

6

mars 1994

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

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

dossier La santé
en comptes

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

**Haut Comité de la
santé publique**

2, rue Auguste Comte

92170 Vanves

téléphone 46 62 42 80

télécopie 46 62 42 55

Président

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

Vice-Président

Guy Nicolas

Directeur de la publication

Jean-François Girard

Rédactrice en chef

Ségolène Chappellon

Comité de rédaction

Denis Couet

Lucie Degail

Jean-François Dodet

Ruth Ferry

Geneviève Guérin

Jean-Claude Henrard

Claudine Le Grand

Guy Nicolas

Philippe-Jean Parquet

Marie-Josèphe Strbak

Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

Documentation

Hafosa Ali

Réalisation graphique

Philippe Ferrero

Secrétariat

Arlette Dardy

Maité Ibarreche

Riama M'Bae

Ont participé à ce numéro

Marc Duriez

Marie-Pierre Alix

Michèle Fardeau

Bernadette Roussille

Annie Triomphe

Claude Béraud

François Dabis

Jean-Michel de Forges

Jacques Drucker

Didier Fassin

Philippe Hartmann

Philippe Lecorps

Jean-Claude Mallet

Jean-Claude SAILLY

Dépôt légal mars 1994 — ISSN 1243-275X

Le dossier *La santé en comptes* se trouve encarté entre
les pages 20 et 21. Il est numéroté de I à XXVIII.

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

Haut Comité de la santé publique,

Actualité et dossier en santé publique n°6

Sommaire

- **1 Éditorial**
- **2 Actualité**
L'indemnisation des contaminations par transfusion
ou traitement, *Jean-Michel de Forges*
- **6 International**
Environnement et santé, le bureau de projets de
l'OMS Europe à Nancy, *Philippe Hartmann*
- **8 Europe**
La protection de la maternité par l'Union
européenne, *Ségolène Chappellon*
Réunion du Conseil santé, 13 décembre 1993
- **11 Statistiques**
Les données statistiques relatives aux personnes
handicapées : production, utilisation, limites,
Annie Triomphe, Marie-Pierre Alix
- **5 Organisme**
Réseau national de santé publique
- **10 Formation**
DEA épidémiologie et intervention en santé publique
- **15 Recherche**
Programme interdisciplinaire de recherche sur les
villes (Pirvilles)
- **16 Documentation**
- **27 Législation & réglementation**
- **38 L'actualité du Haut Comité**
Rapport sur la sécurité anesthésique
- **41 Calendrier**

La santé en comptes

Dossier de Marc Duriez

■ III Les comptes de la Sécurité sociale

Des comptes de gestion

■ VI Les comptes satellites santé et protection sociale

Des comptes d'analyse économique

VI Notion de compte satellite

VIII Le compte satellite de la santé

XIV Le compte satellite de la protection sociale

■ XVIII Tribune

■ XXIV Annexes

■ XXVIII Bibliographie

Adresses utiles

La santé constitue pour chacun de nous ce qu'il a de plus précieux. Dès lors, tenter de traduire la santé *en comptes* représente un exercice jugé souvent périlleux, réducteur et, d'un certain côté, dérisoire, ainsi qu'on l'observe pour toutes les réalités qui ont un grand prix à nos yeux. Et pourtant, il s'agit là d'un exercice nécessaire et, de surcroît, révélateur de nos conceptions, de nos choix et de nos priorités.

La façon dont nous élaborons nos comptes ayant trait à la santé tend à refléter notre conception de la santé. Ce mode d'élaboration des comptes traduit en effet deux réalités ; d'une part, la façon dont on mesure la santé de la population ; d'autre part, l'inventaire des ressources consacrées par la nation au maintien ou à la restauration de cette santé. Sur le premier point, mesure-t-on seulement l'absence de maladie ou tente-t-on d'approcher la qualité de vie (par exemple à travers les années de vie sans incapacité ou la santé ressentie) ? Sur le second point, s'il est vrai que le système de soins n'est qu'un des déterminants de la santé, une place importante (voire grandissante) étant reconnue aux facteurs d'environnement et de cadre de vie, se contente-t-on d'inventorier les seules ressources investies dans le système de soins ou essaie-t-on d'identifier les autres actions également productrices de santé ? Plus globalement, le mode d'élaboration des comptes permet-il de savoir, non seulement ce que l'on dépense ou qui prescrit la dépense (l'hôpital, le système ambulatoire,...) mais qui en bénéficie et pour quel avantage ? Ce que nous révèlent les comptes de la santé (au-delà de ce qu'ils méconnaissent) fournit néanmoins bien des enseignements précieux sur le fonctionnement de notre système de santé : quelles sont les places respectives de la recherche, de la prévention, du curatif ? À quel type d'affections consacre-t-on le plus de moyens et avec quel résultat ? Quelles inégalités (sociales, géographiques) constate-t-on au regard de l'état de santé, de l'accès aux soins, du financement de ces derniers ? Analysés dans une perspective temporelle dynamique et dans le cadre de comparaisons internationales, les comptes de la santé peuvent nous révéler bien des aspects de notre mode de fonctionnement, des évolutions de notre système, voire de ses dérivés.

Enfin, les comptes de la santé devraient constituer l'outil indispensable accompagnant la définition et la mise en œuvre d'une politique de santé publique : ils représentent, en effet, le tableau de bord permanent autorisant, en amont, le constat d'où peut naître l'inventaire des problèmes à résoudre et, en aval des décisions prises, le suivi de ces dernières.

Derrière le cadre austère et, parfois, faussement neutre, des chiffres et des comptes, des enjeux importants se dissimulent. Pour reprendre et transposer le mot de Clémenceau : *les comptes de la santé sont une affaire trop importante pour être abandonnée aux statisticiens*. Il convient que les acteurs de la santé publique s'en imprègnent et s'en emparent pour mieux fonder et engager une véritable politique de santé pour notre pays.

Jean-Claude Sailly

L'indemnisation des contaminations par transfusion ou traitement

Fin 1991, les députés ont adopté une loi prévoyant l'indemnisation des personnes contaminées par le VIH lors d'une transfusion sanguine, indemnisation accordée après une procédure particulière auprès d'un « Fonds d'indemnisation » et supportée par le budget de l'État. Ils ont ainsi institué un régime spécial de responsabilité administrative qui pourrait être étendu à d'autres contaminations mais qui soulève plusieurs questions juridiques

La loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 a institué une véritable « garantie sociale »¹ en faveur des personnes contaminées par le sida lors d'une transfusion sanguine. Un mécanisme analogue est envisagé pour réparer les conséquences de la contamination de l'hépatite C par voie transfusionnelle et des conséquences de l'administration de l'hormone de croissance.

Sans entrer dans le détail d'un régime juridique fort complexe², on peut fournir ici quelques points de repères en soulignant que l'appel à la solidarité sociale constitue un régime spécial de responsa-

bilité administrative dont la mise en œuvre suppose que soient résolues trois questions : celle du choix du régime de garantie sociale, celle du financement de cette garantie, et celles des conditions d'engagement de la garantie.

Le choix du régime de garantie

Le législateur peut hésiter entre deux solutions.

La première est assurément la plus simple ; elle consiste à écarter toute référence au droit commun de la responsabilité au profit exclusif de l'indemnisation organisée par la loi. La victime se voit alors interdire tout recours contre celui qui lui semble l'auteur réel du dommage ; elle ne peut l'attaquer ni sur le terrain de la faute qu'il aurait commise, ni sur celui du risque qu'il lui aurait fait courir.

Un tel régime peut être retenu en ma-

tière de calamités naturelles ou de dommages de guerre. Il ne l'est pas volontiers en matière médicale, notamment parce que l'on craint de « déresponsabiliser » le corps médical.

C'est pourquoi la loi du 31 décembre 1991 relative au sida a choisi une autre voie : les victimes ne sont nullement tenues de s'adresser au Fonds d'indemnisation créé par cette loi ; elles peuvent préférer agir, selon les règles classiques de la responsabilité civile (voire pénale), contre celui ou ceux qu'elles estiment responsables de leur préjudice.

La possibilité de s'adresser au Fonds simplifie pourtant beaucoup les choses, car le droit commun de la responsabilité est ici d'une redoutable complexité :

- complexité tenant au dualisme juridictionnel : le juge administratif est seul compétent (et le droit administratif seul applicable) lorsque le dommage résulte de l'activité d'un organisme public (hôpital ou centre de transfusion) ; le juge judiciaire est seul compétent lorsque le préjudice résulte de l'activité d'un médecin libéral ou d'un organisme privé (clinique, centre de transfusion privé) ;

- complexité du régime de la preuve : en principe, la responsabilité médicale et la responsabilité hospitalière sont fondées sur la faute ; il n'y a donc condamnation que si la victime apporte la preuve que l'auteur apparent du dommage a com-

¹ J.-M. Pontier, *Sida, de la responsabilité à la garantie sociale*, Revue française de droit administratif, 1992, p. 533

² not. J.-M. de Forges, *Sida : responsabilité et indemnisation des préjudices résultant de contamination par transfusion sanguine*, Revue de droit sanitaire et social, 1992, p. 555

mis une faute qui a provoqué ce dommage (faute de l'établissement qui n'a pas vérifié l'origine du sang transfusé, voire faute de l'État qui n'a pas interdit la distribution de sang non chauffé). Mais, dans l'affaire du sida, les tribunaux judiciaires ont souvent condamné des organismes privés sans exiger la preuve d'une faute : c'est une responsabilité automatique du « fournisseur » de sang fondée sur l'idée que tout fournisseur d'un produit doit livrer un produit exempt de vice.

Les choses risquent d'être plus complexes encore pour les dommages causés par l'hormone de croissance : pourra-t-on attaquer l'État au motif qu'il a commis une faute en autorisant la délivrance d'un produit nocif ? Pourra-t-on faire condamner l'hôpital sur la base d'une jurisprudence administrative récente, fondée sur l'idée du risque que courent les victimes de traitements non encore suffisamment éprouvés, ou d'une autre jurisprudence récente relative aux traitements dont les effets nocifs sont connus mais exceptionnels ? Dans les deux cas, l'indemnisation de « l'aléa thérapeutique » ne se rattache pas à la responsabilité pour faute.

Le choix du financement de l'indemnisation

Le législateur doit ici choisir entre deux modes de financement, celui des assureurs et celui de l'État.

Dans l'affaire du sida, les pouvoirs publics avaient d'abord obtenu la création d'un Fonds d'indemnisation privé, réservé aux hémophiles, exclusivement alimenté par les assureurs (c'est-à-dire, en réalité, par les assurés, à travers une augmentation prévue de l'ensemble des primes d'assurances). Les réticences de la profession comme les pressions des associations de victimes ont conduit à un autre mécanisme : dans l'attente d'une loi spéciale (qui n'est toujours pas intervenue...) devant préciser la participation des assureurs, c'est l'État qui finance intégralement l'indemnisation.

