h.)
Histoire et droits des associations (20 h.)
- 4 Santé et population vulnérables (20 h.)
Santé précaire ou santé des personnes âgées
Méthodes en éducation pour la santé ou lutte contre le sida
- 5 Travail de recherche en sciences sanitaires et sociales
Cours + suivi individuel (20 h.)
Stage en milieu professionnel (2 mois)

• Renseignements

Faculté de médecine de Nancy

Service de la scolarité

9, avenue de la Forêt de Haye

B. P. 184

54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Téléphones : (16) 83 59 25 15 et 83 59 25 10

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER TOULOUSE III

• Responsable

Pr J. Pous

• Programme

Modules obligatoires

Méthodologie en santé publique (60 h.)

Gestion des services de santé (60 h.)

Analyse des politiques et des systèmes de santé (60 h.)

Module initiation à la recherche (60 h.) au choix

Épidémiologie, statistiques

Économie, économétrie

Modules optionnels

Options 1 (60 h.)

Préparation aux concours *ou* libre

Options 2 (30 h.)

Informatique *ou* comptabilité publique *ou* libre

Langue (40 h.)

Stage (108 h.)

• Renseignements

Département d'épidémiologie,

économie de la santé et santé communautaire

37, allée Jules Guesde

31073 Toulouse Cedex

Téléphone : (16) 61 25 21 23

UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE II et III

• Responsables

Pr J.-L. San Marco, Pr R. Sambuque, Pr A. Car

• Programme

Santé publique (150 h.)

Gestion des systèmes de santé (50 h.)

Droit (100 h.)

Travail d'études et de recherches (100 h.)

Module optionnel (50 h.)

Évaluation médicale

Sécurité sociale

Biostatistiques et épidémiologie

Pathologie et physiopathologie

Stage en milieu professionnel (100 h.)

• Renseignements

Faculté de médecine

Service de la scolarité 2^e cycle

27, boulevard Jean Moulin

13005 Marseille

Téléphone : (16) 91 83 43 00

Toxicomanie et usages de drogues

Limites et intérêts des données existantes

Malgré les limites des sources statistiques disponibles en France pour évaluer le nombre d'usagers de drogues et apprécier l'éventail des usages, la mise en place d'un système de suivi peut permettre de dégager les évolutions les plus marquantes, de confronter des données entre institutions et en cas de convergences, d'en déduire des informations pour adapter les politiques de lutte contre la toxicomanie.

Le nombre d'usagers de drogues n'est pas connu en France. Cela suppose-rait une enquête en population générale sur l'éventail des usages, des voies d'administration, ainsi que sur la variété des produits : produits illicites, médicaments, solvants, alcool...

En l'absence de données représentatives tant des populations de toxicomanes que des multiples formes de toxicomanies existantes, différents acteurs ont préconisé la mise en place de systèmes d'observation s'appuyant sur les nombreuses enquêtes et statistiques existantes, même si celles-ci ne permettent que des approches indirectes et partielles de la toxicomanie.

Ainsi, le groupe Pompidou considérait déjà comme prioritaire une telle démarche¹, de même que M^{me} Trautmann,

dans son rapport sur la toxicomanie en 1989² et M. Padiou dans son rapport pour la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie en 1990³. Ce dernier note la nécessité d'un système d'observation, d'une réflexion sur les indicateurs pertinents, et surtout d'une analyse critique soumise à l'ensemble des professionnels de santé concernés par le problème.

La mise en place très prochaine d'un observatoire national de la toxicomanie devrait constituer la première étape de la concrétisation de cette réflexion.

Les données disponibles pour établir des systèmes de suivi

L'intérêt d'un système de suivi du phéno-

mène toxicomanie est de permettre la juxtaposition, à intervalles réguliers, de données dont l'analyse permet d'avoir une image dynamique de la situation, en comparant les différentes tendances relevées par les sources d'informations utilisées.

Des synthèses périodiques peuvent ainsi être soumises à l'ensemble des intervenants, partenaires et décideurs concernés par le domaine, ce qui doit permettre l'élaboration de mesures de prévention se fondant sur les données les plus pertinentes caractérisant la complexité du phénomène.

Dans plusieurs régions, les Observatoires régionaux de la santé réalisent de tels suivis, complétés ou non d'analyses plus qualitatives sur des groupes ou sur des quartiers plus à risque. D'autres études épidémiologiques sont réalisées par l'INSERM auprès de populations spécifiques (adolescents, toxicomanes ayant recours aux centres spécialisés).

Les sources d'information

Les données qui peuvent être utilisées par les systèmes de suivi proviennent de plusieurs sources d'information.

Le SESI

Le service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) du ministère de la Santé effectue, avec les

¹ *Étude multivilles sur l'abus de drogues à Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, Paris, Rome, Stockholm*, rapport final, groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (groupe Pompidou), Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1987.

² Catherine Trautmann, *lutte contre la toxicomanie*

et le trafic des stupéfiants, rapport au Premier Ministre, MILT, 1989.

³ René Padiou, *l'information statistique sur les drogues et les toxicomanies*, rapport établi à la demande de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, INSEE, 1990.

DRASS, chaque année au mois de novembre depuis 1987, une enquête sur les toxicomanes suivis dans les structures spécialisées ou non dans la prise en charge des toxicomanes.

Cette enquête permet de connaître les caractéristiques de ces toxicomanes : caractéristiques socio-démographiques, produits consommés, morbidité, motifs du recours, type d'établissement... En outre, cette enquête fournit une estimation du nombre de toxicomanes venus dans les structures spécialisées pendant l'année.

L'avantage de cette enquête est d'être exhaustive, d'utiliser un questionnaire précis, et de produire des résultats accessibles, y compris pour des demandes spécifiques.

Les limites de ces données tiennent aux incertitudes sur la méthode (sélection imprécise des établissements enquêtés, taux de non-réponse inconnu, qualité du remplissage des questionnaires vraisemblablement inégale...), et aux imprécisions sur certains points, tels que la quantité de produit consommée, le mode de consommation, les affections dont souffrent les toxicomanes. Enfin, la définition de la toxicomanie utilisée dans cette enquête suppose un usage prolongé et régulier de produit et exclut tout usager occasionnel.

L'OCRTIS

L'Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) fournit des statistiques sur les interpellations de personnes contrevenant à la législation sur les stupéfiants, ainsi que des statistiques sur les saisies de drogues illicites et sur les décès par surdose.

Ces données permettent de connaître les caractéristiques socio-démographiques des personnes concernées, mais il faut souligner que, jusqu'à présent, pour les interpellations, les personnes interpellées plusieurs fois dans l'année sont comptées autant de fois.

L'intérêt de ces données est de pouvoir fournir des chiffres sur les décès par surdose, bien que ces données soient partielles puisque seules les morts suspectes font l'objet d'une procédure et d'un re-

cueil par l'OCRTIS. De plus, dès l'année prochaine, les statistiques de l'OCRTIS permettront des analyses par lieu de domicile des interpellés.

Les inconvénients de ces données sont liés au fait qu'il s'agit essentiellement d'interpellations pour usage ou usage-revente de produits illicites, ce qui inclut le cannabis, dont de nombreux intervenants en toxicomanie suggèrent qu'il n'induit pas de véritable dépendance ; en revanche, les interpellations pour usage de médicaments détournés de leur usage normal sont rares. Enfin, les stratégies d'interpellations et leurs changements peuvent avoir une influence sur les statistiques d'une année à l'autre.

L'INSERM

L'INSERM fournit, par les statistiques sur les causes de décès que traite le service commun n°8, le nombre de décès, par sexe et âge, liés à la pharmacodépendance, quel que soit le produit. Mais, il est reconnu que le nombre de ces décès est largement sous-estimé.

Le RNSP

Le Réseau national de santé publique recueille toutes les déclarations obligatoires des cas de sida par groupes de transmission. Ces données permettent de connaître les caractéristiques socio-démographiques des personnes ayant le sida

après une contamination par injection intraveineuse de drogue.

La direction centrale du service des armées

Elle effectue une enquête en permanence dans les centres de sélection des armées.

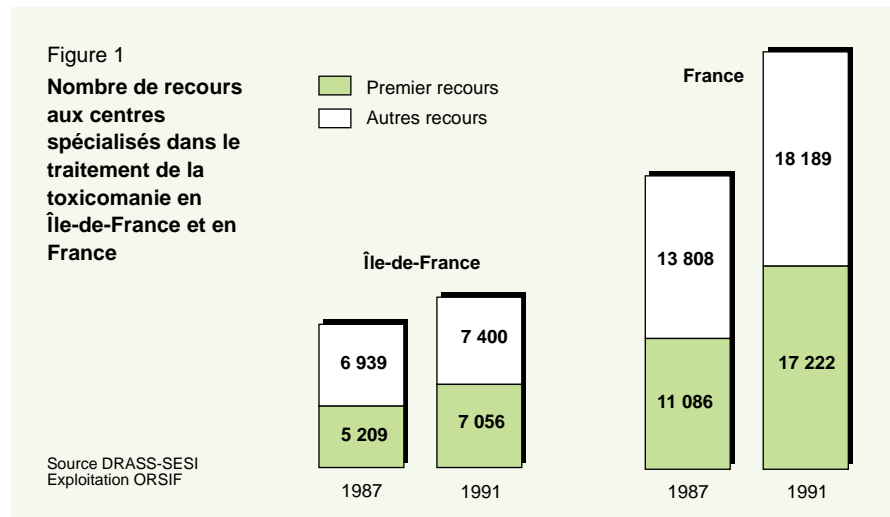
Cette enquête fournit des données sur les caractéristiques socio-démographiques des appelés et sur les produits utilisés.

Son intérêt est d'être la seule enquête en population générale des hommes jeunes, groupe le plus touché par la toxicomanie. En outre, le questionnaire est très précis et permet la recherche de la chronologie de la consommation du ou des produits.

En revanche, il existe plusieurs inconvénients : les zones géographiques couvertes par les centres de recrutement ne correspondent pas aux régions administratives, les conditions de remplissage du questionnaire sont inconnues et la définition de la toxicomanie est peu précise.

L'exemple du système de suivi en Île-de-France

Depuis plusieurs années, l'ORS d'Île-de-France publie tous les ans un rapport sur le suivi de la toxicomanie dans la région, qui rassemble les données venant des



organismes cités ci-dessus, complétées par celles de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris.

Le suivi porte sur la plupart des indicateurs disponibles dans les statistiques de ces organismes, et, tous les ans, les données de l'année la plus récente complètent la série étudiée qui démarre en 1986 ou 1987.

Les graphiques ci-joints sont un exemple du suivi des recours aux soins, recensés par le SESI, et des interpellations et des décès par surdose, dénombrés par l'OCRTIS. Outre l'évolution dans le temps en Île-de-France, ils offrent une comparaison avec la situation en France.

L'évolution des recours aux soins (voir figure 1, page précédente), recensés par le SESI au mois de novembre, se traduit, depuis 1987, par une augmentation de 19 % en Île-de-France et de 42 % en France. L'accroissement est plus marqué pour les toxicomanes venant pour la première fois dans un centre spécialisé (+35 % en Île-de-France et +55 % en France), alors que le nombre de « clients fidèles » (autres recours) reste plus stable.

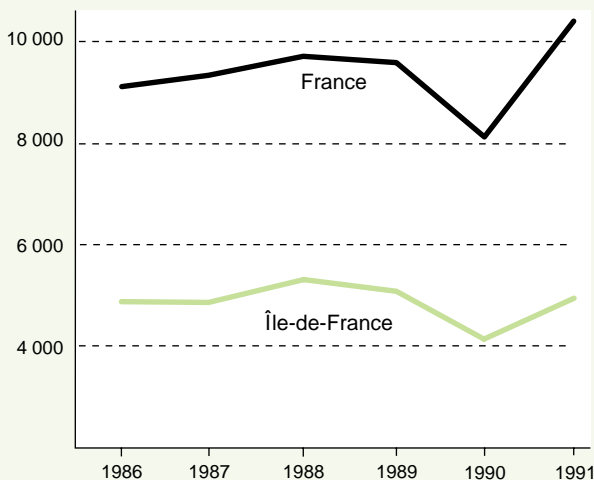
L'augmentation des premiers recours peut s'expliquer par l'augmentation des toxicomanes, par la diversification du système de soins, par un besoin de soins plus important de la part des toxicomanes...

Le nombre total d'interpellations (figure 2) enregistrées par l'OCRTIS est en augmentation constante depuis 1986, plus rapidement en dehors de l'Île-de-France que dans la région. Ce sont essentiellement les interpellations pour usage et usage-revente de cannabis qui augmentent, alors que pour l'héroïne l'évolution est plus stable, surtout en Île-de-France entre 1986 et 1991.

Les données de 1991 sont plus élevées en raison d'une meilleure intégration des données venant de la gendarmerie (outre celles de la police) et d'une stratégie renforcée de la lutte contre l'usage de drogues illicites.

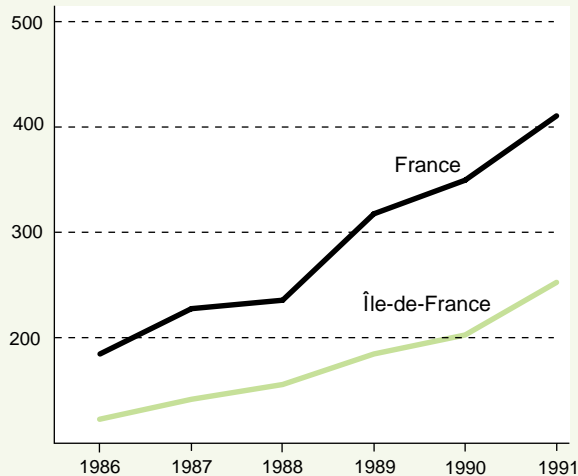
Selon les données de l'OCRTIS, les décès par surdose sont en constante augmentation depuis 1986 : leur nombre a doublé tant en France qu'en Île-de-Fran-

Figure 2
Nombre d'interpellations pour usage de drogue en Île-de-France et en France



Source OCRTIS
Exploitation ORSIF

Figure 3
Nombre de décès par surdose en Île-de-France et en France



Source OCRTIS
Exploitation ORSIF

ce, et la plupart d'entre eux (90 %) sont dus à la prise d'héroïne (figure 3).

Cet accroissement peut s'expliquer par une augmentation de la toxicomanie à l'héroïne (mais cependant les interpellations restent stables), un état somatique des toxicomanes plus détérioré, un changement dans la qualité des produits...

Rappelons en outre que ces décès sont vraisemblablement sous-estimés. ■

Ruth Ferry,
Directrice de l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France

Sida et recherches en santé publique et en sciences de l'Homme et de la société

Responsable

Yves Souteyrand, ingénieur de recherches INSERM
Adjoint : Véronique Dore, ingénieur d'études INSERM
Consultant : Michèle Duroussy, chargée de recherche au CNRS.

Appel d'offres

Chaque année (au printemps) un appel d'offres est lancé auprès de l'ensemble de la communauté scientifique pour des projets de recherches et des bourses (niveau pré-doctoral et post-doctoral). Un texte précisant les axes prioritaires d'orientation est joint à cet appel d'offres. Il concerne les financements de l'année suivante.

Coordination

Quatre actions coordonnées ont été mises en place dans le domaine des sciences de l'Homme et de la société :

- AC8 (analyse des comportements sexuels en France)
- AC9 (Mécanismes et obstacles de la prévention)
- AC10 (économie du sida)
- AC15 (personnes atteintes).

Ces actions, chacune dotée d'un conseil scientifique, ont pour fonction de coordonner et de promouvoir la recherche dans les domaines considérés comme prioritaires. Une politique d'animation de la recherche favorisant des rencontres régulières entre chercheurs et autres partenaires (représentants des pouvoirs publics, des associations,...) a été mise en œuvre. Le transfert des connaissances auprès des utilisateurs potentiels est une des préoccupations majeures de l'ANRS.

Champs d'activité

Toutes les disciplines de la santé publique et des sciences de l'Homme et de la société (sociologie, économie, sciences juridiques, sciences politiques, anthropologie, psychologie, psychosociologie,...) Un comité scientifique sectoriel (CSS5 : santé publique, sciences de l'Homme et de la société) est chargé d'évaluer pour l'ANRS les dossiers relevant de cette discipline. Présidé par M. Lucien Brams, sociologue, il est composé de 12 membres : 9 Français (représentants les différentes disciplines scientifiques) et 4 étrangers.

Partenaires

Les équipes de recherches financées par l'ANRS relèvent des organismes publics de recherches (CNRS, INSERM, ORSTOM,...) et des universités. D'autre part des actions ont été entreprises avec différents partenaires : AFLS (dans le cadre de l'AC9) ; associations (AC15) ; ministère de la Santé (AC10),...

Publications

- *ANRS information*, bulletin quadrimestriel faisant le point sur toutes les activités de l'Agence
- *Évaluer la prévention du sida : une synthèse des données disponibles* (en collaboration avec l'AFLS), un bilan, mis à jour tous les deux ans, de l'évolution des attitudes et comportements vis-à-vis du VIH et de sa prévention, en population générale et dans les groupes exposés
- *Les jeunes face au sida : une synthèse des enquêtes et recherches françaises*
- D'autres documents sont en préparation : synthèse des recherches sur des personnes atteintes ; apport des sciences sociales à la communication sur le sida...
- L'ensemble des rapports de recherches financés par l'ANRS sont disponibles au CRIPS et dans les différents PRIPS.



L'Agence nationale de recherches sur le sida a pour mission de développer, coordonner et financer la recherche sur le sida et la rétrovirologie humaine dans tous les domaines de la sciences.

Date de création
Novembre 1988

Statut
Groupement d'intérêt public depuis juillet 1992

Financement
La totalité du financement de l'ANRS provient du budget de l'État (ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur)

Direction
Pr Jean-Paul Lévy

Organisation
La programmation scientifique et la gestion de la recherche est organisée autour de trois cellules scientifiques :

- recherche fondamentale (immunologie et virologie)
- recherche clinique et épidémiologique
- santé publique, sciences de l'Homme et de la société

NOTES

16

ALCOOLISME

- La personne alcoolique, Dr Henry Gomez

17

ADOLESCENTS ET JEUNES

- Adolescence et risque, A. Tursz, Y. Souteyrand, L. R. Salmi
- L'assurance maladie-maternité des 16-25 ans
- Adolescence, physiologie, épidémiologie, sociologie
- Adolescence plurielle, M. Choquet, C. Dressen

DISPOSITIF DE SOINS

- Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992, méthodologie, C. Sermet

18

- Soulager la souffrance, soigner et accompagner jusqu'au bout
- Les densités médicales en Île-de-France en 1992

ANALYSE

PROSPECTIVE

Le système de santé en 2010, rapport au plan par *Jean-Claude Henrard*

19

PERSONNES HANDICAPÉES

- Personnes handicapées, droits et démarches

PERSONNES ÂGÉES

- Les personnes âgées dans les Pays de la Loire

SANTÉ PUBLIQUE

- La décision en santé publique, William Dab
- Épidémiologie et santé publique
- Formations CFES 93/94

SOCIÉTÉ

- L'enfant et la télévision, dans *l'enfant en milieu tropical*

20

- Le suicide
- Cancer, sida et société, pour une approche globale de la santé

SIDA

- Programme de lutte contre le sida
- La stratégie mondiale de lutte contre le sida 1993
- Rencontres : « hommes entre eux »
- Toxicomanie et sida

21

- Sida-toxicomanie, répertoire des personnes et structures, Pays de la Loire
- La division sida de la DGS en 1992, mission et bilans d'activité

22

STATISTIQUES

- Statistiques « santé affaires sociales »

SYSTÈMES DE SANTÉ

- Évaluation des récentes réformes opérées dans le financement des systèmes de santé

TRAVAIL

- Santé sur les lieux de travail, abus de l'alcool et des drogues
- Les médecins généralistes et les maladies professionnelles
- La médecine du travail

ALCOOLISME

LA PERSONNE ALCOOLIQUE

Docteur Henry Gomez
Collection : Pratiques sociales, éditions Privat, 300 p.

Cet ouvrage, qui s'adresse tant aux professionnels qu'aux non initiés, concentre les données actuelles sur les différents aspects de l'alcoolisme et de l'alcoolique. Toutes les facettes interférant avec l'alcoolologie sont abordées :

- domaine psychologique (personnalité, motivation, environnement...);
- domaine social (santé publique, associations...);
- domaine thérapeutique.

L'intérêt de ce livre est ainsi double : le soignant appréhende mieux les facteurs à maîtriser pour envisager un sevrage avec succès, le soigné et son entourage se reconnaissent à travers différents témoignages, parfois très poignants (« l'alcoolique passe du statut de maître à esclave qui se croit libre », « l'alcool est un régime totalitaire qui envahit tout ; le jour où l'on en prend conscience, on change de régime »). L'auteur propose, selon l'objectif du lecteur (intoxiqué, thérapeute, professionnel de santé publique) un abord ciblé pratique et rapide. Ainsi un médecin peut trouver dans les chapitres 9 et 10 les stratégies et systèmes d'aides visant à diminuer la dépendance d'un patient à travers un projet thérapeutique : substitution des effets positifs de l'alcool par des prothèses chimiques puis psychothérapeutiques. De même un « décideur de santé publique » sera plus orienté vers le chapitre 12 où une réflexion sur la politique de prévention et de prise en charge, doit s'adapter aux contraintes économiques (coût de la réanimation et des transplantations hépatiques) : si l'on constate une convergence des vues sur les objectifs à atteindre, il y a divergence quant aux

moyens pour y parvenir. Dans ce domaine où « rien de novateur ne s'est produit depuis 1970 », le regard et les propositions multiples et concrètes de l'auteur prennent leurs valeurs.

Le docteur Gomez signe ainsi un ouvrage, fruit de deux années de travail, d'un intérêt certain tant au niveau du fond que de la forme (valeur des différentes expériences relatées, voyage dans le monde de l'alcoolologie avec ses multiples acteurs...) et qui permet de répondre pour partie à deux questions :

► pourquoi un individu se met-il à boire : on perçoit mieux la dépendance alcoolique comme une pathologie de la relation sur une personnalité présentant des difficultés à devenir autonome ;

► comment ne plus boire : ceci implique de la part du patient un changement de « façon d'être » et de mode relationnel. D'où la nécessité de dialogue plus que de pitié ou de compassion.

C'est pour cela que l'auteur souligne la limite de ce livre qui doit être considéré comme un outil ne remplaçant en aucun cas le thérapeute qualifié. Un ouvrage facile à lire, pertinent et « vrai ».

ADOLESCENTS ET JEUNES

ADOLESCENCE ET RISQUE

Anne Tursz,
Yves Souteyrand,
L. Rachid Salmi
Paris, Syros, 1993, 266 p.

Actes d'une conférence tenue en novembre 1990, dans le cadre d'une campagne d'animation de la recherche de l'Inserm. Près d'une trentaine d'auteurs de toutes disciplines : ethnologue, psychiatre, épidémiologiste, sociologue, historien, économiste, psychologue, démographe... étaient réunis, après combien d'autres, au chevet de l'adolescent. On aborde l'ouvrage d'un œil blasé, et

l'on soupire en découvrant le titre de la première partie : « Qu'est-ce que l'adolescence ? ». En finira-t-on jamais, pense-t-on, avec ces ressassements psychosociologiques... ? Quelques découvertes piquantes, en passant, sur le « le cas du moyen âge ». Avec la seconde partie « Que sait-on du risque à l'adolescence ? », on entre enfin dans le vif du sujet, avec, en préambule, des éclaircissements bien venus sur « la notion de risque en santé publique ». Morbidité hospitalière, mortalité, comportements à risque... les différentes interventions balaient consciencieusement le champ : on tient là le dernier cri de la recherche académique. Suivent quelques réflexions plus ou moins insolentes sur le thème : « La société contribue-t-elle au risque ? ». On arrive à la dernière partie, entièrement consacrée à la prévention et, cette fois, on ne lâche plus le livre. Son titre ne nous avait pas préparé à ces quelque soixante pages, réparties en six articles, sur un sujet d'ordinaire hanté par les plus solides banalités. Mais avec le « détournement des sens », les « paradoxes du plaisir », et donc la « place des sujets dans la prévention », on trouvera ici des points de vue réjouissants, singuliers, ancrés sur la vie, à cent lieues des propos convenus et des « évaluations » aussi approximatives que... quantitatives. On ne regrette plus d'avoir pris le... risque de cette lecture.

L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ DES 16-25 ANS GUIDE PRATIQUE

Ministère de la Santé et Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, 1993, 64 p.

« Informer, décloisonner, inciter à des mises en commun au niveau local... » : ce sont les objectifs vers lesquels tendent les propositions du groupe de travail interministériel relatif à l'accès aux soins

des jeunes en insertion réuni en 1991-1992 sur l'initiative de la Direction générale de la santé.

Au premier rang de ces préoccupations figure la nécessité de doter les professionnels en contact avec les 16-25 ans d'un document d'éclaircissement sur l'assurance maladie-maternité.

La première partie de ce guide rappelle le fonctionnement général de la sécurité sociale ; la deuxième développe les conditions d'accès à l'assurance maladie-maternité ; la troisième évoque le système d'aide légale qui complète les régimes obligatoires et les conséquences de la loi du 29 juillet 1992, importantes pour l'accès aux soins des jeunes de moins de 25 ans ; la quatrième partie est consacrée aux différentes situations dans lesquelles peuvent se trouver les jeunes dans un parcours d'insertion sociale et professionnelle ; enfin, la cinquième partie concerne les dispositifs et les initiatives qui aident les plus démunis d'entre eux à accéder aux soins.

ADOLESCENCE PHYSIOLOGIE, ÉPIDÉMIOLOGIE, SOCIOLOGIE

Avec la collaboration de Marie Choquet
Inserm-Nathan, coll. Suivre la science, série Dossiers documentaires, 1993, 64 p.

La plupart des considérations sur l'adolescence sont le fruit d'expériences et d'études auprès des jeunes en difficulté. Les approches physiologique, épidémiologique et sociologique proposées ici considèrent le développement « normal » des adolescents, dans sa diversité et sa complexité.

Les auteurs présentent les principaux résultats des études menées auprès de populations importantes, ce qui permet de mieux comprendre le fonctionnement des adolescents dans une perspective dynamique et évolutive.

Au-delà d'un apport de con-

naissances, cet ouvrage propose des actions de prévention et de santé par des exemples choisis.

ADOLESCENCE PLURIELLE

Sous la direction de Marie Choquet (Inserm) et Christiane Dressen (CFES)
CFES, coll. La santé en action, 1993, 220 p.

Parler d'adolescence plurielle, c'est reconnaître la diversité des adolescents mais aussi la diversité de chaque adolescence.

Des épidémiologistes, médecins, éducateurs, psychiatres, anthropologues, sociologues et démographes apportent leur contribution à une meilleure connaissance du jeune dans son environnement familial, social, scolaire et professionnel.

Ce « guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé » devrait permettre aux professionnels d'avoir un premier aperçu avant une lecture plus approfondie sur un thème spécifique, de situer les recherches et les acquis.

Dans le dernier chapitre intitulé « Que faut-il faire maintenant ? », Renée Pomarède (ministère de la Santé), Jacques Brice (ministère de l'Éducation nationale) et Jean-Pierre Deschamps (université de Nancy) font des propositions pour la promotion de la santé.

DISPOSITIF DE SOINS

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES SOINS MÉDICAUX 1991-1992 Méthodologie

C. Sermet
Paris, CREDES, n° 965, 1993, 140 p.

L'enquête de l'INSEE, effectuée à partir d'un échantillon de 12 000

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

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

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

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

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

SOULAGER LA SOUFFRANCE Soigner et accompagner jusqu'au bout

Ministère de la Santé

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

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

LES DENSITÉS MÉDICALES EN ÎLE-DE-FRANCE EN 1992

Paris, ORS Île-de-France, 1993, 52 p.

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

PROSPECTIVE

LE SYSTÈME DE SANTÉ EN L'AN 2010

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

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

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

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

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

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

Trois scénarios types sont passés en revue :

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

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

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

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

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

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

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

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

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES HANDICAPÉES DROITS ET DÉMARCHES

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

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

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

PERSONNES ÂGÉES

LES PERSONNES ÂGÉES DANS LES PAYS DE LA LOIRE Édition 1993

ORS Pays de la Loire, 1993.

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

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

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

SANTÉ PUBLIQUE

LA DÉCISION EN SANTÉ PUBLIQUE Surveillance épidémiologique, urgences et crise

William Dab
ENSP éditeur.

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

ÉPIDÉMIOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE Bordeaux, 27-30 septembre 1993

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

Il faut saluer cette initiative intéressante de faire paraître, avant

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

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

FORMATIONS 1993/1994 CFES, 1993, 148 p.

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

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

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

SOCIÉTÉ

L'ENFANT ET LA TÉLÉVISION

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

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

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

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

Jean-Claude Henrard

lescents, enfants regardent la télévision que ce soit dans les pays développés ou en voie de développement, et de façon plus ou moins inégale.

La relation qui existe entre eux et le petit écran ne va pas toujours dans le sens d'un apport culturel sur le plan de l'éducation ou du développement de l'enfant. L'enfant reçoit les programmes sans point de repères.

Ce document fait le point sur un débat, trop débattu, en remettant en cause au passage quelques idées trop préconçues.

● Centre international de l'enfance, Château de Longchamps, 75016 Paris

LE SUICIDE

Étude présentée par la section des affaires sociales du conseil économique et social sur le rapport de monsieur Michel Debout, Journal Officiel, avis et rapport du conseil économique et social, juillet 1993, 71 p.

En France, chaque année plus de 11 000 personnes décèdent par suicide. C'est la première cause de décès chez les adultes jeunes (25-35 ans) et on estime à 120 000 le nombre de tentatives de suicide par an. C'est donc tout à la fois à un large drame humain et un grave problème de santé publique qu'est consacré ce rapport, drame qui mériterait plus d'attention, comme le souligne l'introduction, que « quelques recommandations ministérielles de temps à autre », « marque de l'ambivalence — nécessaire ? — que la communauté nationale entretient avec cette mort que le sujet se donne à lui-même ».

Tout en étant une synthèse des connaissances et des tentatives de réponse apportées jusqu'à présent, ce rapport ne néglige aucun aspect : approche épidémiologique, causes psychologiques ou sociales, prévention et prise en charge, et les références à

Durkheim ou à d'autres auteurs sont nombreuses. Ainsi ce rapport qui se termine par une série de recommandations sur l'observation et sur la prévention (notamment auprès de populations plus « à risque ») devrait faire date et constituer une référence certaine.

CANCER, SIDA ET SOCIÉTÉ

Pour une approche globale de la santé

Éditions ESF, collection : Communication et complexité, 1993, 360 p.

La grande majorité des textes de cet ouvrage de 360 pages, provient d'un colloque international qui a eu lieu à Paris en mai 1992, sous l'égide du « Conseil National pour le progrès global de la santé ». À travers deux exemples contemporains de santé publique : « cancer » et « sida », ce livre illustre la nécessité croissante d'approche pluridisciplinaire (technique, éthique, sociale, médiatique et économique) d'un problème de santé.

Les points de similitudes et de discordances sont détaillés par des spécialistes internationaux à travers une trentaine de thèmes dont : abord rétrovirologique (le sida préfigure-t-il les épidémies à venir ?), historique (qu'avons nous appris des grandes épidémies du passé ?), les médias et leurs limites, conditions sociales des femmes et sida, peut-on modifier les comportements à risque, les écarts Nord-Sud, sida et justice, le malade du sida et son attitude vis-à-vis du système de santé, l'Europe est-elle en retard dans le domaine des biotechnologies (comparaison États-Unis, Japon, CEE), l'argent peut-il acheter des idées (plan Nixon d'éradication du cancer dans les années 70)...

À travers la richesse des réflexions proposées, force est de constater comme Jacques Delors : « les pathologies révèlent non seu-

lement les insuffisances de nos systèmes, mais aussi de nos valeurs ».

SIDA

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Agence française de lutte contre le sida, 1993, 100 p.

La France est le pays européen le plus touché par le sida. Ce plan triennal de prévention (1993/95) élaboré par l'Agence française de lutte contre le sida, expose les différents moyens humains et institutionnels à encourager pour limiter les conduites à risque. Cinq objectifs sont retenus qui sont en fait des objectifs de moyen.

On notera toutefois les pages ayant trait aux recommandations chiffrées, afin de suivre régulièrement l'évolution de l'épidémie et les mesures de prévention primaires et secondaires. On notera également les résultats de différentes enquêtes (ainsi que la variation des chiffres entre 1989/92), très enrichissantes pour comprendre les populations à risque.

LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 1993

Bibliothèque de l'OMS, 1993, 28 p.

La publication de l'OMS expose la nouvelle stratégie (les premières propositions datent de 1985-1986), suite aux dernières connaissances acquises sur la pandémie. En trente pages les auteurs font part d'un constat éloquent avec quelques chiffres clés « diminution de 5 à 10 % de l'espérance de vie dans certains pays africains », « l'incidence de la maladie sera plus importante en Asie qu'en Afrique à partir de la fin des années 90... », puis exposent les différents moyens économiques, juridiques et sociaux per-

mettant d'y remédier.

On retiendra particulièrement l'accent mis sur : l'obligation de soins aux personnes infectées (au minimum traitement antalgique et préventif des infections opportunistes les plus fréquentes), l'élargissement des cibles des campagnes de prévention, les messages sans excès d'optimisme à diffuser auprès du grand public.

Cette excellente publication vaut tant par sa forme que par le fond, et permet d'appréhender les projections chiffrées de la décennie à venir.

RENCONTRES : « HOMMES ENTRE EUX »

Saintes, juin 1992

Publication : Agence française de lutte contre le sida, Entre gens, 88 p.

En juin 1992, l'AFLS a réuni à Saintes un groupe d'experts homosexuels ainsi que l'ensemble des équipes menant des actions de prévention sur le terrain. La comparaison des données épidémiologiques et sociologiques permet d'envisager une extension de différentes expériences pilotes, et s'est avérée d'une grande utilité pour la mise au point du plan de prévention triennal.

La richesse des interventions a conduit l'AFLS à publier in extenso le contenu des rencontres dans cette brochure.

TOXICOMANIE ET SIDA

Rapport du Conseil national du sida, juillet 1993, 30 p.

Le Conseil national du sida publie ses conclusions concernant l'infection à VIH parmi les usagers de la drogue.

Le document dense s'appuie sur de nombreuses enquêtes (en particulier l'étude comparative sur l'indication de la méthadone), et tente de définir de nou-

veaux axes de prévention. La diversité des situations observées dans cette population implique une diversité de réponses appropriées. Deux éléments sont liés : l'action de santé publique et la répression (vente de seringues...).

Le Conseil préconise une nouvelle approche de la toxicomanie en terme de prévention primaire et secondaire, tant sur le plan local que national.

À noter une idée forte, promouvoir l'accès aux soins, sans exiger l'abandon préalable de la consommation de drogue.

SIDA-TOXICOMANIE **Répertoire des** **personnes et structures**

Pays de la Loire, juin 1993.

Ce répertoire est une des réalisations d'un groupe régional toxicomanie-sida, constitué en 1987 comme dans d'autres régions, pour impulser la mise en place d'un réseau regroupant les intervenants en toxicomanie et les soignants hospitaliers face aux problèmes nés de la conjonction toxicomanie-sida.

Avec l'aide de l'ORS, ce groupe présente une liste organisée en huit chapitres des structures directement, ou moins directement, concernées par la prise en charge des toxicomanes et/ou des patients VIH. Il s'adresse à tout soignant ou travailleur social de cette région confronté à ce(s) problème(s) pour l'aider dans sa recherche d'un interlocuteur. Une excellente maquette en rend l'accès facile.