La question devrait être renouvelée par la future loi sur l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, qui s'appliquera cer-

tainement au moins aux préjudices causés par l'administration de l'hormone de croissance. Mais il est trop tôt pour connaître la solution qui sera retenue.

En réalité, l'État ne supporte pas toute la charge financière finale : dans la loi du 31 décembre 1991, il est clairement prévu que le Fonds est subrogé dans les droits de la victime qu'il a indemniée : il peut donc se retourner contre les tiers responsables, mais à condition qu'ils aient commis une faute.

Une partie des ressources financières du Fonds provient donc des actions en garantie qu'il exerce contre les centres de transfusion sanguine et les établissements hospitaliers lorsque ceux-ci ont commis des fautes d'imprudence dans la délivrance de sang contaminé. Bien entendu, le payeur réel est alors l'assureur de ces

organismes... Le même mécanisme peut être envisagé pour d'autres affections, mais il se heurtera aux mêmes difficultés juridiques :

- cette action en garantie est d'application limitée, puisqu'elle est inutilisable dans les hypothèses où la jurisprudence retient un régime de responsabilité sans faute ;

- à supposer que, malgré une jurisprudence administrative incertaine sur ce point, l'action subrogatoire entre personnes publiques soit possible, jusqu'où irait-elle ? La loi du 31 décembre 1991 ne dit même pas si le Fonds, doté de la personnalité morale, est une personne publique ou une personne privée ; on ne sait pas encore si l'hôpital ou un centre de transfusion condamné pour faute (ou plutôt leurs assureurs) pourrait se retourner

Quelques chiffres sur les contaminations

Sida

Au 31 décembre 1993, 1394 cas de sida chez des transfusés et 373 cas chez des hémophiles ont été déclarés¹.

On estime à 1 200 le nombre d'hémophiles « séropositifs » (porteurs du virus VIH) et entre 3 000 et 6 000 le nombre de transfusés « séropositifs »².

Hépatite C

Le nombre de receveurs contaminés par le virus de l'hépatite C se compte par dizaine de milliers (et même au-delà de 100 000). Les conséquences en terme de morbidité sont très inégales : le risque de développer une hépatite chronique évolutive est de l'ordre de 25 %.

L'évolutivité, qu'elle soit sous forme de cirrhose et cancer du foie ou sous forme d'hépatite chronique active, entraîne un risque de mortalité entre 3 et 5 % dans les 30 ans qui suivent la contamination³.

Maladie de Creutzfeld-Jacob

Le nombre de cas de maladie de Creutzfeld-Jacob à la suite d'un traitement par hormone de croissance est actuellement de l'ordre de la trentaine.

¹ BEH n° 6/1994

² Rapport du groupe d'action coordonnée ANRS n° 6 et DGS, 1990

³ Rapport sur l'hépatite C HCSP 1992

contre l'État, lui-même déjà condamné pour la faute qu'il a commise lorsqu'il a trop tardé à interdire la délivrance de produits sanguins non chauffés ;

- enfin, les juges ne sont pas liés par le chiffre de l'indemnisation fixé par le Fonds. La victime peut d'ailleurs elle-même saisir la Cour d'appel de Paris (et seulement cette juridiction) si le Fonds a refusé de l'indemniser ou si le montant de l'indemnité lui semble insuffisante.

Les conditions d'engagement de la garantie

Dans tout régime de responsabilité, la victime doit établir la réalité et l'étendue du préjudice qu'elle a subi. La loi du 31 décembre 1991 prévoit d'ailleurs une « réparation intégrale » du préjudice par le Fonds d'indemnisation, dans un délai d'ailleurs assez bref (3 mois pour la décision de principe de la commission d'indemnisation, et 3 mois pour notifier l'offre d'indemnité à la victime).

Encore faut-il être en mesure de chiffrer le préjudice. Dans l'état actuel de la science, le préjudice résultant d'un sida déclaré n'est que trop évident, encore que le caractère essentiellement évolutif de l'infection par le VIH ne permette pas la fixation d'une date de consolidation. Pour

sa part, le préjudice du séropositif est encore plus difficile à évaluer : c'est surtout un préjudice moral (ostracisme de l'entourage, impossibilité de voyager dans certains pays, troubles de toutes sortes dans les conditions d'existence). Le problème est malheureusement plus simple pour l'hépatite C et l'hormone de croissance.

Plus délicate encore est la question de la preuve du lien de causalité entre l'acte médical et le dommage, condition pourtant essentielle dans le droit de la responsabilité.

On sait qu'il arrive fréquemment que la victime soit dans l'impossibilité de prouver que la contamination (au moins pour le sida) provient bien d'une transfusion sanguine, parfois ancienne compte tenu du temps de latence nécessaire à l'apparition des premiers symptômes, notamment parce que les donneurs de sang sont inconnus ou introuvables. Le Fonds d'indemnisation et les tribunaux sont donc conduits à apprécier si le genre de vie menée par la victime ne suffirait pas à expliquer la contamination. Certaines de leurs décisions, le plus souvent favorables aux victimes, ressemblent à des paris. Quant à la contamination du conjoint du transfusé, elle peut entrer dans le champ de la loi d'indemnisation car la jurisprudence estime que les rela-

tions sexuelles entre époux sont une manifestation du « droit de mener une vie familiale normale » ; mais qu'en est-il de la contamination du partenaire non marié, voire occasionnel ?

Beaucoup d'incertitudes juridiques demeurent, même après deux ans d'application de la loi du 31 décembre 1991. Pour la plupart, elles sont transposables au cas de la contamination par le virus de l'hépatite C. L'affaire de l'hormone de croissance semble un peu moins complexe, dans la mesure où elle se rattache plus nettement à la notion « d'aléa thérapeutique ». Toutes ces affaires posent cependant deux problèmes de fond très différents et forts délicats : le premier est évidemment celui de l'effectivité du contrôle de l'État sur les produits à usage thérapeutique, car personne ne peut assurer qu'il n'existe pas d'autres « bombes à retardement » non encore détectées en matière médicale ; le second est celui de l'augmentation spectaculaire récente des primes d'assurance des établissements hospitaliers, qui exprime l'inquiétude des assureurs et risque de peser sur la politique de maîtrise des dépenses de santé. ■

Références

- Loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social, article 47 (*JO* du 4 janvier 1992)
- Décret n°92-183 du 26 février 1992 relatif au Fonds d'indemnisation institué par la loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 (*JO* du 27 février 1992)
- Arrêté du 26 février 1992 portant approbation des statuts du Fonds d'indemnisation (*JO* du 27 février 1992)
- Circulaire DH-DGS/AF1-31A du 17 mars 1992 relative à la communication du dossier médical (dans le cadre de la procédure d'indemnisation) (*BO des affaires sociales* n°92/15 du 20 mai 1992)
- Décret n°92-759 du 31 juillet 1992 relatif aux actions en justice intentées devant la Cour d'appel de Paris (*JO* du 6 août 1992), modifié par le décret n°93-906 du 12 juillet 1993 (*JO* du 17 juillet 1993)

Adresse utile

Fonds d'indemnisation, BP 50, 94303 Vincennes, tél. 43 98 78 78

Jean-Michel de Forges,
Professeur à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)

Réseau national de santé publique

Sigle
RNSP

Date de création
18 juin 1992

Textes de référence
Arrêté du 17 juin 1992

Circulaire DGS du 25 août 1993

Statut
Groupement d'intérêt public

Partenaires fondateurs
ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Inserm, École nationale de santé publique

Moyens
15 MF (budget 1994)

Effectif
18 personnes (16 équivalent temps plein)

Responsables
Président
Pr Jean-François Girard
Directeur
Pr Jacques Drucker

Coordonnées
Réseau national de santé publique
14, rue du Val d'Osne
94415 Saint Maurice
CEDEX
Téléphone 43 96 65 00
Télécopie 43 96 65 02

Partenaires

Le RNSP travaille en partenariat étroit avec le réseau des professionnels de santé des services déconcentrés du ministère de la Santé et notamment, les médecins inspecteurs et les ingénieurs du génie sanitaire, responsables des actions de surveillance et d'investigation.

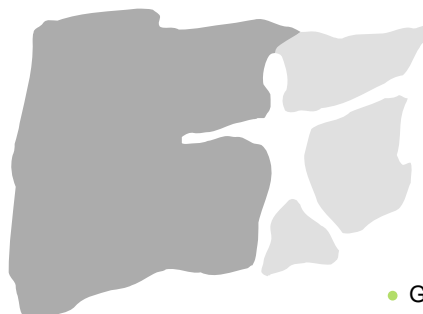
Le RNSP collabore avec des réseaux d'experts (centres nationaux de référence, ORS, laboratoires universitaires...) dans le cadre des thématiques qui lui ont été confiées.

Missions

Le Réseau national de santé publique (RNSP) est un organisme national mandaté par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville pour coordonner et renforcer les actions d'épidémiologie d'intervention dans les domaines des maladies infectieuses et des effets sur la santé de la pollution environnementale.

Pour assurer ces missions, le Réseau national de santé publique :

- coordonne, à la demande de la Direction générale de la santé, les investigations des épidémies de dimension nationale ;
- conseille et appuie, à leur demande, les services déconcentrés dans leurs missions de surveillance épidémiologique et d'intervention ;
- met en œuvre et/ou coordonne des systèmes nationaux d'information épidémiologique d'alerte et de surveillance ;
- réalise des études épidémiologiques et des évaluations de programmes de santé publique ;
- contribue à promouvoir les activités de formation et de recherche dans le domaine de l'épidémiologie d'intervention ;
- développe et diffuse des méthodes, outils et protocoles d'intervention épidémiologique.



Logo

Objectifs

- Optimiser les décisions de santé publique en apportant aux décideurs des informations épidémiologiques pertinentes, validées et utilisables.
- Renforcer l'efficacité des programmes de prévention.

Organisation

- Un Conseil d'administration de quatre membres : le directeur général de la santé, le directeur des hôpitaux, le directeur général de l'Inserm et le directeur de l'École nationale de santé publique.
- Un conseil scientifique de seize membres.
- Une structure exécutive :
 - direction et secrétariat général : coordination des activités du RNSP, relations avec les grands organismes partenaires, relations internationales, gestion administrative et financière ;
 - section maladies infectieuses et sida ;
 - section santé-environnement ;
 - section alerte et investigations ;
 - sections système d'information, de communication et de documentation.

Principales réalisations

- Investigations d'épidémie de dimension nationale : listériose, trichinose, salmonellose.
- Gestion du système national de surveillance épidémiologique du sida.
- Surveillance des maladies infectieuses à déclaration facultative (en collaboration avec le Réseau national télématique d'information et de communication sur les maladies transmissibles, développé à l'Inserm, et les réseaux de laboratoires développés par le Laboratoire national de la santé).
- Études :
 - épidémiologie de la coqueluche, de la tuberculose, de l'hépatite C ;
 - évaluation des systèmes nationaux de surveillance des maladies infectieuses ;
 - prévalence du saturnisme...

Perspectives

- Mettre en place des antennes inter-régionales dans le but d'amplifier les actions nationales du RNSP et de répondre aux besoins spécifiques des régions et des départements.
- Développer des méthodes et des outils épidémiologiques adaptés aux besoins des acteurs de santé publique sur le terrain.
- Renforcer les systèmes d'information sanitaire du pays.
- Favoriser le développement d'un réseau de professionnels en épidémiologie d'intervention couvrant le territoire français.

Environnement et santé

Le bureau de projets de l'OMS Europe à Nancy

La première conférence européenne sur l'environnement et la santé, en décembre 1989, a donné lieu à l'adoption de la Charte dite de Francfort par les 29 ministres présents. Cette Charte européenne sur l'environnement et la santé recommande d'augmenter les efforts dans les domaines de la collecte des données, de l'évaluation des risques pour la santé et de l'aide à la mise en place de mesures préventives et correctives, en particulier pour les pays de l'Europe de l'Est très touchés par la pollution. C'est dans ce cadre qu'a été créé le Centre européen pour l'environnement et la santé dont le bureau de projets de Nancy constitue l'un des trois pôles.

Le rôle défini au Centre européen pour l'environnement et la santé est de soutenir, sur la base des connaissances scientifiques disponibles au niveau international et des requêtes provenant des pays, les objectifs de la Charte ainsi que ceux de la stratégie européenne « la santé pour tous » (buts 11 et 18 à 25).

La division santé environnement du bureau régional Europe de l'OMS n'avait pas les moyens humains et matériels pour faire face à toutes les demandes en provenance des pays de l'Europe de l'Est très désireux de collaboration lorsque la « chape » qui couvrait ce type d'informations s'est trouvée éliminée par les évolutions politiques. Il avait été demandé aux pays d'Europe de l'Ouest une aide face à cette situation nouvelle. Les gouvernements néerlandais, puis italiens et enfin français ont répondu à cette sollicitation, tandis que d'autres pays apportaient des contributions financières à des projets (Allemagne, Suisse, etc.)

Ce centre est coordonné depuis le bureau régional Europe de l'OMS, responsable de la politique générale, des stratégies et de planification. Il comprend deux divisions opérationnelles à Bilthoven et à Rome et un bureau de projets à Nancy ; les investissements de base ont été procurés par les gouvernements italien, néerlandais et français. Il emploie une quarantaine de personnes, ce qui représente une augmentation d'un facteur quatre à cinq des moyens humains du bureau régional Europe dans ce domaine.

La division de Bilthoven met en œuvre des programmes d'épidémiologie descriptive, en particulier systèmes d'information géographique (GIS), de toxicologie et d'étude des répercussions de la pollution de l'air sur la santé. Elle a pour priorité d'actualiser les valeurs guides pour la qualité de l'air, valeurs utilisées par les différents États et par la Communauté européenne. Elle a lancé, par ailleurs, plusieurs projets dans des pays

d'Europe de l'Est, projets visant à renforcer les institutions, à développer les ressources humaines, à évaluer les risques pour la santé. Ces projets reposant sur la base d'une collaboration bilatérale transitant par l'OMS, disposent de moyens financiers importants (plusieurs centaines de milliers de dollars par an et par pays) dépassant le stade de l'épidémiologie et de la formation pour déboucher dans certains cas sur des domaines techniques avec un champ très large.

La division de Rome comprend des unités spécialisées dans la protection contre les rayonnements, l'hygiène des aliments, la qualité de l'eau, l'épidémiologie analytique et l'informatique. Ces travaux sont également largement tournés vers l'Europe de l'Est et l'ancienne URSS. Par ailleurs, son unité *hygiène des aliments* élabore actuellement quatre bases de données : infections alimentaires, exposition à des substances potentiellement dangereuses par l'intermédiaire des aliments, services d'hygiène des aliments et limites des législations sur l'alimentation. Le projet ayant connu le plus grand retentissement est celui relatif à la surveillance épidémiologique dans la zone de Tchernobyl. Il a permis de montrer une augmentation très significative des cancers de la thyroïde chez l'enfant dans certains districts de Belarus.

Le bureau de projets de Nancy

Le bureau de projets de Nancy est le « dernier né » du Centre. Sa création a été

officialisée par l'accord entre l'OMS et le gouvernement français signé en mars 1992. Il est financé par plusieurs partenaires français à hauteur d'un budget annuel de 5 MF qui devrait d'ici 1995 monter à 7 MF. Son équipe se constitue progressivement autour d'un directeur : ingénieurs spécialisés, consultants court-terme, assistant administratif.

Son objet est la coopération technique, en matière de génie sanitaire, d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de gestion des déchets ainsi que des autres aspects de l'environnement urbain. Le bureau doit donner des avis sur des solutions techniques et réaliser des études de faisabilité et de pré-investissement, sans préjudice du développement de projets dans les autres divisions du Centre.

Ses activités portent, pour le début, principalement sur des projets intéressant les pays d'Europe centrale et orientale ; mais une aide peut être envisagée, sur demande, au profit d'autres régions OMS (notamment l'Afrique) ; le bureau devrait également renforcer le soutien technique au programme Ville Santé européen.

Le bureau de projets de Nancy est encore dans une période de montée en charge. Compte tenu des professionnels en poste, les activités développées dans les 18 premiers mois ont porté essentiellement sur la gestion de l'eau et la gestion des déchets (cf. encadré).

Les premières activités développées par le bureau de projets de Nancy ont permis d'identifier certains projets dont l'impact sur la santé est indéniable et d'établir des relations avec les autorités nationales et locales de pays d'Europe centrale et orientale. Ces pays sont submergés sous les propositions de bureaux d'études privés et d'industriels de tous les pays développés et ils souhaitent que des experts neutres et indépendants viennent les assister dans l'évaluation de leurs besoins et la formulation de leurs projets : organisation des services ou choix des technologies. Le bureau de Nancy semble à cet égard correspondre à leur attente. À terme, la poursuite de ces actions doit aboutir à un transfert de technologie.

Cependant, le développement des activités du bureau de Nancy est pour partie freiné par le problème non résolu du financement des études de faisabilité et de pré-investissement ; ces études sont nécessaires pour établir les priorités ou les choix stratégiques et il importe d'identifier les institutions, structures ou organismes multilatéraux ou bilatéraux qui s'engageront à les financer. Actuellement, par manque de ce que les anglo-saxons appellent le « seed money » les réalisa-

tions tardent : chacun a tendance à attendre avant de s'engager. Est-il possible de laisser ainsi la situation évoluer dans certaines zones, au risque de décevoir les autorités dynamiques et la population et de revoir basculer vers un futur politique cahotique ceux qui croient encore en de possibles améliorations en partenariat avec l'Occident ? ■

Philippe Hartmann,
professeur de santé publique, Nancy

Premières activités du bureau de projets de Nancy

Gestion de l'eau

- Participation quant aux aspects qualité à un accord entre les villes de Moscou et Paris relatif à la réorganisation de la distribution d'eau de Moscou
- Participation à des missions sanitaires en Bosnie pour les aspects distribution d'eau et assainissement, tant en situation de crise que lors des phases prévisibles de reconstruction
- Étude des conditions de qualité de l'eau de distribution dans plusieurs villes d'Europe orientale
- Assistance et conseils pour les problèmes de santé publique, pouvant résulter de la rupture de la digue de rétention de déchets miniers toxiques de Mojakovac (Monténégro)
- Identification de projets techniques relatifs à l'eau de distribution et à l'assainissement dans le district Khanty Manssijsk (Sibérie) et dans les villes de Constanza et de Iasi (Roumanie)
- Examen des possibilités de collaboration avec le « Green Partnership Programme » financé notamment par le PNUD en Pologne
- Préparation de programmes de formation en France d'ingénieurs sanitaires et sur place de responsables dans les techniques de l'eau

Gestion des déchets

- Préparation et réalisation d'études de faisabilité et de pré-investissement relatives aux déchets hospitaliers dans la région de Kielco (Pologne)
- Expertise d'une décharge en Turquie, en réponse à une demande urgente (30 morts)
- Étude d'une programmation de gestion des déchets en Turquie, incluant la réhabilitation des sites existants, la formation des personnels et les déchets hospitaliers et participation au groupe de travail de la Banque mondiale sur la problématique du traitement des déchets dans ce pays
- Préparation de recommandations pour la gestion des déchets hospitaliers en Europe, à la demande de la Commission des Communautés Européennes et participation au groupe de travail correspondant
- Préparation d'une réunion internationale portant sur les déchets miniers
- Préparation d'une réunion internationale relative à la réhabilitation des sites d'anciennes installations militaires
- Préparation de documents techniques portant sur les technologies appropriées à la gestion des déchets pour la seconde conférence européenne sur l'Environnement et la Santé qui se tiendra à Helsinki (juin 1994)

La protection de la maternité par l'Union européenne

Dans le cadre de sa politique de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, le Conseil de la Communauté européenne a adopté en octobre 1992 une directive concernant « la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail » qui détermine un niveau de protection minimum pour les 12 pays de l'Union européenne. Son application en France est déjà assez largement effective.

La Communauté européenne a depuis l'origine inscrit dans le traité de Rome une compétence quant à la sécurité des travailleurs. Après l'adoption de l'Acte unique européen (1988) qui a élargi cette compétence à « l'amélioration notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs » (article 118 A) tout en simplifiant les procédures d'adoption des directives, et l'adoption de la charte sociale européenne en 1989, cette politique de sécurité et santé des travailleurs s'est accélérée. De nombreuses directives sont intervenues et 1992 a été « année européenne pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail ». Les directives adoptées ont le plus souvent concerné la protection contre des risques liés au milieu de travail (protection contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques, et biologiques, protection contre les risques liés à une exposition au bruit, etc.). Cependant trois directives se sont attachées plus particulièrement à la santé et la sécurité au travail de trois populations « groupes à risque spécifique », au sens de la directive d'orientation générale du 12 juin 1989 : l'une concerne les jeunes travailleurs, l'autre les travailleurs atypiques et la troisième concerne « la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir

l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail » (directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992, JO des Communautés européennes du 28 novembre 1992). Cette directive est intéressante à analyser au regard de sa construction d'une part, au regard de la législation française d'autre part.

Les principales dispositions de la directive

En préalable, on doit noter que conformément au principe général du droit européen, cette directive rappelle bien qu'elle ne peut justifier un abaissement éventuel des niveaux de protection déjà atteints dans chaque État membre à la date de son adoption.