● Groupe régional toxicomanie-sida, 144, rue Bressigny 49100 Angers tél. : 41 88 76 38.

LA DIVISION SIDA DE **LA DGS EN 1992** **Mission et bilans** **d'activité**

Direction générale de la santé, 44 p.

Il est toujours intéressant qu'un

Santé Publique

REVUE MULTIDISCIPLINAIRE

POUR LA RECHERCHE ET L'ACTION

SOMMAIRE 1993/4-5

Dossier

Précarité et accès aux soins

Introduction,
V. Halley des Fontaines

La réforme de l'aide médicale,
M. Raynaud, L. Dessaint

Les enjeux de l'insertion santé,
Q. Quérouil

Mutualité, exercice médical et accès aux soins, *J.-F. Rey*

Les médecins généralistes libéraux face aux situations de grande pauvreté,
O. Oudet, B. Pissaro

Étude des patients sans domicile fixe hospitalisés, *S. de Montigny, E. Snoey, P. Giral*

Dossier bibliographique

Études et recherches

Pédiatrie de premier recours : une toile de fond méthodologique pour la recherche appliquée,
O. Jeanneret

Le développement des soins palliatifs en Île-de-France : une dynamique en quête de plan,
P. Aballéa

Approche des besoins en soins palliatifs en Indre-et-Loire à partir d'une enquête auprès du corps médical, *B. Grandbastien, A. Chabouis, A. Buronfosse, H. Bortel, F. Demont, J. Drucker*

Approche méthodologique de l'évaluation des structures de prise en charge des personnes âgées démentes, *B. Ledésert, J. Anki, K. Ritchie, A. Colvez*

Analyses de livres, fiches signalétiques, actualités

● *Santé Publique*, BP 7, 2, avenue du Doyen J. Parisot, 54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex, téléphone (16) 83 44 44 15

Analyse de la classification des patients au sein des groupes homogènes de malades en court séjour gériatrique, *C. Grouchka, A. Vergnenègre, J.-J. Chale, H. Bocquet, Ph. Sauvage, A. Grand, J.-P. Charmes, J. Pous*

L'évaluation des coûts pharmaceutiques dans un service de brûlés, *C. Beaupin, M. Coste, J.-P. Daurès, G. Delalande, O. Griffe, M. Nègre J. Montlaud*

Étude de quelques indicateurs de santé ressentie : signification et place entre la santé mesurée et les comportements, *R. Guéguen*

Une expérience d'évaluation de la qualité des soins au Vietnam. Intérêt et limites, *V. Fournier, R. Gauzit, J.-L. Godron, D. Jolly A. Ghoubonti, D.Q. Trung*

Pratiques

Recueil de mortalité dans la région sanitaire de Monastir, *M.-S. Soltani, A. Bchir, H. Jebara, L. Maalal, M. El May*

Des « animatrices sanitaires de quartier à Mayotte », *J.-F. Lefait, B. Miconnet, D. Boudra*

Un film sur la planification familiale à Mayotte - Étude du degré de réceptivité et de compréhension,
O. Hebert, J. Rastami

Utilisation d'un outil d'information sur le sida et les MST en milieu scolaire, *C. Derancourt, G. Gruet, C. Michaud, A. Menigoz, C. Drobacheff, R. Laurent*

Tribune libre

Maastricht et la santé, *O. Rodat, J. Raimondeau, U. Nack*

service de l'administration se présente et face un bilan de son activité. Ceci contribue à la transparence du fonctionnement de l'État et peut, peut-être, éviter quelques mauvais procès. C'est d'autant plus intéressant quand le service en question œuvre sur un champ où l'État est régulièrement soupçonné d'inertie. Si l'on ajoute qu'en matière de sida, les compétences respectives des différentes instances nationales peuvent prêter à confusion, il faut remercier la division sida de la Direction générale de la santé de s'être prêtée à cet exercice avec la collaboration du service communication du ministère (SICOM).

À noter

La parution du n° 1 de *Santé et Société*, lettre trimestrielle d'information et de débat de la Société française de santé publique (septembre 1993).

- Société française de santé publique, BP 7, 54501 Vandœuvre-lès-Nancy, téléphone (16) 83 44 39 17

Le n° 3 de la revue de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, revue bimestrielle, qui propose de nombreuses informations régionales et départementales « pour comprendre ce qui change [...] dans le secteur sanitaire et social de votre région. »

- Hôtel de la région
1, rue de la Loire
44066 Nantes Cédex 02
téléphone (16) 40 41 41 28

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

- Division sida, direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville, 1, place Fontenoy 75350 Paris SP 07, tél. 46 62 43 00

STATISTIQUES

STATISTIQUES « SANTÉ-AFFAIRES SOCIALES » LES RÉGIONS FRANÇAISES Mémento 92

DRASS-SESI, ministère des Affaires sociales de la santé et de la ville, mai 1993, 68 p.

Il s'agit de l'édition annuelle des statistiques recueillies par les DRASS, traitées par le SESI, et publiées régulièrement. Ce document est disponible auprès des DRASS. On y trouve thème par thème des tableaux comparatifs entre les régions. Les thèmes recouvrent la démographie, l'équipement, le personnel et la protection sociale.

SYSTÈMES DE SANTÉ

ÉVALUATION DES RÉCENTES RÉFORMES OPÉRÉES DANS LE FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

OMS, Série de rapports techniques, n° 829, 1993, 84 p.

Ce rapport d'un groupe d'étude de l'OMS fait une évaluation critique des changements survenus depuis une décennie dans différents pays au niveau des méthodes de financement des services de santé.

Au regard des transformations rapides sur les plans économique et social qui ont amené une récession économique et ont obligé ces différents pays à revoir

leurs politiques et à modifier leurs systèmes de santé et leur financement, les auteurs de ce rapport essayent de déterminer quels sont l'influence, les modifications, les avantages et les inconvénients de ces changements.

La première partie donne un aperçu de l'extrême complexité des changements survenus dans le financement des soins de santé à travers le monde. Dans la deuxième les auteurs analysent l'impact des changements dans les secteurs, pouvoirs publics, privé, assurance maladie et financement extérieur. La troisième partie est consacrée aux mécanismes de rémunérations des hôpitaux, des centres de santé et des professionnels de la santé. Enfin dans la dernière partie les priorités de la recherche sont définies et les conclusions concernent l'impact que peuvent avoir différentes méthodes de financement dans le fonctionnement des systèmes de santé.

TRAVAIL

RAPPORT TECHNIQUE OMS : SANTÉ SUR LES LIEUX DE TRAVAIL Abus de l'alcool et des drogues

OMS, 1993, 38 p.

Cette brochure fait le point des aspects récents concernant la lutte contre les toxicomanies (alcool, drogue) sur les lieux de travail. Compte tenu de l'importance du problème (au Royaume-Uni par exemple, l'alcool joue un rôle dans 20 % des accidents industriels), le comité d'experts a élaboré des recommandations. Parmi celles-ci, on notera :

- la promotion de la santé sur les lieux de travail (information, évaluation du risque, lutte contre le stress)...
- mieux informer certaines populations actives plus vulnérables : migrants, femmes, enfants ;
- promouvoir les activités de

recherche et l'utilisation de méthodes appropriées dans les pays industriels et sous développés (avec le meilleur rapport coût/efficacité) ;

- encourager les études visant à déterminer la fiabilité des tests de dépistage.

Ce rapport est toujours d'actualité, y compris en France.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

L'Europe pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail, Commission des communautés européennes, 26 p.

L'année 1992 était l'année de la sécurité et de la santé sur le lieu de travail et cette brochure en est l'une des retombées. Elle est destinée au médecin généraliste dans l'objectif de l'associer à la stratégie de prévention, notamment le dépistage précoce des maladies professionnelles. Il s'agit autant de rappeler les grandes caractéristiques des pathologies liées à un exercice professionnel que d'engager les médecins à se sentir concernés et à se former sur ce sujet.

LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Liaisons sociales, numéro spécial accompagnant le n° 11531 du 30 septembre 1993, 128 p.

La revue « liaisons sociales » propose un numéro spécial, diffusé dans le cadre de l'abonnement, entièrement consacré à la médecine du travail. L'approche est évidemment juridique, mais ce dossier de 128 pages annexes comprises, couvre tous les aspects de notre dispositif : organisation des services, rôle et statut du médecin. Il ne s'agit donc pas d'un document de vulgarisation mais bien d'un dossier complet dans l'esprit de rigueur qui caractérise cette revue.

Les collectivités locales et la santé publique

1 Protection sanitaire et lutte contre les fléaux sociaux

Sommaire

- II **Rappels juridiques**
- III **Au regard des textes, des compétences limitées**
 - III Les communes
 - VII Les départements
- XIII **Au regard des réalisations, un investissement certain**
 - XIV La volonté politique des collectivités locales
 - XVIII Les politiques d'impulsion de l'État
 - XXII Le volet santé de politiques globales ou transversales
- XXIV **Tribune**
- XXX **Annexes**

Réaliser un dossier dans l'esprit des dossiers que nous vous proposons dans cette revue c'est-à-dire un esprit de synthèse et de clarification, sur le thème des collectivités locales et la santé publique est rapidement apparu comme une gageure. D'abord le champ est immense, les limites de la santé publique mal définies et l'intervention en santé publique à facettes multiples. Ensuite, le droit est infiniment complexe, voire inextricable : textes anciens plus ou moins tombés en désuétude, compétences se chevauchant, flou juridique... Enfin, l'intervention des collectivités locales a une ampleur et une variété largement reconnues, sans être véritablement connues et aucune statistique, enquête, ... ne permet pour le moment de l'évaluer ou d'en dessiner précisément les contours.

Pourtant, ce sujet est au cœur de nombreux débats actuellement, et il nous a semblé important d'y apporter une contribution, notamment en cherchant à clarifier les fondements de cette intervention, c'est-à-dire le droit d'une part, les logiques politiques d'autre part. Ainsi, pour tenter cette synthèse malgré les difficultés soulevées ci-dessus, trois idées ont été retenues :

- partager le sujet et en faire deux dossiers, en traitant d'abord la santé publique au sens étroit et en renvoyant à un autre dossier l'intervention médico-sociale auprès de populations spécifiques. Il s'agit donc ici d'un premier volet qui s'attache à l'intervention dans le domaine de la surveillance, de l'hygiène du milieu, de la lutte contre les épidémies (ce que le code de la santé publique regroupe dans son livre 1^{er} sous le titre « protection générale de la santé publique ») et à la lutte contre « les fléaux sociaux » (livre III du code de la santé publique). Tout ce qui concerne

l'intervention auprès de populations ciblées (enfants, femmes enceintes, personnes handicapées, personnes âgées, ou encore bénéficiaires du RMI ou jeunes en difficultés d'insertion) fera l'objet d'un deuxième dossier (à paraître en juin 94) ;

- lire attentivement les textes, le code de la santé publique en particulier bien entendu, et éclairer le lecteur quand cela est possible mais laisser parfois pendantes les questions qui peuvent subsister même après cette lecture attentive ;

- proposer une approche des interventions locales, non pas par un recensement (infaisable), des chiffres (introuvables ou ininterprétables), ni même par une typologie qu'il aurait été trop ambitieux de chercher à faire dans le temps qui nous était imparti, mais simplement en tentant de clarifier les logiques qui amènent les collectivités locales à développer des politiques de santé publique, au-delà de leurs seules obligations légales. Les quelques exemples cités, le sont seulement à titre d'illustration.

C'est ainsi que cette gageure a été relevée, avec l'approbation du comité de rédaction. Mais les développements de ce dossier n'engagent que leur auteur. Ils ne sauraient être considérés, en particulier, comme l'analyse du Haut Comité de la santé publique. Enfin ce dossier, comme les précédents, est constitué d'une partie « état des lieux » (avec ses limites...) et d'une partie « tribune ». Nous avons cherché à donner la parole pour cette deuxième partie aux différents niveaux de l'administration, à des politiques et des administratifs. Malheureusement, un représentant de l'État et un élu, après avoir donné leur accord dans un premier temps, se sont désistés. À reprendre dans le prochain dossier...

Collectivités locales ou collectivités territoriales

C'est la Constitution de 1958 qui a consacré l'existence des collectivités territoriales, appelées également collectivités locales (titre IX de la constitution et articles 24 § 3, 34 § 4).

La loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, loi socle du processus de décentralisation, a profondément modifié l'ordre juridique entre l'État et les collectivités locales.

Caractéristiques principales

Les collectivités locales se caractérisent principalement par :

- ▶ leur personnalité juridique, ce sont des personnes morales ;
- ▶ leur création par la Constitution ou par la loi ; l'existence d'affaires propres ;
- ▶ le principe de libre administration ;
- ▶ une administration par un organe collégial élu au sein duquel est élue la personne investie du pouvoir exécutif ;
- ▶ une représentation nationale par le Sénat.

Trois types de collectivités locales

La France connaît trois types de collectivités locales : la région, le département, la commune qui sont administrés respectivement par un conseil régional, un conseil général et un conseil municipal. Il convient de mentionner également les collectivités territoriales à statut particulier (Mayotte et St Pierre-et-Miquelon) et les territoires d'outre-mer.

Au 1^{er} janvier 1989, il existait 36 757 communes, 100 départements et 26 régions (pour les communes (voir la répartition par régions et strates démographiques en annexes p. XXX).

Compétences générales

Les collectivités locales disposent d'une compétence dite compétence générale. Celle-ci est ancienne pour les communes : article L 121-26 du code des communes « le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune ». Elle est beaucoup plus récente pour les départements et les régions : article 23 et 59 de la loi du 2 mars 1982 « le conseil général règle par ses délibérations les affaires du département [...] le conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région. »

Le champ de cette compétence générale est défini par deux principes : la territorialité et l'intérêt à agir. Trois critères peuvent déterminer l'existence d'un intérêt à agir : absence d'une compétence exclusive d'une autre collectivité ou autorité ; absence d'interdiction légale d'intervenir, existence d'un lien assuré avec la commune (ou le département) ou l'un de ses éléments constitutifs (d'après Y. Luchaire dans les collectivités territoriales, *Cahiers français*, n° 239, 1989).

Compétences d'attribution ou compétences spécifiques

Traditionnellement, des compétences spécifiques sont attribuées aux collectivités locales par des textes législatifs ou réglementaires régissant sur le fond des domaines particuliers de l'intervention administrative.

La loi 82-213 du 2 mars 1982 a posé un principe nouveau : celui de la répartition des compétences : « des lois détermineront la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ». Deux lois principales, la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 et la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 ont déterminé les nouvelles compétences ; mais l'ensemble des champs de l'intervention publique est très vaste et difficile à répartir entièrement et précisément ainsi.



Au regard des textes des compétences limitées

Si l'on s'attache à rechercher les compétences spécifiques des collectivités locales en matière de santé publique, c'est-à-dire celles qui leur ont été dévolues par les lois de décentralisation ou qui leur ont été attribuées par d'autres lois régissant l'intervention en santé publique, on s'aperçoit que ces compétences sont relativement peu importantes. La santé publique a été peu concernée par le transfert des compétences aux collectivités locales de la décentralisation, beaucoup moins que l'aide et l'action sociale par exemple.

Lest difficile de retrouver la logique qui a présidé aux choix qui ont été faits pour les transferts de compétences dans le cadre de la décentralisation. Les communes ont essentiellement conservé des compétences que les maires exerçaient déjà assez largement en matière de salubrité publique et les départements se sont vus attribuer la responsabilité de quelques

services. Quant aux régions, elles n'ont pas de compétence spécifique en santé publique. Mais il convient de relever que l'article 59 de la loi du 2 mars 1982 donne une compétence au conseil régional « pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région [...] ».

Les communes

L'essentiel des compétences des communes concerne l'hygiène du milieu. Cette compétence n'est d'ailleurs pas nouvelle, les lois de décentralisation ayant peu modifié la répartition des compétences dans ce domaine. Elle est par contre extrêmement intriquée avec celle de l'État (préfet et services déconcentrés).

● Hygiène du milieu

Trois articles, du code de la santé publique (CSP) ou du code des communes, définissent

plus particulièrement le rôle des communes en matière d'hygiène du milieu et de salubrité publique :

► l'article L 131-2 du code des communes qui définit le pouvoir de police générale du maire,

► l'article L 2 du code de la santé publique qui définit son pouvoir réglementaire en matière de règles générales d'hygiène,

► l'article L 772 qui définit le rôle des services communaux d'hygiène et de santé.

De nombreux autres articles du code la santé publique mentionnent explicitement le rôle du maire ou de ses services dans le processus d'application ou de contrôle de « protection

générale de la santé publique » (livre I du code de la santé publique), rôle qui concerne aussi bien les questions d'eau potable, de salubrité des immeubles ou des agglomérations, de désinfection, etc. (cf. liste des articles en annexe). Par ailleurs, la circulaire du 14 juin 1989 relative aux règles d'hygiène, application des dis-

positions des articles L 1, L 2, L 48, L49 et L 772 du code de la santé publique, prise après l'avis rendu par le Conseil d'État le 8 novembre 1988, est essentielle pour comprendre la répartition des rôles de l'État et de la commune en ce domaine (JO du 26 juillet, voir annexes).

R Santé publique et **pouvoirs de police**

■ La police municipale générale

Elle se rattache à une police d'ordre public local. On distingue trois éléments « certains » composant d'une police d'ordre public local : la tranquillité, la sécurité et la salubrité publique. D'autres éléments sont plus « douteux » (c'est-à-dire qui ne sont pas unanimement reconnus par les auteurs ou la jurisprudence) : l'esthétique, la moralité ou la bonne gestion du domaine.

Ainsi on distingue trois types de police d'ordre public local :

● La police de la salubrité publique

Elle peut être définie comme « la réglementation édictée en vue de protéger la santé des citoyens ; les mesures prises à l'avance afin de lutter contre les sources et les foyers d'insalubrité, les supprimer ou les réduire. » S'y rattachent, entre autres, la police de la vente des denrées alimentaires, celle des abattoirs et celle des eaux stagnantes.

● La police de sécurité publique

Dans celle-ci, certaines interventions se rattachent à des préoccupations sanitaires : ainsi l'intervention de la commune en matière de secours médicaux d'urgence ou l'intervention à l'égard des malades mentaux dangereux.

● La police de tranquillité publique

La lutte contre le bruit s'y rattacherait.

■ Les polices sanitaires spéciales

D'autres interventions du maire se rattachent à des polices sanitaires spéciales : c'est le cas plus particulièrement de son pouvoir réglementaire (article L 2 du CSP). Dans d'autres polices, il n'exerce qu'un rôle secondaire (police des établissements dangereux incommodes et insalubres, police des cours d'eau non navigables ni flottables, police des débits de boissons, police du camping et caravaning).

(d'après Jacques Moreau « police municipale », dans les « collectivités locales », jurisprudence générale, Dalloz, volume III, sauf en ce qui concerne la lutte contre le bruit)

Le pouvoir de police

L'article L 131-2 du code des communes, en définissant le pouvoir de police générale du maire, lui donne une responsabilité générale quant à « assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la *salubrité publique* ». Cet article mentionne ensuite dans ses « notamment » : « 2° le soin de réprimer les atteintes à la tranquillité publique, telles que [...] les bruits y compris les bruits de voisinage, [...] et tous actes de nature à compromettre la tranquillité publique, [...] 6° le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution de secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, tels que [...] les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours [...] »

L'application de cet article sur les problèmes de bruit est un peu complexe puisque dans les communes où la police est étasée, elle revient à l'État sauf en ce qui concerne les bruits de voisinage qui dans tous les cas restent au maire (art. L 132-8 du code des communes modifié par la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990)

Le maire assure en fait un large pouvoir de police locale dont plusieurs formes ont à voir avec la santé publique (cf. encadré) sans compter son rôle pour les baignades et les activités nautiques (art. 131-2-1 du code des communes), la circulation (art. 131-2-2) ou les inhumations (art. 131-6).

Le préfet peut cependant se substituer au maire dans l'hypothèse où celui-ci serait défaillant dans l'exercice de ses fonctions (art. L 131-13 du code des communes).

Le pouvoir réglementaire

Le deuxième niveau important d'intervention du maire quant aux questions d'hygiène publique, se situe au niveau de la réglementation. En effet si le code de la santé publique, revu par la

loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, prévoit un règlement sanitaire national élaboré par décrets pris en conseil d'État (art. L 1 du CSP), l'article L 2 du CSP prévoit que le représentant de l'État (le préfet) ou le maire peuvent compléter ces textes « en vue d'assurer la protection de la santé publique dans le département ou la commune ». Le rôle de l'État et celui de la commune sont donc étroitement imbriqués, mais la circulaire du 14 juin 1989 précitée nous précise que les décisions réglementaires doivent respecter une hiérarchie : « Il en est de même pour les maires qui, dans les arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2, ne peuvent que renforcer, comme les préfets, les dispositions des décrets de l'article L 1 et ne doivent pas contredire les arrêtés préfectoraux. Il en résulte que le préfet peut seulement prendre des décisions plus rigoureuses que les décrets prévus par l'article L1 et que le maire ne peut que renforcer les dispositions des décrets et de l'arrêté préfectoral. »

L'application des règles

Pour faire appliquer ces règles, le maire peut disposer, en application de l'article L 772 du CSP, d'un service communal d'hygiène et de santé. Ces services, dont l'appellation a remplacé en 1986 celle de bureau municipal d'hygiène, « sont chargés sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions relatives à la protection de la santé publique énumérées notamment au titre 1^{er} du livre 1^{er} du présent code et relevant des autorités municipales. » Mais la création de ces services par la commune n'est pas obligatoire (auparavant, elle l'était pour les communes de plus de 20 000 habitants). Il en existe cependant un peu plus de deux cents. Dans les cas où la commune n'a pas créé ce service, l'application de ces « dispositions relatives à la protection de la santé publique » revient aux services techniques de la commune.

Ce rôle des communes dans l'application des règles d'hygiène publique tient aux dispositions de l'article L 772 du CSP mais également au pouvoir de police du maire dont il constitue un aspect important (cf. art. 131-2 précité, et art. L 131-1 « le maire est chargé, sous le contrôle administratif du représentant de l'État dans le département, de la police municipale, de la police rurale et de l'exécution des actes de l'autorité supérieure qui y sont



Champs couverts par les articles L 1 et L 2 du code de la santé publique

La prévention des maladies transmissibles

La salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de vie de l'homme

L'alimentation en eau destinée à la consommation humaine

L'exercice d'activités non soumises à la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement

L'évacuation, le traitement, l'élimination et l'utilisation des eaux usées et des déchets

La lutte contre les bruits de voisinage et la pollution atmosphérique d'origine domestique

La préparation, la distribution, le transport et la conservation des denrées alimentaires

relatifs. » J. Moreau dans le recueil de jurisprudence Dalloz (cf. bibliographie) prend pour exemple l'enlèvement des ordures ménagères : « la première certitude qui se dégage du droit positif est qu'aujourd'hui comme hier, l'enlèvement des ordures ménagères concerne directement la salubrité publique et que de ce fait l'inaction prolongée du maire constitue à la fois une illégalité et une faute de nature à engager la responsabilité de la commune. »

Contrôle administratif et technique

Enfin la commune et ses services sont chargés dans des conditions variées selon leur histoire d'un pouvoir de contrôle administratif et technique de l'application des règles d'hygiène. Sur la définition et les conditions d'exercice de ce contrôle administratif et technique, il convient de se reporter à la circulaire du 14 juin 1989 déjà citée (cf. annexe). On peut retenir quant au rôle respectif de l'État et de la commune que l'article L 49 du code de la santé publique donne une responsabilité générale à l'État en la matière : « sous réserve des compétences reconnues aux autorités municipales, le contrôle

administratif et technique des règles d'hygiène relève de la compétence de l'État qui en détermine les modalités et en assure l'organisation et le financement. » Mais il existe deux exceptions à cette compétence de l'État. Une qui s'applique à l'ensemble des communes : les communes sont chargées du contrôle des règles fixées par les arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2 du CSP. Une seconde exception s'applique dans un nombre limité de communes, celles où au 1^{er} janvier 1984 les

services communaux d'hygiène et de santé exerçaient effectivement des attributions en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène et qui continuent de les exercer par dérogation à l'article 49 (art. L 772 troisième alinéa). Dans ce cas, la commune agit en quelque sorte comme un prestataire de service pour l'État (elle reçoit une dotation budgétaire de décentralisation à cet effet) mais cette situation n'est pas sans poser le problème de la séparation des rôles : application et contrôle,

le
point
sur

Les services communaux d'hygiène et de santé

Les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) sont prévus et leurs attributions définies par l'article L 772 du code de la santé publique (modifié en 1983, 1985 et 1986). En 1993, il existait environ 200 services communaux d'hygiène et de santé. Une association regroupe leurs médecins directeurs.

Compte tenu du texte actuel et de l'interprétation consensuelle qui en est faite, on peut distinguer 5 cas de figure présentés ci-contre. Dans les faits, les situations se regroupent en trois cas de figure, les cas de figure 2 et 3 ne se retrouvant pas (ou pratiquement pas).

Des décrets étaient prévus pour l'application de l'article L 772 du CSP, pour déterminer les conditions requises pour exercer les fonctions de directeur de ces services, et pour les autres conditions d'application (article L 775 du CSP et circulaire du 18 février 1986 relative à la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, *JO* du 9 mars), mais ils n'ont pas encore été pris. Par contre un arrêté du 14 mai 1962 fixant les attributions des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène (*JO* du 31 mai) est toujours en vigueur.

1

La commune n'a pas de service communal d'hygiène et de santé et elle n'a pas d'obligation d'en créer.

3

La commune avait un bureau municipal d'hygiène avant 1984 mais qui n'exerçait pas des fonctions de contrôle particulières. La situation est la même que dans le cas de figure 2.

5

Ce bureau municipal assurait des fonctions de désinfection (compétence dévolue au département pour les communes de moins de 20 000 ha) et/ou des fonctions de vaccination. Le service communal d'hygiène et de santé peut continuer à le faire, agissant alors comme prestataire de service pour le compte du département.

2

La commune a créé un SCHS depuis 1984. Ce SCHS « applique les règles d'hygiène », sous l'autorité du maire et contrôle l'application des arrêtés municipaux en la matière. L'initiative de créer ces services appartient au maire qui en assure l'organisation et le financement.

4

La commune avait un bureau municipal d'hygiène avant 1984 qui exerçait effectivement un contrôle technique et administratif des règles d'hygiène. Elle continue d'exercer ce contrôle et reçoit la dotation générale de décentralisation correspondante. Elle est alors prestataire de service pour le compte de l'État. La liste des communes concernées a été limitativement fixée par l'arrêté du 9 septembre 1985 (voir également l'annexe de la circulaire du ministère des Affaires sociales du 14 juin 1989).

soit « juge et partie ». Le Conseil d'État dans son avis du 8 novembre 1988 a précisé que « le troisième alinéa de l'article L 772 n'exclut pas la possibilité, pour le représentant de l'État de faire usage des pouvoirs définis par l'article 49 lorsqu'un service communal d'hygiène et de santé fait preuve de carence dans l'exercice des attributions qu'en vertu dudit alinéa il a conservées. »

● Autres compétences

Protection générale de la santé publique

En matière de protection générale de la santé publique, les communes de 20 000 habitants et plus sont également, en principe, responsables de prendre des mesures de désinfection dans les cas de maladies contagieuses (art. L 11 et L 14) : « les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20 000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet. »

Enfin, des textes anciens leur confèrent un rôle dans la politique de vaccination : le décret n° 52-247 du 28 février 1952 qui prévoit qu'il « est tenu dans chaque commune un fichier spécial dit *fichier de vaccination* », l'arrêté du 19 mars 1965 qui mentionne également des listes dressées par le maire quant à la vaccination anti-poliomyélitique et l'arrêté du 14 mai 1962 sur les attributions des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène qui leur donne « l'organisation des vaccinations préventives ».

Lutte contre les fléaux sociaux

Les communes n'ont pratiquement aucune compétence qui leur soit expressément dévolues par la loi en matière de lutte contre les fléaux sociaux, à l'exception du rôle du maire dans la procédure d'hospitalisation d'office des malades mentaux (art. L 131-2 du code des communes et art. L 343 du CSP) et dans celle d'autorisation des débits de boissons (art. L 31 du code des débits de boissons et mesures de lutte contre l'alcoolisme).

Surveillance

On peut citer également une fonction en matière d'observation et de surveillance qu'exercent certains services communaux d'hygiène et de santé : le recueil et l'analyse des déclarations de décès en application de l'article 1^{er} de l'arrêté du 14 mai 1962 fixant les attributions des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène.

Services de santé

En matière de gestion, notons pour mémoire que les maires sont présidents des conseils d'administration des hôpitaux communaux (qui représente la très grande majorité des hôpitaux généraux) et que certains gèrent et financent des centres de santé (parfois appelés dispensaires). Enfin les communes peuvent par application de l'article 33 de la loi du 22 juillet 1983 gérer des services de PMI ou d'autres services de compétence départementale. Le département délègue alors une partie de ses compétences à la commune dans des conditions qui doivent être définies par convention.

Les départements

Les départements se sont vus confier par les lois de décentralisation, à côté de larges compétences dans le domaine social, quelques compétences en matière de santé publique. La plus importante concerne leur responsabilité sur les services de PMI qui sera traitée dans le prochain dossier. Mais la loi du 22 juillet 1983 dans ses articles 37 à 40 leur a donné quelques autres compétences, notamment en matière de lutte contre les fléaux sociaux. Sont concernées la lutte contre la tuberculose, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la lutte contre le cancer. Ils se sont également vus attribuer une compétence en matière de vaccination.

● Lutte contre les fléaux sociaux

Lutte contre la tuberculose

En matière de lutte contre la tuberculose, la loi du 22 juillet 1983 a transféré au département la responsabilité et le financement de l'application du chapitre 1^{er} titre 1^{er} du livre III du CSP (article 37-4^o), c'est-à-dire le chapitre concernant la prophylaxie qui comprend une section I « vaccination par le BCG et dispositions pénales », une section II « les dispensaires antituberculeux », une section III « les placements familiaux surveillés ».

Les dispositions concernant le traitement (chapitre II) et l'organisation administrative (chapitre III) n'ont pas fait l'objet d'un transfert de compétence (ce qui n'est pas sans poser question quant au dernier point puisque les services de lutte contre la tuberculose quand ils existaient encore ont été transférés aux départements).

Pourtant, au sein du chapitre III, l'article L 247 a été modifié par l'article 40 de la loi précitée et dispose que les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin anti-tuberculeux BCG sont des services du département.

Le département a donc une responsabilité

le
point
sur

L'intervention des départements dans **les établissements pénitentiaires**

L'article D 285 du code de procédure pénale prévoit une visite médicale systématique pour les arrivants dans les établissements pénitentiaires : « dans les délais les plus brefs, le détenu est soumis à un examen médical destiné à déceler toute affection de nature contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou des soins urgents. » Or le département est responsable de la prophylaxie de deux affections contagieuses ou évolutives : les maladies vénériennes et la tuberculose.

La prophylaxie des maladies vénériennes dans les établissements pénitentiaires est expressément visée par le code de la santé publique, article L 273 : « l'examen et le traitement prévus par les dispositions en vigueur relatives à la prophylaxie des maladies vénériennes sont obligatoires pour tous les détenus. Les prévenus ne sont soumis à cette obligation que si l'autorité sanitaire et l'administration pénitentiaire les considèrent, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, comme atteints de maladie vénérienne. »

L'article D 393 du code de procédure pénale reprend ces dispositions et précise « à cet effet les médecins, infirmières et assistantes sociales des services spécialisés ont accès aux établissements pénitentiaires. » Malgré les restrictions concernant les prévenus, la majorité des entrants en prison est soumise à ces dispositions qui se concrétisent essentiellement par un dépistage de la syphilis.

La prophylaxie de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires n'est pas, par contre, expressément prévue dans le code de la santé publique. Mais l'article D 394 du code de procédure pénale prévoit et précise que ce dépistage doit être assuré par les services départementaux d'hygiène sociale. Il revient donc aux départements, dans le cadre de l'application du chapitre 1^{er} « prophylaxie » du titre sur la lutte contre la tuberculose du CSP, d'assurer ce dépistage. De fait, ce dépistage systématique des entrants en prison constitue une bonne partie de l'activité des dispensaires antituberculeux.

Il convient de mentionner également le dépistage du sida : après plusieurs années d'initiatives variées, les départements acceptant parfois de prendre en charge le dépistage du VIH quand il était proposé aux détenus, la circulaire du 29 janvier 1993 relative au dépistage anonyme et gratuit ou au dépistage gratuit du sida a préconisé le couplage de chaque établissement pénitentiaire avec une consultation de dépistage anonyme et gratuit. C'est donc dans ce cadre que certains dispensaires antivénériens interviennent pour le dépistage du sida dans les établissements pénitentiaires, mais le coût en est supporté par l'État et par la Sécurité sociale.

générale quant au respect de l'obligation vaccinale contre la tuberculose telle qu'elle est définie par les articles L 215 et suivants du CSP.

Il a l'obligation de proposer une vaccination gratuite dans des centres qui sont des services du département (art. L 217 et L 247 du CSP). Il gère les dispensaires anti-tuberculeux « destinés à assurer dans le cadre du département la prophylaxie individuelle, familiale et collective de la tuberculose » (art. L 219 du CSP).

Ces compétences sont à évaluer au regard de l'organisation actuelle de la lutte contre la tuberculose : vaccination pratiquement généralisée avant l'âge de 6 ans et largement pratiquée en médecine libérale, le cas échéant en service de PMI, rôle accru de la médecine de ville compte tenu des traitements actuellement employés (cf. « le praticien et la tuberculose », brochure du ministère des Affaires sociales de 1987), abandon progressif de l'obligation d'un dépistage par examen radiographique ou radiophotographique qui était prévue dans des textes définissant des examens de santé systématiques ou obligatoires, sachant que ces examens radiographiques systématiques ont constitué et constituent pourtant encore le gros de l'activité des dispensaires antituberculeux.

Cependant compte tenu des nouvelles données épidémiologiques concernant la tuberculose, qui montrent une relative recrudescence de cette maladie ainsi que des régions et des populations plus touchées, le gouvernement a présenté un projet de loi pour renforcer la lutte contre la tuberculose. Cette loi (ou plus exactement cette partie d'une loi plus générale « santé publique et protection sociale ») permettra une toilette de ces textes largement obsolètes mais ne confiera pas de nouvelles responsabilités aux départements. Elle est actuellement en débat au Parlement.

Maladies sexuellement transmissibles

Au regard du code de la santé publique actuel, il n'existe pas de maladies sexuellement transmissibles mais des maladies vénériennes dont quatre seulement font l'objet d'une législation au sein du titre II du livre III : la syphilis, la gonococcie, la chancresse et la maladie de Nicolas-Favre. Cette définition remonte à 1942 et à la situation épidémiologique de l'époque, mais quand on sait que deux de ces maladies ont pratiquement disparu à l'heure actuelle (chan-

le
point
sur

Maladies sexuellement transmissibles et planification familiale

L'activité des centres de planification familiale relève de la compétence des départements (article L 149-3° du CSP). Or la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 (article 50) a prévu que les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent assurer le dépistage « de MST ». La liste de ces MST a été précisée par le décret n° 92-784 du 6 août 1992 : chlamydose, gonococcie et vaginite aiguës (et infection par le VIH pour le seul dépistage). Mais la loi n'a pas établi jusqu'au bout la responsabilité des départements puisque les centres doivent pour exercer cette activité en faire la déclaration auprès du préfet et sont soumis à un contrôle de la DDASS (art. 9 du décret précité). Par ailleurs, la loi a prévu une possibilité d'anonymat et de gratuité pour les mineures et les femmes sans couverture sociale qui en feraient la demande. Les dépenses de ce dépistage ou traitement sont à la charge de la patiente qui pourra se faire rembourser par l'assurance maladie, ou à la charge de l'assurance maladie (70 %) et de l'État (30 %) dans le cas où la gratuité a été sollicitée. Ce dispositif sous contrôle de l'État apparaît complexe d'autant qu'il se situe dans des établissements financés par les départements et concerne la lutte contre les MST à l'égard de laquelle beaucoup de départements se sentent, par une interprétation large des textes, investis d'une responsabilité.

Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990, JO du 25 janvier 1990. Décret n° 92-784 du 6 août 1992, JO du 23 août 1992. Circulaire du 26 mars 1993, BO affaires sociales n° 93/17 du 25 juin 1993.

crelle et maladie de Nicolas-Favre), que les deux autres sont en nette diminution et que, par contre, la surveillance épidémiologique nous alerte depuis plusieurs années sur l'apparition et la fréquence de nouveaux germes (candida, trichomonas, chlamydia, herpès, mycoplasme, papillomavirus,...), on mesure le caractère totalement inadapté de notre législation à l'épidémiologie et aux formes d'intervention actuelles.

C'est pourtant à partir de cette législation qu'a été et est encore définie la compétence des départements.

La loi du 22 juillet 1983 (art. 37-4°) a transféré aux départements la responsabilité de l'application du chapitre 1^{er} du titre II sus-visé (soit les articles L 255 à L 292) qui concerne la prophylaxie des maladies vénériennes. Par

ailleurs elle a modifié l'article L 304 du CSP qui stipule dorénavant « les établissements antivénéériens sont des établissements du département ». Ceci appelle différentes remarques.

Comme pour la lutte contre la tuberculose, le transfert des compétences n'a pas concerné l'organisation médico-administrative (le chapitre II), mis à part le changement de statut des dispensaires antivénéériens. Mais qu'en est-il des services de lutte antivénéérienne (section III du chapitre II, article 307 et suivants) ? Dans les faits, le personnel de ces services est passé aux départements.

Les dispositions du chapitre 1^{er} « prophylaxie » porte essentiellement sur la déclaration, nominale ou simple, et l'obligation de se soigner.

Les quatre maladies vénériennes sont soumises à une obligation de déclaration qui peut être « simple » (diagnostic sans nom du patient, ou « nominative » si le patient refuse de se soigner). Ces déclarations doivent être envoyées à « l'autorité sanitaire départementale », c'est-à-dire dorénavant au médecin chargé des

affaires sanitaires du conseil général (art. L 257 à L 260 du CSP). La transmission de ces déclarations à l'État n'est pas prévue. Il ne s'agit donc pas du même système de déclaration obligatoire que celui prévu par l'article L 11 du CSP. Ces déclarations ne semblent plus être que rarement effectuées.

Ce système de déclaration se rattachait à une législation très coercitive en matière d'obligation de soins : le chapitre 1^{er} prévoit une obligation de se soigner pour tout individu atteint d'une maladie vénérienne ou pour tout individu présumé contamineur (art. L 255 et L 261), l'hospitalisation d'urgence décidée par l'autorité sanitaire ou l'hospitalisation d'office (art. L 274, L 275 et L 278) ou encore l'interdiction d'exercer sa profession si cela comporte un risque de contamination (art. L 277)... Il faudrait encore citer l'intervention de la force publique (art. L 261) et les dispositions pénales (art. L 285 à L 292). Ces mesures sont très largement tombées en désuétude. On pourrait aller jusqu'à dire qu'elles sont inapplicables et inappliquées.

le
point
sur

Structures départementales et dépistage du sida

Trois types de structures gérées par les départements sont concernés par le dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou seulement gratuit mis en place progressivement par l'État depuis 1988.

■ Les dispensaires antivénéériens

Ils peuvent être désignés par le préfet pour être consultation de dépistage anonyme et gratuit au sens du dispositif mis en place en 1988 (décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 modifié par le décret n°92-691 du 17 juillet 1992). Ils peuvent aussi être désignés par le préfet pour être consultation de dépistage gratuit (décret n° 92-691 du 17 juillet 1992).

■ Les consultations de PMI

Elles peuvent, dans les mêmes conditions, être désignées par le préfet pour être consultations de dépistage gratuit (décret n° 92-691 du 17 juillet 1992).

■ Les centres de planification familiale

Les centres de planification familiale habilités, après déclaration auprès du préfet, peuvent également proposer le dépistage du VIH à l'occasion des consultations contraceptives. Une procédure de gratuité est prévue dans le cas où une mineure ou une femme sans couverture sociale en fait la demande, les frais sont alors pris en charge par l'assurance maladie (70 %) et l'État (30 %). (décret n° 92-784 du 6 août 1992).

Dans les trois cas, la prestation offerte doit être la même :

- consultation médicale d'information conseil personnalisé avant et après l'examen biologique lui-même ;
- le coût des consultations médicales et des examens biologiques est pris en charge par l'assurance maladie (85 %) et par l'État (15 %) ;
- les départements se font rembourser sur présentation d'état de frais.

(circulaire DGS, division sida, n° 09 du 29 janvier 1993, BO affaires sociales n°93-14 du 8 juin 1993)

Un article fait pourtant encore l'objet d'une application concrète : l'article L 273 qui prévoit l'examen et le traitement des maladies vénériennes dans les établissements pénitentiaires (cf. encadré).

Les dispensaires antivénériens sont donc depuis 1983 des établissements départementaux. Leur fonction est définie par l'article L 295 du CSP, « les dispensaires antivénériens sont destinés à assurer dans le cadre du département la prophylaxie et le traitement ambulatoire des maladies vénériennes. Ces dispensaires sont ouverts gratuitement à tous les consultants ou spécialisés à certaines catégories de consultants. » Plusieurs dispositions des articles suivants sont obsolètes (catégories de dispensaire, rôle du préfet dans l'autorisation, participation financière de l'État, ...). L'article L 303 prévoit une participation financière des caisses de sécurité sociale qui est devenue exceptionnelle.

Aujourd'hui, l'activité des dispensaires se partage entre les examens systématiques (dépistage de la syphilis), les consultations médicales avec ou sans dépistage et/ou traitement et parfois la recherche de sujets contacts. Cette activité est très inégale et directement liée à la prise en charge ou non, au delà des quatre maladies vénériennes, d'autres maladies sexuellement transmissibles.

Une modification a cependant été apportée récemment à la législation quant aux MST : l'article 50 de la loi du 23 janvier 1990 portant diverses mesures d'ordre social a prévu que les centres de planification familiale peuvent assurer le dépistage et le traitement de MST. Ces établissements relèvent de la compétence du département mais ce dispositif a été placé sous contrôle de l'État (cf. encadré).

Enfin, en lien avec la lutte contre les MST, rappelons que les départements n'ont pas de compétence propre, au sens des lois de 1983, en matière de lutte contre le sida, mais ils sont partie prenante dans le dispositif de dépistage : dépistage anonyme et gratuit ou seulement gratuit, dans des structures qu'ils gèrent : dispensaires antivénériens, centres de planification familiale ou encore centre de PMI (cf. encadré).

Lutte contre le cancer

C'est encore l'article 37 de la loi du 22 juillet 1983 qui a donné un rôle aux départements dans la lutte contre le cancer, dans les termes

suivants : « le département est responsable des services et actions suivants et en assure le financement : [...] 6° le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades prévus à l'article 68 de la loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963 portant loi de finances pour 1964. »

Cette compétence s'analyse donc au regard du dispositif mis en place par cette loi de 1963. Son article 68 prévoyait « la lutte contre le cancer est organisée dans chaque département dans le cadre du service départemental d'hygiène sociale, pour exercer le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades. » Le décret n° 65-13 du 6 janvier 1965 pris pour son application précisait les interventions à mettre en place (« le dépistage des affections précancéreuses et des lésions cancéreuses en liaison avec les organismes chargés d'effectuer des examens de santé ou de prévention polyvalents ou spécialisés, la surveillance médicale des personnes qui ont été précédemment traitées pour une affection cancéreuse, l'orientation des malades... ») dans « des centres de consultation », chaque département étant tenu d'avoir au moins un centre de consultation. Cette législation est à l'origine de la création des « consultations avancées » qui ont, à l'époque, développé une fonction complémentaire aux centres de lutte contre le cancer en offrant gratuitement des consultations plus particulièrement axées sur le dépistage et sur le suivi médico-social. En 1989, les statistiques du SESI dénombreaient 280 lieux de consultations mais ce chiffre cache dorénavant des plages horaires étroites (une demie ou une journée par mois) et une activité réduite.

Cette compétence s'analyse également au regard de l'organisation actuelle de la lutte contre le cancer :

- ▶ rôle des centres de lutte contre le cancer qui constitue la base du dispositif de lutte contre le cancer tel que prévu par le code de la santé publique au livre III — lutte contre les fléaux sociaux — (art. L 312 à L 325) et qui couvre aussi bien le dépistage, les traitements, la surveillance prolongée des essais thérapeutiques, la recherche (art. L 312) ;

- ▶ place de l'ensemble du dispositif hospitalier mais aussi de la médecine libérale (la majorité des dépistages du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein sont prescrits et effectués « en ville ») ;

► rôle nouveau dévolu à la CNAM dans les actions de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colo-rectaux, dans le cadre des programmes annuels du Fonds national de prévention, d'information et d'éducation sanitaire fixés par arrêté depuis 1989.

On s'interroge alors sur la compétence effectivement dévolue aux départements par la loi de juillet 1983 : compétence générale en matière de dépistage et de suivi des anciens malades ou gestion des consultations avancées dont l'activité s'est progressivement étiolée ?

Lutte contre la lèpre

Enfin citons pour mémoire la lutte contre la lèpre dans quelques territoires ou départements d'outre-mer (article 37-6° de la loi du 22 juillet 1983).

● Autres compétences

Outre ces compétences en matière de « lutte contre les fléaux sociaux », les départements ont quelques compétences de l'ordre de « mesures sanitaires générales ».

Vaccination

Ainsi pour les vaccinations, depuis 1983, « les services départementaux de vaccination relèvent de la compétence du conseil général qui en assure l'organisation » (article 50 du CSP).

Le problème est que les missions de ces services de vaccination ne sont pas définies. On peut penser qu'elles se rattachent aux vaccinations obligatoires prévues par les articles L 5 à L 10-2 du CSP, d'autant que ces dispositions figurent dans le même titre (titre II du livre 1^{er} du CSP). Ces centres de vaccination devraient donc proposer gratuitement les vaccinations obligatoires (diphtérie, tétanos et poliomyélite). La vaccination BCG relève d'autres articles (art. L 215 et art. L 247 qui parle de « services de vaccination de la population civile par le vaccin BCG ») mais dans les faits ces services sont le plus souvent les mêmes.

On s'interroge sur la portée de l'arrêté du 19

mars 1965 relatif à l'organisation des centres agréés de vaccination puisque l'article L 50 nouveau stipule que le conseil général en assure l'organisation. De même, on s'interroge sur l'identité et la fonction du chef départemental des vaccinations mentionné dans cet arrêté et dans le décret du 28 février 1952 (cf. article 1^{er} de ce décret).

Désinfection

Par ailleurs, aux termes de l'article L 14 du CSP, les départements devraient organiser un service de désinfection (désinfection obligatoire dans le cas de certaines maladies contagieuses) pour les communes de moins de 20 000 habitants. Ces dispositions semblent rarement appliquées. On voit mal également l'application du dernier alinéa de cet article L 14 : « À défaut par les villes et les départements d'organiser les services de la désinfection et d'en assurer le fonctionnement, il y est pourvu par des décrets en forme de règlement d'administration publique ».

Statistiques

Pour clore avec les compétences des départements, il convient de noter qu'en application du décret n° 85-894 du 14 août 1985, les départements sont tenus de transmettre à l'État les statistiques d'activités des services et structures qui leur ont été transférés en 1983. Ces statistiques établies sur des formulaires dont le modèle est fixé par arrêté, sont traitées par le service d'études et statistiques du ministère chargé des affaires sociales (SESI). Leur exploitation est relativement difficile ; mais elles peuvent constituer des indicateurs parmi d'autres dans la surveillance, notamment des MST et de la tuberculose. ■



Au regard des réalisations un investissement certain

Dix ans après la mise en place de la décentralisation, malgré les difficultés rencontrées pour mesurer l'investissement effectif des collectivités locales dans la santé publique, on peut cependant avancer une double hypothèse : une grande diversité et même disparité dans les politiques des collectivités locales ; des initiatives souvent bien au delà des seules obligations légales.

La décentralisation en retard

« La société locale est certes débloquée — pour reprendre la formule de Michel Crozier — mais au prix d'un sentiment d'anomie et d'une impression de confusion. Les règles du jeu local se sont trouvées obscurcies jusqu'à devenir imprévisibles ». Certains ont pu les qualifier de « jungle institutionnelle » où les trois niveaux de structures se soucient peu de déborder de leurs compétences déterminées par la loi pour empiéter sur celles des autres ; même l'État remet en cause les « blocs de compétences » qu'il avait institués en 1983. Les partenaires se sont multipliés — volontaires ou imposés — comme partie prenante des opérations menées à tous les échelons territoriaux. Croisements et enchevêtrements sont répétitifs dans la mise en œuvre de l'action publique ; processus sectoriels et territoriaux se mélangent dans l'accomplissement des politiques publiques et leurs prolongements locaux... Le transversal est roi dans la régulation du système local : financements croisés et procédures contractuelles vont de pair avec les tentatives de recentralisation pour encadrer les interventions de l'État, des régions, des départements et des villes. »

A. Mabileau, la décentralisation en retard, *in* l'état de la décentralisation, Cahiers français, n° 256.

Plusieurs explications peuvent être avancées : d'abord juridiquement on a vu les larges zones de flou dans la répartition des compétences qui laissent la place à des interprétations diverses. Conjugué au principe de la compétence générale des collectivités locales sur les affaires qui intéressent leur territoire (cf. encadré en page II), ce flou permet toutes, ou pratiquement toutes, les initiatives locales ou au contraire une certaine inertie. Les services de l'État de leur côté n'ont pas toujours clairement établi les règles du jeu et ont rencontré quelques difficultés à redéfinir et recentrer leurs missions. L'histoire des collectivités locales, leur tradition plus ou moins importante d'intervention dans ce secteur, la perception politique qu'ils ont de la santé, ont dès lors largement décidé de leur investissement plus ou moins important dans des actions de santé publique.

Il est impossible aujourd'hui de recenser, ni même d'estimer, les interventions des collectivités locales dans les domaines que couvre notre dossier. Les statistiques qui doivent être fournies par les départements sur l'activité de certaines de leurs structures ne sont que peu exploitées et ne peuvent couvrir la diversité des interventions de terrain. *A fortiori*, on ne dispo-

se d'aucunes statistiques sur les activités des communes ou des régions. Une enquête qui va être menée par le CREDOC dans les mois à venir, auprès des communes, devrait nous renseigner très utilement pour ce niveau d'administration (cf. encadré).

Le parti pris retenu dans ce dossier pour chercher à appréhender cet investissement, a été d'identifier des logiques qui amènent les collectivités locales à intervenir dans le domaine de la santé et de les illustrer par quelques exemples (choisis par définition de façon arbitraire...) évocateurs des champs étudiés dans notre étude.

Trois logiques ont été identifiées : la volonté politique des collectivités locales, les politiques d'impulsion de l'État, l'introduction d'un volet santé dans des politiques plus globales.

i

Une enquête auprès des communes

Le département *évaluation des politiques sociales* du CREDOC se propose de recenser et de décrire les actions et les services existants ou envisagés dans les communes en matière de santé publique. Ce projet financé sur le Fonds d'intervention en santé publique, prendra la forme d'une enquête auprès des élus municipaux chargés de la santé. Cette étude, qui portera sur les communes de plus de 5 000 habitants, comprendra des entretiens en face-à-face auprès des élus chargés des questions de santé dans un quart des communes de plus de 15 000 habitants. Les élus des autres communes recevront un questionnaire par voie postale.

L'enquête devrait permettre de recueillir quatre types d'informations : les actions menées dans la commune au cours de l'actuelle mandature, le réseau partenarial de la commune en matière de santé publique, les cadres de l'intervention municipale (CCAS, SCHS, centres de promotion de la santé, etc.), les opinions des élus sur ce sujet.

Lancés au mois de février 1994, les travaux permettront de constituer une base de données de responsables locaux, de réalisations et de projets en matière de santé publique locale. Ultérieurement, les indications portant sur l'état de l'offre de soins dans la commune viendront enrichir la base de données. On pourra également y inclure des informations, extraites du dernier recensement, sur les caractéristiques socio-démographiques de la population communale.

Pour toute information complémentaire concernant l'enquête, contacter Isabelle Groc, CREDOC, département *évaluation des politiques sociales*, 142, rue du Chevaleret, 75013 Paris, tél. : 40 77 85 79, fax : 40 77 85 09

La volonté politique des collectivités locales

La demande de santé est un fait bien connu de notre société que des élus peuvent difficilement ignorer. De plus, il était bien dans l'esprit de la décentralisation de rapprocher le niveau d'administration des préoccupations des citoyens.

Aussi n'est-ce pas étonnant que les collectivités locales aient souvent développé de nombreuses initiatives en matière de santé. Elles l'ont fait soit à partir de leurs compétences légales, soit par tradition, soit dans un nouvel élan politique et bien entendu, dans certains cas, selon ces trois processus.

Les communes

Ainsi les communes, pour 200 d'entre elles, ont gardé un service communal d'hygiène et de santé. Ce service a pu conserver un simple rôle d'application et de contrôle des règles d'hygiène (cf. première partie). Mais souvent il a également conservé et même développé et amélioré des fonctions qu'il assumait avant la décentralisation, en application de textes anciens en particulier l'arrêté du 16 mai 1962. La politique de vaccination que mènent plusieurs grandes villes en est un exemple (cf. encadré sur Nancy). D'autres villes ont voulu se positionner sur des champs nouveaux, promotion de la santé et lutte contre les dépendances : lutte contre l'alcoolisme (ex. « le défi brestois »), lutte contre le tabac (ex. « Besançon, ville sans tabac ») ou encore lutte contre la toxicomanie. La lutte contre le sida est dorénavant aussi souvent un thème abordé (cf. encadré page XX). D'autres encore se sont clairement positionnées sur le thème de l'environnement, liant leurs politiques de santé et d'environnement. Dans ces conditions, les services communaux

d'hygiène et de santé sont parfois devenus des services importants, porteurs de toute une politique santé et environnement (cf. à titre d'illustration, l'organigramme du service de Nantes).

Dans d'autres communes, c'est à partir des centres de santé et selon une longue tradition que la politique de santé s'attache à protéger la santé, notamment celle des populations défavorisées (à voir dans le prochain dossier).

Enfin, certaines communes ont, plus récemment, engagé une démarche de promotion globale de la santé. L'exemple des villes qui se sont inscrites dans le programme « ville-santé » de l'OMS est à cet égard évocateur. Lancé en 1986 par le bureau régional européen de l'OMS qui voyait dans les villes un lieu privilégié pour expérimenter et diffuser la politique de santé pour tous de l'an 2000, ce programme rencontre un succès certain en France. Pas moins de 34 villes étaient en octobre 1993 « ville-santé ».

Le programme OMS se caractérise par la promotion d'une approche très large de la santé (référence à la charte d'Ottawa), et dans cet esprit par la place importante qu'il fait aux questions d'environnement (physique et psychosocial), aux relations sociales (« communauté solidaire ») et à l'équité. Il propose des indicateurs santé (cf. annexe), il a ses critères d'éligibilité... Dans les faits, ce label recouvre des démarches et des réalisations diverses et provoque aussi bien enthousiasme et admiration que critique et scepticisme... Dans tous les cas, ce mouvement est intéressant à analyser au regard des évolutions qu'il illustre : investissement politique des communes, diversification des approches de la santé, collaboration nationale et internationale...

Les départements

Les départements, de leur côté, ont développé des politiques de santé le plus souvent à partir d'une interprétation extensive de leurs compétences, parfois même au-delà.

La lutte contre les MST constitue un bon exemple de lecture différenciée des textes. Certains départements, appliquant de façon restrictive leurs obligations légales n'ont gardé qu'une ou deux consultations dans des dispensaires où continuent à n'être dépistées et traitées que les quatre maladies vénériennes. Quelques uns ont même supprimé la consultation en dispensaire et passé convention avec un ou deux médecins



À Nancy, le système PASTEUR au service d'une politique active de vaccination

La ville de Nancy, comme d'autres villes françaises, a adopté depuis 1984 le programme PASTEUR (Programme Automatisé de Surveillance des maladies Transmissibles chez l'Enfant en milieu Urbain et en milieu Rural), système informatique de pilotage de la situation vaccinale d'une population (système conçu par l'unité INSERM de recherche sur les maladies transmissibles et les accidents toxiques). Ce programme a trois objectifs :

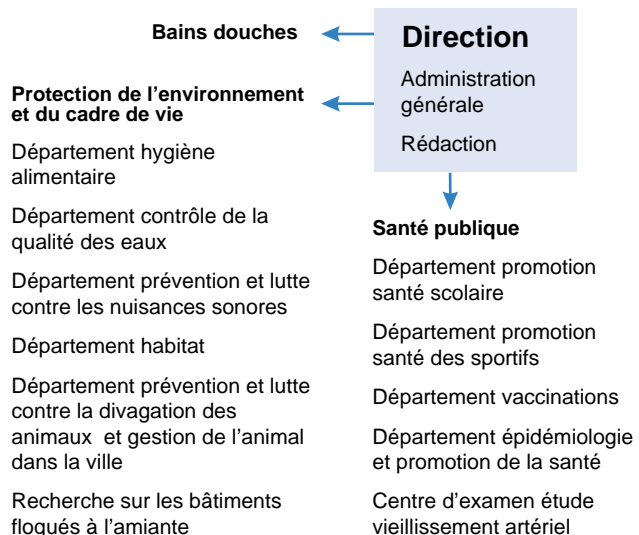
- connaître précisément et immédiatement la situation vaccinale des générations sous surveillance,
- améliorer la couverture vaccinale,
- modifier le comportement vaccinal de la population.

Pour atteindre ces objectifs, ce système propose de façon systématique et personnalisée, l'information des familles sur les vaccinations obligatoires ou recommandées, le rappel des dates des vaccinations, l'envoi des certificats de vaccination. Il est donc vécu par les familles et par les médecins traitants comme un service rendu.

Ainsi en 1992, le service « hygiène et santé » de la ville de Nancy a envoyé : 1 628 lettres à la suite d'une naissance, 10 325 conseils vaccinaux aux parents, 3 601 certificats après enregistrement des actes vaccinaux.



À Nantes, la direction de la protection de l'environnement et de la santé publique



i

Les « villes-santé » de l'OMS

Réseau européen des « villes-santé »

Il rassemble les villes dites « villes du projet » de l'OMS qui ont été chargées d'expérimenter des politiques « villes-santé », de favoriser la diffusion de l'information, de susciter la constitution de réseaux nationaux.

En France, trois villes ont joué ce rôle : Rennes, Montpellier, Nancy.

Réseau français des « villes-santé »

Il est un l'un des 18 réseaux nationaux européens.

Il rassemblait en octobre 1993 34 villes regroupées dans une association « l'association réseau français des "villes-santé" de l'OMS » créée en janvier 1990. La ville de Rennes en assure la présidence.

L'adhésion au réseau « villes-santé » français sous-tend un certain nombre d'engagements dont celui d'établir un plan « ville-santé », et celui de s'attacher à ce que la santé soit prise en compte dans l'ensemble des décisions municipales.

Réseau francophone des « villes-santé »

Certains réseaux se sont constitués sur des bases linguistiques ou culturelles.

Le réseau francophone a été lancé à Rennes en 1988 à l'occasion du colloque francophone « ville-santé ».



Dans l'Hérault,

le dépistage du cancer

Paradoxalement, c'est une municipalité (ou plus exactement un groupe de municipalités), Montpellier et son district, qui a mis en place le premier programme de dépistage de masse du cancer du sein en France. L'expérience, lancée en 1989, repose sur la circulation d'un camion, un « mammo-bile ». L'investissement (2,8 MF) et le fonctionnement (environ 3,6 MF par an) ont été financés par les communes et des sponsors privés. Les résultats encourageants (participation de 60 % des femmes, doublement du nombre de cancers précocement dépistés) ont plaidé en faveur de l'extension de l'expérience. Un deuxième « mammo-bile » a été acquis avec le concours financier du conseil général dans cette deuxième étape. Mais ce programme de dépistage ne concerne encore que les femmes des communes engagées financièrement.

libéraux qui donnent quelques consultations gratuites aux patients (prises en charge par le département). Ailleurs, une consultation est assurée dans les centres de planification familiale.

D'autres départements, par contre, ont développé une politique très active de lutte contre les MST, prenant en quelque sorte l'esprit du texte et s'attribuant une responsabilité générale dans la lutte contre les MST : ces départements ont alors gardé plusieurs points de consultations où sont dépistées et traitées l'ensemble des MST. Mais ils ont souvent par ailleurs également mis en œuvre toute une politique de prévention : campagnes d'information et actions d'éducation pour la santé avec les partenaires locaux.

En 1991, il existait 247 dispensaires antivénéériens ou points de consultation, contre 328 en 1981. La moitié des départements ne proposait plus qu'un lieu de consultation, un tiers entre deux et quatre et quatorze en proposaient plus de quatre.

La place des départements dans la lutte contre le cancer est plus en retrait. Les départements ont généralement gardé une ou deux « consultations avancées » mais avec des plages horaires souvent restreintes.

Ils sont le plus souvent partenaires des programmes de dépistage de masse mis en œuvre dans le cadre du Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire de la CNAM. Le dépistage du cancer du sein étant celui qui a le mieux démontré son efficacité (cf. travaux de l'Europe contre le cancer et de l'OMS) ce sont dix sites expérimentaux qui ont été retenus depuis 1989 pour des actions expérimentales, auxquels ont été ajoutés trois sites en 1993. La participation des départements se situe sur le plan financier et/ou logistique. Elle est très inégale d'un département à l'autre. Mais la CNAM reste toujours le maître d'œuvre général. Alors qu'elle pourrait « apporter son concours à la mise en œuvre d'actions expérimentales [...] », elle a choisi de maîtriser l'ensemble du processus de l'action et de l'évaluation. Le rôle des départements est donc plus ou moins important mais toujours secondaire.

On a peu d'informations sur l'activité, très diverse semble-t-il, des départements en matière de vaccination. L'investissement, quand il existe, porte plutôt sur les vaccinations recommandées. Ainsi en Seine-Saint-Denis ou dans l'Isère le conseil général mène une campagne



Dans les Bouches-du-Rhône, **priorité à la lutte contre les MST**

Le département des Bouches-du-Rhône a fait de la lutte contre les MST l'une de ses priorités de ses interventions médico-sociales.

Dix centres proposent des consultations : 3 centres sont spécifiquement des dispensaires anti-vénériens, 7 centres médico-sociaux proposent également des consultations MST.

Dans ces centres, des équipes (médecins, biologistes, infirmières, assistantes sociales, psychologues et secrétaires médico-sociales) proposent le dépistage clinique et biologique, le suivi et le traitement des MST : MST « classiques », infections à papillomavirus, hépatites B et C, sans compter l'infection à VIH pour le dépistage.

La gratuité et l'anonymat sont généralisés.

Le nombre de consultations est passé de 2 857 en 1987 à 21 566 en 1992.

Au-delà, les équipes des consultations participent aux différentes actions de formation du personnel social et sanitaire, et aux actions d'information pour public ciblé (lycées, foyers, etc.) et grand public, sur la prévention de l'infection VIH et des MST.

Enfin depuis 1991, les services du conseil général ont mis en place un dispositif d'information et de prévention de l'infection VIH et des MST dans toutes les prisons du département : dépistage volontaire, consultations médicales, prise en charge par une assistante sociale ou un psychologue à la demande du détenu.

de vaccination rougeole-oreillons-rubéole en mettant à disposition gratuitement les vaccins. Plus souvent, les départements sont partenaires des comités de pilotage locaux de la campagne nationale de promotion de cette vaccination, financée par le Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire.

Enfin l'intervention des départements dans la lutte contre la tuberculose est quelque peu erratique, certains départements appliquent encore une circulaire de 1972... Mise à part l'intervention dans les établissements pénitentiaires pour laquelle les départements ont à nouveau activement été sollicités en 1993, la politique de lutte contre la tuberculose prend souvent la forme de tests tuberculitiques et vaccinations BCG régulièrement proposés dans les écoles.

Au-delà de ces compétences plus ou moins largement interprétées, quelques départements mènent des politiques volontaristes de santé. Celles-ci vont plus souvent concerner l'accès aux soins (carte santé) ou la santé de certaines populations (mère, enfants, adolescents, ... voir le prochain dossier). Cette politique est alors souvent, comme dans les départements de la région parisienne, de longue tradition.

Les régions

Les régions ne sont pas totalement absentes des politiques locales de santé bien qu'elles n'aient pas de compétence particulière dans ce domaine. Rarement promoteurs ou initiateurs, elles sont assez souvent sollicitées comme partenaires financiers. Cet investissement est donc encore plus diffus et difficile à repérer.

On peut citer leur participation relativement fréquente dans le financement des Observatoires régionaux de la santé. On peut relever également l'intérêt que certaines portent à la lutte contre le sida : le conseil régional d'Île-de-France est largement intervenu dans la mise en place du premier centre régional d'information et de prévention du sida dès 1987 (le CRIPS) et le finance encore pour plus de 50 %. Plus récemment des conseils régionaux ont accepté de financer les antennes régionales de sida-info-service, mises en place par l'Agence française de lutte contre le sida, ou encore les quelques systèmes régionaux d'évaluation de la contamination par le VIH mis en place par des ORS et subventionnés par la DGS.

Les politiques d'impulsion de l'État

Les services de l'État, de leur côté, n'ont pas toujours cherché à confirmer le principe des blocs de compétence. Sur certains champs ils ont recherché le partenariat avec les collectivités locales, en particulier par le biais des politiques d'impulsion. L'État sur un champ donné annonce sa volonté d'impulser la mise en œuvre de nouvelles actions (voire de structures) par la mise à disposition de crédits mais pour un financement partiel, les cofinancements devant être recherchés localement. Or ces cofinancements locaux ne peuvent se trouver pratiquement qu'auprès des organismes de protection sociale (fonds d'action sanitaire et sociale,...) ou des collectivités locales. Il revient alors le plus souvent au promoteur d'un projet d'aller lui-même rechercher un soutien financier auprès d'un conseil municipal, d'un conseil général ou d'un conseil régional (parfois les trois), sans que le lien avec une compétence spécifique soit obligatoirement établi. On rejoint alors l'aspect volonté politique d'une collectivité locale de souhaiter s'afficher comme partenaire d'un projet.

On peut prendre pour illustrer ce processus deux exemples : celui de la politique d'observation et de promotion de la santé et celui de la politique de lutte contre le sida.

Observation et promotion

L'observation et la promotion de la santé, tout en étant maintenant différenciées, ont beaucoup de points communs. Elles sont très liées dans leur histoire, ces deux formes d'une même politique de promotion locale de la santé, ont été lancées conjointement par l'État en 1982. Elles ont bénéficié au départ d'un apport de crédits substantiels, qui a, par contre, rapidement diminué. Surtout elles n'ont jamais acquis de fondements juridiques : l'observation ou la promotion de la santé n'existent pas au regard du code de la santé publique (sauf en ce qui concerne la promotion de la santé, dans les missions des établissements hospitaliers). Ce sont deux circulaires de 1985 qui sont généralement considérées comme leur texte de référence (encore que la circulaire du 28 juin 1985 concernant les ORS ait été abrogée par une lettre-circulaire du 22 septembre 1992 en même temps qu'un grand nombre de circulaires).

En 1985, l'État écrit « l'éducation pour la santé ne peut constituer une compétence exclusive soit de l'État, soit de la collectivité territoriale, compte tenu, d'une part de sa nature, d'autre part, du rôle technique spécifique d'un comité d'éducation pour la santé, qui est au service de l'ensemble des partenaires concernés par l'éducation pour la santé. Le financement des comités doit donc continuer à être multiple » (extrait circulaire du 31 octobre 1985 relative aux propositions d'orientation pour la promotion de la santé).

Par la suite les financements de l'État ont d'abord beaucoup diminué, pour finir par se stabiliser en valeur absolue. Le souhait de cofinancements locaux est devenu une exigence, une condition au financement par l'État. À partir de 1990, quand l'État affirme sa volonté de consolider le réseau des comités départementaux ou régionaux d'éducation pour la santé, en finançant des postes d'animateurs ou de conseillers en méthodologie, il ne le fait que partiellement (un demi voire un quart de poste) et temporairement.

Malheureusement on ne dispose pas de statistiques nationales pour connaître la participa-



En Mayenne, **Carrefour santé**

L'engagement du conseil général de la Mayenne sur la santé publique, au-delà de ses strictes compétences dévolues par la loi, est relativement récent et encore discret, mais il prend une forme originale : un bulletin trimestriel édité par le conseil général, avec l'aide technique de l'ORS des Pays de la Loire. *Carrefour santé* est un support de communication pour favoriser la collaboration de tous les professionnels de santé, y compris les libéraux, aux démarches de santé publique, pour faire comprendre les structures et l'intervention publiques, pour permettre un retour de l'information.

[Un sommaire pris au hasard \(n° 11, juin 1993\)](#)

- Un généraliste pour 1 200 habitants en Mayenne
- Assistant (e) maternel (le) : un métier
- Naissances 1992
- Certificats de santé : résultats 1992

tion des collectivités locales au financement des projets locaux de promotion de la santé. Elle est certainement importante et provient aussi bien des communes, départements ou régions. On peut rappeler l'exemple bien connu de la maison régionale de promotion de la santé, dans le Nord - Pas-de-Calais, structure de coordination essentiellement : le soutien de la région se manifeste financièrement bien entendu, mais plus formellement aussi par la présidence de l'association gestionnaire.

La situation des Observatoires régionaux de la santé a évolué de façon assez parallèle. « En raison de la vocation régionale de l'observatoire, il serait souhaitable qu'en complément du financement de l'État, d'autres participations financières soient recherchées et obtenues, [...] » (extrait circulaire du 28 juin 1985). Les observatoires sont au cœur des conséquences contradictoires de la décentralisation. L'État a voulu qu'ils soient tout à la fois à la base de politiques régionales déconcentrées, tout en étant les têtes de pont d'un dispositif national de connaissance de l'état de santé. Parallèlement il les a engagés à rechercher des financements locaux, les poussant ainsi dans le rôle de prestataires de services des responsables locaux, notamment les collectivités locales.

On ne dispose pas non plus de statistiques nationales sur la part que représentent les subventions des collectivités locales dans le financement des ORS. On sait seulement que, en moyenne, la subvention annuelle de l'État représente environ un tiers du budget des ORS, les autres subventions de fonctionnement entre 10 et 15 %, le reste des recettes provenant de contrats. La participation des collectivités locales intervient par des subventions de fonctionnement mais plus encore par la passation de contrats d'études.

Lutte contre le sida

Pour aboutir à une situation équivalente, l'histoire de l'implication des collectivités locales dans la lutte contre le sida n'en est pas moins très différente. D'une part, l'épidémie du sida dans son ampleur et ses conséquences ne sont apparues qu'après la mise en place de la décentralisation, d'autre part un titre « lutte contre le sida » a été introduit relativement rapidement (en 1987) dans le code de la santé publique. Ce titre ne comporte que deux articles dont l'arti-



En Seine-St-Denis, **la prévention bucco-dentaire**

La santé dentaire constitue un problème de santé publique important (3^e fléau mondial selon l'OMS) alors que les moyens de prévention sont connus et ont montré leur efficacité.

Le département de Seine-St-Denis a une longue tradition d'intervention dans le domaine sanitaire et social.

Fort de cette tradition et de son expérience, le conseil général a lancé depuis 1983 un programme de prévention bucco-dentaire dont les résultats apparaissent probants.

En 1983, une première enquête épidémiologique dévoile une situation préoccupante : à 3 ans, 34 % des enfants avaient des caries sur leurs dents de lait ; à 11 ans, en moyenne 5 dents de toute nature étaient cariées ; 71,5 % des enfants atteints n'étaient pas soignés.

En 1984, une mission bucco-dentaire est chargée de la mise en œuvre d'un programme dont l'objectif est une diminution de 45 % des caries en 8 ans.

Les axes de prévention retenus sont simples : le brossage des dents quotidien, la consommation de fluor, des visites régulières chez le dentiste, une alimentation variée et équilibrée.

La mission développe interventions directes et campagne de sensibilisation. Les partenaires privilégiés sont les écoles et les chirurgiens dentistes. Les communes sont sollicitées pour une collaboration et une participation financière.

Le programme s'étend progressivement à de nouveaux publics : femmes enceintes, enfants plus âgés...

Les résultats d'une enquête épidémiologique en 1989 sont très encourageants : 30 % de caries en moins.

cle L 355-22 qui dispose « la définition de la politique de lutte contre l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine appartient à l'État ». Cette formulation permet à l'État (ou ses satellites) de solliciter largement le partenariat des collectivités locales dans le montage de projets locaux de lutte contre le sida.

En 1989, est créée l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) association financée à 90 % par l'État (le reste provenant du Fonds national de prévention de la CNAM)) et dotée dès la première année d'un budget de 80 MF qui a régulièrement fait l'objet d'augmentations substantielles depuis. L'AFLS a lancé plusieurs appels d'offre pour des actions de terrain et le cofinancement des projets a été systématiquement demandé : ainsi sur 227 projets financés

en 1990 et 1991, 76 % ont été cofinancés. Ces cofinancements représentent 46 % du coût total des projets. Mais là non plus on ne connaît pas précisément la part prise par les collectivités locales qui, là encore, peut provenir d'une commune, d'un département ou d'une région.

Depuis 1992, l'AFLS a franchi une nouvelle étape dans l'implication des collectivités locales : elle s'adresse directement (par la voie écrite mais aussi, pour les plus importantes, par relance téléphonique) aux 925 communes de plus de 9 000 habitants pour qu'elles s'associent à l'organisation de la journée annuelle mondiale de lutte contre le sida, en ces termes :

« le soutien des élus aux missions de l'Agence est indispensable pour assurer une diffusion permanente des messages. [...] L'engagement des maires a une dimension essentielle pour rappeler les valeurs de tolérance et de solidarité face aux exclusions qu'engendre la maladie. L'autorité qu'ils exercent sur des institutions ayant compétences sociales ou sanitaires leur permet d'impulser des actions de prévention. » À la suite de quoi, l'AFLS a pu faire valoir, à partir d'un échantillon de 200 communes, les actions de 178 d'entre elles (cf. encadré) ; cet appel direct aux communes est renouvelé pour la journée du 1^{er} décembre 1993. Dans son plan

Journée mondiale de lutte contre le sida, 1^{er} décembre 1992

Les communes s'engagent

Placée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, la journée mondiale de lutte contre le sida a lieu chaque année depuis le 1^{er} décembre 1988.

En 1992, les organisateurs ont souhaité mettre l'accent sur l'engagement des communautés : la communauté, qu'il s'agisse du quartier, de l'école ou du collège, d'une entreprise, d'une association professionnelle ou de réseaux de soutien plus modestes composés de la famille et des amis, est une force particulièrement puissante dans toutes les sociétés, qu'il faut absolument exploiter si l'on veut maîtriser la pandémie de sida.

Dans le cadre de ce thème, l'Agence française de lutte contre le sida a lancé une opération de sensibilisation des maires pour souligner l'importance de la communauté de proximité par excellence : la commune. [...]

Actions menées

La nature et l'ampleur des actions réalisées pour la journée du 1^{er} décembre ont été très variables d'une commune à l'autre.

La ville de Paris par la diversité et l'importance des moyens mis en œuvre occupe une place particulière : campagne multimédia, journées portes ouverte dans les CIDAG, opération « info quartiers », information des scolaires, soutien à des opérations d'associations ou d'institutions, stand au village des associations, implication personnelle du maire. Le manifeste de l'AFLS et ses supports (guide, affiches, cartes postales, livre d'or)

L'événement a été créé pour 35 % d'entre elles autour de ces supports par la signature du livre d'or et la distribution de documents de l'AFLS [...]

Campagnes d'information

Sur la transmission de l'information, 22 % des municipalités ont organisé des conférences-débats sur la prévention et les modes de contamination. [...] Autre mode de sensibilisation du public, des expositions ont été organisées par 15 des communes répertoriées. L'ampleur et les thèmes abordés sont sensiblement différents d'une commune à l'autre. [...] En outre de nombreuses distributions de préservatifs, des ventes parfois, ont eu lieu à l'occasion de la journée mondiale. [...] Le public jeune a également été mobilisé par le biais de projections de films ou d'animations-vidéo. [...] Une banalisation du test de dépistage a en outre eu lieu dans certaines communes. [...] Enfin, certaines communes ont conçu ou soutenu l'élaboration de supports spécifiques. [...]

Événements symboliques

La journée du 1^{er} décembre a été marquée par la tenue d'événements de nature symbolique (concert, jeux,...). [...]

Actions pour pérenniser la lutte contre le sida

La journée du 1^{er} décembre a été l'occasion de lancer des actions de lutte contre le sida destinées à se poursuivre à l'avenir. [...]

(Extraits d'une brochure de l'Agence française de lutte contre le sida)



Au quartier Franc-Moisin Bel-Air (St Denis), **cinq années de recherche-action**

Projet né en 1986, cette recherche-action intégrée par la suite au programme développement social du quartier, avait comme objectifs d'une part la connaissance des pratiques et des problèmes de santé à l'échelle du territoire, d'autre part la recherche des moyens pour optimiser la réponse aux problèmes diagnostiqués.

Recherche-action aux multiples dimensions, elle s'est notamment appuyée sur

- ▶ un partenariat très actif entre les responsables institutionnels, une équipe de recherche, des acteurs de terrain (institutionnels ou libéraux) ;
- ▶ des rencontres régulières avec la population ;
- ▶ une double enquête, épidémiologique et

socio-anthropologique, les deux volets assez indépendants au départ pour croiser les résultats et rechercher une cohérence d'ensemble ;

▶ des groupes de travail : santé mentale, santé des jeunes, suivi des femmes enceintes, accès aux soins, hôpital dans la ville, maison médicale, habitat et santé qui après une étape de questionnement précis, devaient également avancer des propositions d'action concrètes.

Au-delà des premiers objectifs, le groupe de pilotage s'est beaucoup attaché à : *primo* créer les conditions d'une action collective, *secundo* analyser le vécu mais aussi le ressenti, notamment le ressenti largement partagé d'un profond « mal être ».

(« Quartier, démocratie et santé », M. Joubert, F. Bertolotto, P. Bouhnik, éditions l'Harmattan, 1993)

triennal 1993-1995, l'AFLS reprend cette idée : « les collectivités territoriales sont des partenaires privilégiés dans la lutte contre l'infection par le VIH. Plus particulièrement, les communes des moyennes et grandes agglomérations ayant des quartiers défavorisés, les conseils généraux et les conseils régionaux doivent inscrire, tant en moyens humains que financiers, la lutte contre l'infection à VIH au cœur de leur action ».

La participation des collectivités locales dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH relève d'une logique assez différente. Très vite il est apparu, que la prise en charge des patients devait être globale, c'est-à-dire au-delà du suivi médical intégrer une dimension psychologique et sociale. Par ailleurs, l'épidémie touche de plus en plus des populations défavorisées qui, pour certaines, nécessitaient déjà un soutien social. Or l'aide et l'action sociale relèvent largement de la compétence des départements et dans une moindre mesure des communes. C'est à partir de cette analyse que l'État se tourne vers ceux-ci pour être partenaires des services mis en place pour la prise en charge extra-hospitalière des patients infectés par le VIH : hébergement, aide à la vie

quotidienne... L'État cherche à laisser aux services locaux leur responsabilité, tout en ayant un rôle d'impulsion, et en prenant en charge les surcoûts liés au sida.

Ou encore...

Enfin, pour conclure sur ces cofinancements, on relève que l'engagement financier des collectivités locales est parfois la conséquence des contraintes budgétaires de l'État. Ainsi, le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme (centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie et centres départementaux de lutte contre l'alcoolisme) devrait être entièrement financé par l'État. Mais les dotations budgétaires de l'État ne suffisant plus à leur fonctionnement, ces structures ont elles aussi cherché à diversifier leur financement, en se faisant subventionner des actions précises. Les collectivités locales ont là également été sollicitées. Le rapport du groupe TEN sur ce dispositif (voir dossier d'Actualité et dossier en santé publique n° 4) estime à 12 % la part du budget de ces structures qu'elles financent.

Le volet santé de politiques globales ou transversales

La santé est de plus en plus perçue comme un élément déterminant pour l'insertion et le développement en général. Aussi est-elle de plus en plus présente dans des politiques dont elle n'est pas *a priori* l'objet premier. L'exemple le plus évident est la place qu'elle occupe dans les politiques d'insertion des populations défavorisées (bénéficiaires du RMI, jeunes en difficultés d'insertion). Cet aspect fera l'objet d'un développement dans le dossier 7. Mais elle acquiert également progressivement sa place dans la politique de développement social urbain. On rappellera également sa (modeste) place dans le cadre des contrats État-région.

Contrats État-région

Dans le cadre de la politique de planification et d'aménagement du territoire, l'État au moment de la préparation des plans, négocie des engagements réciproques avec les régions : les contrats État-région. Ces contrats ont plutôt vocation à favoriser le développement économique. Ils n'ont qu'assez peu souvent comporté un volet santé publique. Mais les quelques rares cas méritent d'être relevés parce qu'ils représentent un engagement sur le moyen terme d'une région dans un programme santé. Ainsi dans le X^e plan deux contrats État-région comportaient un volet santé : le contrat avec la région Nord - Pas-de-Calais pour la promotion de la santé et le contrat avec la région Provence - Alpes - Côte-d'Azur pour le financement de l'ORS.

Deux ou trois contrats État-région du XI^e plan vont également inclure un engagement sur le financement de l'ORS.

Mais du côté de l'État, ce type de négociations a ses limites car la DGS ne dispose pas de crédits spécifiques pour ces contrats. Les engagements qu'elle prend, viennent donc consommer d'avance ses crédits d'intervention annuels.



Contrats-ville : la place de la santé

Concevoir un programme d'action pour des habitants et des territoires qui concerne :

- ▶ les services au public
 - l'action sociale
 - **la santé**
 - l'école
 - la culture
 - le sport
 - la police
 - la justice
 - l'intégration des immigrés
 - l'accueil et l'aide à l'insertion professionnelle et sociale
 - la gestion des quartiers au quotidien
- ▶ l'habitat, l'urbanisme et les déplacements
- ▶ l'action économique
- ▶ la prévention de la délinquance

(d'après « les contrats villes » du XI^e plan, dossier ressource, mai 1993)

Politique de la ville

Depuis une quinzaine d'années des plans d'action se sont mis en place pour tenter d'apporter une réponse aux déséquilibres observés dans certains milieux urbains. Programmes « habitat et vie sociale », ou « développement social des quartiers » ou encore « développement social urbain », les plans et procédures se sont succédés pour constituer ce que l'on dénomme communément maintenant « la politique de la ville ». Cette politique ne pouvait ignorer que la santé est un facteur d'insertion et qu'à ce titre, « elle doit être prise en compte dans les politiques de lutte contre l'exclusion et plus spécialement dans les territoires urbains les plus fragiles. » (Santé et développement social urbain, outils et méthode).

La délégation à la ville et au développement social a donc cherché à favoriser le développement d'un volet santé dans ces programmes : circulaires conjointes avec le ministère des Affaires sociales (circulaires du 7 septembre 1989 et du 23 mars 1991), rencontres nationa-

les, supports méthodologiques, formation (séminaire ville et santé)... et quelques initiatives locales peuvent être montrées en exemple.

Pourtant les premiers bilans montrent que la santé est encore un domaine négligé dans ces opérations. Deux études, entre autres, nous éclairent sur ce point. La première étude a été commanditée par la préfecture d'Île-de-France et réalisée par l'association *Santé et communication* (cette étude est parue en janvier 1993 mais les entretiens ont été réalisés en 1991). Cette étude « de repérage », à partir de l'analyse du discours des élus, chargés municipaux de la santé et chefs de projets, nous renseigne sur la faiblesse et l'inadéquation des réponses apportées aux besoins de santé exprimés. Les problèmes de santé repérés concernent la toxicomanie, l'abus d'alcool, le sida, la malnutrition (très souvent citée)... mais aussi l'isolement, le déséquilibre affectif, le « mal de vivre ». Face à ces besoins plus ou moins bien définis, les intervenants des projets ont des difficultés à trouver les réponses. Les actions santé, quand elles existent, sont souvent ponctuelles et marginales. Elles sont thématiques (sida, toxicomanie,...) ou ciblées sur une population (les enfants, les jeunes, les femmes,...) et les équipes DSU en ont rarement pris l'initiative même si elles les soutiennent quand elles sont en cours. Le manque d'information des responsables, la difficulté de travailler en partenariat, la faible participation des habitants (« les usagers ») expliqueraient ce manque de prise en compte.

La deuxième étude a fait un constat proche mais s'est plus attaché à en rechercher les causes. Il s'agit d'un rapport écrit par des étudiants de l'ENA en 1992. Dans le constat ils relèvent des pathologies non spécifiques mais plus graves et plus fréquentes, des conditions de vie défavorables, des problèmes d'insertion, des difficultés d'accès aux soins. Quant aux obstacles, les auteurs ont identifié : des obstacles liés à la nature du sujet (difficultés de définir des objectifs, d'évaluer, manque de visibilité immédiate des résultats), le cloisonnement, voire le clivage, entre les services et le foisonnement des acteurs de la santé qui rend difficile le travail en partenariat et la coordination, le mode d'intervention des acteurs institutionnels (le faible poids des DRASS et des DDASS par rapport à d'autres services, notamment les DDE, l'absence des services du conseil général, des bureaux d'études à compéten-

ce urbanistique,...), enfin le manque de participation des habitants.

On peut ajouter à cette liste d'obstacles, l'absence de crédits spécifiques : alors que les autres ministères apportent leur obole dans l'enveloppe globale des crédits affectés à ces opérations, le ministère des Affaires sociales n'a pu intervenir qu'à la marge par le financement, via ses services extérieurs, d'actions tout à fait ponctuelles.

Aujourd'hui, les contrats de ville remplacent ces anciennes procédures et deviennent le protocole unique d'engagement entre l'État et les collectivités locales pour la durée du XI^e plan. La santé est explicitement citée dans le contenu des contrats, dans le volet « services au public » (voir en annexe un extrait de la fiche thématique du dossier-ressources de la Délégation interministérielle à la ville).

Le ministre des Affaires sociales est également ministre de la Ville et la Délégation interministérielle à la ville lui est rattachée. Ceci peut être considéré comme un signe favorable pour une meilleure prise en compte des problèmes de santé dans ces nouveaux contrats de ville. ■



**Le second
volet de ce
dossier
paraîtra le
15 juin 1994**

Le temps des clarifications

L'État a toujours affirmé sa prédominance en matière de santé publique. Il est donc assez paradoxal à première vue de s'interroger sur les relations entre santé publique et collectivités locales. Le paradoxe est d'autant plus grand qu'aux termes des lois de décentralisation, l'action sanitaire relève pour l'essentiel du domaine de compétence de l'État et du financement de l'assurance maladie. Hormis le texte très général de l'article 59 de la loi du 2 mars 1982 qui mentionne que le conseil régional a compétence « pour promouvoir le développement économique, social, *sanitaire*, culturel et scientifique de la région », la décentralisation n'a confié aux régions pratiquement aucun rôle dans ce domaine. Seuls les départements et, à un moindre degré, les communes ont gardé quelques responsabilités en cette matière, fruits de l'histoire et des habitudes plutôt que d'une réflexion construite. Mais depuis la mise en œuvre de la décentralisation, le panorama de la santé publique a beaucoup changé en France et, par la force des choses, le regard des élus et de la population.

Un transfert de services et d'actions sans logique d'ensemble

La plupart des missions transférées au département en 1983 (aide médicale, protection maternelle et infantile, vaccination, lutte contre la tuberculose, lutte contre les maladies vénériennes...) paraissent

saient à l'époque pour nombre de personnes relever davantage du passé que de l'avenir. En effet, la généralisation de la couverture en cas de maladie, l'élévation du niveau de vie, l'augmentation importante de l'offre de soins, les succès dans la lutte contre les maladies infectieuses pouvaient laisser croire que de tels dispositifs d'assistance n'étaient plus nécessaires ou le seraient de moins en moins. Cette opinion était souvent confortée par une baisse de la clientèle et de l'activité des structures concernées. Ce relatif désintérêt explique sans doute en partie pourquoi le transfert des compétences dans ce domaine paraît relever d'un transfert de services plutôt que d'un transfert de missions obéissant à une véritable démarche de santé publique. A cet égard, le titre des trois premiers chapitres de la section 4 de la loi du 22 juillet 1983 sont éclairants : « des prestations », « des services », « des structures et des procédures ». Aucun n'évoque les missions ou les objectifs de l'action départementale ou municipale.

Il n'est donc pas étonnant que la décentralisation ait pu aboutir à des choix peu conformes aux véritables nécessités de la santé publique comme la coupure entre PMI et santé scolaire, la première de ces activités relevant du département et l'autre de l'État, et la disparition des services unifiés de l'enfance là où ils existaient. Il n'est pas non plus étonnant que ce manque de vision globale s'accompagne de la détermination de compétences dépassant parfois largement la vocation et les possibilités réelles d'action des départements. Ainsi, l'article 37 de la loi du 22 juillet 1983 précise que le département est responsable et assure le financement du « dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades » ! C'est en vertu de cette disposition que plusieurs départements se sont engagés dans des actions de dépistage de masse de certains cancers, sein en particulier. Ces actions sont parfois coordonnées avec d'autres structures comme l'assurance maladie, mais découlent aussi d'initiatives locales pas toujours validées scientifiquement.

La décentralisation n'a pas été l'occa-

sion de redéfinir la démarche de santé publique à adopter dans les domaines de compétences transférés aux départements. La lutte contre la tuberculose ou les maladies vénériennes en sont de bons exemples. Les départements se sont ainsi trouvés le plus souvent démunis, hésitant entre le maintien en l'état de ce type d'activités, plus par habitude que par conviction, ou leur suppression.

L'émergence d'un contexte favorable à une démarche de santé publique

Au cours des années récentes, plusieurs facteurs nouveaux ont obligé les collectivités locales à redéfinir la place de la santé dans leur politique. Premier de ces facteurs, l'irruption du sida a conduit, là comme ailleurs, à des changements importants. C'est ainsi que la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et maintenant la lutte contre la tuberculose ont pris une dimension nouvelle, actuelle. La suppression de ces activités n'est plus à l'ordre du jour, mais au contraire leur adaptation aux nouvelles réalités épidémiologiques.

L'aggravation de la situation économique s'est traduite par des difficultés grandissantes dans l'accès aux soins de populations de plus en plus nombreuses. Le rôle de l'aide médicale s'est trouvé considérablement renforcé et les départements apparaissent comme un élément central du maintien de la justice sociale dans ce domaine. Mais les réflexions conduites lors de la mise en place et de l'évaluation du RMI ont conduit les collectivités locales à adopter une vision de leur action plus positive et dynamique que celle de l'assistance. Responsabilisation, prévention, réinsertion sont désormais les fondements de l'intervention du département. En la rendant obligatoire, la loi instaurant le RMI a légitimé, s'il était nécessaire, le principe de l'évaluation. Enfin, la complexité des problèmes à résoudre pour aboutir à des mesures efficaces a rendu incontournable le recours au partenariat. Réponse aux besoins de la population, détermination d'objectifs,

évaluation, partenariat, autant d'éléments fondamentaux de toute culture de santé publique.

Souvent peu ou pas considérés au départ, la prise en compte des problèmes de santé est également apparue comme une dimension très importante de toute politique sociale, voire même comme un préalable à toute action dans ce domaine. Cette prise de conscience a concerné les activités d'insertion en faveur des bénéficiaires du RMI, mais aussi la politique de la ville et le développement social des quartiers. La santé publique est ainsi davantage perçue comme une approche utile à l'action et moins comme une réflexion certes intéressante sur le plan intellectuel mais peu concrète en pratique.

Le développement de la sensibilité écologique a également conduit de nombreuses collectivités locales à s'intéresser plus activement aux problèmes d'environnement et de qualité de la vie. La relation entre ces aspects et l'état de santé est souvent évoquée. Les villes ont été très actives dans ce cadre comme en témoigne la création et l'extension du réseau « ville-santé ».

Enfin, le débat sur la sécurité transfusionnelle a contribué à faire de la santé publique un enjeu politique, au sens fort du terme. Certes la santé a toujours fait partie des préoccupations des Français. Mais les événements récents ont fait prendre conscience de la fragilité de certaines situations et de certains acquis. Malgré une mobilisation sans précédent des moyens, ils ont montré les limites de l'action thérapeutique et ont remis au goût du jour le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir », d'autant plus que les moyens de guérir se font attendre.

Pour une mission d'animation et de coordination des actions de prévention et de promotion de la santé

Pour se développer et s'affermir, cette nouvelle sensibilité des collectivités locales doit pouvoir s'appuyer sur une mission générale plutôt que sur des compé-

tences ponctuelles, sans liens entre elles et ne s'inscrivant pas dans un schéma d'ensemble. Cette structuration du domaine n'a pas véritablement eu lieu lors du transfert des compétences, on l'a dit. Il paraît évident qu'elle suppose au préalable la définition en France d'une stratégie de santé publique à la fois ambitieuse, cohérente mais aussi réaliste et pragmatique. Le contexte actuel est favorable à une telle démarche. A cet égard, l'intervention du Haut Comité de la santé publique devrait être déterminante.

Quel pourrait être l'action des collectivités locales en santé publique ? Plutôt que de raisonner en services spécifiques, il serait souhaitable que prévention des facteurs de risque et promotion de la santé constituent une préoccupation explicitement présente dans toutes les politiques menées par les collectivités locales pour en augmenter l'efficacité et l'utilité. Une telle démarche, menée au quotidien avec les partenaires de terrain, concernerait aussi bien l'enfance et la famille que les personnes âgées, les adultes handicapés, les adultes en difficulté mais encore les jeunes de 16 à 25 ans ou les personnes en formation, etc. Pourquoi alors ne pas confier aux collectivités locales un rôle d'animation et de coordination dans ce domaine où les initiatives se multiplient actuellement de façon non structurée, souvent redondante et pas toujours efficace ?

Bertrand GARROS, ■

Directeur de l'ORS d'Aquitaine,
Membre du Haut Comité de la santé
publique

Les départements

Acteurs de santé publique ?

L'intervention des départements en matière de santé publique repose sur les textes organisant les transferts des compétences.

Aux traditionnelles missions en matière de vaccination publique, prévention et dépistage des maladies sexuellement transmissibles, du cancer, de la tuberculose et même de la lèpre, on doit ajouter les missions exercées par les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile, les actions de dépistage en milieu pénitentiaire.

Enfin, il convient de ne pas oublier, à travers les pesantes (bien qu'en cours de rénovation) procédures d'aide médicale, le rôle des départements dans l'accès aux soins des personnes démunies. L'action gérontologique et les développements à venir y tiennent également une place.

La pertinence des réseaux : les départements à leur place

Évaluer le rôle d'un acteur en matière de santé publique revient à établir dans quelle mesure il est reconnu comme légitime dans ses moyens d'intervention (collecte et analyse de l'information, moyens mis en œuvre sur le plan technique et humain, densité de la présence sur le terrain) et susceptible de contribuer à un rapprochement des acteurs.

Sur le fondement de ses critères, la dévolution aux départements de l'exercice des compétences en matière de protection maternelle et infantile (PMI), paraît correspondre à un positionnement pertinent des Conseils généraux.

Parce que les départements gèrent la collecte des certificats de santé postnataux et leur analyse, les certificats de décès infantile, la vaccination ; parce qu'ils mettent en œuvre avec un maillage fin sur le territoire départemental des professionnels compétents en relation constante avec les autres professionnels des Conseils généraux en charge de l'aide sociale

à l'enfance et du service social départemental, notamment sur la protection de l'enfance en danger ; parce qu'ils agréent, contrôlent les divers modes de garde de la petite enfance, les départements ont pu se constituer leur propre légitimité, fournissant une contribution essentielle au traitement, en termes de santé publique, des problèmes médico-sociaux liés à la périnatalité et à la petite enfance.

Cette légitimité s'est aussi forgée à travers leur place dans le réseau des principaux intervenants du secteur.

Avec les hôpitaux, les centres d'aide médico-sociale précoce (CAMSP), les écoles maternelles, les structures de gardes et parfois avec les professionnels libéraux, les relations établies permettent de considérer ici les départements comme des acteurs à part entière.

C'est ainsi qu'est évoqué de plus en plus comme possible le rattachement des services de santé scolaire aux Conseils généraux.

Le fait même que le principe d'un tel transfert puisse être envisagé constitue une forme de reconnaissance du rôle effectif joué par la PMI.

La pertinence du rôle joué par les départements peut également apparaître à travers des missions au contenu plus administratif mais dont le fond est essentiel en termes de santé publique dès lors qu'il s'agit, en l'occurrence, de l'accès aux soins des populations démunies.

Aujourd'hui, l'aide médicale est appelée à jouer un rôle important comme « mutuelle des plus démunis ».

C'est à partir des expériences menées à partir de 1989 dans plusieurs départements (cartes santé pour les bénéficiaires du RMI notamment) qu'a été promulguée la loi du 29 juillet 1992 modernisant en profondeur l'aide médicale dans ses procédures, l'améliorant dans les modalités d'ouverture des droits, élargissant le champ des prestations couvertes, développant la couverture sociale de base (assurance personnelle des jeunes de 18 à 25 ans).

Là encore le réseau de santé publique existe : les communes, lieu de dépôt privilégié des dossiers, échelon de proximité, le département gestionnaire des droits et ses équipes de travailleurs médico-sociaux pouvant orienter le bénéficiaire dans ses demandes et dans une meilleure prise en compte de sa santé, les professionnels de santé, les caisses de sécurité sociale gestionnaires des paiements par convention ; l'ensemble permettant une action cohérente.

Cette réponse, suite des rapports Oheix, Wrezinski et Revol, était socialement nécessaire en même temps qu'elle répond à une exigence de prévention sanitaire (il faut se rappeler qu'avant cette loi, hormis les cas d'urgence, il fallait que le demandeur prouve son besoin de soins par un état de maladie dûment consta-

té !).

Ces deux exemples sont caractéristiques de la capacité des collectivités départementales à intervenir en santé publique. Ici les conseils généraux sont positionnés de façon compatible avec la gestion d'actions de proximité, mettant en œuvre un savoir-faire spécifique, légitimés dans un rôle essentiel vis-à-vis des divers partenaires.

Tel n'est cependant pas toujours le cas.

La santé morcelée : de la gesticulation au désengagement

Les compétences institutionnelles des départements se trouvent également dans la prévention et le dépistage de la tuberculose, des MST, du cancer. Pour ces deux premières pathologies, cette mission s'exerce en outre dans les établissements pénitentiaires.

Dans le dispositif français de santé publique, quelle justification, autre que celle édictée par la tradition administrative, peut-on aujourd'hui trouver à une intervention, supposée efficace, des départements dans ces domaines ?

S'agissant de la prévention et du dépistage de pathologies qui pèsent lourd (voir la recrudescence de la tuberculose) du point de vue sanitaire, économique, social, les départements sont virtuellement hors course.

En effet, le réseau de santé publique peut mobiliser des moyens autrement considérables et (pourquoi pas ?) efficaces. L'État, l'assurance maladie (avec notamment le fonds national de prévention), les structures hospitalières, le Comité français d'éducation pour la santé et ses relais locaux, les professionnels de santé mettent en œuvre des ressources humaines, techniques, financières et de communication qui sont susceptibles d'irriguer le tissu social du plan national au plus petit niveau de proximité, abstraction faite du rôle — minime — dévolu aux départements.

Ce ne sont pas les capacités intrinsèques des départements qui sont en cause, c'est plutôt le caractère artificiel de la répartition des compétences en matière de prévention sanitaire.

D'un côté, ces missions pour les départements, de l'autre, pour l'État, l'alcoolisme, la toxicomanie, le sida.

Or la tuberculose est aussi une affection opportuniste du sida, le sida est aussi une MST, l'alcoolisme est aussi cause de cancer...

À la confusion peut alors s'ajouter la disproportion des moyens entre les uns et les autres. D'où les risques de gesticulation ou de désengagement de la part des départements.

Gesticulation il peut y avoir, tout comme il peut y avoir gesticulation de la part d'un État sur la scène

internationale : on montre que l'on existe, puisque l'on n'a pas les moyens réels d'agir.

Le contenu de ces gesticulations départementales n'est pas nécessairement à remettre en cause, pas plus que leur portée politique locale ; ce qui est en question, c'est leur portée en termes de santé publique c'est-à-dire de réponse globale en matière d'observation et de surveillance, de prévention, d'organisation des soins.

Quelle en est la cohérence, quelle en est la portée, faute d'une implication plus grande des autres partenaires, ou lorsqu'il existe un risque de contradiction ou d'absence de suivi par rapport à des actions de portée nationale ?

Au-delà des gesticulations, le désengagement peut également se manifester là où notamment les départements ont le sentiment de n'exercer leur mission que « pour ordre ».

C'est le cas notamment en matière de dépistage de la tuberculose ou de MST dans les établissements pénitentiaires. Le récent rapport du HCSP faisant le point sur la santé en milieu pénitentiaire a rappelé les lacunes de son organisation au plan global, y compris départemental.

Sans vouloir à tout prix justifier le peu d'implication des départements dans ce domaine, il est explicable par plusieurs éléments.

L'extrême volatilité de cette population dont les attaches locales sont évidemment aléatoires, l'absence de compétence des départements pour le suivi de ces populations, l'enchevêtrement des compétences administratives, la non-maîtrise des informations épidémiologiques.

Si les départements peuvent ici participer à une mission de santé publique, c'est plus sur le registre de la couverture médicale complémentaire (aide médicale). Le rapport du HCSP le rappelle.

Enjeux financiers et légitimité : les conditions d'une action pérennisée des départements en matière de santé publique

En cette période où les finances publiques connaissent de grandes difficultés, il semble que l'on ait recours facilement à la politique du « mistigri », en matière d'exercice des missions et des financements y afférents.

Si ce jeu est en quelque sorte « naturel », il ne doit pas empêcher d'appréhender un certain nombre de données.

Parmi celles-ci, la légitimité de l'intervention des départements par rapport au réseau dans lequel ils évoluent et leur rôle doit amener à poser la question de la réintégration dans la sphère « nationale » des missions de prévention et de dépistage, hormis ce qui

touche à la PMI et à la petite enfance. Lorsque l'on sait que ces missions engagent actuellement moins de 2 % des 60 milliards que consacrent les départements à leur action sociale, on voit que l'enjeu financier n'est pas à la hauteur des gains de « productivité » que l'on pourrait en escompter pour la santé publique.

Positionner les départements sur le volet sanitaire de l'enfance et de la jeunesse est susceptible de constituer une mission en soi, pour laquelle les départements sont bien placés et bien « outillés ».

La question de l'aide médicale et ses enjeux a été déjà évoquée. Sa dimension financière doit en être mesurée par anticipation pour garantir la pérennité du système et l'égalité des plus démunis sur le territoire, pour éviter la trop fameuse « médecine à deux vitesses » voire à trois vitesses, si des inégalités entre départements se développent.

L'aide médicale est financée sur une assiette locale - la fiscalité locale - et les budgets locaux, présentés en équilibre, ajustent en matière de dépenses obligatoires d'aide sociale, leurs dépenses par l'impôt, département par département.

Or si les difficultés sociales perdurent, si l'assurance maladie réduit son niveau de couverture, si les couvertures complémentaires se renchérissent (ces trois « si » n'étant nullement hypothétiques), les départements auront le plus grand mal à équilibrer en temps réel de telles dépenses alors croissantes.

L'assurance maladie n'équilibre pas ces dépenses-recettes au plan local, « l'équilibre » se réalise au plan national, les organismes de couverture complémentaire équilibrent par une hausse des tarifs ou une diminution des prestations, les départements équilibreront par l'impôt, car on voit mal comment, s'agissant de personnes très démunies, ils pourront arbitrer sur la dépense.

Quid alors des départements où la précarité (chômage, RMI) est forte, où la part des personnes âgées à faible revenu (agriculteurs notamment) est grande, où la densité médicale est forte ?

Le problème est, à terme, de taille si l'on veut éviter que la couverture sanitaire des populations fragiles, essentielle en termes de santé publique, ne fasse l'objet d'arbitrages régulateurs trop aveugles.

Ces enjeux seront retrouvés à l'identique dans un domaine où l'action des départements a d'ores et déjà toute sa place et qui fera l'objet d'un prochain débat parlementaire : la prévention de la dépendance, l'accompagnement de celle-ci, et l'action gérontologique.

Seule une clarification durable des « règles

jeu » permettra aux départements de continuer à jouer un rôle actif.

Thierry DIEULEVEUX

Membre de l'IGAS,
Directeur général-adjoint,
chargé de la solidarité départementale,
Conseil général de l'Hérault

L'exemple de Nantes

Confiée à une direction dont la composition, l'organisation et les missions ont fait l'objet de remaniements structurels profonds en 1990, la mise en œuvre des politiques de santé publique et de protection de l'environnement pour partie, revêt à Nantes un certain nombre de caractéristiques qui ne traduisent sans doute pas que le phénomène de l'évolution des mentalités, des cultures et des techniques propres à ces champs en pleine mutation.

Les services municipaux chargés du domaine de la santé publique sont la plupart du temps les anciens « bureaux municipaux d'hygiène » dont un certain nombre furent créés avant même la publication de la charte de la santé de 1902 qui en généralisait l'existence, et qui ont fait peau neuve à l'occasion de la décentralisation pour devenir les services communaux d'hygiène et de santé en 1983. La décentralisation n'a pas apporté au niveau des villes de compétences particulières en matière de santé et, légalement, les villes qui possédaient un BMH ont conservé les attributions réglementaires qui leur sont attachées. À ces dispositions il convient d'ajouter les conséquences de l'exercice des pouvoirs de police générale conférés aux maires par le code des communes, et dont la définition laisse en fait toute latitude aux élus locaux pour développer des politiques de santé très actives, sous réserve qu'ils en assument la charge.

Un certain nombre de services à vocations sanitaire ou médicale (hygiène scolaire, dispensaires...) créés dans les com-

munes avant leur généralisation nationale, continuent à fonctionner faisant parfois l'objet de subventions de fonctionnement en général sans commune mesure avec la charge supportée par la commune.