Cette directive est construite autour de deux idées : protéger la femme « enceinte, accouchée ou allaitante » contre les risques que son poste ou son milieu de travail lui ferait encourir, lui garantir des droits.

- La protection contre les risques s'appuie soit sur une démarche d'évaluation des risques particuliers pour une femme compte tenu de son poste de travail, soit sur des interdictions générales.

L'employeur, ou les service adéquats

(en France la médecine du travail) est tenu d'évaluer les risques que présente pour la femme une exposition à des « agents, procédés ou conditions de travail tels que des chocs, le bruit, des radiations, des agents biologiques, ou des agents chimiques... (une liste non exhaustive est proposée en annexe) ; il est tenu d'en informer la femme et, le cas échéant, de proposer à celle-ci un aménagement des conditions ou du temps de travail, à défaut un changement de poste, à défaut un arrêt de travail.

Les interdictions générales portent sur le travail de nuit d'une part, l'exercice d'activités qui mettent « en péril la sécurité et la santé » de la femme et dont une liste est également proposée en annexe.

- La garantie des droits porte sur le droit à un congé de maternité d'au moins quatorze semaines continues, la dispense de travail pour se rendre aux examens médicaux prénataux, la protection contre un licenciement abusif, le maintien de la rémunération ou le bénéfice d'une prestation adéquate, enfin la possibilité d'un recours devant une juridiction ou une autre instance compétente en cas de non respect de ces droits.

L'application en France

Une directive européenne lie les États membres, en leur imposant un résultat à atteindre, tout en leur laissant la compétence quant à la procédure et les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à ce résultat. Ainsi la directive étudiée prévoit que « les États membres mettent en vigueur les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires

Réunion du Conseil santé

13 décembre 1993

pour se conformer à la présente directive au plus tard deux ans après son adoption ou s'assurent au plus tard deux ans après l'adoption que les partenaires sociaux mettent en place les dispositions nécessaires par voie d'accord... »

En France, l'application des dispositions quant à la garantie des droits est déjà acquise : la durée du congé maternité est supérieure (16 semaines et 26 à partir du troisième) ; le licenciement est interdit pendant la grossesse et le maintien de la rémunération est garanti y compris pendant le congé maternité ; une seule disposition a mérité une adaptation du droit français déjà faite : la dispense de travail pour examens prénataux ; l'article 52 de la loi n° 92-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social a créé un nouvel article L 122-25-3 du code du travail prévoyant que la salariée bénéficie d'une autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux obligatoires prévus par l'article 154 du code de la santé publique (examens prénataux et examen postnatal).

L'application des dispositions relatives à l'évaluation des risques est un peu plus complexe. En France, il appartient au médecin du travail dès qu'il a eu connaissance de la grossesse de prévoir une surveillance médicale particulière pour la salariée enceinte conformément aux dispositions de l'article R 241-50 al. 3 du Code du travail, si nécessaire en liaison avec le médecin qui suit la grossesse. Si des modifications du poste de travail sont à envisager (la grossesse étant alors révélée avec l'accord de la salariée) il devra en discuter les modalités avec le chef d'entreprise et, s'il en existe un, avec le comité d'hygiène, de sécurité et des con-

Les ministres de la Santé des 12 pays membres de l'Union européenne se sont réunis en Conseil le 13 décembre. Ils ont examiné, mais pas encore adopté, les propositions présentées par la Commission pour donner une suite à la résolution du 27 mai 1993 « concernant l'action future dans le domaine de la santé publique » (cf. *AdSP* n° 4). Ils ont par ailleurs adopté une résolution concernant les orientations futures du programme « l'Europe contre le cancer », une résolution concernant la prolongation jusqu'à la fin 1994 du programme « l'Europe contre le sida », des conclusions sur l'autosuffisance en sang de la Communauté européenne, et des conclusions relatives à la mise en place d'un réseau en matière d'épidémiologie dans la Communauté européenne. Par contre l'adoption d'une directive concernant le rapprochement des dispositions législatives en matière de publicité en faveur du tabac a une fois de plus été différée. ■

Références

Articles L 234-2, L 122-25 et suivants, R 241-50 et suivants du code du travail.

ditions de travail (CHSCT) dont il est membre de droit avec voix consultative. Mais l'action efficace du médecin du travail tient à sa connaissance ou non rapidement de la grossesse : or il semble que ce soit peu souvent le cas. Une fiche de liaison à destination du médecin du travail a été incorporée dans le nouveau carnet de maternité (arrêté du 16 novembre 1990), mais cette fiche est remise à la

Références

- Communication de la Commission concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, doc. COM (93) 559 final, diffusion restreinte.
- Résolution du Conseil du 13 décembre 1993, concernant les orientations futures du programme « l'Europe contre le cancer » à la suite de son évaluation pour la période de 1987 à 1992, *JO* des communautés européennes du 18 janvier 1994 (n° C15/1).
- Résolution du Conseil du 13 décembre 1993 concernant la prolongation jusqu'à la fin de 1994 du plan d'action 1991-1993 adopté dans le cadre du programme « l'Europe contre le sida », *JO* des communautés européennes du 18 janvier 1994 (n° C15/4).
- Conclusions du Conseil du 13 décembre concernant l'autosuffisance en sang dans la Communauté européenne, *JO* des communautés européennes du 18 janvier 1994 (n° C15/6).
- Conclusions du Conseil du 13 décembre 1993 relatives à la mise en place d'un réseau en matière d'épidémiologie dans la Communauté, *JO* des communautés européennes du 18 janvier 1994 (n° C15/6).

gestante et n'est que rarement remise au médecin du travail. Il n'est par ailleurs pas possible d'envisager une transmission directe de la déclaration de grossesse au médecin du travail car celle-ci ne fait pas partie des dérogations légales au secret médical. C'est donc bien à la future mère elle-même d'informer le médecin du travail de son état afin de permettre à celui-ci d'exercer ses responsabilités. ■

S. Chappellon avec la contribution du **D^r Loiret**, médecin inspecteur régional, Poitou-Charentes.

Responsable

Pr R. Salamon
(Bordeaux II)

Coordonnateur

Pr F. Dabis (Bordeaux II)

Responsables pédagogiques

Pr J. Drucker (Tours),
Dr D. Commenges et
Dr R. Salmi (Bordeaux II)

Renseignements administratifs

Secrétariat pédagogique
Département
d'informatique médicale
Université de Bordeaux II
146, rue Léo Saignat
33076 Bordeaux CEDEX
Tél. 57 57 10 43
Fax 56 99 13 60

Public

Médecins, ou autres, en formation initiale ou continue...
Maîtrise exigée, notamment celle de « sciences biologiques et médicales » (certificats « statistique, informatique et modélisation » et « méthodes en recherche clinique et épidémiologique »).

Organisation générale

Cette formation se déroule sur un an : quatre mois d'enseignements théoriques sous forme modulaire (180 heures environ, entre octobre et février), suivis d'un stage

Objectifs

Former à la recherche dans le champ de l'épidémiologie d'intervention, développer une expertise dans cette spécialité.
Permettre d'approfondir la connaissance des méthodes et des outils de l'épidémiologie d'intervention.
Faire acquérir un savoir-faire garantissant une capacité à exercer des responsabilités épidémiologiques dans le cadre d'un projet de recherche ou d'un programme de santé publique.

Programme

Les enseignements théoriques du DEA comprennent un **tronc commun** (cinq modules obligatoires) et une **option** (cinq modules obligatoires et un module supplémentaire à choisir parmi les modules des deux autres options ou dans la liste des **modules optionnels**).

Tronc commun

- Surveillance épidémiologique (niveau 1)
- Statistique (niveau 1)
- Micro-informatique appliquée à l'épidémiologie (niveau 1)
- Évaluation des interventions en santé publique
- Communication écrite, documentation scientifique

Options

Épidémiologie d'intervention

- Investigation d'épisodes épidémiques
- Démographie et techniques d'enquête
- Surveillance épidémiologique (niveau 2)
- Techniques de communication orale
- Micro-informatique appliquée à l'épidémiologie (niveau 2)
- Module supplémentaire*

Épidémiologie clinique

- Statistique (niveau 2)
- Techniques de communication orale
- Essais thérapeutiques
- Études pronostiques
- Aide à la décision
- Module supplémentaire*
- Modules optionnels**
- Vaccinologie
- Infection par le VIH
- Maladies transmissibles
- Nutrition
- Vieillesse
- Handicap
- Traumatologie-urgences
- Pharmaco-épidémiologie
- Géographie de la santé

Biostatistique

- Statistique (niveau 2)
- Statistique (niveau 3)
- Démographie et techniques d'enquête
- Surveillance épidémiologique (niveau 2)
- Modélisation
- Module supplémentaire*

d'application de six mois dans l'une des équipes d'accueil habilitées. Ce

stage donne lieu à la rédaction d'un mémoire écrit.

Laboratoires d'accueil

Inserm, Orstom, CNRS, CNAM, CHRU...

Les données statistiques relatives aux personnes handicapées

Production, utilisation, limites

Les estimations de la population handicapée en France se heurtent à un double problème : le flou conceptuel de la notion de handicap et la dispersion des données. Une connaissance des principales sources de données, de leur production et de leurs limites permet cependant d'apporter quelques éléments de réponse à certaines questions.

Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? Combien d'enfants porteurs d'une déficience physique, sensorielle ou mentale sont accueillis à l'école ordinaire ? Quel est le nombre de demandeurs d'emploi handicapés ?

Il n'est pas aisé de répondre à ces questions en raison de la dispersion des données relatives aux personnes handicapées et surtout du flou conceptuel qui entoure encore la notion de handicap. En effet, si un certain consensus existe pour réserver le terme de « déficience » aux aspects médicaux du handicap, celui « d'incapacité » à ses conséquences fonctionnelles et le mot « handicap » au désavantage social qui en résulte, ce dernier est souvent utilisé comme terme générique pour désigner l'un ou l'autre des concepts ou les trois à la fois !

Les données disponibles sont issues de très nombreuses sources : elles peuvent provenir soit d'enquêtes spécifiques (enquête « ES » réalisée par le Service des Statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI), ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville auprès des établissements sociaux) soit

d'analyses secondaires de grandes enquêtes (enquête « Conditions de vie » et enquête « Santé » de l'Insee) soit de « registres » de bénéficiaires de prestations (statistiques CNAF, ANPE) soit de travaux de recherche (enquête du CTNERHI sur la vie quotidienne des personnes handicapées en Saône-et-Loire) etc.

Cet article vise à présenter, en préci-

sant la terminologie employée, les principales sources de données disponibles autour du handicap, à entrevoir leurs utilisations et à préciser éventuellement leurs limites. Il fournira au lecteur quelques éléments de réponses aux questions clefs relatives au dénombrement des personnes handicapées, à leur prise en charge en institution, à la scolarisation des enfants et à l'insertion professionnelle des adultes.

Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ?

De 1 à 5 millions selon la définition retenue : handicapés sévères, ou person-

Quelques estimations de la population handicapée

Population vivant à domicile déclarée « handicapée » par la personne du ménage interrogée¹ : **3 200 000**
Population atteinte de handicap

sévère de 0 à 59 ans² : **1 213 776**

Clientèle des établissements et services médico-sociaux³ : **362 672**
dont 219 933 enfants et 142 739 adultes

Bénéficiaires de prestations⁴ :
592 098 dont 84 549 de l'AES et 507 044 de l'AAH

¹ Enquête Insee « Conditions de vie » 1987

² INED 1983

³ Enquête « ES » (SESI) 1989

⁴ CNAF 1992

nes déclarant une gêne dans les gestes de la vie quotidienne, selon que l'on prend en compte les personnes souffrant d'une déficience grave ou d'un handicap au sens de « désavantage » tel qu'il a été défini par la classification internationale proposée par l'OMS. Son adoption en France dès 1988 pour les recueils d'information administrative n'a cependant pas résolu le problème du dénombrement des personnes handicapées.

En effet, plusieurs estimations peuvent être proposées selon la source d'informations retenue (encadré p. 11). Ainsi, en 1983, dans une estimation de la « population atteinte de handicap sévère » de 0 à 59 ans l'INED a proposé le chiffre de 1 213 776 (Lévy, 1983). Cette hypothèse basse exclut les personnes de 60 ans et plus et se limite aux sujets porteurs d'une déficience grave.

Un autre chiffre correspond à une vision beaucoup plus large des incapacités ou des désavantages et inclut la simple gêne pour marcher : en effet, on a estimé à 3 200 000 le nombre de personnes vivant à domicile qui ont été déclarées « handicapées » par la personne interrogée au cours de l'enquête auprès des ménages, réalisée par l'Insee, en 1987, pour étudier les conditions de vie et les situations défavorisées.

Une autre estimation se fonde sur les allocations versées par les différents régimes de prestations sociales : en 1992, 507 044 personnes étaient bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et 84 549 enfants appartenaient à des familles recevant l'allocation d'éducation spéciale (AES). Plus généralement, on dénombre environ 1 470 000 personnes bénéficiant d'une « compensation financière pour un handicap sévère ». Par ailleurs, le nombre de cartes d'invalidité chez les ménages soumis à l'impôt était de 1 200 000 en 1987 (Direction générale des impôts, 1987).

D'autres informations, issues d'autres enquêtes ou d'autres organismes tels que le SESI peuvent être citées : elles concernent en particulier le nombre d'enfants et d'adolescents accueillis dans les établissements et services spécialisés (220 000), le nombre de personnes hébergées dans

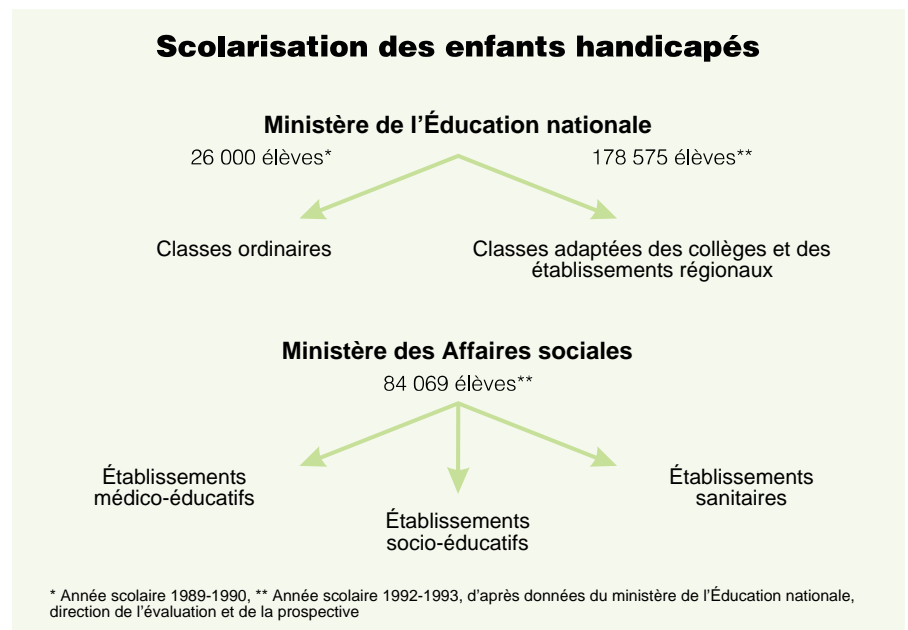
des structures pour adultes ou bénéficiant d'une place en structures de travail, centres d'aide par le travail ou ateliers protégés (140 000).

Où sont scolarisés les enfants handicapés ?

Dans le système scolaire français, il existe deux filières de scolarisation pour les enfants handicapés : l'intégration scolaire en milieu ordinaire et l'éducation spéciale qui comprend des établissements dépendant soit du ministère de l'Éduca-

tion nationale et par celui des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Depuis l'année scolaire 1982-83, pour les établissements relevant du ministère des Affaires sociales, une distinction est faite entre les enfants accueillis (scolarisés à temps plein, à temps partiel ou non scolarisés) et les enfants scolarisés pour l'année (non accueillis).

Au cours de l'année 1992-93, 178 575 élèves étaient accueillis et scolarisés dans les établissements spécialisés et adaptés, publics et privés des premier et second degrés du ministère de l'Éducation natio-



tion nationale (classes ordinaires, classes adaptées des collèges et des établissements régionaux) soit du ministère des Affaires sociales (établissements médico-éducatifs et socio-éducatifs, établissements sanitaires).

Les données relatives à la scolarisation des élèves handicapés sont obtenues grâce aux enquêtes du ministère de l'Éducation nationale. Chacune d'elles recouvre un secteur bien délimité : éducation spéciale, milieu ordinaire, public etc. Ainsi, l'enquête relative aux enseignements spécialisés et adaptés est menée

nale. Par ailleurs, 84 069 élèves étaient scolarisés – parmi les 131 635 enfants accueillis – dans les établissements spécialisés relevant du ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville.)

Environ 26 000 enfants handicapés sont intégrés à titre individuel dans des classes ordinaires du ministère de l'Éducation nationale.

La répartition des enfants scolarisés dans les classes du ministère de l'Éducation nationale et dans les établissements relevant du ministère des Affaires sociales est récapitulée dans l'encadré ci-dessus.

La clientèle des établissements médico-sociaux

Les informations relatives à la clientèle des établissements médico-sociaux sont issues des enquêtes nationales dites « ES » réalisées auprès des établissements médico-sociaux tous les deux ans par le SESI. Elles permettent de recenser, un jour donné, l'ensemble des enfants et des adultes fréquentant les établissements et services médico-sociaux. L'enquête ES exclut les établissements hospitaliers (en particulier psychiatriques) et les établissements dépendant uniquement du ministère de l'Éducation nationale. En 1989, 362 672 enfants et adultes handicapés étaient accueillis en établissement ou service médico-social (voir l'encadré ci-contre).

Les travailleurs handicapés dans les entreprises

L'analyse des *déclarations relatives à l'obligation d'emploi* des travailleurs handicapés fournit des informations utiles pour analyser l'évolution de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. En effet, depuis 1988, dans le cadre de la législation en faveur de l'emploi des personnes handicapées, les établissements de 20 salariés et plus doivent remplir chaque année une déclaration administrative en 2 volets :

- le premier volet (D1) concerne la répartition des effectifs salariés selon le sexe et la nature des emplois qu'ils occupent. Cette partie de la déclaration est appelée « enquête structure des emplois » (par abréviation ESE).
- le deuxième volet (D2) permet le contrôle et le suivi de l'application de la législation. Les établissements de 20 salariés et plus, hormis ceux qui relèvent de l'État et des collectivités territoriales, doivent le remplir chaque année. Une exploitation statistique de ce document est réalisée sur un échantillon au 1/10^e.

En 1991, 264 000 travailleurs handicapés étaient employés dans les établissements du secteur privé et semi-public d'au moins 20 salariés (encadré ci-contre).

Clientèle des établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes en 1989

Enfants handicapés		
Établissements		113 221
Services		106 712
Adultes handicapés		
Établissements et services d'hébergement		55 660
Établissements et services de travail		87 079

Enquête « ES » (SESI) 1989

À l'issue de 4 années d'application de la loi de 1987 sur l'obligation d'emploi, le taux d'emploi effectif des handicapés, comparé au quota de 6 % prévu par la loi, atteint 3,76 % dans le secteur privé et semi-public. Un établissement seulement sur trois répond à ses obligations légales en employant 6 % de travailleurs handicapés. Pour compenser un déficit d'emploi, un établissement sur deux effectue

un versement à l'AGEFIPH qui a ainsi collecté 1,6 milliard de francs en 1991 (voir l'article d'A. Deveau dans *AdSP* n°4).

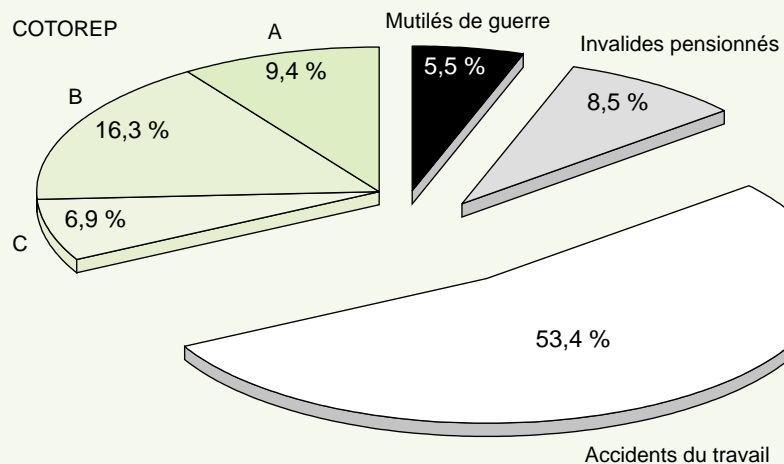
Conclusion

La situation des personnes souffrant d'un handicap est régie dans notre pays par la loi d'orientation du 30 juin 1975 qui stipule que l'emploi, la formation, l'orientation professionnelle et l'intégration sociale des personnes handicapées constituent une « obligation nationale ».

Mais la notion de handicap reste difficile à cerner car ce terme est employé dans des sens variés et recouvre plusieurs réalités. Un progrès important a été réalisé avec l'adoption, en 1988, par le ministère des Affaires sociales, d'une nomenclature officielle des déficiences, incapacités et désavantages inspirée des recommandations de l'OMS.