La proximité des décideurs, les caractéristiques intrinsèques de la collectivité génèrent des résultats très variables en matière de services de santé communaux.

Les élus locaux sont confrontés depuis ces dernières années à l'apparition ou à l'exacerbation de fléaux sanitaires et sociaux auxquels ils sont obligés de faire face en partenariat ou seuls, acceptant alors délibérément la compétence sans le transfert de charges équivalent.

Parallèlement, la sensibilité croissante à la protection de l'environnement et du cadre de vie fait émerger une culture nouvelle reposant sur une réflexion plus globale, un concept d'écologie urbaine.

Mais si la construction théorique et le discours progressent, il n'en est pas tout à fait de même dans la pratique et le travail transversal se révèle un exercice délicat, fragile, sans cesse remis en cause.

Les champs de compétences obligatoires et les initiatives locales se recomposent actuellement pour répondre aux aspirations formulées, ressenties ou rigoureusement analysées des usagers.

La situation actuelle de la ville de Nantes résulte des considérations précédentes caractérisée par une forte évolution vers une approche globale et communautaire des différents types de problèmes, de l'évolution historique de services, de l'alternance politique et de l'organisation des délégations confiées par le Maire à ses adjoints et de la nature des relations qui s'établissent entre les élus, les agents ayant en charge la mise en œuvre des missions et l'administration générale de la ville.

Évolution historique des services

La ville de Nantes a créé en 1894 son premier « bureau municipal d'hygiène ». Les missions de celui-ci n'ont cessé d'évoluer pour s'adapter à la fois aux compétences légales et à la réalité communale.

Entre les deux guerres, la ville crée un service municipal de santé scolaire délibérément conservé depuis 1945 du fait de la qualité des services rendus et ce malgré la charge financière dont environ 90% revient à la ville.

Aujourd'hui, l'accent est mis sur un département « promotion de la santé en faveur du grand public », pilote des actions transversales diligentées en faveur de l'ensemble de la population et mises en œuvre selon les publics et les thèmes avec les partenaires concernés.

L'alternance politique et l'organisation des délégations confiées aux adjoints par le Maire

Conséquences directes de la nature de la collectivité territoriale, celles-ci entraînent souvent une remise en cause des choix et des moyens, elles ont cependant l'avantage de favoriser les échanges entre les élus et les fonctionnaires et donc de rapprocher les décideurs et les acteurs. Actuellement, la DPESP travaille avec trois adjoints ayant respectivement les délégations « Santé, Prévention » ; « Salubrité et hygiène générale » ; « Environnement dont lutte contre les nuisances sonores ».

Ce découpage des délégations complique sensiblement l'approche globale et la conception complémentaire des actions conduites, pérennise un certain degré de cloisonnement et fragilise la visibilité globale de la Direction perçue comme dispersée et parcellisée. Il est donc nécessaire de rappeler régulièrement le postulat qui a prévalu à la constitution de la direction dans sa structure actuelle en 1990 à savoir que la protection de la qualité du cadre de vie et de l'environnement n'a de légitimité que si sa finalité est exprimée à travers la notion de protection de la qualité de la vie et donc de la santé.

Les relations qui s'établissent entre les élus, le directeur et l'administration générale de la ville sont également déterminantes : l'organisation et la gestion de la direction, les orientations proposées et discutées avec les décideurs s'appuient sur le choix d'une définition active et

participative de la santé conçue comme la capacité de l'homme à s'adapter à son environnement.

La direction se positionne comme un service d'aide à la décision, y compris dans le domaine strictement réglementaire, ce qui se concrétise par une relation étoffée et soutenue entre les décideurs et les acteurs locaux, une analyse des besoins exprimés par l'intermédiaire des élus, et une définition conjointe de programmes sur propositions des techniciens, suivie d'évaluations de la pertinence des choix et des actions.

À Nantes, la direction est confiée à un médecin de santé publique dont les fonctions sont à la fois d'être le conseiller technique et scientifique du maire dans le champ de compétences qui lui a été défini et le manager d'une direction regroupant 50 agents très qualifiés et très responsabilisés.

Certains travaux épidémiologiques tels que l'élaboration et la mise à jour d'un tableau de bord de la population nantaise sont préférentiellement confiés à l'Observatoire régional de la santé dans le souci d'éviter les redondances et de maintenir des liens fonctionnels solides entre les deux structures.

Le rôle de la direction, fortement déterminé par les moyens financiers et humains attribués, consiste surtout à intervenir comme initiateur et pilote d'opérations dont la pérennité reposera ensuite sur des acteurs-relais, la direction n'intervenant plus alors que pour vérifier la poursuite des actions, veiller au maintien de la qualité des messages et évaluer les résultats sur le court et le long terme. Des actions ponctuelles à forte visibilité médiatique mais à faible rendement auprès de publics cibles, complètent ces interventions.

La direction de la santé doit en outre se positionner activement comme un partenaire obligé mais non exclusif et négocier une place qui n'est pas toujours implicite, notamment dans les dispositifs mis en place pour faire face aux conséquences de la dégradation de la situation socio-économique.

Organisé autour de deux départements principaux : « hygiène du milieu, cadre

de vie » et « santé publique », le travail de la direction obéit à un objectif fondamental de prévention primaire, privilégiant l'information a priori, l'éclaircissement et la simplification des procédures pour les usagers, la complémentarité des interventions avec les partenaires institutionnels et associatifs.

La thématique forte qui prévaut actuellement dans l'organigramme permet aux différents responsables de s'inscrire clairement dans un secteur, tout en s'efforçant de bâtir les actions dans une démarche globale et transversale.

En conclusion, la politique développée à Nantes dans le domaine de la protection de l'environnement et de la santé publique s'inscrit dans une longue évolution historique. Elle traduit l'attention accordée par les élus à l'évolution locale urbaine et sociale, à la transformation des sensibilités et des cultures et la volonté d'y apporter des réponses globales.

L'incitation à la démarche partenariale y est particulièrement forte impulsant une forte dynamique de réseau, concrétisée notamment par l'adhésion de la ville de Nantes au réseau cités-santé de l'Organisation mondiale de la santé.

Elle résulte aussi de la complémentarité des points de vue entre le pôle politique et les techniciens qui interviennent à la fois au niveau de l'aide à la décision et de l'exécution des programmes retenus. ■

Docteur Véronique Héraud

Directeur du service de l'environnement et de la santé publique de Nantes, Présidente de l'Association nationale des médecins directeurs de services communaux d'hygiène et de santé



S

E

X

E

N

N

A

Sommaire

- XXX Répartition des communes
- XXXVII Indicateurs *ville en santé*
- XXXI Livre I du code de la santé publique
- XXXVIII Les contrats ville dans le XI^e Plan
- XXXII Circulaire sur les règles d'hygiène
- XL Bibliographie Adresses utiles

Répartition des communes par régions et strates démographiques

Nombre de communes par strates démographiques

Régions (France métropolitaine)	<1 000	1 000-5 000	5 000-20 000	20 000-50 000	50 000-100 000	>100 000	Total
Alsace	612	245	36	3	1	2	899
Aquitaine	1 818	388	62	18	3	1	2 290
Auvergne	1 068	208	28	5	0	1	1 310
Bourgogne	1 795	201	39	7	1	1	2 044
Bretagne	625	563	72	5	2	2	1 269
Centre	1 413	361	58	6	2	2	1 842
Champagne-Ardenne	1 762	144	22	5	2	1	1 936
Corse	323	33	2	1	1	0	360
Franche-Comté	1 615	147	20	2	1	1	1 786
Île-de-France	634	319	186	116	24	2	1 281
Languedoc-Roussillon	1 179	305	53	4	1	3	1 545
Limousin	616	115	14	1	0	1	747
Lorraine	1 946	302	76	9	1	1	2 335
Midi-Pyrénées	2 653	308	49	7	1	1	3 019
Nord - Pas-de-Calais	954	413	151	25	5	1	1 549
Basse-Normandie	1 575	208	25	5	0	1	1 814
Haute-Normandie	1 172	197	42	8	0	2	1 421
Pays de la Loire	868	550	74	6	3	3	1 504
Picardie	1 975	278	32	5	2	1	2 293
Poitou-Charentes	1 136	298	24	4	3	0	1 465
Provence - Alpes-Côte-d'Azur	573	254	102	25	5	4	963
Rhône-Alpes	1 996	710	140	26	3	4	2 879
Nombre de communes	28 308	6 547	1 307	293	61	35	36 551
Nombre d'habitants	9 344 545	13 391 165	12 060 375	9 103 113	4 114 819	8 601 138	56 615 155
	16,51 %	23,65 %	21,30 %	16,08 %	7,27 %	15,19 %	
		34 796 085			21 819 070		
		61,46 %			38,54 %		

Source recensements et état civil, 1990

Livre I du code de la santé publique

Liste des articles mentionnant le maire, ses services, ou le conseil municipal, ou bien le département

Art. L 2	pouvoir réglementaire des maires	Art. L 33	possibilité pour la commune de percevoir une redevance pour le raccordement d'un immeuble au réseau d'assainissement	nicipal et observation du maire sur un arrêté préparé par le préfet déclarant l'insalubrité de locaux d'habitation	
Art. L 3	possibilité pour les communes de s'associer	Art. L 34	intervention de la commune pour mise en service d'égouts	Art. L 43-1	avis du maire avant injonction du préfet à propos de locaux présentant un danger pour la santé ou la sécurité de leurs occupants
Art. L 14	mesures de désinfection mises à exécution par les soins de l'autorité municipale pour les villes de 20 000 ha et plus par les soins d'un service départemental pour les autres.	Art. L 35-1	contrôle par la commune de la conformité des installations (égouts)	Art. L 44	mise en demeure d'une commune d'effectuer des travaux d'assainissement, en cas de mortalité excessive liée à un problème d'assainissement
Art. L 17	arrêté du maire pour constater l'urgence en cas d'épidémie	Art. L 35-3	possibilité pour la commune d'intervenir d'office	Art. L 48	infractions constatées par des officiers et agents de police judiciaire
Art. L 22	responsabilité de la « collectivité intéressée », avec le concours du bureau d'hygiène, dans le contrôle de qualité de l'eau potable distribuée.	Art. L 35-4	possibilité pour la commune de se faire verser par le propriétaire une partie de frais d'installation	Art. L 50	services départementaux de vaccination
Art. L 25-2	obligation de déclaration à la mairie de l'ouverture ou de l'aménagement d'une piscine ou baignade ouverte au public	Art. L 35-8	autorisation donnée par « la collectivité » propriétaire pour le déversement d'eaux usées		
Art. L 26	conclusion du « directeur du service municipal chargé de l'hygiène de l'habitation », quant à l'insalubrité d'une habitation	Art. L 35-10	accès des agents du service d'assainissement aux propriétés privées pour contrôle		
Art. L 28	constatation par le maire (ou « l'autorité sanitaire ») que les mesures appropriées ont été prises pour remédier à l'insalubrité d'un immeuble.	Art. L 36	possibilité pour la commune de provoquer la déclaration d'insalubrité d'un immeuble, d'un groupe d'immeubles, d'un îlot ou d'un groupe d'îlots		
Art. L 30	saisie par le maire du juge des référés pour autoriser l'exécution d'office de travaux	Art. L 37	insalubrité « dénoncée » par une délibération du conseil municipal		
		Art. L 40	saisie par le maire, ou à défaut le préfet, du juge des référés pour autoriser l'exécution d'office de travaux		
		Art. L 42	délibération du conseil mu-		

NB Cette liste tout en étant exhaustive par rapport au titre I du CSP n'est qu'indicative par rapport aux compétences du département et de la commune. Quant à la commune, notamment, il convient de garder à l'esprit que : l'intervention du maire parfois mentionnée l'est au titre des attributions qu'il exerce en tant que représentant de l'État ; que le code des communes contient de nombreuses références également à ses attributions en matière de salubrité publique.

Règles d'hygiènes

Circulaire du 14 juin 1989

Circulaire DGS/PGE/1B n°927 du 14 juin 1989
Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale

à

Messieurs les préfets des régions
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales,
Madame et Messieurs les préfets des départements
Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

OBJET : Règles d'hygiène : Application des dispositions des articles L 1, L 2, L 48, L 49, L 772 du code de la santé publique.

Dans le domaine des règles d'hygiène, les lois de répartition des compétences ont eu pour objectifs essentiels :

- de mettre fin aux financements croisés entre l'État et les collectivités locales (départements et communes) pour le fonctionnement des services chargés du contrôle des règles d'hygiène ;
- de donner clairement à l'État compétence en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène sans préjudice de l'application d'autres législations spéciales et des pouvoirs reconnus aux autorités locales ;
- de donner une valeur juridique plus forte aux règles d'hygiène en substituant aux règlements sanitaires départementaux, pris par arrêté des préfets, des décrets en Conseil d'État pouvant être complétés par des arrêtés préfectoraux ou municipaux.

Les modifications du code de la santé publique adoptées en conséquence ont touchés les articles L 1, L 2, L 49 et L 772 et ont suscité quelques incertitudes dans l'application des règles d'hygiène. Aussi ai-je saisi le Conseil d'État sur la manière dont il convenait d'interpréter le nouveau système juridique ainsi mis en place.

Vous trouverez en annexe le rappel des arti-

cles modifiés du code de la santé publique avec leurs références législatives, l'avis du Conseil d'État du 8 novembre 1988 et la liste des services communaux d'hygiène et de santé relevant du 3^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique.

Sous réserve de l'appréciation souveraine des juridictions compétentes, la présente circulaire a pour objet de rappeler tout d'abord le cadre général dans lequel interviennent les règles d'hygiène et particulièrement le contrôle de ces règles ; elle explique ensuite, les conditions du contrôle de l'application des règles d'hygiène, en précisant les caractéristiques du système relevant notamment des articles L 1, L 2, et L 49 du code de la santé publique, la combinaison des polices et la mise en pratique du contrôle.

I- CADRE GÉNÉRAL DES RÈGLES D'HYGIÈNE

Après un rappel du schéma d'élaboration et de mise en œuvre des règles d'hygiène, le contrôle administratif et technique de ces règles est détaillé.

I-1. ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE DES RÈGLES D'HYGIÈNE

Le schéma général d'élaboration et de mise en œuvre des règles d'hygiène peut être décrit de la manière suivante :

- 1) L'intervention en matière d'hygiène s'effectue dans le cadre de la politique générale de santé et a pour objectif de réduire le plus possible les taux de mortalité et de morbidité afférents aux maladies ou troubles pouvant être liés aux milieux de vie de l'homme ou aux milieux en contact avec lui. Si cette intervention doit être curative dans certains cas, la priorité doit être donnée à la prévention. C'est à cette fin notamment, que des règles d'hygiène sont définies pour que, en agissant sur les milieux,

on puisse empêcher ou faire cesser des effets défavorables sur la santé des populations.

2) Les règles d'hygiène revêtent généralement un caractère contraignant ; elles sont définies par la législation et la réglementation.

Elles sont établies à différents niveaux :

- au niveau ministériel ou interministériel pour les règlements pris en application du code de la santé publique, ou en application d'autres lois ;
- au niveau préfectoral pour les arrêtés pris en application de textes législatifs ou réglementaires nationaux, notamment de l'article L 2 du code de la santé publique, de l'article L 131-13 du code des communes ou de l'article 34 de la loi n°82-213 du 2 mars 1982 ;
- au niveau municipal en application de l'article L 2 du code de la santé publique, ou en application de l'article L 131-2 du code des communes ou dans le cadre d'autorisations particulières prises en application de lois, notamment autres que celles figurant dans le code de la santé publique.

À côté des règles d'hygiène obligatoire, des recommandations pourront être émises à différents niveaux ou par certains organismes ou experts. Elles ne peuvent avoir de valeur juridique contraignante que par le biais de la jurisprudence.

3) Les règles d'hygiène sont mises en œuvre, totalement ou partiellement, par différents acteurs.

4) La vérification du respect des règles d'hygiène est développée dans cette circulaire et la mise en pratique est précisée dans la dernière partie.

5) L'intervention des services d'hygiène ne consiste pas uniquement en la définition de certaines règles et dans leur contrôle administratif ou technique. L'effort est porté sur la prévention notamment par des actions d'éducation sanitaire, de conseil, d'information ou de formation des acteurs concernés.

6) De plus, il ne suffit pas de vérifier au cas par cas le respect des règles d'hygiène. Il faut veiller à ce que les objectifs généraux fixés soient respectés. Ce travail se fait notamment au moyen du traitement des informations recueillies dans le cadre du contrôle quotidien. Il aboutit par exemple à la réalisation de bilans de qualité du milieu ou d'état de santé de la population ou de groupe de populations. De tels bilans permettent de dégager des priorités d'action, pour l'État ou pour différents organismes, notamment dans la répartition des aides financières. Ils contribuent également à l'évolution des règles d'hygiène. Ils permettent de répondre à des demandes d'informations extérieures notamment en provenance de la Commission des Communautés européennes au titre de directives ou de décisions particulières.

Pour que puisse être assuré ce deuxième niveau de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, les services communaux d'hygiène et de santé visés au 3ème alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique doivent fournir les informations nécessaires au représentant de l'État dans le département.

I-2. LE CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DES RÈGLES D'HYGIÈNE : DÉFINITION ET SERVICES SPÉCIALISÉS

Il convient d'abord de préciser le contenu de la notion de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, mentionné dans l'article L 49 du code de la santé publique avant d'examiner quels sont les services spécialisés dans le contrôle de ces règles.

1) DÉFINITION DU CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DES RÈGLES D'HYGIÈNE

Le contrôle permet d'assurer le respect des règles d'hygiène pour maintenir et améliorer la santé publique.

Le contrôle administratif et technique se présente sous un triple aspect : le contrôle global des objectifs sanitaires, la vérification des règles d'hygiène et la répression ; ces deux derniers aspects constituant le contrôle de l'application des règles d'hygiène.

Les trois aspects du contrôle peuvent être examinés successivement en fonction de l'objectif poursuivi et du type d'action mené. Des exemples de contrôle administratif et technique sont donnés pour chaque aspect.

a) Le contrôle global des objectifs sanitaires

Ce contrôle peut être défini comme un suivi continu de l'évolution de la santé de la population par rapport aux buts de santé et au respect des règles d'hygiène. Ce contrôle permet de prévenir l'émergence de risques ou de dangers pour la santé publique et d'éviter leur propagation, par exemple d'une partie du territoire à une autre.

Les types d'actions mis en œuvre pour le contrôle global des objectifs sanitaires sont notamment : la mise en place d'indicateurs sanitaires, le recueil des données et leur analyse, la cartographie des risques, la coordination des objectifs et des actions, le redéploiement des moyens en cas de carence ponctuelle, la synthèse des informations sanitaires, particulièrement pour faire face aux situations d'urgence.

À propos du caractère administratif de ce contrôle global des objectifs sanitaires on peut citer : le groupement et la synthèse des mesures de qualité des eaux de baignades (en mer, en rivière, en piscine) et des eaux destinées à la consommation humaine, la transmission et la synthèse des déclarations de maladies et des cas d'intoxications oxycarbonées, l'analyse des données épidémiologiques, les protocoles de signalisation des situations d'urgences, etc. Le contrôle technique quant à lui est constitué par exemple, de l'analyse des données, des études épidémiologiques et de la synthèse de la répartition des risques.

Cette activité qui nécessite une vue d'ensemble, continue et globale de la situation sanitaire à partir des données locales, est effectuée par l'État aux différents niveaux de suivi des objectifs.

b) La vérification des règles d'hygiène

Cette vérification a pour objet de s'assurer que la mise en place et le fonctionnement d'installations ou de systèmes, ainsi que les pratiques et les comportements sont conformes aux règles d'hygiène.

Les types d'actions caractérisant cette surveillance sont notamment les enquêtes, les analyses, les examens sur dossiers ou sur place, le traitement des plaintes et toutes autres vérifications.

Le contrôle administratif est constitué notamment de l'instruction et du suivi des dossiers, du renouvellement d'agrèments, de l'envoi de rapports et d'analyses périodiques, de la vérification de l'affichage de mesures.

Le contrôle technique se traduit par des actions telles que des mesures avec appareillages spécialisés, l'exécution d'analyses, la vérification de la qualité, des conditions techniques et des conditions d'exploitation.

Ces actions sont effectuées sur le terrain, en relation directe avec les usagers et exploitants, par les services d'hygiène du milieu départementaux ainsi que par les services communaux d'hygiène et de santé, suivant les compétences reconnues à ces derniers par l'article L 772 du code de la santé publique.

c) La répression

L'objet de la répression est de faire cesser une nuisance ou un risque pour la santé et de faire mettre les systèmes en conformité avec les règles d'hygiène.

Les types d'actions possibles pour assurer la répression sont les procès-verbaux en vue de sanctions pénales et le rappel des prescriptions.

Le contrôle administratif se traduit notamment par le rappel des règles aux contrevenants et le constat d'infraction.

À propos du contrôle technique, on peut citer l'indication des objectifs à atteindre pour la mise en conformité et le contrôle après travaux.

Ces actions sont effectuées par les services qui assurent la vérification des règles d'hygiène.

2) LES SERVICES SPÉCIALISÉS CHARGÉS DU CONTRÔLE

Il s'agit ici des services spécialisés en matière sanitaire : les services d'hygiène du milieu des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales et des services communaux d'hygiène et de santé. D'autres personnes sont aussi chargées de ce contrôle, notamment au titre d'officiers ou agents de police judiciaire.

a) Les services d'hygiène du milieu des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Le contrôle administratif et technique ne constitue qu'une partie des activités des services d'hygiène du milieu des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales. En effet, les missions de ces services comprennent également la participation à l'élaboration des règles, l'éducation pour la santé, la prévention, l'aide et le conseil en matière sanitaire.

Les services d'hygiène des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales sont donc les services spécialisés, répartis sur l'ensemble du territoire, compétents en matière d'hygiène du milieu et notamment en ce qui concerne le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène qui appartiennent à l'État en vertu des dispositions de l'article L 49 du code de la santé publique.

Toutefois, d'autres services spécialisés, les services communaux d'hygiène et de santé, ont une compétence locale.

b) Les communes disposant d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS)

Dispositions concernant toutes les communes possédant un service communal d'hygiène et de santé :

L'article L 772 du code de la santé publique dispose notamment que « les services communaux d'hygiène et de santé sont chargés, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique énumérées, notamment, au titre 1er du livre 1er du code de la santé publique et relevant des autorités municipales ». Dans son avis du 8 novembre 1988 le Conseil d'État souligne en particulier que le

contrôle des règles fixées par les arrêtés municipaux prévus à l'article L 2 « est attribué sous l'autorité du maire, aux services communaux d'hygiène et de santé, en application du deuxième alinéa de l'article L 772 ».

Dispositions concernant les communes possédant un service communal d'hygiène et de santé visé par le 3^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique :

Le 3^e alinéa de l'article L 772, résultant de la loi du 29 décembre 1983 modifiée, dispose que les services communaux d'hygiène et de santé qui, à la date du 1^{er} janvier 1984, exerçaient effectivement des attributions en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène continuent d'exercer ces attributions par dérogation à l'article L 49. Les communes concernées reçoivent la dotation générale de décentralisation correspondante. Ainsi les communes figurant sur la liste jointe en annexe continuent d'exercer les attributions qui étaient leurs avant le 1^{er} janvier 1984 et perçoivent les financements nécessaires. Les maires concernés continuent donc d'agir au nom de l'État pour les attributions exercées par leurs services communaux d'hygiène et de santé dans le cadre du 3^e alinéa de l'article L 772.

Le conseil d'État dans son avis du 8 novembre 1998, précise le rôle du Préfet en indiquant que « le troisième alinéa de l'article L 772 n'exclut pas la possibilité, pour le représentant de l'État, de faire usage des pouvoirs définis par l'article L 49 lorsqu'un service communal d'hygiène et de santé fait preuve de carence dans l'exercice des attributions qu'en vertu dudit alinéa il a conservé ».

Cela implique donc que les représentants de l'État veillent à ce que le contrôle de l'application des règles d'hygiène dans ces communes soit correctement assuré pour la protection efficace de la santé publique. A ce effet, les préfets devront disposer, d'une manière continue, des diverses informations et données permettant d'assurer le contrôle global des objectifs sanitaires et notamment la coordination des actions menées, l'information immédiate des situations d'urgence, la connaissance des attributions qui ne seraient assurées que partiellement ou pas du tout.

II - APPLICATION DES RÈGLES D'HYGIÈNE : CARACTÉRISTIQUES DU CONTRÔLE, COMBINAISON DES POLICES, MISE EN PRATIQUE

Le contrôle de l'application des règles d'hygiène s'exerce par référence au cadre juridique existant, mis en place par les articles L 1, L 2 et L 49 du code de la santé publique et constitué également par d'autres polices.

Il faut d'abord définir les caractéristiques du

système juridique mis en place notamment par les articles L 1, L 2 et L 49 du code de la santé publique avant d'examiner la combinaison des diverses polices et de préciser enfin la mise en pratique du contrôle de l'application des règles d'hygiène.

II-1. LE SYSTÈME JURIDIQUE ISSU DES DISPOSITIONS DES ARTICLES L 1, L 2, L 48, L 49 ET L 772 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Il s'agit d'une police spéciale, dont est chargée le Préfet et dans certains cas le Maire, qui conduit à différentes décisions réglementaires et dont il convient de faire assurer le respect.

1) LA POLICE SPÉCIALE INSTAURÉE PAR LES ARTICLES L 1, L 2, L 48, L 49 ET L 772 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Une police spéciale se caractérise notamment par un champ d'application bien défini, des compétences particulières données à des autorités de police, des agents spécialisés pour le contrôle et des sanctions plus élevées que celles prévues par la police générale.

La police relative aux règles générales d'hygiène constitue une police spéciale, en effet :

- l'article L 49, issu de la loi du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, fixe le principe selon lequel le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène appartient à l'État ;

- les règles générales d'hygiène sont fixées, notamment dans les matières énumérées à l'article L 1, par des décrets en Conseil d'État après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Comme l'indique le Conseil d'État dans son avis cité du 8 novembre 1988, « l'article L 2 du même code donne compétence aux préfets et aux maires pour prendre des arrêtés complétant les dits décrets par des dispositions particulières destinées à renforcer la protection de la santé publique dans leur département ou leur commune » ;

- l'article L 48 énumère précisément les agents chargés de constater les infractions à ces règles d'hygiène. Ces infractions sont punies de l'amende prévue pour les contraventions de 3^eme classe, et de 4^eme classe en cas de récidive ;

- le Conseil d'État, dans son avis du 8 novembre 1998, précise que « les autorités de police peuvent prendre des mesures pour assurer le respect des règles d'hygiène ainsi fixées dans les conditions mêmes où elles intervenaient pour l'application des règlements sanitaires prévus par les dispositions antérieures du code de la santé publique ».

- l'article L 772 fixe les attributions des services communaux d'hygiène et de santé en assurant une continuité d'attribution à ceux d'entre eux qui exerçaient effectivement des

activités avant le 1^{er} janvier 1984.

2) LES AUTORITÉS CHARGÉES DU CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES RÈGLES D'HYGIÈNE

L'État assure le contrôle de l'application des règles d'hygiène prévues par le titre 1^{er} du livre 1^{er} du code de la santé publique, comme le confirme le Conseil d'État dans son avis du 8 novembre 1998, à l'exception des règles qui relèvent des autorités municipales ; c'est le cas des dispositions prévues dans les arrêtés municipaux relevant de l'article L 2, le contrôle de ces règles est alors attribué, sous l'autorité du maire, aux services communaux d'hygiène et de santé en application du 2^e alinéa de l'article L 772. Le cas particulier des services communaux d'hygiène et de santé relevant du 3^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique a été abordé ci-dessus.

Le contrôle de l'application des règles d'hygiène, relevant du titre 1^{er} du livre du code de la santé publique, se répartit donc comme suit :

L'État (Préfet) contrôle l'application :

- des prescriptions générales contenues dans les décrets en Conseil d'État prévus par l'article L 2 de ce même mode ;
- des autres prescriptions particulières contenues dans les arrêtés préfectoraux prévus par l'article L 1 du code de la santé publique ;
- des autres prescriptions prévues par le titre 1^{er} du livre 1^{er} de ce code et ne relevant pas des autorités municipales.

Le maire contrôle l'application :

- des prescriptions particulières contenues dans les arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2 du code de la santé publique ;
- des prescriptions relevant des autorités municipales dans le titre 1^{er} du livre 1^{er} du même code :

- les déclarations des piscines et baignades (article L 25-2) ;

- les dérogations au décret du 1^{er} octobre 1961 relatif au raccordement à l'égout (article L 33) ;

- l'autorisation de déversement des eaux usées, autres que domestiques, dans les égouts publics (articles L 35-8).

Par ailleurs, les attributions en matière de vaccination et de désinfection sont réparties entre le Conseil et les communes selon les dispositions des articles L 14, L 50 et L 772 du code de la santé publique.

3) LES DÉCISIONS RÉGLEMENTAIRES DOIVENT RESPECTER UNE HIERARCHIE

L'ensemble juridique mis en place prévoit que diverses autorités prennent les textes réglementaires tout en respectant le principe de non contradiction du texte de l'autorité supérieure (arrêt du Conseil d'État TASTET et HOURQUEBIE du 3 janvier 1962). Ainsi les arrêtés préfectoraux, pris en application de l'article L 2 du code de la santé publique, peuvent seule-

ment prévoir des dispositions particulières destinées à renforcer la protection de la santé publique dans le département, uniquement dans les matières relevant du champ d'application des décrets prévus par l'article L 1 de ce code, et bien entendu à condition que ces décrets existent. Il en est de même pour les maires qui, dans les arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2, ne peuvent que renforcer, comme les préfets, les dispositions des décrets de l'article L 1 et ne doivent pas contredire les arrêtés préfectoraux.

Il en résulte que le préfet peut seulement prendre des décisions plus rigoureuses que les décrets prévus par l'article L 1 et que le maire ne peut que renforcer les dispositions des décrets et de l'arrêté préfectoral (arrêté du Conseil d'État Association des amis du site de Clagny du 11 octobre 1963).

La hiérarchie des décisions réglementaires des articles L 1 et L 2 s'établit donc comme suit par ordre décroissant d'importance :

a) Décrets en Conseil d'État en application de l'article L 1 du code de la santé publique pris par le Premier Ministre ;

b) Arrêtés préfectoraux en application de l'article L 2 du code de la santé publique, pris par les préfets ;

c) Arrêtés municipaux en application de l'article L 2 du code de la santé publique, pris par les maires.

4) LE RESPECT DES RÈGLES D'HYGIÈNE

L'autorité de police chargée du contrôle de l'application des règles d'hygiène est compétente pour faire respecter la réglementation. Ainsi, les divers agents chargés, au nom de l'État, de vérifier l'application des textes, peuvent adresser aux contrevenants des correspondances et rappels, dressent procès-verbal et saisissent les tribunaux ; ils informent les maires concernés de la nécessité de faire mettre en conformité les situations ne respectant pas ces règles.

Les maires en vertu de leur pouvoir de police générale prennent des mesures individuelles pour faire respecter les règles d'hygiène. En cas de carence, le préfet en vertu également du pouvoir de police générale intervient au titre de l'article L 131-13 du code des communes comme indiqué dans le chapitre suivant concernant la combinaison des polices.

II-2. LA COMBINAISON DES DIVERSES POLICES : POLICES GÉNÉRALES ET POLICES SPÉCIALES

Les diverses polices se combinent entre elles ; après l'énoncé du principe, sont examinées successivement : l'application de la police spéciale relevant des articles L 1, L 2 et L 49, les autres polices et le cas particulier concernant le bruit.

1) LE PRINCIPE DE LA COMBINAISON DES

POLICES

L'ensemble juridique évoqué précédemment instaure une police spéciale, mais n'entraîne pas le dessaisissement des autorités de police générale. Ainsi, le maire reste titulaire de son pouvoir de police générale (arrêt du Conseil d'État LEGRAND et LAGREZE du 10 mai 1954) et « l'habilitation donnée au maire par l'article L 2 du code de la santé publique ne fait pas obstacle à ce que le maire puisse, notamment en l'absence de décret en Conseil d'État pris en application de l'article L 1 de ce code, faire usage des pouvoirs qu'il tient de l'article L 131-2 du code des communes pour prendre des mesures destinées à protéger la santé publique dans sa commune. Le préfet peut également intervenir à cette fin dans les conditions prévues par l'article L 131-13 du même code » (avis du Conseil d'État du 8 novembre 1988).

2) L'APPLICATION DE LA POLICE SPÉCIALE DES ARTICLES L 1, L 2, L 49 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Il résulte notamment de ce principe que le respect des règles d'hygiène est assuré par les autorités suivantes :

Par le préfet :

- vérification, contrôle et verbalisation au titre de la police spéciale (article L 49 et L 1 du code de la santé publique) application des décrets de l'article L 1 et des arrêtés préfectoraux de l'article L 2 ;

- mesures individuelles et verbalisation au titre de la police générale : article L 131-13 du code des communes (substitution)

Par le maire :

- application des arrêtés municipaux prévus par l'article L 2 du code de la santé publique au titre de la police spéciale qui lui est conférée par cet article ;

- application d'éventuels arrêtés municipaux qui pourraient être pris en application de l'article L 131-2 du code des communes (police générale).

Il est à noter que les infractions aux arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2 du code de la santé publique sont passibles de l'amende prévue pour les contraventions de 3^e classe, alors que les infractions aux arrêtés municipaux pris en application de l'article L 131-2 du code des communes sont passibles de l'amende prévue pour les contraventions de 1^{ère} classe.

3) LES AUTRES POLICES CONCERNANT L'HYGIÈNE

a) Police spéciale du titre 1^{er} du livre du code de la santé publique

En dehors des prescriptions prévues par les articles L 1 et L 2 du code de la santé publique, le titre 1^{er} du livre 1^{er} de ce code répartit entre le maire et le préfet diverses compétences touchant notamment l'eau et la salubrité de l'habitat. Au sein d'une police spéciale, les empiètements réciproques des autorités sont sanction-

nés par la juridiction administrative (arrêt du Conseil d'État Société la Brasserie de Vezelize - MOREAU ET CIE du 23 décembre 1941).

b) Autres polices que celles prévues par le titre du 1^{er} livre 1^{er} du code de la santé publique

D'autres polices, spéciales ou générales, sont applicables en matière d'hygiène telles que : le contrôle sanitaire aux frontières - articles L 52 et suivants du code de la santé publique -, le contrôle dans certains établissements (restaurants, débits de boissons, coiffeurs, manucures...) - articles L 140 et suivants du même code -, le contrôle des jouets et amusettes - articles L 143 et suivants du même code.

Par ailleurs certaines règles concernant l'hygiène ne sont pas incluses dans le code de la santé publique et concernent par exemple l'hygiène alimentaire et les inhumations.

4) CAS PARTICULIER DES POLICES CONCERNANT LE BRUIT

Le décret n° 88-523 du 5 mai 1988 pris en application de l'article L 1 s'inscrit donc parmi les autres textes relatifs au bruit et notamment le code des communes. dans son avis du 8 novembre 1988, le Conseil d'État estime que « les pollutions de toute nature mentionnées au 6° de l'article L 131-2 du code des communes comprennent en particulier certaines atteintes portées à

l'environnement. Elles ne comprennent pas, en revanche, les nuisances sonores, qu'il appartient en règle générale au maire de réprimer en application du 2° de cet article ; dans les communes où la police est étatisée, ce soin incombe à l'État seul en vertu de l'article L 132-8 du même code ».

Pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, le préfet est compétent en vertu de l'article L 181-47 du code des communes, mais les maires peuvent réglementer certaines activités. Pour Paris, c'est le préfet de police qui est compétent en application de l'article L 184-12 de ce même code. Les départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne font l'objet de dispositions particulières en vertu de l'article L 183-1 de ce code.

Pour réprimer le bruit, les maires des communes dont la police n'est pas étatisée disposent à la fois de la police générale en vertu de l'article L 131-2-2 du code des communes et de la police spéciale en vertu de l'article L 2 du code de la santé publique. Par contre, les maires des communes à police étatisée ne disposent pas de l'article L 131-2-2 du code des communes mais ils peuvent prendre et faire appliquer des arrêtés municipaux en vertu des pouvoirs de police spéciale qui leur sont donnés par l'article L 2 du code de la santé publique. Là aussi, comme dans tous les autres cas, les maires peuvent constater les infrac-

tions aux décrets de l'article L 1 au titre de la police spéciale en tant qu'officiers de police judiciaire visés par l'article L 48 du code de la santé publique.

II-3. LA MISE EN PRATIQUE : VÉRIFICATION DU RESPECT DES RÈGLES D'HYGIÈNE

La vérification du respect des règles d'hygiène est effectuée, au cas par cas, dans le cadre du fonctionnement quotidien des services, en cas de plaintes et de réclamations, ou lors de situation d'urgence.

1) DANS LE CADRE DU FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN DES SERVICES :

a) Le contrôle exercé au nom de l'État

Pour les règles fixées en application du code de la santé publique (titre 1^{er} du livre 1^{er}), y compris celles définies dans des arrêtés préfectoraux pris en application de l'article L 2 du même code, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, au nom du préfet, effectue le contrôle administratif et technique au titre de l'article L 49, en tenant compte des situations décrites dans le paragraphe suivant.

Au niveau d'une commune, deux situations peuvent être distinguées :

- la commune dispose d'un service communal d'hygiène et de santé qui exerçait une activité à la date d'entrée en vigueur de la section 4 du titre II de la loi n°83-663 du 22 juillet 1983, soit le 1^{er} janvier 1984 (l'annexe III dresse la liste de ces services).

Ce service continue à effectuer au nom de l'État le contrôle de l'application des règles d'hygiène sur le secteur géographique que constitue la commune ou le groupement de communes, reçoit une contribution de l'État dans le cadre de la dotation générale de décentralisation. De plus ce service exerce les mêmes contrôles, indiqués ci-après, que les services visés au 2^e alinéa de l'article L 772.

- la commune ne dispose pas d'un service communal d'hygiène et de santé ou ce service ne relève pas de l'article 772, 3^e alinéa.

Au titre de l'article L 49, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales effectue le contrôle de l'application des règles d'hygiène dans les communes.

b) Le contrôle exercé au nom de l'autorité municipale

Le maire peut, notamment grâce au service communal d'hygiène et de santé effectuer des contrôles :

- au titre de l'application du 2^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique pour ce qui relève des autorités municipales, notamment les arrêtés pris en application de l'article L 2 de ce code ;
- au titre de son pouvoir de police générale que lui donne le code des communes. Les

règles d'hygiène définies en application du code de la santé publique servent « d'éclairage » au maire pour préciser les notions de salubrité et de santé publique.

c) La concurrence des contrôles

Dans les différents cas, si le contrôle montre que des règles d'hygiène ne sont pas respectées, le préfet ou le maire selon la situation et si nécessaire en utilisant la combinaison des polices, procède à une injonction ou une mise en demeure suivie d'une vérification de la mise en conformité, et/ou dresse procès-verbal.

2) EN CAS DE RÉCLAMATION :

La situation se présente différemment selon que l'intervenant adresse sa réclamation au maire ou au préfet. On considère ici les cas où la réclamation est recevable et où elle ne relève pas d'une procédure judiciaire devant les tribunaux civils.

a) L'intervenant s'adresse au maire qui peut traiter le dossier :

- en tant que responsable de la commune en application :

- du code des communes article L 131-2 ;
- de l'article L 772, 2^e alinéa du code de la santé publique, notamment pour des arrêtés municipaux pris en application de l'article L 2 du code de la santé publique ;

- ou en tant qu'officier de police judiciaire en application de l'article L 48 du code de la santé publique.

Lorsque la commune dispose d'un service communal d'hygiène et de santé visé au 3^e alinéa de l'article L 772 du code de la santé publique, ce service intervient au titre du contrôle de l'application des règles d'hygiène.

b) L'intervenant adresse sa plainte au préfet :

- le dossier peut apparaître relever de la compétence du maire qui a pris un arrêté municipal par exemple en application de l'article L 2 du code de la santé publique. Le préfet transmet cette réclamation au maire pour instruction.
- la réclamation est fondée sur le non respect des règles de salubrité et d'hygiène ; elle peut être adressée au maire pour qu'il la traite au titre de son pouvoir de police générale (L 131-2 du code des communes).
- dans l'un et l'autre des cas, si le maire ne traite pas la réclamation, le préfet peut, en application de l'article L 131-13 du code des communes se substituer au maire.
- le préfet (DDASS) peut directement traiter la réclamation, au titre de son pouvoir de police spéciale, sauf si elle fait référence à un arrêté pris par le maire en application de l'article L 2 du code de la santé publique.

3) SITUATION D'URGENCE :

D'une manière générale la jurisprudence admet qu'en cas d'urgence l'autorité investie des pouvoirs de police générale est habilitée à intervenir même si elle empiète ainsi sur les compétences de police spéciale.

À noter que l'article L 17 du code de la santé publique prévoit ce cas d'urgence et permet au préfet d'agir en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé.

Comme dans d'autres domaines du droit, il peut y avoir, face à certaines situations, possibilité de faire appel à différentes dispositions. Ainsi en matière d'hygiène, peuvent être utilisés les pouvoirs de police spéciale ou ceux de police générale. Si l'emploi de l'une ou l'autre police peut avoir des répercussions sur le fonctionnement des services, dans tous les cas il convient de ne pas perdre de vue l'objectif final qui est celui de la protection de la santé de la population et toutes mesures doivent être prises au niveau local pour assurer la cohérence et l'efficacité des actions.

Vous voudrez bien porter ces informations à la connaissance de Mesdames et Messieurs les Maires, tout particulièrement s'ils disposent d'un service communal d'hygiène et de santé, et me tenir informé des éventuelles difficultés particulières.

Pour le ministre et par délégation
Le directeur général de la santé,
Professeur Jean-François GIRARD

[annexes non reproduites]

NB : attention, en ce qui concerne les polices concernant le bruit, l'article L 132-8 du Code des communes a été modifié depuis cette circulaire (loi du 28 novembre 1990).

Indicateurs villes en santé

Liste des indicateurs

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 1 | Pourcentage de familles sans abri | 18 | Existence d'un groupe stratégique « Ville en santé » |
| 2 | Pourcentage de logements insalubres | 19 | Existence de propositions publiques du maire ou des conseillers |
| 3 | Pourcentage de chômage | 20 | Pourcentage des déchets domestiques qui sont recyclés |
| 4 | Pourcentage de pauvreté | 21 | Pourcentage des personnes se disant engagées activement dans des groupes s'intéressant à la santé, à la justice sociale ou à l'environnement |
| 5 | Nombre de jours par an durant lesquels les niveaux de Nox et de SO ₂ dépassent les normes de l'OMS | 22 | Pourcentage de personnes se considérant en assez bonne ou très bonne santé |
| 6 | Indice de « nuisances » | 23 | Nombre de jours par personnes et par an, durant lesquels les activités normales de la vie ou du travail ont été réduites |
| 7 | Pourcentage de personnes âgées vivant à moins de 10 minutes de marche d'un parc public ou d'un espace libre | 24 | Pourcentage des bébés pesant moins de 2500 grammes à la naissance |
| 8 | Pourcentage de personnes considérant qu'il leur est très difficile d'avoir accès (physiquement) à un centre commercial | 25 | Pourcentage des enfants de 7 ans ayant été vaccinés complètement contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite |
| 9 | Pourcentage de personnes se considérant souvent ou toujours seules | 26 | Taux d'infection aux salmonelles par 1000 personnes par an |
| 10 | Taux de crimes violents par 1000 habitants | 27 | Taux de mortalité (normalisé) par maladies cardiovasculaires |
| 11 | Pourcentage de personnes se considérant assez et très satisfaites de leur travail | 28 | Pourcentage de personnes considérant qu'il fait bon ou très bon vivre dans leur ville |
| 12 | Pourcentage de personnes considérant qu'elles ont un grand ou très grand contrôle sur les conditions qui influencent leur santé et celle de leur famille (si elles en ont une) | 30 | Existence d'une politique municipale visant à favoriser l'accessibilité (physique) pour les handicapés |
| 13 | Pourcentage de personnes qui fument des cigarettes tous les jours | 31 | Pourcentage des personnes indiquant qu'elles connaissent quotidiennement des épisodes d'anxiété, de dépression, de tristesse ou de fatigue excessive |
| 14 | Pourcentage de personnes considérant qu'elles ont une assez grande ou grande estime de soi | 32 | Nombre d'années potentielles de vie perdue (entre les âges de 1 et 70 ans) par 1000 résidents (normalisé) |
| 15 | Pourcentage d'accidents de la circulation liés à la consommation d'alcool | 33 | Taux de mortalité (normalisé par accident de la route) |
| 16 | Pourcentage de personnes se considérant autonomes à l'égard des soins de santé | | |
| 17 | Nombre d'endroits où la consommation de tabac est limitée ou interdite | | |

Regroupement des indicateurs

- | | | |
|---|---|--|
| A | Indicateurs de politique favorables à la santé | 1-2-3-4-5-6-7-8-11-16-18-19-20-21-30 |
| B | Indicateurs d'un environnement favorable à la santé | 2-5-6-7-8-10-20 |
| C | Indicateurs de renforcement de la communauté | 9-12-17-21 |
| D | Indicateurs d'habitudes/compétences personnelles | 13-(14)-16-21 |
| E | Indicateurs d'ajustement des services de santé | 16-24-25 |
| F | Indicateurs objectifs | 1-2-3-4-5-10-15-17-18-19-20-24-25-26-27-30-32-33 |
| G | Indicateurs subjectifs | 6-7-8-9-11-12-13-14-16-21-22-23-28-29-31 |
| H | Indicateurs de santé mentale | 9-11-12-14-21-22-29-31 |
| I | Indicateurs d'effets sur l'état de santé | 13-22-23-24-25-26-27-31-32-33 |

Extrait du rapport de la réunion de Barcelone sur les indicateurs, par le Dr T. Hancock, mars 1987 (traduction libre) dans « ville et santé », OMS, bureau régional pour l'Europe, éditions ENSP, Rennes, 1990, (p. 26 et 27).

Les contrats ville dans le XI^e plan

Dossier ressources

Fiche thématique 1.2, « la santé »

Objectifs

La politique de lutte contre les exclusions développée dans les projets de DSU doit porter — plus largement que cela n'a été le cas jusqu'à présent — attention aux questions de santé et favoriser l'accès des plus démunis au droit à la santé. En effet, bien qu'il n'existe pas à ce jour d'étude nationale territorialisée à l'échelle des quartiers, toutes les études concernant les phénomènes de marginalité de pauvreté ou de précarité portent la santé comme un des principaux indicateurs de ces situations mais aussi comme un des principaux facteurs conditionnant les possibilités des personnes à retrouver une inscription sociale et professionnelle (étude sur les bénéficiaires du RMI, sur les jeunes en insertion...). Si les diagnostics globaux préalables à la définition des projets de DSU se penchent rarement sur les questions de santé, les études-actions finalisées sur ces questions conduites sur certains sites mettent l'accent au delà de l'approche épidémiologique, sur diverses plaintes évoquant une souffrance psychique ainsi que sur l'absence pour les populations d'un réel accès à la santé.

Le droit à la santé doit être entendu en termes de couverture sociale mais aussi en termes de possibilités individuelles de prise en charge de la santé, d'accès culturel à la santé, d'adaptation, de l'éducation à la santé et d'ouverture du système de soins.

La mise en œuvre d'un volet santé dans un projet de DSU doit s'appuyer sur les principes essentiels du DSU que sont la responsabilité politique communale (ou intercommunale) la globalité, le partenariat et l'implication des habitants. Ces principes se traduisent sur ce champ par la nécessité pour la collectivité d'élaborer un projet qui dans sa conception et sa mise en œuvre associe les diverses institutions compétentes en la matière, (État, CPAM, Conseil général). Ce projet doit être le fruit non seulement d'une meilleure articulation des politiques publiques mais aussi de la réflexion sur leurs pratiques par les professionnels du terrain et de l'expression des habitants.

Si cette méthodologie d'approche est commune à l'ensemble des développements d'un projet de DSU, elle peut nécessiter sur le champ de la santé une vigilance particulière étant donné la multiplicité des compétences et le statut spécifique de certains des porteurs de compétences (CPAM) ; étant donné, en outre, la place et le rôle de professionnels libéraux sur ce secteur ; étant donné enfin les diverses connotations de la santé (de la pathologie à l'état de bien être).

Un volet santé dans un projet de DSU doit viser :

1 à la mise en place d'une couverture sociale pour l'ensemble des populations en difficultés. Cette question se traite à l'échelle du département entre CPAM - Conseil général et l'État, mais la

collectivité locale a la responsabilité d'interpeller ces instances non seulement sur l'instauration du système mais aussi sur les délais de régularisation des situations individuelles,

2 à la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé, d'information (système de soins-droits...) et de prévention adaptées aux populations en difficultés donc prenant en compte des éléments spécifiques d'exclusions (illettrisme - mauvaise maîtrise de la langue, références culturelles différentes).

Ces actions devront être plutôt conduites à l'échelle des quartiers afin que soient repérés finement les besoins des habitants. Leur pertinence et leur efficacité repose en outre sur un partenariat effectif.

Un travail particulier doit être conduit avec les services de Protection maternelle et infantile (relevant du Conseil général) quant à l'implantation, l'ouverture, les modes d'accueil des permanences PMI.

Dans le même esprit des actions de prévention et d'éducation peuvent être initiées en relation avec les établissements scolaires dans un objectif de sensibilisation des enfants et à travers eux des parents ; les médecins de santé scolaire ainsi que le comité d'environnement social sont les relais pertinents à l'intérieur de la structure scolaire et devront s'appuyer sur les ressources professionnelles locales,

3 à l'ouverture et à l'adaptation du système de soins à ces populations : réflexion sur la place et le rôle du service hospitalier des urgences, sur le fonctionnement de services maternité pédiatrie... ; réflexion sur l'implantation, l'accès aux structures hospitalières et l'accueil des personnes relevant des équipes de santé mentale. À la mise en œuvre d'actions de formation commune aux professionnels sanitaires et sociaux incluant les libéraux ; pour apporter une meilleure connaissance des problèmes locaux, des réponses mieux adaptées à des questions transversales et un changement de pratiques,

4 à la facilitation de l'insertion dans le parc de logements sociaux des handicapés — notamment mentaux — et de toute autre personne dont la situation ne justifie pas d'un hébergement spécifique ; à la mise en place parallèle de services d'aide à domicile (HAD, services infirmiers et services sociaux...),

5 à la prise en compte des différents facteurs indirects concourant à la santé tels que les qualités urbaines, esthétiques, environnementales ainsi que le désenclavement. En effet les nuisances en termes de bruit, d'hygiène et de transports ont un fort impact sur la santé et se répercutent en termes de fatigue, mal être, découragement et participent à la mauvaise image de soi et du quartier concerné.

Contexte institutionnel

Si la décentralisation a transféré les compétences d'action sociale aux départements, la santé est restée globalement compétence de l'État mais on compte nombre de services qui peuvent relever des uns ou de l'autre, et souvent des deux à la fois.

Il est utile de mentionner :

- le service de promotion de la santé, de l'Éducation nationale (santé scolaire)
- la médecine du travail
- les centres médico-sportifs
- le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme
- les centres de planification familiale
- les centres de santé

ainsi que le rôle d'appui que peut jouer le Comité français d'éducation pour la santé et ses instances locales (CDES).

Enfin, il paraît opportun de préciser qu'au delà des compétences réglementaires, c'est la notion de responsabilité territoriale de la collectivité qui doit fonder son engagement dans l'élaboration d'une politique locale de santé : c'est ce principe que développe le réseau OMS Villes - Santé.

Si dans la définition et la mise en œuvre d'une telle politique, la collectivité locale doit rassembler les acteurs de terrain et s'appuyer sur les réseaux existants, il revient à l'État de coordonner le partenariat institutionnel et financier, support de ces actions ; ce, dans le respect des compétences de chacun mais dans le souci d'une adaptation des dispositifs de droit commun et d'une meilleure articulation des dispositifs de prise en compte de la santé des plus démunis (jeunes, RMI, SDF,...).

Préconisations

Diagnostic

Nécessité d'une réflexion spécifique sur l'aspect diagnostic qui dans le cadre d'un contrat ville doit combiner les deux échelles de la ville et du quartier et viser, au delà d'une lecture santé des territoires, la mobilisation des partenaires :

- à l'échelle de la ville on peut envisager un diagnostic de type épidémiologie qualitative qui privilégie le ressenti et les comportements face à la santé incluant un diagnostic de la réalité de fonctionnement des services : analyse des circuits administratifs concernant le système de soins : accès aux droits ouverts de couverture sociale, fonctionnement des remboursements des avances financières ; analyse du système hospitalier (accueil, soins externes...) ; analyse du fonctionnement sur les questions de santé des CCAS,

- à l'échelle du quartier, un diagnostic plus fin, permet de mieux cerner les besoins et les attentes des habitants et des professionnels du terrain ainsi que les fonctionnements de réseaux.

Il est indispensable de répondre aux attentes : proposition d'un groupe de travail collectif à partir des inquiétudes sur la toxicomanie, ou d'un événement ponctuel type accident du travail ou de la circulation..., mise en œuvre d'une formation dans un service de maternité à partir des difficultés des professionnels confrontés à des pratiques culturelles différentes ou à des difficultés de compréhension liées à l'illettrisme.

Intervention extérieure

Sans doute plus qu'aucun autre domaine, la santé est considérée comme « affaire de spécialistes ». Si l'un des objectifs à poursuivre dans la mise en œuvre d'actions santé est la responsabilisation des individus et la désacralisation du rôle des praticiens, pour autant ce sujet peut justifier d'une intervention spécialisée extérieure en appui au chef de projet et autres intervenants du site, tout au moins dans la phase de réflexion, de définition et de démarrage du projet. L'objectif essentiel de ce type d'intervention peut d'ailleurs être la mobilisation et la mise en réseau des acteurs du terrain soit à travers une étude-action, soit à partir d'une dynamique déjà existante (même si parcellaire ou limitée).

Ces interventions peuvent être assurées par des associations ; les Observatoires régionaux de la santé, les bureaux d'étude, les instances locales du Comité français d'études pour la santé.

Politique locale

Le contrat de DSU constitue en fait une étape et un outil, qui doit permettre de repenser l'action et l'organisation structurelles des partenaires en matière de santé ; la collectivité locale notamment devra conduire une réflexion visant à inscrire formellement une dimension santé dans la politique globale qu'elle conduit et traduire cet objectif dans la définition et la coordination des services municipaux.

Source contrats ville, dossier - ressources, Délégation interministérielle à la ville

Bibliographie

Collectivités locales, jurisprudence générale, Dalloz, Paris, 1987.

Les collectivités territoriales, cahiers français, n° 239, La documentation française, janvier-février 1989.

L'état de la décentralisation, cahiers français, n° 256, La documentation française, mai-juin 1992.

Approche de la santé dans les villes : de l'épidémiologie à la politique municipale, thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Paolo Bercelli, université de Rennes I, UFR, médicales et pharmaceutiques, année 1989/1990.

Villes et santé, Organisation mondiale de la santé, bureau régional pour l'Europe, éditions ENSP, Rennes, 1990.

Les communes s'engagent, journée mondiale de lutte contre le sida, 1er décembre 1992, Agence française de lutte contre le sida.

La ville et les politiques de santé publique, repères et enjeux, délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, RESSCOM, novembre 1992.

Santé et développement social urbain, outils et méthode, santé et communication, GRES 31, délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain.

Santé et développement social urbain en Île-de-France, réalisé par santé et communication, préfecture d'Île-de-France, janvier 1993.

Les contrats de ville du XI^e plan, dossier-ressources, projet, délégation interministérielle à la ville, mai 1993.

Quartier, démocratie et santé, Michel Joubert (dir), Fernando Bertolotto, Patricia Bouhnik, l'Harmattan, collection « logiques sociales », 1993.

Ségolène Chappellon a rédigé ce dossier, Philippe Ferrero l'a mis en forme. Merci à Véronique Héraud, Thierry Dieuleveux et Bertrand Garros pour leur tribune.

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

1, place de Fontenoy
75350 Paris 07
Tél. : 46 62 40 00

Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire

Direction générale des collectivités locales
2, place des Saussaies
75800 Paris
Tél. : 40 07 60 60

Délégation interministérielle à la ville

194, avenue du président Wilson
93217 La Plaine S'-Denis
Tél. : 49 17 46 46

Assemblée des présidents des conseils généraux

20, rue de Vaugirard
75006 Paris
Tél. : 43 29 09 05

Association des maires de France

41, quai d'Orsay
75007 Paris
Tél. : 44 18 14 14

Réseau français des villes-santé de l'OMS

Hôtel de ville
BP 26 A
35031 Rennes cedex
Tél. : 99 28 58 32

Adresses utiles

Textes

24

ACCÈS AUX SOINS

- Accès aux soins des personnes les plus démunies
Circulaire DH/AF1/DAS/RV3/n° 33/93 du 17 septembre 1993
(JO du 28 octobre 1993)

25

SIDA

- Réactifs utilisés pour la recherche des anticorps anti-VIH
Circulaire du 8 septembre 1993
(non parue au JO)

26

SURVEILLANCE

- Relations de l'administration avec le Réseau national de santé publique
Circulaire DGS/VS/93 n° 55 du 25 août 1993
(non parue au JO)

27

TOXICOMANIE

- Réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes gérés par des centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes
Arrêté du 18 août 1993
(JO du 2 septembre 1993)
- «Appartement thérapeutique-relais» des centres spécialisés de soins aux toxicomanes de statut associatif
Arrêté du 15 septembre 1993
(JO du 28 octobre 1993)

TRANSFUSION SANGUINE

- Homologation du règlement de l'Agence française du sang relatif aux bonnes pratiques de prélèvement
Arrêté du 22 septembre 1993
(JO du 8 octobre 1993)
Non reproduit
- Homologation du règlement de l'Agence française du sang relatif à la liste des produits sanguins labiles
Arrêté du 27 septembre 1993
(JO du 19 octobre 1993)
Non reproduit

31

FORMATION

- Formation des pharmaciens inspecteurs de santé publique
Arrêté du 1^{er} octobre 1993
(JO du 20 octobre 1993)
- Organisation et programme des concours de recrutement des médecins inspecteurs de santé publique
Arrêté du 17 septembre 1993
(JO du 8 octobre 1993)
Non reproduit

ACCÈS AUX SOINS

Circulaire DH/AF1/DAS/RV3/
n° 33/93 du 17 septembre 1993
relative à

l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Le ministre délégué à la Santé à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Directions régionales et inter-départementales de la santé et de la solidarité) [pour information]. Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre et diffusion]. Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements hospitaliers [pour mise en œuvre].

Mon attention a été attirée sur des difficultés intervenues récemment dans certains établissements assurant le service public hospitalier, concernant la délivrance des soins à des personnes résidant de façon permanente sur le territoire national, mais dépourvues de documents attestant d'une prise en charge soit par la sécurité sociale, soit par l'aide médicale.

Ces faits, même s'ils restent exceptionnels, ne sont pas acceptables, car il sont contraires aux obligations du service public hospitalier réaffirmées par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, dont l'article L 711-4 rappelle que les établissements assurant un service public « garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes personnes dont l'état requiert leurs services... »

Ces règles s'appliquent tout particulièrement aux démunis pour lesquels le service public hospitalier est le seul recours.

Ces défaillances dans l'exécution des obligations auquel est tenu le service public hospitalier sont d'autant plus fâcheuses que les garanties apportées aux personnes les plus démunies en matière de soins ont été récemment renforcées.

En effet, la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion à la lutte contre la pauvreté, à l'exclusion sociale et professionnel et le décret n° 93-648 du 26 mars

1993 relative à l'aide médicale et à l'assurance personnelle et modifiant le code de la sécurité sociale, simplifient les procédures, raccourcissent les délais d'instruction et désignent les établissements hospitaliers assurant le service public hospitalier comme lieu privilégié où les intéressés doivent pouvoir faire ouvrir et valoir leurs droits.

L'objet de la présente circulaire est de préciser ce nouveau dispositif de l'aide médicale applicable aux établissements publics de santé notamment au regard de l'accueil des plus démunis.

I L'hôpital est soumis à des obligations de service public

Dans les situations d'urgence, il appartient au directeur de l'établissement de prononcer l'admission après constatation de l'état du malade par un médecin ou un interne de l'établissement, même en l'absence de toute pièce d'état civil ou de tout renseignement relatif aux modalités de prise en charge des frais de séjour.

Hors cas d'urgence, lorsque l'état du patient ne nécessite pas une hospitalisation ou lorsque ce dernier se présente dans l'établissement sans connaître son état réel, il importe qu'il puisse être examiné par un médecin ou un interne qui lui prescrira les soins qui lui sont nécessaires, même s'il est dépourvu de pièces justificatives permettant sa prise en charge ou de moyens financiers.

Je vous rappelle qu'il n'appartient pas aux membres du corps médical de refuser de donner les soins que requiert l'état d'un patient si celui-ci se présente sans prise en charge.

En revanche, il est de leur devoir de diriger ce patient vers les services administratifs plus aptes à guider les intéressés dans leurs démarches et à les aider à faire valoir leurs droits.

Pour faciliter les démarches administratives, je demande à tous les établissements, dont la taille le justifie, d'ouvrir une antenne du service des admissions dans les services d'urgence ou les services de « porte ».

II L'hôpital doit rester un lieu privilégié où les plus démunis peuvent faire valoir leurs droits

La loi n° 92-722 du 29 juillet 1992, le décret n° 93-648 du 26 mars 1993 et sa circulaire d'application

accélèrent et facilitent les délais d'instruction des procédures de prise en charge des plus démunis.

Certes les services administratifs des hôpitaux peuvent diriger les personnes dépourvues de prise en charge vers les organismes compétents, mais les intéressés ne sont parfois pas à même de faire face à de telles situations et, souvent, n'effectueront pas seuls les démarches qui leur ont été conseillées.

Pour remédier à cet état de fait, je demande aux responsables d'établissements :

- de prendre, en application de l'article 44-6 du décret du 26 mars précité, contact avec le représentant de l'État dans le département, les services du conseil général, les centres communaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale et le cas échéant des associations afin de créer par voie de conventions, et d'implanter dans les locaux hospitaliers une cellule d'accueil spécialisée pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leurs droits à un régime de base ou à un régime complémentaire d'assurance maladie ainsi qu'à l'aide médicale. Cette cellule pourrait associer des personnels des organismes précités.

- de proposer aux préfets de conclure des conventions permettant de délivrer des produits pharmaceutiques et des soins en consultations externes aux populations très mouvantes dont l'instabilité sociale et géographique rend vaine toute perspective d'une gestion suivie de leurs droits.

Les dépenses engagées à ce titre par les établissements signataires de ces conventions seront prises en charge au titre de l'aide médicale État. Un modèle indicatif de convention se trouve en annexe 4 de la circulaire du 9 mars 1993 citée en référence.

Je vous demande de bien vouloir d'une part transmettre la présente circulaire aux établissements assurant le service public hospitalier et me tenir informé des difficultés que vous rencontrerez dans son application, d'autre part me communiquer toute information sur les dispositifs spécifiques au bénéfice de ces populations mis en place à ce jour par les hôpitaux de votre circonscription et qui pourraient avoir valeur d'exemple.

J'attacherais du prix à recevoir d'ici la fin de l'année, pour chaque région, un rapport détaillé comportant les mesures prises et les problèmes éventuels rencontrés dans l'application de la présente circulaire.

Le ministre délégué à la Santé,
Philippe DOUSTE-BLAZY
Le ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville,
Simone VEIL

■ SIDA

Circulaire du 8 septembre 1993 relative aux

réactifs utilisés pour la recherche des anticorps anti-VIH

Le ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville à Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information] ; direction régionale et interdépartementale de la santé et de la solidarité) [pour exécution] ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

Dans le souci de garantir en permanence la meilleure qualité possible des réactifs de laboratoire, le ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville a décidé de renforcer la réglementation relative à la qualité des tests et à leur utilisation dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale.

I Les mesures décidées et les recommandations adressées aux biologistes

La réévaluation des performances des tests de dépistage de l'infection à VIH a déjà conduit au retrait de certains d'entre eux le 23 juillet 1993.

Dans le prolongement de ces dispositions, un groupe d'experts désignés par l'Agence du médicament a été réuni. Sur la base des conclusions de ce groupe, il a été décidé les mesures suivantes, dont les industriels et les biologistes ont été informés.

D'une part les critères d'enregistrement des tests rapides seront précisés afin que dès l'enregistrement

ils répondent aux exigences de qualité qui ont été retenues lors de l'évaluation de juillet. Une réévaluation de l'ensemble des tests rapides sur la base de ces critères sera entreprise dans un an.

D'autre part les conditions d'utilisation des tests viennent d'être redéfinies. Les règles suivantes doivent être observées :

- 1° En biologie médicale, le dépistage des anticorps anti-VIH nécessite obligatoirement l'emploi, pour chaque sérum, de deux techniques ou deux réactifs différents. Le dépistage des anticorps anti-VIH ne doit pas se faire avec deux tests unitaires rapides, ni avec deux tests monospécifiques. Il doit donc être effectué :
 - soit avec deux réactifs ELISA mixtes,
 - soit avec un réactif ELISA mixte et un réactif VIH-1 monospécifique,
 - soit avec un réactif ELISA mixte et un test unitaire rapide.
- 2° Le Western-Blot est le seul test de confirmation actuel. Il est rappelé :
 - qu'il s'impose quand les deux tests de dépistage sont positifs ou discordants,
 - qu'il doit être réalisé sur un deuxième prélèvement, différent de celui qui a servi au test de dépistage,
 - la séropositivité n'est établie que lorsque le Western-Blot est positif.
- 3° Deux tests (Elavia AC AB AK 2 et Clonatec HIV 2) jusqu'alors classés parmi les réactifs de dépistage, ont été reclassés parmi les réactifs de différenciation et d'analyses complémentaires. Ils peuvent aider à la distinction entre infection à VIH-1 et VIH-2 mais en aucun cas ils ne peuvent être utilisés comme test de dépistage. Cette nouvelle classification correspond de fait à la pratique en vigueur.

II Information des professionnels de santé et du public

Ces recommandations techniques ne sont pas totalement des mesures nouvelles. En ce qui concerne les tests rapides, elles rappellent officiellement des précautions d'emploi figurant déjà sur les notices des fabricants. Elles renforcent d'autre part la sécurité sanitaire en matière de dépistage dans une démarche de transparence et de réévaluation continues,

applicables à l'ensemble des réactifs. Elles ont été communiquées directement aux biologistes par note dont vous trouverez copie ci-jointe.

Il vous appartient de les porter à la connaissance des consultations de dépistage anonyme et gratuit ainsi que des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens (par l'intermédiaire des ordres professionnels et des syndicats) en leur adressant la présente instruction.

En réponse aux personnes qui s'interrogeraient sur les conséquences des décisions prises, les informations qui suivent peuvent être communiquées.

Si la sensibilité des tests rapides est égale à celle des tests ELISA mixtes, leur interprétation peut être difficile lorsqu'il y a peu d'anticorps, notamment chez les personnes contaminées depuis moins de trois mois. Il faut cependant savoir que, dans la très grande majorité des cas, l'apparition des anticorps a lieu entre six et huit semaines après la contamination.

C'est pourquoi si par le passé un dépistage a pu être effectué avec deux tests rapides et dans un délai inférieur à trois mois suivant la contamination éventuelle, il est conseillé de pratiquer un nouveau dépistage selon les règles établies : un dépistage pratiqué avec deux techniques ou deux réactifs différents, méthode imposée depuis 1988, mais comportant au moins un réactif ELISA mixte.

Les personnes qui se sont soumises à un test de dépistage dans un délai inférieur à trois mois suivant un événement potentiellement contaminant et qui souhaiteraient connaître la nature des tests utilisés lors de ce dépistage peuvent se mettre en rapport avec le laboratoire ayant effectué cet examen ou avec la consultation de dépistage anonyme et gratuit. Le biologiste du laboratoire, en liaison avec le médecin prescripteur, ou le responsable de la consultation de dépistage anonyme et gratuit jugeront de l'opportunité de réaliser un nouveau test.

Des informations peuvent également être obtenues en contactant sida-Info-Service (numéro de téléphone vert gratuit 05 36 66 36).

En conclusion, il est important de noter que seules les personnes qui se

sont soumises à un test de dépistage dans un délai inférieur à trois mois suivant une contamination éventuelle et dont le test a été pratiqué avec deux tests rapides sont concernées par les conclusions du groupe d'experts.

En tout état de cause, cette situation représente un nombre très peu important de personnes et demeurera exceptionnelle.

Le chef de service

Annick MOREL

[Annexes non reproduites]

SURVEILLANCE

Circulaire DGS/VS/93 n° 55 du 25 août 1993 concernant

les relations de l'administration avec le Réseau national de santé publique

Le réseau national de Santé publique (RNSP) a été créé par arrêté du 17 juin 1992 portant approbation de la convention constitutive du groupe d'intérêt public (GIP) réunissant la DGS, la DH, l'ENSP et l'INSERM.

La présente circulaire a pour but de préciser le rôle et l'organisation du réseau ainsi que ses relations avec l'Administration (services déconcentrés et administration centrale).

Le rôle du RNSP auprès de l'administration

Le rôle du RNSP est d'apporter à l'Administration une aide en termes de surveillance¹, d'expertise² ou d'intervention³, en particulier dans les domaines suivants :

- maladies transmissibles ;
- risques sanitaires liés à l'environnement ;

¹ Recueil systématique, analyse et diffusion de données épidémiologiques prédéterminées dans un but d'alerte mais aussi de connaissance et d'évolution.

² Étude et synthèse d'un sujet technique. Analyse d'une situation concrète complexe.

³ Enquête de terrain visant à rechercher la cause ou l'explication d'un phénomène. Action de terrain visant à remédier à un événement.

ronnement ;

- risques iatrogènes à l'exclusion de la pharmacovigilance.

Dans le domaine de la Santé publique, face à des situations et des problèmes de plus en plus complexes, l'exercice des missions de l'Administration nécessite de séparer les fonctions d'aide à la décision des mécanismes de décision.

C'est donc en tant qu'outil d'aide à la décision pour l'Administration qu'a été créé le RNSP et celui-ci n'est pas destiné à se substituer à elle, mais à coordonner les sources d'information et les compétences existant sur l'ensemble du territoire, dans les domaines cités plus haut.

L'organisation du RNSP

Pour jouer ce rôle de partenaire technique soit à l'occasion d'actions ponctuelles, soit pour des actions de longue durée sur des sujets prédéterminés (surveillance de maladies transmissibles par exemple), le RNSP dispose de moyens propres (par mise à disposition) destinés à lui permettre d'assurer une coordination dans le cadre de ses missions.