Les sources d'information disponibles sur les personnes handicapées sont nombreuses mais disparates et rarement longitudinales. Chacune d'entre elles présente des caractéristiques propres : les utilisateurs doivent tenir compte de la définition utilisée (déficience, incapacité

Structure de la main d'œuvre handicapée dans les entreprises



DARES, ministère du Travail, 1991.

ou handicap) et des conditions de recueil des données (exhaustivité, représentativité, fiabilité). À côté des enquêtes nationales (du ministère des Affaires sociales, de l'Éducation nationale, de l'Insee, etc.) dont quelques résultats ont été présentés dans cet article, de quelques analyses secondaires en cours (enquêtes Insee), on dispose de multiples études ponctuelles, réalisées à l'initiative d'associations, d'établissements accueillant des personnes handicapées. Mais la diversité des problématiques et des méthodologies utilisées, la petite taille des échantillons constitués rendent ces études difficilement comparables. La généralisation de leurs résultats est souvent hasardeuse. ■

Annie Triomphe,

Laboratoire d'économie sociale,
Université Paris I Panthéon-Sorbonne,
90, rue de Tolbiac,
75634 Paris Cedex 13

Marie-Pierre Alix,

Centre technique d'études et de
recherches sur les handicaps et les
inadaptations, 236 bis, rue de Tolbiac,
75013 Paris

Références

- Deveau A. L'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail : premier bilan de la loi du 10 juillet 1987. *Actualité et dossier en santé publique*, n° 4, septembre 1993, 16-17.
- Gardent H. Quelques réflexions sur le dénombrement des handicaps et des personnes handicapées. *Handicaps et inadaptations. Les Cahiers du CTNERHI*, n° 28, 1994, 9-13.
- Lévy C. Essai d'estimation de la population handicapée en France. *Population*, 1983, 38, 1, 178-184.
- Ministère des Affaires sociales. SESI. Les établissements pour personnes handicapées ou en difficulté au 31 décembre 1989 ; activité, personnel, clientèle. *Documents statistiques*, n° 134, mars 1992.
- Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. SESI. Les handicapés, chiffres repères. 1990, 79 p.
- Ministère de l'Éducation nationale. DEP. Note d'Information : les enseignements spécialisés et adaptés en 1992-93 (public et privé), France métropolitaine. 94 05, février 1994, 5 p.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle. DARES. *Dossiers statistiques du travail et de l'emploi*, n° 100, décembre 1993.
- Ourcel J.-P. Où trouver l'information statistique sur les handicaps ? Insee. *Bloc notes*. n°1, 1992.
- Triomphe A. (ed.) *Les personnes handicapées en France : données sociales*. Inserm/CTNERHI, 1991, 315 p.

agenda santé

L'agenda santé présente sous forme de calendrier les manifestations de santé publique repérées par le service documentation du CFES. Il regroupe des colloques et congrès ainsi que des stages et séminaires de formation, des expositions, des prix scientifiques... à caractère national et international.

TARIFS D'ABONNEMENT 1994

France métropolitaine 1 an (4 n° de 12 pages + 17 actualisations) 120 FF
Autres pays et outre-mer 1 an (4 n° de 12 pages + 17 actualisations) 135 FF

Les thèmes de ces manifestations sont variés : promotion de la santé, approches sociales et psychosociologique, épidémiologie, éthique, prévention, types de populations...

Pour chacune d'entre elles, l'agenda santé vous informe du lieu, des dates et des organisateurs.

C F E S

L'agenda santé, calendrier des nouvelles manifestations sélectionnées, paraît tous les quinze jours.

Quatre fois par an, l'agenda santé fait un récapitulatif de toutes les manifestations à venir.

Au total, 21 numéros sont publiés chaque année.

Adressez vos demandes au CFES

2, rue Auguste Comte, 92170 Vanves

Programme interdisciplinaire de recherche sur les villes (Pirvilles)

Le Programme interdisciplinaire de recherche sur les villes (Pirvilles) a été créé en 1992 par le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) avec la mission d'assurer la mobilisation et la structuration des milieux scientifiques travaillant ou susceptibles de travailler sur les questions urbaines. Parallèlement à cet objectif de recherche, il devait viser à la mise en place d'échanges avec les milieux de la décision, les entreprises et les acteurs qui interviennent dans les villes.

Conseil des fondateurs

Les fondateurs du Pirvilles réunis en conseil sont, outre le CNRS, le ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur, le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de l'Équipement, le secrétariat d'État à l'Aménagement du territoire, le secrétariat d'État à la Ville, la Caisse des dépôts et consignations, l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (Inrets). Ils sont également les principaux financeurs.

Équipe responsable

Directeur : Gabriel Dupuy, ingénieur, professeur à l'Université Paris X

Directeur adjoint : Francis Godard, sociologue, directeur de recherche au CNRS

Coordination administrative et relations extérieures : Jean Marc-Rennes

Gestion : Colette Didier

Secrétariat : Nadine Hengel
Quatre chargés de mission

Domaines de recherche

Le Programme est structuré autour de cinq axes : espaces et lieux ; stocks et flux ; formes

et paysages ; gouvernement urbain ; **environnement et santé**.

Sur chacun de ces axes, il tente de mettre en relation les disciplines appartenant aux trois départements du CNRS : sciences de l'homme et de la société, sciences pour l'ingénieur et sciences de la vie.

Modalités d'intervention

Le Pirvilles intervient principalement de deux façons :

- en soutenant des opérations de recherche à travers les actions thématiques interdisciplinaires et les appels permanents à propositions.

- en favorisant la constitution de pôles scientifiques ou de réseaux de chercheurs. Plus ponctuellement, il finance des réunions scientifiques.

La coopération internationale se développe à partir de projets de recherche, mais aussi sur la base de Journées biennuelles portant chacune sur un pays et permettant de faire connaître en France des travaux étrangers.

Publications

- La *Lettre du Pirvilles*, publiée tous les quatre mois, informe sur les activités du pro-

Ville, environnement et santé

Chargé de mission

Didier Fassin, médecin et anthropologue, maître de conférences à l'Université Paris XIII.

Orientations

Les priorités scientifiques concernent les questions suivantes : mesure de la santé et aide à la gestion ; politiques des villes et gouvernement de la santé ; différenciation sociale, ségrégation spatiale et inégalités de santé ; effets sur la santé des pollutions urbaines.

Actions

Un appel d'offre a été réalisé en 1993 sur le thème des relations entre ville et santé : neuf projets ont bénéficié d'un financement, dont cinq incluent une dimension de comparaison internationale (Canada, Afrique subsaharienne, monde arabe).

Pour l'année 1994, un séminaire sur les indicateurs de santé en ville est en préparation et un réseau sur les politiques de santé des villes doit être constitué. Des opérations de recherche pluridisciplinaire portant sur les problèmes de santé et de recours aux soins dans les milieux populaires sont en cours d'élaboration.

Partenaires

Les équipes financées dans le cadre de cet axe appartiennent au CNRS, à l'Inserm, à l'Orstom, à l'Université et à l'École des hautes études en sciences sociales. Des collaborations sont également prévues avec la Mission recherche expérimentation du ministère des Affaires sociales (Mire), la Délégation interministérielle à la ville (DIV), certains Observatoires régionaux de la santé (ORS) et départements universitaires de santé publique. Des contacts ont enfin été pris avec des institutions de recherche étrangères et des organismes internationaux.

gramme et ouvre un espace de discussion sur la recherche urbaine.

- Un numéro spécial du *Courrier du CNRS*, réunissant une centaine de textes, paraîtra au premier trimestre 1994. Il tentera de faire le point des recherches françaises sur la ville.

- Des traductions d'ouvrages importants et novateurs sont prévues, de langues étrangères en français, ou l'inverse.

- Une collection de *Cahiers* est en préparation. Elle rassemblera des états des lieux sur diverses problématiques urbaines.

Coordonnées

Pirvilles
CNRS
4, rue Las Cases
75 007 Paris
Tél. 44 96 51 33
Fax 44 96 51 64

Notes

17

ALCOOL

Pour une lecture critique de la « Loi de Ledermann ».

Alcool, alcoolisme, alcoolisation, J. Weill

Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950, A. Nizard, F. Munoz-Perez, *in Population*

Génétique et alcoolisme, E. Dumont-Damien, M. Duyme

La coupe déborde, de l'assomoir à nos jours, L. Charpentier

18

ÉVALUATION

Conduite de l'évaluation d'une technologie médicale, Andem

JEUNES

Le temps de l'établissement, des difficultés de l'adolescence aux insertions du jeune adulte, D. Bauer, P. Dubechot, M. Legros

La santé des enfants et des adolescents, quelles pratiques professionnelles en Bretagne ? ORSB

OBSERVATION

Baromètre Santé 92, sous la direction de F. Baudier, Ch. Dressen, F. Alias

La santé observée, *in* Revue française des affaires sociales

19

La mortalité en Île-de-France en 1988-1990, ORSIF

L'avenir de l'espérance de vie

20

OMS

Guide pour la lutte contre le choléra

PERSONNES ÂGÉES

Les institutions du grand âge et leur gestion, É. de Larochelambert

Atout âge, intergénération et promotion de la santé, sous la direction de B. Derelle, D. Grizeau, T. Marmet, N. Palustran

PERSONNES HANDICAPÉES

Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes, Cour des comptes

21

PROTECTION SOCIALE

Santé, soins et protection sociale en 1992, A. Bocognano, N. Grandfils, Ph. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi

SANTÉ PUBLIQUE

Décideurs tous risques, du bon usage de l'épidémiologie, W. Dab, M. Goldberg, E. Mengual, Ch. Rollet

Avis sur le projet de la loi de finances pour 1994 « affaires sociales, santé et ville »

SERVICES DE SANTÉ

De l'analyse économique aux politiques de santé, Credes, CES

22

L'hôpital en souffrance ? *in* Sociologie santé

L'hôpital confronté à son avenir, actualiser l'hôpital et le préparer au XXI^e siècle, T. Hoet

SIDA

Sida, toxicomanie, une lecture documentaire, Toxibase, CRIPS

Le sida et l'infection par le VIH, *in* BEH

SOCIÉTÉ

Introduction aux sciences humaines en médecine, Ph. Bagros, B. de Toffol

24

Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le Moyen Âge, G. Vigarello

25

La chair à vif, usages médicaux et mondains du corps humain, D. Le Breton

L'institution médicale en question, retour sur l'affaire du sang contaminé, A. Morelle *In Esprit*

Annuaire européen de bioéthique 1993

TOXICOMANIE

L'action internationale de la France dans la lutte contre les stupéfiants, ministère des Affaires étrangères

Toxicomanie, sida, exclusion, *in* Les Temps Modernes

26

Penser la drogue, Penser les drogues, sous la direction d'A. Ehrenberg et M. Schiray

Analyse

19

La décision en santé publique Surveillance épidémiologique, urgences et crises, William Dab

ALCOOL

POUR UNE LECTURE CRITIQUE DE LA « LOI DE LEDERMANN »

Alcool, alcoolisme, alcoolisation

Jacques Weill

*Institut de recherches
scientifiques sur les
boissons, 1993, 112 p.*

Le professeur Jacques Weill, président du comité scientifique de l'IREB, propose dans cet ouvrage une analyse et une réédition partielle des travaux du démographe français Sully Ledermann, publiés en 1956. Ces travaux portaient notamment sur les mesures du degré d'intoxication alcoolique d'une population et ont abouti à la loi dite « de Ledermann », document de référence aujourd'hui encore de nombreux intervenants dans le domaine de la prévention de l'alcoolisme.

D'après Ledermann, si l'on considère que l'individu est conditionné par le milieu dans lequel il vit, la répartition des individus d'une population en fonction de leur consommation d'alcool obéirait à une loi log-normale de Laplace-Gauss, représentée par une courbe en cloche avec pour valeur minimale 0 et pour valeur maximale le carré de la consommation moyenne par tête de cette population. Lorsque Ledermann se fonde sur les mesures reposant sur la relation consommation moyenne et décès caractéristiques de l'alcoolisme, il relève que « la proportion de buveurs excessifs paraît croître selon le carré de la consommation moyenne par tête, de la population à laquelle ils appartiennent. »

Cette hypothèse de corrélation, dynamique et constante, entre la consommation moyenne et la consommation des buveurs excessifs a fondé la politique de prévention de l'alcoolisme tendant à faire baisser la consommation moyenne de la population pour faire diminuer le nombre de buveurs excessifs.

Le professeur Weill reprend pour les remettre en cause les arguments théoriques et épidémiologiques étayant cette théorie. Notamment, il critique la faiblesse des chiffres et enquêtes sur lesquels s'appuie Ledermann, en particulier en ce qui concerne les données sociologiques, psychologiques, économiques intervenant dans les comportements collectifs et individuels des consommateurs. Ledermann lui-même a d'ailleurs signalé l'existence d'incertitudes qu'il n'avait pu lever en l'absence de données et de statistiques satisfaisantes.

Cet ouvrage présente l'intérêt de nous faire (re) découvrir la loi de Ledermann à travers l'analyse et les commentaires auxquels se livre l'auteur et de contribuer au débat sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre l'alcoolisme. M. M.

ALCOOL, TABAC ET MORTALITÉ EN FRANCE DEPUIS 1950

Alfred Nizard,
Francisco Munoz-Perez
*In Population, 4, 1993,
975-1014.*

Dans la première partie de leur article (*Population* n° 3, 1993), les auteurs ont montré que la détermination du nombre de décès liés à la consommation d'alcool et de tabac nécessitait une abondance de détails et d'hypothèses dans l'attribution des causes à une origine alcoolique ou tabagique. Paradoxalement, dans cette seconde partie, ils étudient l'évolution au fil du temps et la comparaison entre hommes et femmes en se basant sur des données plus simples, en se limitant au noyau dur et précisément délimité des causes les plus évidemment associées à ces consommations.

Dans un premier chapitre, les auteurs analysent les statistiques des consommations d'alcool et de tabac et de mortalité par causes de décès (classification internationale des maladies) qui leur sont liées.

Ils mettent en évidence une relation étroite entre consommation et mortalité au cours des quarante dernières années. Du fait de la baisse de la mortalité générale, la part de la mortalité alcoolique et tabagique a pratiquement doublé de 1952 à 1986. Avec les traumatismes, elles sont à l'origine de près de 130 000 décès par an, soit un décès sur deux à 35-64 ans.

Pour situer les effets de l'alcoolisme et du tabagisme dans l'évolution de la mortalité générale, cinq groupes de causes de décès ont été constitués : celles liées à l'alcoolisme (psychose et dépendance alcooliques, cirrhose du foie...), celles liées au tabagisme (cancers de la trachée, des bronches, du poumon, du pancréas, du rein, de la vessie...), les traumatismes, les maladies cardio-vasculaires, et les autres causes spécifiées. Les comparaisons portent principalement sur le groupe d'âge le plus sensible, les 35-64 ans. Les causes liées à l'alcoolisme et au tabagisme atteignent le maximum entre 45 et 65 ans (36,5 % des décès d'hommes et 17 % des décès de femmes en 1986). Cependant, la mortalité liée à l'alcoolisme est plus précoce que celle du tabagisme.

Avant 35 ans, les traumatismes sont responsables de six décès sur dix chez les hommes et de quatre sur dix chez les femmes.

La troisième partie retrace l'évolution de la surmortalité masculine. Malgré une diminution récente pour certaines causes, elle reste très élevée en ce qui concerne la consommation d'alcool et/ou de tabac : en 1986, le rapport est de 2,6 pour l'ensemble des causes de décès (1,7 en 1950), 3,7 pour les causes liées à l'alcoolisme (2,5 en 1952) et 7,2 pour celles liées au tabagisme (contre 4,7 en 1952). Ce sont les maladies cardio-vasculaires, associées au tabagisme, qui ont essentiellement contribué à cette augmentation. Les auteurs observent que la poursuite des tendances amorcées depuis quelques années (augmentation du tabagisme féminin et di-

minution de celui des hommes d'âge moyen ou avancé) risque d'atténuer la disparité entre hommes et femmes.

GÉNÉTIQUE ET ALCOOLISME

Évelyne Dumont-Damien,
Michel Duyme
Paris, Inserm, 1993, 312 p.

Cet ouvrage scientifique se propose de faire un bilan objectif et critique de l'ensemble des travaux sur le lien entre génétique et alcool. Quatre types d'études sont distingués.

Les études familiales montrent une concentration familiale d'alcoolisme mais aucun mode de transmission génétique précis n'en ressort.

Les études de jumeaux s'accordent sur le fait que les monozygotes se ressemblent plus que les dizygotes quant à leur attitude face à l'alcool, qu'elle soit normale ou pathologique. Une ressemblance dominante apparaît entre les apparentés masculins. Cependant, le phénomène de cohabitation est négligé.

Les études d'adoption comparent les parents biologiques et les parents adoptifs du sujet alcoolique. Bien que souvent menées de façon contestable, il s'en dégage une ressemblance de comportement entre le père biologique et le fils.

Le quatrième type d'études concerne les cousins germains et demi-germains élevés séparément et les non apparentés élevés ensemble. En règle générale, ces études ne tiennent pas assez compte de l'environnement.

Les études modernes tentent d'expliquer l'étiologie par des marqueurs génétiques, mais aucune certitude n'est établie sur l'existence de gènes de vulnérabilité à l'alcoolisme.

L'influence génétique de l'alcoolisme n'est encore qu'à l'état de présomptions. Une multi et interdisciplinarité pour appréhender la globalité du phénomène

alcoolisme est préconisée par les auteurs.

LA COUPE DÉBORDE De l'assommoir à nos jours

Laure Charpentier
Paris, Ramsay, 1993, 167 p.

En France, l'alcool tue 60 000 personnes par an. Négligé par rapport aux autres toxicomanies (tabac, drogue), l'alcoolisme est l'objet d'un tabou que l'auteur s'efforce de lever. Tout en relatant son itinéraire de militante en faveur du traitement des femmes alcooliques, elle dresse un réquisitoire contre tous ceux qui se sont dérobés, par inertie ou lâcheté : médecins, imposteurs, responsables politiques, médias.

Pourtant l'alcoolisme n'est pas incurable. Perçu à tort comme un vice, c'est une maladie qui se soigne par l'abstinence totale et définitive. En effet, vouloir boire, même occasionnellement, « avec modération » serait une erreur fatale. Pour accompagner les malades dans ce bras de fer quotidien avec l'alcool, les associations, comme *SOS Femmes Alcool* fondée par Laure Charpentier, apportent une contribution complémentaire des soins strictement médicaux.

ÉVALUATION

CONDUITE DE L'ÉVALUATION D'UNE TECHNOLOGIE MÉDICALE

Agence nationale pour le
développement de
l'évaluation médicale
(Andem), juillet 1993.

Ce document, relativement court, présente la méthode utilisée par l'Andem pour conduire, avec ses partenaires, l'évaluation d'une technologie médicale. Après que le terme technologie médicale a été redéfini « une technologie

médicale est un matériel, un équipement, une procédure ou une stratégie utilisée par des professionnels de santé dans un but préventif, diagnostique ou thérapeutique » ; il développe les objectifs, les phases, les critères de qualité... Ce document constitue donc bien, comme c'est son objectif, un guide, c'est-à-dire un outil pour les professionnels concernés.

JEUNES

LE TEMPS DE L'ÉTABLISSEMENT Des difficultés de l'adolescence aux insertions du jeune adulte

Denise Bauer, Patrick
Dubechot, Michel Legros
Paris, CREDOC, juillet
1993, Collection des
rapports, n° 135, 253 p.

Cette étude réalisée à partir d'une enquête auprès de jeunes adultes se veut à la fois évolutive et fonctionnaliste : elle aborde conjointement l'état des situations actuelles des personnes, et le descriptif des mesures qui leur ont été proposées pendant l'adolescence. L'enquête effectuée en 1992 porte sur 367 adultes de 20 à 25 ans ayant bénéficié de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Trois aspects sont étudiés pour rendre compte de la situation des jeunes adultes au moment de l'enquête : les indicateurs de situation d'établissement (logement, emploi, ressources, vie familiale) ; les compétences et les atouts pour l'insertion, les problèmes à résoudre et les prises en charge sociales actuelles. L'analyse des mesures qui leur ont été proposées pendant l'adolescence montre que ces mesures ont été non seulement multiples mais souvent associées : seulement un quart des jeunes a bénéficié d'une seule

mesure. Établissements et familles d'accueil sont les modes de prise en charge les plus répandus. Un quart de l'échantillon a connu une trajectoire complexe de mesures relevant à la fois de l'ASE et de la PJJ. L'évaluation des effets de l'intervention sociale confronte les trajectoires décrites par les services de l'ASE ou de la PJJ et la perception qu'en ont les jeunes adultes. Globalement, les corrélations entre situation actuelle et mesures rencontrées sont peu marquées. Il semble que les dispositifs de l'ASE ou de la PJJ ne bouleversent pas la position sociale de départ des adolescents.

LA SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS Quelles pratiques professionnelles en Bretagne ?

Actes du 6^e Colloque ORS
Bretagne du 30 septembre
1993 à Brest, 127 p.

La première partie porte sur les communications axées autour de quatre thèmes : la prise en charge des nouveaux-nés d'âge gestationnel inférieur à 32 semaines (le coût d'un grand prématuré est estimé à 200-300 000 F) ; la psychanalyse en cancérologie pédiatrique ; les pathologies et conduites déviantes chez les jeunes de moins de 25 ans et l'utilisation épidémiologique de ces données ; le problème de la psychanalyse des adolescents. Par rapport à la moyenne nationale, les jeunes Bretons présentent une mortalité plus faible, une toxicomanie limitée et une plus faible incidence du sida.