Ces moyens sont actuellement constitués d'un **centre de coordination** situé au sein de l'hôpital national de Saint-Maurice (14, rue du Val-d'Osne, 94410 Saint-Maurice), unité constituée d'épidémiologistes, d'informaticiens et de statisticiens.

Ce centre de coordination assure l'articulation avec l'Administration. Il a également pour tâche de nouer des relations avec diverses structures publiques ou privées sur lesquelles il devra pouvoir s'appuyer pour l'exercice de ses missions, en particulier les structures qui gèrent une base d'informations épidémiologiques ou qui possèdent une expérience en matière d'intervention de terrain.

C'est ainsi que :

- d'une part, le réseau sera amené à s'associer progressivement avec certaines structures auxquelles l'Administration faisait appel jusqu'alors, dans les domaines désormais confiés au RNSP⁴. Des conventions tripartites

⁴ Centres de référence, Réseau national téléinformatique de surveillance et d'information sur les maladies transmissibles, réseau de toxicovigilance, ORS, etc.

tes (État, RNSP, structure) définiront dans certains cas la nature de ces interrelations ;

- d'autre part, le centre de coordination collaborera activement avec les responsables des actions sanitaires au niveau local (ingénieurs sanitaires et médecins inspecteurs).

Par ailleurs, les fonctions d'expertise du réseau s'effectueront en liaison avec les diverses commissions techniques existantes (Conseil supérieur d'hygiène publique, Comité technique national des infections nosocomiales, Comité technique des vaccinations, Commission nationale de toxicovigilance).

Face à cette organisation qui s'opérera progressivement, la question s'est posée de l'organisation, au niveau de certaines régions, de réseaux régionaux regroupant divers acteurs de Santé publique tant administratifs qu'extra-administratifs. Une telle organisation est souhaitable, ne serait-ce que pour aider à la diffusion des concepts et des méthodes propres à la discipline qu'est la Santé publique et à la mise en commun des compétences. Il n'est toutefois pas possible de lui donner aujourd'hui une forme précise (ni univoque). Celle-ci est en cours d'étude. Le centre de coordination de Saint-Maurice est le mieux à même d'aider les responsables administratifs régionaux à définir la forme de ces projets et leurs liens avec le RNSP. Ces projets, avant d'être finalisés, devront m'être soumis.

Les relations entre le RNSP et l'administration

Le problème de l'articulation du RNSP avec l'Administration se pose à la fois en ce qui concerne sa saisine et en ce qui concerne l'intervention du réseau sur le terrain.

- 1 Concernant la **saisine** pour une action déterminée définie en accord avec lui, elle s'effectuera par écrit directement par le service demandeur auprès du centre de coordination de Saint-Maurice, à l'adresse suivante : 14, rue du Val-d'Osne, 94410 Saint-Maurice, téléphone (1) 43 96 65 00, télécopie : (1) 43 96 65 02.

S'agissant d'un service déconcentré, cette saisine se fera sous l'autorité du préfet. L'administration centrale (DGS, bureau VS 1) en sera aussitôt informée.

Cette saisine ne se substitue pas aux procédures en vigueur qui conduisent le préfet à informer les services ministériels concernés de la survenue d'événements importants susceptibles de mettre en cause leur responsabilité.

Le réseau est également disponible à tout moment pour répondre, dans ses domaines de compétence, à une consultation (pour avis, conseil ou renseignement) qui s'effectuera librement par les mêmes numéros d'appel. Le réseau a d'ailleurs pour mission de développer et de diffuser divers outils méthodologiques (protocoles d'intervention épidémiologique...).

Inversement, tout signalement au réseau d'une information épidémiologique importante, par une autre source qu'un service de l'État, fera l'objet d'une information immédiate à la DDASS (ou aux DDASS) concernée(s) ainsi qu'à la DGS.

2 Concernant l'intervention sur le terrain à la demande d'un service déconcentré, le réseau s'appuiera sur les membres de l'Administration (principalement ingénieurs sanitaires ou médecins inspecteurs de Santé publique). Dans certains cas (en fonction de la nature, de la gravité et de l'extension du problème, ainsi que des ressources disponibles sur le terrain), la mission d'intervention émanera de l'administration centrale.

Pour cette raison, un **comité de liaison DGS-RNSP** sera chargé d'organiser un point hebdomadaire afin de suivre l'activité du réseau, de trouver une solution aux problèmes pratiques qu'elle pourrait soulever et d'arrêter les modalités selon lesquelles les résultats obtenus peuvent être rendus publics.

3 En ce qui concerne le **système de déclaration obligatoire des maladies transmissibles**, la surveillance épidémiologique du sida et de l'infection à VIH est confiée au réseau (par convention entre la DGS et le RNSP). Les documents correspondants devront donc être adressés directement au réseau.

Aucune modification n'est apportée dans l'immédiat au système de déclaration obligatoire pour les autres maladies transmissibles.

Ces dispositions seront amenées à évoluer en fonction de l'expérience acquise et du bilan qui en sera fait

périodiquement. Vous êtes invités à me faire part, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourriez rencontrer dans leur application et de vos suggestions.

Le directeur général de la Santé,
Jean-François GIRARD

TOXICOMANIE

Arrêté du 18 août 1993 relatif aux

réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes gérés par des centres de soins conventionnés spécialisés pour toxicomanes

Le ministre délégué à la Santé,

Arrête :

Art. 1^{er} Les réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes font partie intégrante du dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes conventionné avec l'État. A ce titre, chaque réseau est géré par un centre conventionné spécialisé de soins répondant aux missions définies à l'article 2 du décret n° 92-590 du 29 juin 1992 susvisé et ses activités s'inscrivent dans le projet thérapeutique d'ensemble dudit centre.

Art. 2 L'accueil en famille a pour but de permettre la prise en charge de personnes toxicomanes dans un milieu qui leur donne la possibilité d'accéder à leur autonomie. Cet accueil en famille est organisé par le centre conventionné spécialisé de rattachement. Ce centre informe régulièrement le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales dont il relève du nombre de personnes toxicomanes reçues dans chaque famille suivant les conditions définies à l'article 9 du présent arrêté, ainsi que des modalités de leur accueil.

Art. 3 Peut faire l'objet d'un accueil en famille la personne toxicomane susceptible de retirer un bénéfice d'une prise en charge dans un cadre d'existence familial. Il doit être volontaire et ne plus se trouver dans une phase de dépendance physique.

Art. 4 Les modalités d'accueil et d'action du réseau de familles doivent être adaptées au projet de prise en charge retenu pour chaque toxicomane. L'accueil familial peut intervenir directe-

ment après la période du sevrage physique, ou plus tardivement, voire au cours de la phase de réinsertion professionnelle. Ce choix doit être réfléchi par l'équipe de soins qui suit la personne toxicomane, en fonction de l'état tant physique que psychique de cette dernière et de ses aspirations.

Art. 5 Le responsable du centre spécialisé de soins assure l'organisation et le contrôle des accueils en famille des personnes toxicomanes, conformément aux dispositions fixées par le présent arrêté.

Art. 6 Sauf dérogations accordées par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, les familles d'accueil doivent résider soit dans un rayon de 100 kilomètres autour du centre de soins spécialisés de rattachement, soit à une distance de celui-ci n'excédant pas deux heures de trajet.

Art. 7 Les dérogations ne pourront être accordées qu'aux centres existants et dans les cas suivants :

- lorsqu'une équipe est implantée à proximité du lieu de résidence des familles, permettant le suivi réel de ces dernières ;

- lorsqu'il s'agit de familles ayant elles-mêmes une expérience d'au moins cinq ans dans l'accueil de toxicomanes, les intervenants du centre de soins de rattachement pouvant alors ne réaliser qu'un minimum de quatre visites annuelles pendant les périodes d'accueil.

Art. 8 Les familles volontaires doivent être choisies avec soin, suivant la compréhension du rôle qu'elles devront assumer et les conditions matérielles d'hébergement qu'elles peuvent offrir. Ce choix est garanti par le responsable du centre qui veille à la formation de ces familles. L'identité de chaque famille est communiquée pour avis au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales compétent qui vérifie que les conditions posées aux articles 6, 7 et 9 du présent arrêté sont bien remplies et que la famille s'est engagée à respecter le règlement intérieur.

Art. 9 Chaque famille d'accueil ne peut héberger plus de deux toxicomanes à la fois, sauf dérogation du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Dans le cas où la famille est agréée pour l'accueil de plusieurs types de populations (malades mentaux, aide

sociale à l'enfance, personnes âgées...), il revient au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du lieu d'implantation du centre spécialisé, d'apprécier, le cas échéant après consultation de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales du lieu de résidence de la famille, si la prise en charge conserve un caractère strictement familial. Dans le cas contraire, l'intégration de cette famille au réseau ne pourrait pas être autorisée.

- Art. 10** Lorsque le toxicomane accueilli est mineur, la demande d'admission dans le centre doit être accompagnée de l'accord écrit des parents ou du titulaire de l'autorité parentale, sauf s'il s'agit d'une décision de placement émanant d'un magistrat.
- Art. 11** Si la personne accueillie souhaite être hébergée avec ses enfants mineurs, le centre spécialisé de soins doit s'assurer qu'elle est bien titulaire de l'autorité parentale et qu'elle peut en assumer la prise en charge financière.
- Art. 12** Le réseau de familles d'accueil constitue une section du centre conventionné spécialisé de soins auquel il est rattaché, conformément à l'article 2 du décret n° 92-590 du 29 juin 1992 susvisé. Un avenant conventionnel entre l'État et l'organisme gestionnaire du centre en précise les modalités d'organisation.
- Art. 13** Les règles budgétaires et comptables applicables au centre spécialisé de soins, gestionnaires d'un réseau de familles d'accueil, sont celles prévues dans le décret n° 92-590 du 29 juin 1992 susvisé, notamment aux articles 11, 12 et 13.
- Art. 14** Les familles ne sont pas salariées. En contrepartie des prestations fournies, il leur est alloué par le centre spécialisé de soins une indemnité journalière fixée par le préfet de département où se situe ledit centre.
- Art. 15** Les personnels des réseaux de familles d'accueil sont tenus à la confidentialité à l'égard des informations qu'ils peuvent recueillir dans l'exercice de leur activité professionnelle, tant vis-à-vis des familles que des toxicomanes pris en charge.
- Art. 16** Le règlement intérieur type des réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes, gérés par des centres de soins conventionnés spécialisés, est fixé en annexe du présent arrêté.
- Art. 17** Un exemplaire du règlement inté-

rieur visé à l'article 16 est remis par le centre spécialisé de soins aux familles d'accueil, qui s'engagent par écrit à en respecter les clauses. Le non-respect du règlement intérieur par une famille entraînerait sa radiation du réseau, le séjour en cours étant alors annulé.

- Art. 18** Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. Fait à Paris, le 18 août 1993. Pour le ministre et par délégation : Le directeur général de la santé, J.-F. GIRARD

● ANNEXE

Règlement intérieur type des réseaux de familles d'accueil pour toxicomanes gérés par des centres de soins conventionnés spécialisés

- Art. 1^{er}** Le centre conventionné spécialisé de soins aux toxicomanes de ... offre aux toxicomanes sevrés un accueil au sein de familles sélectionnées, dans le but de leur permettre d'accéder à une réelle autonomie dans un cadre familial chaleureux.

Dispositions concernant les familles d'accueil

- Art. 2** En acceptant d'accueillir un toxicomane, la famille s'engage à lui assurer la nourriture, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage. La famille doit traiter la personne accueillie en bon père de famille au sens du code civil. elle ne peut la retenir contre son gré. En cas de départ, elle doit aviser immédiatement le centre de soins de ... qui l'a placée.
- Art. 3** La famille d'accueil s'engage à recevoir régulièrement les professionnels désignés par le responsable du centre spécialisé de soins de ... de même que le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de ... ou son représentant.
- Art. 4** Les chambres mises à la disposition des personnes accueillies par la famille doivent être suffisamment spacieuses et meublées. Elles doivent offrir en toutes circonstances un effort correct, et tout en étant intégrées à l'habitation principale de la famille, être distinctes des pièces utilisées couramment par ses membres.

Les personnes accueillies doivent bénéficier de conditions d'hygiène satisfaisantes.

- Art. 5** La famille doit faire appel en cas de troubles somatiques au médecin traitant de la personne accueillie, en respectant le choix de cette dernière si elle en a un, ou à l'établissement hospitalier qui se trouve le plus proche du lieu de résidence, ou encore, le cas échéant, au service d'aide médicale d'urgence.
- Art. 6** Les membres de la famille sont tenus à la discrétion au regard de la vie privée des personnes toxicomanes qu'ils accueillent.

Dispositions concernant le centre spécialisé de soins de ... et le fonctionnement du réseau des familles

- Art. 7** Le fonctionnement général du réseau de familles d'accueil est placé sous la responsabilité du responsable du centre spécialisé de soins de ... auquel il est rattaché.
- Art. 8** La liste des familles d'accueil est tenue à jour par le responsable du centre de ... Elle est notifiée au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de ... ainsi que ses modifications éventuelles, en même temps que le budget prévisionnel du centre, c'est-à-dire avant le 1er novembre de chaque année.
- Art. 9** Le responsable du centre spécialisé de soins de ... ou son représentant doit effectuer une visite à la famille d'accueil au minimum dans les quinze jours qui suivent l'arrivée de la personne accueillie, puis un suivi régulier doit être organisé en conformité avec l'article 4 du présent arrêté. En outre, quand une famille en fait la demande, le responsable du centre a l'obligation de faire la visite sollicitée.
- Art. 10** Dans le cadre de l'animation du réseau, le centre spécialisé de soins de ... organise, au moins une fois par an, une réunion de l'ensemble des familles d'accueil.

Obligations réciproques du centre spécialisé de soins et des familles d'accueil

- Art. 11** Le centre spécialisé de soins de ... avertit la famille d'accueil de la venue du toxicomane, au moins 48 heures à l'avance. Il veille à ce que ce dernier arrive avec un habillement décent. La famille d'accueil avise le responsable du centre de l'arrivée effective de la personne accueillie.

Les modalités de chaque accueil sont définies d'un commun accord entre le centre, la personne accueillie.

Les modalités de chaque accueil sont définies d'un commun accord entre le centre, la personne accueillie et la famille d'accueil. Il en va de même en ce qui concerne les modalités de fin de séjour.

Art. 12 Lors du séjour, la famille doit signaler au responsable du centre spécialisé de soins de tout incident concernant la personne accueillie ou le déroulement du séjour.

Art. 13 Pour mettre fin à une situation qui lui apparaîtrait grave, le responsable du centre spécialisé de soins de ... peut prendre toute mesure d'urgence nécessaire, voire interrompre sans préavis le séjour. La famille d'accueil ne peut mettre fin au séjour sans en informer, dans les meilleurs délais, le centre.

Art. 14 Les accidents qui n'engagent pas la responsabilité de la famille d'accueil et qui sont causés par les personnes accueillies à la famille ou à des tiers sont couverts par un avenant à la police « responsabilité civile » prise par le centre spécialisé de soins de ...

La famille d'accueil contracte également une assurance « responsabilité civile » couvrant sa responsabilité personnelle dans les accidents survenant aux personnes accueillies

Le centre doit s'assurer, avant l'arrivée de la personne accueillie dans la famille, que l'assurance contractée est conforme au contrat type établi à cet effet.

Art. 15 La famille d'accueil bénéficie d'une indemnité journalière fixée par l'autorité préfectorale et qui lui est allouée par le centre spécialisé de soins de ...

Dispositions concernant la personne accueillie

Art. 16 La personne accueillie participe à la vie familiale. Elle peut exercer une activité rémunérée en dehors du cadre familial. Exceptionnellement, il peut s'agir d'un travail rémunéré à l'intérieur de la famille, mais dans ce cas, l'accord préalable du responsable du centre spécialisé de soins de ... est indispensable et le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales compétent est informé de cette situation.

Art. 17 Les visites personnelles que pourrait recevoir le toxicomane accueilli, ainsi que leur déroulement, doivent fai-

re l'objet d'un accord entre ce dernier, le centre et la famille d'accueil.

Art. 18 Un exemplaire du présent règlement intérieur est remis par le responsable du centre de soins spécialisés de ... aux familles qui ont demandé à recevoir des toxicomanes. Celles-ci doivent s'engager par écrit auprès du responsable à en respecter les clauses.

Le non-respect du règlement intérieur par une famille d'accueil entraînerait sa radiation du réseau, le séjour en cours étant alors annulé.

Arrêté du 15 septembre 1993 fixant le modèle d'avenant conventionnel type relatif aux sections

« Appartement thérapeutique-relais » des centres spécialisés de soins aux toxicomanes de statut associatif.

Le ministre délégué à la Santé,
Arrête :

Art. 1^{er} Le modèle d'avenant conventionnel prévu à l'article 7 du décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes est fixé conformément à l'annexe 1 jointe. Les dispositions nécessairement comprises dans le règlement intérieur des appartements thérapeutiques-relais sont fixées dans l'annexe 2 jointe.

Art. 2 Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.
Fait à Paris, le 15 septembre 1993
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J.-F. GIRARD

● ANNEXE 1

Il est conclu un avenant à la convention relative au centre spécialisé de soins aux toxicomanes ... signé par le représentant de l'État dans le département de ... et l'association ... , représentée par M. qui prévoit les dispositions suivantes :

Art. 1^{er} Les appartements thérapeutiques-relais constituent une section du centre spécialisé de soins aux toxicomanes ... géré par l'association ... , auquel ils sont rattachés conformément à

l'article 2 du décret n° 92-590 et l'article 7 de l'arrêté du 23 juillet 1992 sus-visés.

Les appartements thérapeutiques-relais sont des unités de soins à visée d'autonomie sociale, mises à disposition de toxicomanes majeurs et dont l'intégration au sein d'un groupe dans un centre d'hébergement collectif n'est pas requise, pour des durées limitées et nécessitant un encadrement en personnels soignants.

Les appartements thérapeutiques-relais s'inscrivent dans une dynamique de socialisation, en vue d'une restauration de la capacité du toxicomane à maîtriser sa situation d'abstinence et à agir de manière autonome.

Art. 2 En application de l'article 3 du décret susvisé, le projet thérapeutique du centre ..., approuvé par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de ... et comprenant celui de la section appartements thérapeutiques-relais, fixe pour une durée de 5 ans les objectifs thérapeutiques et socio-éducatifs de ces appartements thérapeutiques-relais ainsi que les modalités de réalisation de ces objectifs.

Art. 3 Dans le cadre de ce projet thérapeutique, l'association ... gère une section dénommée appartements thérapeutiques-relais de ... places.

Le responsable du centre spécialisé de soins ... ou par délégation, le responsable des appartements thérapeutiques-relais, assure l'organisation des hébergements dans les appartements thérapeutiques, conformément aux dispositions fixées par le présent arrêté.

L'association est locataire (ou propriétaire) de ... appartements. Les appartements sont implantés dans le département où se situe le centre spécialisé de soins auquel ils sont rattachés, sauf dérogation accordée par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales. Le bail est établi au nom de l'association ... qui établit un contrat d'hébergement précaire avec le résident.

Art. 4 Un règlement intérieur relatif aux conditions d'accueil et de vie des personnes toxicomanes dans ces appartements, est établi par l'association ... et approuvé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de ... Ce règlement intérieur intègre obligatoirement les dispositions prévues en annexe.

Art. 5 L'admission des personnes dans les appartements thérapeutiques-relais relève du responsable de la section appartements thérapeutiques-relais.

L'accueil dans ces appartements thérapeutiques-relais peut intervenir directement après une période de sevrage physique, ou plus tardivement, voire au cours de la phase de réinsertion professionnelle.

Art. 6 Dans une logique de socialisation, un contrat individuel est signé par la personne accueillie et le responsable de la section appartements thérapeutiques-relais.

La participation du résident aux frais d'hébergement dépend des objectifs fixés par le projet thérapeutique et de la situation du résident.

Le montant de l'indemnité d'occupation est fixée pour chaque résident par le responsable du centre spécialisé de soins ... ou par délégation, par le responsable des appartements thérapeutiques-relais.

Dans tous les cas, l'indemnité d'occupation ne peut pas dépasser les frais engagés par l'association (loyers ; investissements éventuels ; charges ; etc. .).

Art. 7 Le responsable des appartements thérapeutiques-relais désigne une équipe thérapeutique pluridisciplinaire chargée d'intervenir dans les appartements thérapeutiques-relais.

Cette équipe assure au moins une fois par semaine le suivi du toxicomane.

Art. 8 Les personnels travaillant pour les appartements thérapeutiques-relais sont tenus à la confidentialité à l'égard des informations qu'ils peuvent recueillir dans l'exercice de leur activité professionnelle vis-à-vis du toxicomane pris en charge et de son entourage.

Art. 9 La durée du séjour dans les appartements thérapeutiques-relais ne pourra pas excéder un an, sauf dérogation du médecin inspecteur de santé publique de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Art. 10 La sortie de la personne accueillie de l'appartement thérapeutique-relais relève du responsable de la section appartements thérapeutiques-relais.

Art. 11 Un suivi en ambulatoire est prévu au centre spécialisé de soins de ... pour les toxicomanes qui ont bénéficié d'un hébergement en appartements thérapeutiques-relais.

Le personnel thérapeutique de la

section appartements thérapeutiques-relais peut, le cas échéant et à la demande du toxicomane, assurer lui-même ce suivi post-hébergement.

Art. 12 La section appartements thérapeutiques-relais constitue un budget annexe comprenant les recettes et dépenses de personnel et de fonctionnement, géré par l'association ...

La section appartements thérapeutiques-relais est dotée d'un personnel propre. Dans le cas où ce personnel correspondrait à celui travaillant pour le centre spécialisé de soins de rattachement ou une autre section, les équivalents horaires effectués dans le cadre de la section sont individualisés dans le budget de la section.

Les règles budgétaires et comptables applicables au centre spécialisé de soins, gestionnaire des appartements thérapeutiques-relais, sont celles prévues dans le décret n° 92-590 susvisé, notamment aux articles 11, 12 et 13.

Art. 13 Les sections appartements thérapeutiques-relais peuvent bénéficier d'un cofinancement.

Au vu de la logique d'insertion dans laquelle s'inscrit l'hébergement en appartement thérapeutique-relais, l'association ... peut, le cas échéant, mettre en œuvre un avenant conventionnel multipartite signé par une ou plusieurs collectivités territoriales.

Art. 14 Conformément à l'article 11 de l'arrêté du 23 juillet 1992 susvisé, l'association gestionnaire ... doit fournir au représentant de l'État dans le département :

- avant le 1^{er} juillet, les documents comptables suivants du centre de soins : le bilan, son annexe et le compte de résultat, auxquels sont joints le compte administratif de la section de l'exercice écoulé ainsi que le rapport annuel d'activité de cette section (nombre de personnes reçues ; modalités de leur accueil).

- avant le 1^{er} novembre, le budget prévisionnel de la section de l'exercice à venir.

La liste des adresses des appartements thérapeutiques-relais est tenue à jour par le responsable du centre de soins ... Elle est notifiée au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de ... en même temps que le budget prévisionnel du centre, c'est-à-dire avant le 1^{er} novembre de chaque année.

Art. 15 Le présent avenant conventionnel est

conclu pour une durée d'une année, renouvelable par tacite reconduction pour la même période, sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 du décret du 29 juin 1992 susvisé.

● ANNEXE 2

Dispositions nécessairement comprises dans le règlement intérieur des appartements thérapeutiques relais

Dispositions concernant la section appartements thérapeutiques-relais

Art. 1^{er} L'hébergement dans les appartements thérapeutiques-relais est libre et volontaire.

Art. 2 L'admission des personnes dans les appartements thérapeutiques-relais relève du responsable de la section appartements thérapeutiques-relais.

Un projet personnalisé est établi par l'équipe thérapeutique avec la personne accueillie dans ce type d'hébergement, en fonction du projet thérapeutique.

Art. 3 La personne accueillie dans les appartements doit être majeure.

Art. 4 Si la personne accueillie souhaite être hébergée avec ses enfants mineurs, l'association doit s'assurer qu'elle est bien titulaire de l'autorité parentale et qu'elle ou un membre de la famille ou à défaut le Conseil Général de son lieu de résidence, peut en assurer la prise en charge financière.

Art. 5 Les conditions de suivi de la personne accueillie sont les suivantes : [...]

Art. 6 La durée de séjour dans les appartements thérapeutiques-relais ne peut pas excéder une période d'un an.

Art. 7 La sortie de la personne accueillie de l'appartement thérapeutique-relais relève du responsable des appartements thérapeutiques-relais.

Elle peut être notamment prononcée dans le cas d'abandon du projet et/ou de conduite de réintoxication.

Dispositions concernant la personne accueillie :

Art. 8 Un contrat individuel est signé par la personne accueillie et le responsable de la section appartements thérapeutiques-relais.

Ce contrat individuel précise les modalités de participation financière dite « indemnité d'occupation », et les conditions d'occupation de l'appartement thérapeutique-relais.

Art. 9 Le maintien dans l'appartement thérapeutique-relais est conditionné par le respect du contrat.

Art. 10 La personne accueillie s'engage à recevoir la visite des différents membres du personnel soignant.

Art. 11 Un double des clefs de chaque appartement est détenu par le personnel d'encadrement qui se réserve la possibilité d'entrer dans ces appartements si nécessaire.

FORMATION

Arrêté du 1er octobre 1993
relatif à

la formation des pharmaciens inspecteurs de santé publique

Le ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville,
Arrête :

Art. 1^{er} Les pharmaciens inspecteurs de santé publique stagiaires recrutés par concours dans les conditions prévues à l'article 6 du décret du 30 décembre 1992 susvisé suivent, conformément aux dispositions de l'article 8 du même décret, une formation initiale d'une durée d'un an organisée par l'École nationale de la santé publique.

Art. 2 Compte tenu de leur spécificité professionnelle, la formation vise à donner aux stagiaires les connaissances et savoir-faire nécessaires, notamment à leurs fonctions d'observation, de contrôle et de vigilance, pour participer à la conception et à la mise en œuvre de la politique de santé publique dans le domaine de leur compétence.

Art. 3 La formation comporte en alternance des périodes d'enseignements et de stages.

Le directeur de l'École nationale de la santé publique peut, en fonction de leur formation universitaire ou de leur acquis professionnels antérieurs, dispenser les pharmaciens inspecteurs stagiaires de certains enseignements et stages, et leur proposer en remplacement d'autres formations.

Art. 4 Les stages, d'une durée totale d'au moins cinq mois, sont organisés par le directeur de l'École nationale de la santé publique qui en contrôle les conditions d'exécution et leur attribue une note globale.

Ils s'effectuent en France et à l'étranger, dans des services de l'administration, dans des organismes et établissements publics.

Des stages, dont un au cours des trois premiers mois de la formation, ont lieu dans des directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; leur durée minimale est de huit semaines.

Chaque stage se déroule sous la responsabilité d'un maître de stage qui établit un rapport d'appréciation sur son déroulement. La désignation des maîtres de stage appartient au directeur de l'École nationale de la santé publique.

Art. 5 Au cours des stages, chaque pharmacien inspecteur stagiaire est appelé à rédiger ou à participer à la rédaction d'un rapport d'études dont le sujet est arrêté par le directeur de l'École et donne lieu à l'attribution d'une note.

Art. 6 Les enseignements portent principalement sur des notions de droit administratif et pénal, l'étude de la législation pharmaceutique, une actualisation des connaissances scientifiques et technologiques et l'acquisition de méthodes d'inspection.

Au cours de ces périodes d'enseignement, les pharmaciens inspecteurs de santé publique stagiaires sont tenus de participer à des épreuves individuelles et collectives de contrôle des acquis qui sont notées.

Le nombre, la nature et les modalités de ces épreuves sont arrêtés par le directeur de l'École nationale de la santé publique.

Art. 7 La formation fait l'objet d'un dispositif de validation, organisé par l'École nationale de la santé publique, comprenant :

1 La note globale de contrôle continu des acquis prévus à l'article 6 (coefficient 3) ;

2 La note des stages prévus à l'article 4 (coefficient 2) ;

3 La note du rapport prévu à l'article 5 (coefficient 2) ;

4 La note d'une épreuve écrite portant sur l'étude d'un ou plusieurs dossiers (coefficient 2) ;

5 La note d'entretien avec le jury défini à l'article 8, de vingt à trente minutes, portant sur les modalités d'exercice et les fonctions de pharmacien inspecteur de santé publique (coefficient 2).

Chaque note est chiffrée de 0 à 20.

Art. 8 Le jury, visé à l'article 7 ci-dessus, est constitué comme suit :

- Le chef de l'inspection générale des affaires sociales ou son représentant ayant le grade d'inspecteur général, président ;

- Le directeur de l'administration générale, du personnel et du budget ou son représentant ;

- Le directeur général de la santé ou son représentant ;

- Le directeur de l'École nationale de la santé publique ou son représentant ;

- Le directeur de l'Agence du médicament ou son représentant ;

- Un directeur régional des affaires sanitaires et sociales ;

- Deux pharmaciens inspecteurs de santé publique, dont l'un exerce les fonctions de pharmacien inspecteur régional ;

- Un professeur d'une unité de formation et de recherche de pharmacie ou de droit.

En cas d'absence ou d'empêchement du chef de l'inspection générale des affaires sociales ou de son représentant, le jury est présidé par celui des membres présents ayant le plus d'ancienneté dans le grade le plus élevé.

Le secrétariat du jury est assuré par l'École nationale de la santé publique.

Art. 9 Sur la base des notes obtenues dans le cadre du dispositif de validation, le jury arrête le classement des pharmaciens inspecteurs stagiaires dont il propose la titularisation.

La titularisation ne peut être proposée si le total des notes est inférieur à 110 points ou si l'une des notes est inférieure à 5 sur 20.

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

Art. 10 Si la titularisation ne peut être prononcée, en application des dispositions prévues à l'article 10, alinéa 4, du décret du 30 décembre 1992 susvisé, les pharmaciens inspecteurs de santé publique stagiaires peuvent être autorisés à accomplir un deuxième et dernier stage d'un an maximum. Dans ce cas, les modalités et la durée de formation sont fixées par l'École nationale de la santé publique après avis du jury.

Art. 11 Les pharmaciens inspecteurs de santé publique suivent une formation d'adaptation à l'emploi, d'une durée minimale de deux semaines, sous la responsabilité de l'École nationale de la santé publique :

- au cours des deux premiers mois qui suivent leur prise de fonctions pour les pharmaciens inspecteurs de santé publique ayant effectué la formation prévue à l'art. 1^{er} ci-dessus ;
- au cours de chacune des deux années qui suivent la titularisation ou un détachement ;
- lorsqu'ils changent de fonctions ou de domaine d'intervention.

Art. 12 Les personnels détachés, dans le cadre des dispositions prévues à l'article 19 du décret du 30 décembre 1992 susvisé, suivent dans l'année qui suit leur détachement une session d'adaptation à l'emploi, au vu de leurs expériences et acquis professionnels antérieurs, d'une durée de

six mois organisée par l'École nationale de la santé publique.

Cette formation comporte au moins deux stages dans des directions régionales des affaires sanitaires et sociales, dont un au cours des trois premiers mois de formation.

Art. 13 Afin d'assurer la mise à jour de leurs connaissances et de répondre à l'évolution des besoins, des pratiques et des fonctions, les pharmaciens inspecteurs de santé publique sont tenus de participer tous les ans à :

- un regroupement d'une semaine organisé par l'École nationale de la santé publique ;
- des sessions de formation professionnelle qui peuvent donner lieu à la reconnaissance de qualification.

Art. 14 Les domaines, les modalités d'acquisition et de reconnaissance des actions de formation qualifiantes, prévues au deuxième alinéa de l'article 17 du décret du 30 décembre 1992

susvisé, sont précisés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 15 Un bilan annuel sur le suivi des formations prévues aux articles 11 et 13 ci-dessus est établi au niveau régional et transmis au ministre chargé de la santé.

Art. 16 Les arrêtés du 2 septembre 1980 et du 21 janvier 1985 relatifs à la formation des pharmaciens inspecteurs de la santé sont abrogés.

Art. 17 Le directeur de l'administration générale, du personnel et du budget et le directeur de l'École nationale de la santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 1^{er} octobre 1993
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de l'administration générale, du personnel et du budget,
P. ANTONMATTEI ■

Actualité et dossier en santé publique,

la revue du
Haut Comité de
la santé publique
est diffusée
gratuitement.

Pour la recevoir,
envoyez une
demande écrite au
HCSP

**2, rue Auguste Comte
92170 Vanves**

À paraître le 15 mars 1994



La santé en France

Préparation du rapport

Le décret du 3 décembre 1991 portant création du Haut Comité de la santé publique charge celui-ci, dans le cadre de sa mission générale qui est de contribuer à la définition des objectifs de la santé publique, de développer l'observation de l'état de santé de la population et d'établir dans ce but « un rapport annuel rendu public comportant des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis, de même que des analyses globales et prospectives sur les problèmes de santé publique. »

Au cours de ses réunions plénières du 15 juin et du 21 septembre 1993, le Haut Comité a arrêté les objectifs, la structure et le mode d'élaboration de ce rapport.

Objectifs

Ce rapport doit s'inscrire pleinement dans la vocation du Haut Comité d'être un *éducateur national* en santé publique et de structurer le débat public sur les choix de santé dans une vision à long terme de la santé publique. Il doit permettre de répondre à quelques grandes questions du type :

Quelle est la représentation sociale, dans la France de 1993, de la santé et de la maladie ? Comment se porte la population résidant en France ? Quels sont les principaux troubles qui affectent sa santé ? Dans quelle mesure les gains en espérance de vie se sont-ils traduits en gains de santé ? Quels sont les grands problèmes ? Quelles sont les inégalités constatées à l'intérieur de la France et les prin-

cipaux écarts avec des pays comparables ? Que peut-on dire des tendances prévisibles ? Dans quels domaines et sur quels déterminants faut-il porter les efforts ? Quels sont les grands enjeux sociaux et économiques de la santé aujourd'hui ? Quels objectifs prioritaires doit se donner une politique de santé publique ?

Ce rapport s'inscrira dans la démarche présentée par le Haut Comité dans son rapport « stratégie pour une politique de santé ». Cela signifie que son objet sera *la santé dans son acception la plus large*, c'est-à-dire « débordant la seule absence de la maladie pour y ajouter les dimensions psychologiques et sociales, prendre en compte les interrelations avec l'environnement (physique et social), en saisissant l'objet positif (bien-être). » Cela signifie aussi que le système de soin et son coût ne seront abordés ici que sous l'angle de leur rôle en tant que déterminants.

Cette conception positive et moderne de la santé implique que l'on s'attachera au concept de *santé perçue* et que dans une optique opérationnelle, *suite page 36*

1 La représentation sociale de la santé et de la maladie dans la France d'aujourd'hui

Qu'entendons-nous lorsque nous parlons de santé publique ou de santé perçue ? Les « déterminants » de la santé tels que nous les percevons aujourd'hui sont-ils ceux d'hier, de demain ? Comment a évolué le statut du malade et de la maladie ? Quel sens donne-t-on aujourd'hui à la maladie et à l'incapacité ? Quels sont aujourd'hui les enjeux socio-culturels de la santé publique ?

Président J. Pierret

Rapporteur F. Bouchayer (MIRE)

Composition CNRS, MIRE, CREDOC, CREDES, SESI

2 L'information sur la santé en France

Sa mission consistera à faire l'analyse critique du système d'information disponible en France sur :

- la mortalité,
- la morbidité,
- la santé perçue,
- les déterminants de la santé, facteurs de risque,
- les comptes de la santé

Présidents B. Garros et Pr F. Grémy

Rapporteur L. Cherrié-Chaline (DGS)

Composition INSEE, CNAM, CREDOC, CREDES, INED, registres de pathologies, réseaux épidémiologiques de surveillance

3 Durée de la vie

Ce groupe a pour mission de présenter la situation française en matière d'espérance de vie, en introduisant les notions plus fines de mortalité évitable et d'années potentielles de vie perdue (APVP).

Président Pr A. Hirsch

Rapporteur E. Jouglà (INSERM)

4 La qualité de la santé

Dans ce domaine complexe, et mal connu, il est nécessaire d'apporter une vision claire, sans se laisser dominer par le caractère partiel des concepts et des sources, en essayant de hiérarchiser la morbidité et l'incapacité par degré de sévérité et en s'intéressant à la santé positive telle qu'elle peut être perçue par les individus (liberté d'agir et plaisir de vivre). Le groupe devra exploiter la notion d'espérance de vie sans incapacité, si imparfaite soit elle, en raison de son caractère synthétique et des comparaisons internationales et éventuellement intra-nationales qu'elle permet. Il serait intéressant aussi de faire progresser le concept d'espérance de vie en bonne santé et de réfléchir à la notion d'amélioration de la santé.

Président E. Caniard

Rapporteur G. Badeyan (SESI)

5 Quelques grandes pathologies ou troubles (approche thématique)

Les groupes 2 et 3 ayant brossé un tableau général des grandes causes de mortalité, d'incapacité de morbidité et de malaise, il sera demandé à ce groupe de développer une approche par grands thèmes.

Il est proposé de s'intéresser ici à sept domaines choisis en raison de l'importance en terme de retentissement sur la santé : ➤ maladies cardio-vasculaires transmissibles, ➤ cancers, ➤ accidents (domestiques, du travail, de la route, suicides), ➤ santé mentale, ➤ maladies infectieuses (dont sida), ➤ maladies chroniques (insuffisance rénale, rachialgies, bronchite chronique), ➤ prise en charge de la ménopause.

Il est proposé à ce groupe de présenter la situation épidémiologique (photographie et évolution de l'incidence, de la prévalence, de la perception du trouble, de son retentissement, de ses composantes, des catégories de personnes touchées) mais aussi de la mettre en relation avec les facteurs de risque et le système de prévention et de soins, d'en apprécier les tendances et l'évolution future.

Président Pr J.-F. Lacronique

Rapporteur Dr A. Tallec (ORS Pays de la Loire)

Composition DGS, ORS, unités spécialisées de l'INSERM, grandes associations nationales (ligue contre le cancer...), organismes professionnels, sociétés savantes.

6 La santé de populations spécifiques (approche par population et par lieux)

En choisissant des types de populations caractérisées par des spécificités marquées dans des domaines du retentissement (périnatalité), des types de troubles (jeunes), de l'importance en termes de prospective (le grand âge), de l'intérêt en terme de politique sociale (santé dans les quartiers défavorisés, santé de l'homme au travail, l'on veillera à caractériser chaque groupe du point de vue de l'épidémiologie, des facteurs de risque, du rôle du système de soin, des grandes tendances et des problèmes rencontrés).

Président J.-D. Rainhorn
Rapporteur D^r F. Baudier (CFES)
Composition DGS, SESI, INSERM, CFES, ENSP, DIV, CNAM, quelques grandes associations nationales, mutuelle étudiants, médecine du travail, etc.

7 Déterminants de la santé

Les déterminants à étudier sont les déterminants de base :

- liés à l'individu,
- liés à la société,
- liés à l'environnement.

Est à prendre également en compte le rôle positif et négatif (ex. maladies iatrogènes) joué par le système de soin au sens large (prévention, dépistage, vaccination, éducation à la santé, soin et réadaptation), dans ses composantes et aussi dans son organisation générale (existence ou non de filières de soins, place du dispositif de prévention, etc.). Le travail de ce groupe sera facilité par celui de l'atelier créé dans le cadre du plan sur la « santé en l'an 2010 » (« les déterminants des états de santé », président C. Rollet, rapporteur M.-L. Lagardère). Dans l'optique de ce rapport les questions suivantes devront être posées : Quel est la relation de ces déterminants avec l'état de la santé ? Quel est le poids respectif de ces variables dans l'état de la santé ? Quel est l'apport spécifique du système de soin et au sein de celui-ci la part respective de la prévention et du soin ?

Président P^r J.-Cl. Henrard
Rapporteur A. Jourdain (ENSP)
Composition IGAS, PLAN, DGS, INSERM, CREDOC, CREDES, CFES, SESI, CNAM.

8 Aspect économiques de la santé publique

Ce groupe traitera des enjeux et du coût de la santé publique. Il veillera à dépasser la notion de la maladie et analysera le coût de la santé y compris dans ses aspects positifs pour la collectivité (place du secteur santé dans l'économie).

Président J.-C. Sailly
Rapporteur D^r P. Gardeur (DGS)
Composition DGS, SESI, DRI, CREDES, CNAM

9 Objectifs et priorités

Sur la base des grandes tendances et des problèmes tels que les dessineront les 8 groupes de travail, mais aussi d'une réflexion propre menée en collaboration avec la DGS sur la base de consultations d'experts (dont feront partie tous les membres du HCSP) et de représentants des professionnels et de la population, ce groupe devra dégager :

- des critères de choix des grands objectifs d'une politique de santé (ex : l'importance du problème en terme d'effets sur la mortalité et sur la qualité de la vie, sa tendance prospective, sa sensibilité à des programmes de prévention et/ou de soin, le coût des programmes),
- en fonction de ces critères, les grandes priorités,
- les grandes lignes des programmes de santé que leur réalisation implique,
- les moyens de suivre ces programmes et des les évaluer.

Président P^r J.-F. Girard
Rapporteur D^r R. Demeleumeester
Composition HCSP, DGS, experts

Thèmes de réflexion et groupes de travail

pour l'élaboration du rapport
la santé des Français

suite de la page 33 soient exploitées aussi loin que possible les notions :

► de *mortalité évitable* mise au point par l'américain Ruthstein et dans la définition qui lui a été donnée dans une action concertée européenne (travaux d'E. Jouglu, INSERM SC8) ;

► d'*espérance de vie sans incapacité* et d'*espérance de vie en santé*, telles qu'elles sont définies selon les critères de l'OMS (travaux de J.-M. Robine, INSERM CSS 10).

Dans le même esprit, la notion de *déterminants de la santé* est à entendre au sens le plus large. Ainsi les dépenses de santé dépassent-elles largement celles qui sont incluses dans les comptes de la santé.

Autre orientation fondamentale du rapport « stratégie » : *la lutte contre les inégalités*. Le rapport du Haut Comité se penchera sur les écarts inter et intra-nationaux pour plusieurs raisons :

► le fait qu'ils existent témoigne du caractère évitable de certaines causes de morbidité ou de mortalité et l'indicateur le plus favorable devrait constituer un objectif pour tous ;

► la solidarité et la lutte contre les inégalités sont, avec le respect de la liberté individuelle, les principales valeurs de référence de notre politique de santé.

Structure et mode d'élaboration

Sans préjuger du plan définitif du rapport, il a semblé que le rapport devrait se

structurer autour de neuf thèmes de réflexion (voir pages précédentes) qui seront placés sous la responsabilité d'autant de groupes de travail présidés par des membres du Haut Comité.

L'ensemble du dispositif de travail est placé sous la responsabilité d'un comité de pilotage présidé par le P^r Nicolas et réunissant les 18 présidents et rapporteurs. Le rapporteur général est B. Roussille, inspecteur général à l'IGAS, ainsi que A. Pinteaux, médecin inspecteur en chef de la santé (SESI).

Les groupes de travail devront déposer leur rapport au début du mois de mars 1994. Ceux-ci seront ensuite discutés par le Haut Comité. Le groupe sur la prospective et les priorités poursuivra ses travaux jusqu'au mois de mai 94.

Public et diffusion

Le rapport devra être publié à *La documentation française* en septembre 1994.

Il s'adressera à un public large allant des professionnels (auxquels il fournira des références, des orientations, un moyen de se positionner), au grand public averti (pour lequel ce rapport sera une sorte de renvoi d'image périodique).

Plus précisément il sera destiné :

► aux décideurs : Parlement, cabinet du ministre, services centraux et déconcentrés du ministère, élus locaux et services décentralisés (régions et départements) ;

► aux financeurs : CNAM, CRAM, CPAM, CANAM, MSA, régimes complémentaires ;

► aux structures de santé publique : ENSP, RNSP, ORS, CFES, CRES, CDES, ANDEM, etc. ;

► aux établissements de santé ainsi qu'aux établissements et services médico-sociaux et sociaux ;

► aux professionnels de la santé publique (entendue au sens large incluant une dimension sociale et environnementale) ;

► aux enseignants et aux étudiants : ENSP, université, formation permanente ;

► aux chercheurs (INSERM, CHU, université, CNRS), associations, sociétés intervenant dans le domaine de la santé publique ;

► aux médias ;

► au grand public averti et intéressé par la santé publique. ■

Bernadette Roussille,

Inspecteur général des affaires sociales, chargée d'une mission d'appui pour le rapport annuel

Sécurité anesthésique

Le Haut Comité a remis, le 26 novembre 1993, à madame le ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville et à monsieur le ministre

délégué à la Santé un rapport sur la sécurité anesthésique en France. Ce rapport va être édité et fera l'objet d'un article dans *Actualité et dossier en santé publique* n° 6.

Nomination

M. Gérard Rameix, conseiller référendaire à la Cour des comptes, a été nommé directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie de tra-

vailleurs salariés et devient membre de droit du Haut Comité de la santé publique (Décret du 11 octobre 1993, JO du 12 octobre 1993)

Avis du Haut Comité

sur les examens périodiques de santé

En application des dispositions de l'article 5 de l'arrêté du 20 juillet 1992 (JO du 19 septembre 1992), le Haut Comité de la santé publique a rendu un avis sur le document de référence établi par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés relatif aux examens périodiques de santé

Le document soumis à l'avis du Haut Comité de la santé publique comporte trois éléments :

1 un arrêté (daté du 20 juillet 1992), qui remplace le texte réglementaire, datant de 1946, qui précisait la nature et la périodicité des examens de santé proposés aux assurés sociaux ;

2 un préambule de trois pages qui explique l'esprit dans lequel ce texte a été interprété par un groupe de travail formé de biologistes et de médecins des centres de santé, pour réaliser la troisième partie ;

3 un inventaire critique des investigations pouvant être réalisées au cours d'examens de santé, comportant un jugement de valeur exprimé en cinq grandes catégories, allant de la pertinence indiscutable au rejet recommandé.

Le Haut Comité de la santé publique reconnaît l'intérêt essentiel de la démarche qui a été engagée : depuis 1945, date de création des examens périodiques de santé dans le cadre de l'assurance-maladie, leur justification s'est trouvée modifiée :

► le contexte épidémiologique issu des privations de la période de guerre s'est transformé,

► la couverture sociale s'est étendue à la quasi-totalité de la population,

► l'offre de soins s'est considérablement amplifiée, au point d'imposer des mesures de régulation pour en maîtriser la croissance,

► les possibilités d'investigation se sont multipliées.

De ce fait, il était fondamental que l'activité des centres d'examens de santé de la Sécurité sociale, qui représente la part la plus importante des dépenses du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS), soit près de 700 millions de Francs annuels, s'adapte aux besoins actuels de la population française.

À ce titre, l'arrêté répond à cet objectif en précisant de nouvelles populations bénéficiaires, tels les demandeurs d'emploi. Cependant, ces centres ont toujours été fréquentés sur la base du volontariat, ce qui a peu de chance de recouper les pratiques des populations exclues. En outre, les données d'activité des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie ne figurent pas dans les documents soumis à l'avis du HCSP, de sorte qu'il n'est pas possible d'évaluer la conformité des pratiques actuelles aux dispositions de l'arrêté.

Il est fait allusion à un « audit » de ces centres, récemment réalisé, dont la transmission pourrait utilement éclairer ce dernier point.

D'autre part, les examens périodiques réalisés dans les CES, dont il est indiqué qu'ils constituent une « spécificité française », s'incluent dans un ensemble d'actes de prévention, qui jalonnent les grandes étapes de la vie, depuis la période pré-natale jusqu'à la retraite. Comme il est indiqué dans le document, une coordi-

nation entre ces éléments est souhaitable. Rien ne permet d'affirmer que cette coordination soit pratiquée, ni que les moyens qui lui seraient nécessaires soient définis.

En revanche, l'inventaire critique des investigations possibles, et l'appréciation de leur valeur sont intéressants dans la mesure où ils éclairent concrètement l'objectif visant à améliorer l'efficacité et l'utilité de tels examens.

On ne peut considérer le travail réalisé que dans sa globalité, puisque les critères et les principes retenus pour établir le classement en cinq grandes catégories ne figurent pas dans le texte examiné. Bien qu'une discussion de détail soit possible, elle ne saurait apporter au texte qu'une amélioration mineure, en l'absence d'une référence méthodologique que le Haut Comité de la santé publique se propose d'établir dans l'avenir.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Haut Comité de la santé publique, s'il approuve l'esprit dans lequel ce travail a été mené, ne peut que réserver son avis en l'absence de données plus précises. Il insiste cependant sur le fait que les examens périodiques de santé doivent trouver une nouvelle légitimité dans leur adaptation aux besoins actuels et aux techniques contemporaines, les incluant dans l'ensemble des actes de prévention.

Aussi souhaite-t-il une étude complémentaire qui lui permettrait d'apprécier l'originalité et la spécificité des centres d'examens de santé français, — notamment le rapport coût-efficacité de ces examens — leur aptitude à répondre aux nouveaux objectifs définis dans l'arrêté, et à trouver des articulations avec les autres éléments du système de santé.

Avis adopté par le HCSP lors de sa séance plénière du 21 Septembre 1993

Dépistage obligatoire de l'infection par le VIH

Communiqué du HCSP

Le Haut Comité de la santé publique, dans son avis rendu public en mars 1992 sur le dépistage obligatoire de l'infection par le VIH, écrit : « une politique de santé publique en matière de lutte contre le sida se doit d'inscrire les actions de dépistage dans le contexte plus large de la prévention et de la prise en charge de la maladie ».

C'est en développant cette analyse que le HCSP a conclu qu'il ne convenait pas de rendre obligatoire le dépistage du VIH, soulignant les dangers de la fausse sécu-

rité déresponsabilisante qui pouvait résulter d'une obligation réglementaire ou législative.

Cet avis semble largement partagé, puisque les pays qui se trouvent confrontés à cette question rejettent tous le choix du dépistage obligatoire et que ceux qui s'y sont essayés, l'ont abandonné.

Au moment où la représentation nationale débat de cette question, il importe de rappeler les dangers de l'obligation.

S'il faut évidemment amplifier la politique de dépistage, celui-ci ne doit pas

se résumer à une prise de sang et à un examen de laboratoire. Il doit être accompagné d'une information-éducation, en particulier pour ne pas rassurer indûment ceux qui se contenteraient de dépistages répétés en guise de prévention et pour favoriser la prise en charge des séropositifs dans le cadre d'un suivi prophylactique précoce.

Or le caractère d'obligation peut transformer le dépistage en un acte automatique d'essence administrative qui risque d'atténuer l'effort d'information-éducation.

Ce refus de l'obligation ne doit pas, pour autant, conduire à renoncer à amplifier et améliorer la pratique du dépistage. Pour développer les actions de dépistage dans cet esprit, il faut qu'elles soient systématiquement proposées lors d'une consultation dans un certain nombre de cas auxquels appartient, sans doute, le diagnostic de tuberculose, plutôt que multiplier les dépistages à l'insu des patients.

Paris, le 16 novembre 1993

Politique régionale de santé publique

Débats régionaux

Les débats régionaux organisés fin 1992 autour du rapport « stratégie pour une politique de santé » ont créé dans les régions concernées une dynamique que le Haut Comité a souhaité encourager et soutenir.

La DRASS de Lorraine organise les 2 et 3 février 1994 deux journées de réflexion sur la définition et la mise en

œuvre d'une politique régionale de santé publique.

Trois approches ont été retenues par un comité opérationnel : méthodologique, thématique (cancer du sein, cancer colo-rectal, maladies cardio-vasculaires), communautaire (politiques communautaires de santé, santé des jeunes et des adolescents).

Chaque thème fera l'objet d'un rapport final qui servira de base aux réflexions futures, le travail engagé s'inscrivant dans une démarche à long terme.

La DRASS de Midi-Pyrénées a choisi de concentrer sa réflexion sur le thème « bien naître en Midi-Pyrénées ».

Le colloque qui se tiendra le 11 février 1994 devrait partir des problèmes spécifiques à la région pour développer un échange d'informations exhaustif, en intégrant les dimensions culturelles et sociologiques de la naissance, afin de mettre en évidence la problématique de santé publique de la maternité.

Contacts DRASS Lorraine D' J.-F. Dodet, DRISS Midi-Pyrénées M. Girard

Les projets des régions Bretagne et Nord-Pas-de-Calais seront évoqués dans un prochain numéro d'Actualité et dossier en santé publique.

Fonds d'intervention en santé publique

Liste des projets acceptés

Dans le numéro de septembre d'*Actualité et dossier en santé publique*, Bernadette Roussille a décrit l'origine du Fonds d'intervention en santé publique (FISP) ainsi que la procédure d'attribution des crédits et de sélection des projets.

Au total, 86 projets ont été retenus par le Conseil d'administration du RNSP, sur avis du comité de pilotage du FISP.

Conformément à l'engagement pris par le comité de pilotage du FISP, nous publions aujourd'hui une liste signalétique de ces projets (pour quelques uns d'entre eux, repérés par ● dans la liste, les responsables scientifiques et administratifs ne sont pas encore identifiés de manière définitive).

Procédure de suivi administratif et scientifique du FISP

Le RNSP a mis en place une équipe technique permanente de 3 personnes (médecin, gestionnaire, secrétaire) chargée d'élaborer les conventions avec les organismes attributaires des crédits et de coordonner le suivi administratif et financier de ces projets.

Par ailleurs, quatre commissions scientifiques sont en voie de constitution afin d'assurer au cours de l'année 1994, une évaluation scientifique des projets pour lesquels un rapport intermédiaire est attendu dans le premier semestre 1994 et un rapport final, au plus tard, fin 1994.

Ces commissions seront composées de membres du Conseil scientifique du RNSP et de membres du Haut Comité de la santé publique, ainsi que d'experts extérieurs à ces institutions.

Un recueil détaillé de ces objectifs, de la méthodologie proposée et des résultats attendus de chacun des projets, sera disponible auprès du RNSP à la fin du premier trimestre 1994.

J. Ducker, directeur du RNSP

Organisme

● Projet	Responsable scientifique	Budget
ASSOCIATIONS		
Association Claude Bernard		
● Enquête « santé des salariés DATR des entreprises sous-traitantes d'EDF lors des arrêts de tranche de centrales nucléaires »	N. SANDRET	492 000 F
● Évaluation des causes de non prélèvement d'organes	I. DURAND ZALESKI	150 000 F
Association pédagogique pour l'enseignement de la thérapie (APNET)		
● Étude de la pathologie iatrogénique	P. QUENEAU	600 000 F
Naturalia et biologia		
● Mise en place d'un registre de grossesses extra-utérines	N. JOB-SPIRA - A.SPIRA	400 000 F
● Étude et action sur la santé des nourrissons entre 7 jours et 6 mois	G. BREART, M.H. B.COLLE	585 000 F

● Évaluation et suivi scientifique de la politique de dépistage des malformations congénitales en France	J. GOJJARD	442 800 F
● Emplois atypiques, sous-traitance, risques professionnels et santé	A/ SPIRA - D. THEBAUD	400 000 F
Ligue nationale contre le cancer		
● Besoins des malades atteints de cancer du sein dans la période de diagnostic. Rôle et évaluation de leur parcours	N. ALBY, G. AZADIAN-BOULANGER	181 500 F
Centre d'assurance de qualité des applications technologiques dans le domaine de la santé (CAATS)		
● Hépatite A : évaluation économique de santé publique des stratégies de vaccination	F. FAGNANI	500 000 F
Association Michel Philbert pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (APREMLAT)		
● Surveillance des toxi-infections alimentaires dues aux salmonelles : élaboration d'un seuil d'alerte épidémique	S. RICHARDSON	87 000 F
Association de recherche clinique et biologique en pneumologie		
● Prévalence de l'asthme et de l'atopie en milieu agricole fourrager dans le Doubs	J.C. DALPHIN	67 000 F
Association RESSCOM		
● Santé et collectivités locales : le cas des villes de plus de 30 000 habitants	F. BERTOLOTTA	242 000 F
Association ONCOGER		
● Personnes âgées et cancer	C. FERMÉ	700 000 F
Réseau épidémiologique lorrain (REL)		
● Infections post-tranfusionsnelles en Lorraine. Campagne de dépistage par les médecins généralistes	P. BASTIEN	214 300 F
Association Le trait d'union		
● Anxiété - dépression - surconsommation de médicaments et consommation de tabac ou de stupéfiants	A. TRUGEON	1 000 000 F
Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP)		
● Recherche sur l'accès aux soins, l'état somatique et la mortalité d'une cohorte de patients schizophrènes	F. CASADEBAIG	500 000 F
Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (AFREE)		
● Création de cellules de prévention mère-enfant en maternité : réalisation d'un dossier de prévention interdisciplinaire	F. MOLENAT	400 000 F
Groupe français de formation et promotion santé (GMFPS)		
● Formation de sensibilisation des médecins généralistes aux relations environnementales et santé	R. LADREYT, R. PANDROT	200 000 F
Comité national de lutte contre le tabagisme (CNCT)		
● Projets d'actions de santé publique dans le domaine de la lutte contre le tabagisme	G. DUBOIS	760 000 F
Comité départemental de prévention de l'alcoolisme du Bas-Rhin		
● Inscrire une réelle politique de santé publique dans le cadre d'un développement local visant à promouvoir la santé sur trois cantons du Bas-Rhin	P. LORENTZ	437 500 F
Observatoire régional d'épidémiologie (OREP)		
● Projet Panoxy - Berre	R. SAMBUC	200 000 F
● Campagne de dépistage de masse de cancer du sein. Recherche des points faibles et tentative de correction	J.L. SAN MARCO	269 000 F
Association départementale d'éducation pour la santé (ADES)		
● Former les infirmières libérales au réseau de soutien ambulatoire aux alcooliques sevrés	G. DEMIGNEUX	400 000 F
Comité français d'éducation pour la santé (CFES)		
● Assises nationales pour l'éducation et la promotion de la santé	F. BAUDIER, A. GUENIFFEY	200 000 F

Association ALEAS

- Itinéraires diagnostiqués et thérapeutiques de familles soninkees en région parisienne N. REZKALLAH 192 000 F

Société française de médecine générale (SFMG)

- Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales J.-L. GALLAIS 1 000 000 F

Institut de recherche en médecine générale (IRMG)

- Enquête de pharmaco-épidémiologie en médecine générale J. COGNEAU 597 000 F

Drogues Info Service

- Élargissement des réponses de Drogues Info Service à d'autres dépendances : en particulier l'alcoolisme L. SOCIAS 400 000 F

Société française de médecine générale (SFTG)

- Fiches d'information du bon usage de système de soins A.M. MAGNIER 502 700 F
- Saturnisme infantile en médecine libérale H. FALCOFF 462 000 F

Association interventions gestion

- Accroître la compétence des CHSCT dans leur activité de prévention des troubles musculo-squelettiques, des cancers pulmonaires et aéro-digestifs D. LANOE 370 000 F

Registre bourguignon des cancers digestifs

- Évaluation des pratiques de soins pour les cancers du tube digestif dans trois départements français J. FAIVRE 200 000 F

Agence nationale de l'évaluation pour le développement médical

- Élaboration de recommandations pour la pratique professionnelle sur l'incontinence urinaire P. DURIEUX 400 000 F

Association APAQESM

- Étude européenne multicentrique sur les soins accordés aux patients schizophréniques V. KOVESH 458 000 F

Mouvement pour un Développement Social Local - Formation (MDSL Formation)

- Construire en réseau des actions pour promouvoir la santé dans les quartiers en développement social B. PISSARO 400 000 F

Association pour la formation et l'évaluation dans le domaine médico-social (AFEVAL)

- Étude pharmaco-épidémiologique portant sur les modalités de traitement des toxicomanes par les médecins généralistes Y. CHARPAK 533 700 F

Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (CRESGE)

- Évolution des attitudes des jeunes face à l'alcool et analyse du recours aux dispositifs de prise en charge de la dépendance dans cette population T. LEBRUN 533 700 F

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC)

- Inventaire des actions en matière de santé publique réalisées ou projetées par les municipalités françaises M. LEGROS 500 000 F
- Évaluation des actions de lutte contre l'alcoolisme M. LEGROS 1 500 000 F

Association Mission locale

- Prévention et prise en charge des problèmes de santé des jeunes de la Mission Locale R. OUKRID 80 000 F

Association Groupe d'étude du dépistage du cancer du sein en Île-de-France (GEDCAS)

- Évaluation de l'état actuel des pratiques de dépistage des cancers du sein en région parisienne Recherche d'une stratégie d'amélioration et d'évaluation de ces actions H. SANCHO GARNIER 450 000 F

Association pour le développement de la recherche en reproduction humaine (ADRRH)

- Fécondation in vitro et suivi des enfants R. FRYDMAN 200 000 F

Fondation nationale de gérontologie

- Expérimentation d'une démarche de soins visant à l'amélioration de la qualité des soins dans les institutions pour personnes âgées H. GARDENT 360 000 F

Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (CASH)

● Observatoire de recherche en santé publique pour les individus sans toit (ORSPIST)	X. EMANUELLI	300 000 F
--	--------------	-----------

CHU de Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)

● Drépanocytose et déficience en G6PD. Dépistage néo-natal systématique	G. MERAULT	320 000 F
---	------------	-----------

CHU Lyon

● Stratégie de prise en charge de traitement de l'infarctus du myocarde (Rhône, Isère, Loire)	F. DELAHAYE	600 000 F
● Dépistage du cancer du sein chez les femmes présentant un risque familial	C. LASSET	580 000 F

DDASS

● Étude de la couverture vaccinale des enfants en école primaire dans le Bas-Rhin	C. CUISINET	20 000 F
---	-------------	----------

ÉCOLE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

École nationale de santé publique

● Étude multicentrique « coquillages et santé »	J. LESNE	574 000 F
● Formation FIESTA - Financement des études		300 000 F

École nationale de santé publique, DRISS

● Conception d'une référence régionale en santé publique pour la mise en place de la commission régionale pour l'évaluation médicale des établissements de Haute-Normandie	D ^r JANIN	200 000 F
--	----------------------	-----------

UNIVERSITÉS

Université Bordeaux II, UFR de santé publique

● Épidémiologie et santé publique	R. SALAMON	150 000 F
-----------------------------------	------------	-----------

Université René Descartes

● Les comportements à risque des toxicomanes	A. BOISSONNAS	508 500 F
--	---------------	-----------

Université Paris I, laboratoire d'économie sociale

● Une nouvelle allocation pour les handicapés : réduction ou accroissement des inégalités ?	A. TRIOMPHE	147 000 F
---	-------------	-----------

INSERM

Unité 149 - Recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants

● Mise en place et évaluation d'un système d'information périnatale	G. BREART	500 000 F
---	-----------	-----------

Unité 169 - Recherches en épidémiologie

● Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés	M. CHOQUET	900 000 F
● Surveillance biologique d'une population de femmes enceintes d'origine urbaine vis-à-vis du plomb et du manganèse	G. HUEL	250 000 F

Unité 189 - Physiopathologie subcellulaire et régulations métaboliques

● Intervention santé publique sur la drépanocytose en Métropole	F. GALACTEROS	300 000 F
---	---------------	-----------

Unité 242 - Physiopathologie chromosomique

● Évaluation de l'acceptabilité du diagnostic prénatal par les femmes immigrées	C. REYNIER	150 000 F
---	------------	-----------

Unité 263 - Biomathématiques et biostatistiques

● Prévention des risques de morbidité coronarienne dans une population active en Île-de-France	N.P. CHAU	300 000 F
● Système d'information en santé publique	P. GARNERIN	3 065 000 F

Unité 357 - Recherches en économie de la santé

- Contribution de l'analyse décisionnelle à l'évaluation des politiques d'éducation pour la santé : l'exemple des campagnes de prévention du sida M. FARDEAU 200 000 F

SC 11 - Cartographie du génome humain à des fins de recherche clinique

- Information sur le dépistage des anomalies chromosomiques par les marqueurs biologiques S. AYME 500 000 F
- Mini-colloque : politiques publiques et pratiques sociales dans le domaine des dépendances S. AYME 120 000 F

Inter-commission sur la prévention et l'évaluation des structures de soin

- Colloque : indications, méthodologie et évaluation des actions de dépistage à propos des cancers H. SANCHO GARNIER 200 000 F

Département information et communication, bureau de l'action culturelle

- Les jeunes, acteurs de l'éducation à la santé A.M REBOURCET 200 000 F

ORS

Observatoire régional de la santé du Centre

- Offre de soins en cancérologie et prise en charge des malades en région centre P. BRILLET 600 000 F

Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur

- Faire face au cancer et au sida en médecine de ville : dépistage, diagnostic et prise en charge par les médecins Y. OBADIA 366 000 F
- Maladie d'Alzheimer : analyse prospective en santé publique et planification des services de santé Y. OBADIA 500 000 F

ORS

- Évaluation de la mise en place de la Loi Évin 1 280 000 F
 - ORS de Bourgogne 183 750 F
 - ORS du Centre 361 250 F
 - ORS du Limousin 183 750 F
 - ORS de Haute-Normandie 183 750 F
 - ORS du Poitou-Charentes 183 750 F
 - ORS de Rhône-Alpes 183 750 F

Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé (FNORS)

- Tableaux de bord régionaux sur la santé B. GARROS 5 000 000 F

MAIRIES, CCAS, CONSEILS GÉNÉRAUX

Mairie de Cénon, centre communal d'action sociale

- Proposition pour une action de santé communautaire et de développement social local sur quatre sites 126 500 F

Mairie de Chambon-Feugerolles, réseau d'études épidémiologiques des maladies infectieuses

- Réseau d'études épidémiologiques des maladies infectieuses M. ARMAND 38 000 F

Ville d'Aubervilliers, service communal d'hygiène et de santé

- Quelle évaluation pour différents systèmes de prévention et de dépistage en direction des jeunes défavorisés ? Quel développement pour ces systèmes ? L. GINOT 40 000 F

Ville de Blois, centre communal d'action sociale

- Fiche de liaison et coordination des actions gérontologiques N. BROSSARD 100 000 F

Ville d'Albertville

- Forum Santé : droit à la santé - Prévention des toxicomanies J. LABBE 10 000 F

Conseil général du Rhône, comité départemental d'hygiène sociale

● Accès aux soins des populations défavorisées	C. DUCOS MIERAL G. CHAMPETIER DE RIBES	560 000 F
--	---	------------------

RÉSEAU NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Réseau national de santé publique (RNSP)

● Programme d'étude épidémiologique sur la tuberculose		1 333 000 F
Réseau national de santé publique	B. HUBERT	450 000 F
Centre international de l'enfance	N. GUERIN	150 000 F
Association pour l'étude de la résistance primaire	V. SCHWOEBEL	240 000 F
IAURIF pour ORS Île-de-France	R. FERRY	493 000 F
● Épidémiologie de l'hépatite C		2 750 000 F
Réseau national de santé publique	J.C. DESENCLOS	53 526 F
○ IRSA - Institut régional pour la santé	F. DUBOIS	650 000 F
Centre interdisciplinaire des sciences de la santé	E. GUIGNARD	150 000 F
Groupe d'étude sur le risque d'exposition au sang	E. BOUVET	366 474 F
Centre européen de surveillance épidémiologique du sida	E. COUTURIER	500 000 F
CHU Henri Mondor	M. DHUMEAUX	280 000 F
GFHP - Groupe français d'hépatologie pédiatrique	M. HADCHOUEL	150 000 F
INSERM - Unité 263	A.J. VALLERON	150 000 F
INSERM - Unité 370	C. BRECHOT	450 000 F
● Évaluation clinique, épidémiologique et microbiologique de la coqueluche		1 155 000 F
Institut Pasteur	N. GUIISO MACLOUF	755 000 F
Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GFIP) de la Société française de pédiatrie	S. BARON	420 000 F

DIVERS

CSMF - Syndicat des médecins de Paris

● Évaluation dans le cadre de la « campagne pour le frottis en Île-de-France »	D. BARRES	250 000 F
--	-----------	------------------

CFDT Lorraine

● Campagne de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine professionnelle	L. PRIVET	551 000 F
---	-----------	------------------

Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations

● Prévention des handicaps et de leur aggravation	J. SANCHEZ	977 000 F
---	------------	------------------

Institut inter-universitaire de médecine du travail de Paris Île-de-France

○ Évaluation et prévention du risque amiante lors de l'utilisation professionnelle de matériaux contenant de l'amiante (à l'exclusion des industries d'extraction et de transformation)	P. BROCHARD	280 000 F
---	-------------	------------------

CHRU Bordeaux

○ Colloque INSERM sur la recherche infirmière en France	M. AMOURETTI	200 000 F
---	--------------	------------------

■ Merci à Laetitia Gouffé-Benabida pour l'élaboration de cette liste.

Paris
Le 22 janvier 1994
Les jeunes et l'alcool

Renseignements
Dr Sarda
Société française d'alcoologie
16, rue Picot
75116 Paris
tél : (1) 47 04 39 30

Paris
Le 22 janvier 1994
**Les associations d'aide aux
personnes ayant un problème
avec l'alcool**

Renseignements
Société française d'alcoologie
16, rue Picot
75116 Paris
tél : (1) 47 04 39 30

Grenoble
Les 3 et 4 février 1994
**Épidémiologie en santé et
travail**

Congrès de l'Association pour le
développement des études et re-
cherches en épidémiologie sur la
santé et le travail
Renseignements
Service de Médecine du travail
Hôpital Michallon
BP 217
Grenoble Cedex 09
tél : (16) 76 76 54 42

Nancy
Les 18 et 19 mars 1994
Alcool et nutrition

Renseignements
Société française d'alcoologie
16, rue Picot
75116 Paris
tél : (1) 47 04 39 30

Nîmes
Du 11 au 14 avril 1994
Forum santé

Organisé par le Comité départe-
mental d'éducation pour la santé
du Gard
Renseignements
CDES
7, rue de l'Oratoire
30900 Nîmes
tél : (16) 66 21 10 11

Lausanne-Ouchy (Suisse)
Les 28 et 29 avril 1994
Famille et dépendance

Colloque de l'Institut de préven-
tion de l'alcoolisme et autres toxi-
comanies
Renseignements
ISPA
Case postale 870
1001 Lausanne
tél : 021 320 29 21

Lille
Du 27 juin au 2 juillet 1994
**3^e rencontres internationales francophones de
promotion de la santé**

Sous l'égide du Réseau francophone international
pour la promotion de la santé avec le parrainage du
Haut Comité de la santé publique.

Trois manifestations associées :

Le Congrès

Un colloque sur l'évaluation en promotion de la
santé et six séminaires sur des questions d'actualité
en promotion de la santé.

Les Mini-Forum

Six sites d'expression et d'échanges
sur le terrain.

Le Festival

Une programmation de théâtre
et santé.

Renseignements
Secrétariat général
Impacts Événements
22, rue Brûle-Maison
59000 Lille
Tél. : (16) 20 54 36 55
Fax : (16) 20 30 01 31