La seconde partie reprend les ateliers qui traitent des aspects stratégiques de la santé des enfants et adolescents en Bretagne : la pertinence des actions préventives auprès des enfants ; l'organisation des soins pour les maladies chroniques des enfants ; les actions de santé en faveur des

adolescents ; l'évolution des pratiques professionnelles par rapport aux conduites à risque.

OBSERVATION

BAROMÈTRE SANTÉ 92

Sous la direction de
François Baudier,
Christiane Dressen,
François Alias
Éditions CFES, 1994, 166 p.

« Le *Baromètre Santé* mesure à un temps T, l'état de l'opinion des attitudes et des comportements de la population enquêtée. Il donne des informations d'ordre déclaratif sur les grands thèmes de santé. Sa répétition dans le temps permet de mettre en évidence les grandes évolutions quant aux représentations, attitudes et comportements du grand public vis-à-vis des questions qui ne relèvent de la santé publique ». Ainsi les auteurs définissent-ils eux-mêmes leur objectif.

Le baromètre est construit autour de 9 thèmes, présentés dans 9 chapitres : perception de la santé et pratique médicale, hygiène du corps, vaccination ROR, accidents, dépistage des cancers, médicament, tabac, alcool, drogues. Ses limites tiennent à son champ, largement déterminé par des thèmes qui font d'ores et déjà partie du programme de communication du CFES. Son intérêt tient évidemment à la périodicité des enquêtes qui permettra, enfin, un suivi de ces données d'opinion.

LA SANTÉ OBSERVÉE,

Revue française des
affaires sociales, n° hors
série, décembre 1993.

Ce numéro hors série présente les actes du colloque dont il porte le titre « la santé observée », colloque des Observatoires régionaux de la santé d'octobre 1992 à Bordeaux. Il reprend donc l'ensemble des communications en séan-

SANTÉ PUBLIQUE

LA DÉCISION EN SANTÉ PUBLIQUE Surveillance épidémiologique, urgences et crises

William Dab

Éditions ENSP, Rennes, 1993,
286 pages

La pratique de l'épidémiologie pour la résolution des problèmes de santé publique est encore insuffisante en France, bien que cette situation ait évolué favorablement au cours des cinq dernières années. L'utilisation des données pour la prise de décision est au cœur même du concept de surveillance épidémiologique. On pourrait penser qu'en situation de crise, d'urgence épidémiologique, ce principe de santé publique trouve sa pleine légitimité. Cela est hélas loin d'être le cas, y compris dans des pays comme les États-Unis où l'esprit santé pu-

blique est solidement ancré, y compris au niveau politique.

William Dab, enseignant chercheur à l'École nationale de santé publique, a travaillé pendant plusieurs années sur ce thème de l'utilisation des connaissances scientifiques pour la prise de décision en santé publique et en avait fait une brillante thèse de doctorat ès sciences. Le passage à un ouvrage à plus large diffusion est ici parfaitement réussi. D'une synthèse parfaitement documentée sur les concepts de crise, de décision et de surveillance, on retiendra en particulier la règle de 5 D, déferlement, dérèglement, décrédibilisation, divergences et déstabilisation, pour décrire et analyser les situations d'urgences et les prises de décisions qui en découlent.

L'auteur illustre ses réflexions par plusieurs études de cas parfaitement documentées, soit qu'elles soient issues de la littérature comme l'affaire de la vaccination contre la grippe porcine aux États-Unis en 1976,

soit qu'elles émanent de sa propre expérience, comme la surveillance des connaissances, attitudes et pratiques de la population francilienne face au sida et à la réalisation d'une synthèse épidémiologique sur le dépistage de l'infection à VIH en population générale. Afin d'aller plus loin dans notre compréhension du hiatus entre la démarche épidémiologique et la prise de décision en santé publique, William Dab s'appuie sur l'analyse de quelques situations d'urgence. Il est intéressant de retrouver là un certain nombre d'exemples français où la dimension de santé publique du problème était sans doute passée au second plan lorsque ces crises étaient survenues, l'exemple le plus récent qui est donné étant celui des inondations catastrophiques de Nîmes en octobre 1988.

Le mérite de l'auteur est finalement d'élargir cette réflexion sur la relation entre épidémiologie et décision à l'ensemble du processus de déci-

sion en santé publique, qu'il y ait ou pas crise. La dernière partie de cet ouvrage permet donc de resituer un certain nombre des méthodes utilisées pour améliorer cette situation : méta-analyse, conférence de consensus, etc.

Faut-il donc promouvoir une épidémiologie décisionnelle comme le conclut l'auteur ?

Certainement, mais cela impose que la fonction de communication soit bien comprise et utilisée par les épidémiologistes qui ne sont pas tout à fait des scientifiques comme les autres, mais aussi que les décideurs soient mieux sensibilisés et en fait, formés à dialoguer avec les épidémiologistes afin d'utiliser au mieux les données disponibles. En cosignant récemment chez le même éditeur un ouvrage intitulé « Décideurs tous risques », William Dab contribue à réduire ce fossé et on ne peut que l'en féliciter.

François Dabis

ce plénière et des interventions en table ronde. Sous ce titre général, les ORS avaient choisi de consacrer leur sixième congrès national aux disparités régionales et à leur évolution depuis une dizaine d'années. Les communications portent donc largement sur l'analyse des données et de leur évolution depuis une dizaine d'années, analyse éclairée par le point de vue de l'économiste ou de l'historien ; mais naturellement, une partie des communications porte également sur les ORS, leur mission et leur projet (les tableaux de bord) et plus généralement sur les forces et faiblesses de notre dispositif d'observation. Quelques communications sont particulièrement brillantes ou pertinentes, l'ensemble constitue une photographie de l'état des lieux fort

intéressante.

LA MORTALITÉ EN ÎLE-DE-FRANCE EN 1988-1990

ORS Île-de-France, étude
réalisée par Philippe Pépin,
novembre 1993, 180 p.

« Les études de mortalité par grandes causes de décès réalisées dans les régions françaises révèlent des différences parfois importantes entre régions voisines, qui justifient de poursuivre l'analyse à un niveau géographique plus fin pour localiser les éventuels foyers de sur ou sous-mortalité ». La forte densité démographique de la région Île-de-France renforce ce besoin d'analyse plus fine. C'est ce qu'a fait l'ORS d'Île-de-Fran-

ce en choisissant le niveau départemental, à partir des données de l'Inserm et de ses propres données, sur la période 1988-1990 comparée à la période 1981-1983. L'analyse utilise la liste abrégée de la classification internationale des maladies (liste S 9) et ses 17 grands domaines pathologiques : après un chapitre sur la mortalité générale, cinq chapitres nous présentent l'analyse de la mortalité dans les cinq domaines pathologiques qui représentent 78,6 % des décès enregistrés en Île-de-France (maladies cardio-vasculaires, tumeurs, accidents et traumatismes, maladies de l'appareil respiratoire et maladies de l'appareil digestif). On retiendra dans les conclusions les hypothèses sur les facteurs : « trois facteurs, l'urbanisation, la consommation de

tabac et surtout le milieu socio-économique permettent de proposer des hypothèses à l'origine des différences de mortalité observées pour certaines pathologies. On constate, en effet, que les cartes de mortalité générale ou par grandes causes de décès, qui partagent la région en trois parties, se superposent assez bien avec les cartes représentant le revenu par habitant ou la proportion de cadres dans la population, [...] »

L'AVENIR DE L'ESPÉRANCE DE VIE

PUF, Congrès et colloques
n° 12, 105 p.

Ces actes d'un séminaire de la société internationale de démographie, économie et sociologie

médicale (Paris, septembre 1991) rassemblent les réflexions, présentées sous formes d'articles, de huit auteurs sur le thème de l'avenir de l'espérance de vie. Cette question est examinée :

- sous l'angle démographique : projections à l'horizon de 2020-2025 dans un certain nombre de pays européens ; à partir de l'analyse des travaux de Jean Bourgeois Pichat, développements sur le thème de savoir dans quelle mesure les gains en espérance de vie continueront à se

À noter

BEEH ?

Le BEH (bulletin épidémiologique hebdomadaire) a fêté son dixième anniversaire. Son équipe de rédaction a voulu à cette occasion réaliser un numéro spécial européen, un exemple de ce que pourrait être un bulletin épidémiologique européen. Bravo et à quand le BEEH ?

Écouter, répondre, accompagner

Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, direction générale de la santé

Brochure destinée aux médecins généralistes face au malade toxicomane pour les aider lors de la consultation, quand un proche du malade demande de l'aide, les conseiller dans le suivi du malade. Ces conseils sont suivis de quelques rappels sur la déontologie, la protection des malades toxicomanes... et d'une bibliographie indicative.

CFES, 2, rue Auguste Comte, 92170 Vanves, tél : 46 45 45 00

faire en rapprochant la moyenne d'un maximum de durée de vie ou pourraient se faire en prolongeant la durée de vie elle-même ;

- sous l'angle des conséquences démographiques et sociales de l'augmentation de l'espérance de vie : vieillissement de la population et conséquence sur les régimes de retraite ;

- sous l'angle de l'état de santé de la population : dans quelle mesure les gains en espérance de vie sont-ils des gains en espérance de vie en bonne santé ou du moins sans incapacité ? Comment se portent les centenaires de notre pays ?

B. R.

OMS

GUIDE POUR LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

OMS, 1993, 68 p.

Ce guide a été élaboré, dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé, par le groupe spécial mondial de lutte contre le choléra, maladie qui sévit encore aujourd'hui dans près de cent pays.

Il fournit des renseignements essentiels sur la transmission du choléra, sa prévention, les mesures à mettre en œuvre face à une épidémie, la prise en charge du malade, l'épidémiologie et le rôle du laboratoire dans le diagnostic et la prévention à long terme. Le traitement des cholériques, une sélection de messages types d'éducation pour la santé ainsi que des recommandations sur l'isolement et l'identification du vibrion colérique sont abordés en détail en annexe.

L'objectif de ce guide est d'aider les responsables nationaux des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et tous ceux qui sont partie prenante (organisations internationales, bilatérales et non gouvernementales) à prendre des décisions appropriées, qu'il s'agisse du choix des fournitures médicales ou de l'ur-

gence de la réaction face à une épidémie.

PERSONNES ÂGÉES

LES INSTITUTIONS DU GRAND ÂGE ET LEUR GESTION

Élisabeth de Larochembert
ESF Éditeur, 1993, 149 p.

Trois parties bien distinctes pour évoquer les problèmes des personnes en institution qui ne cesse de croître du fait de l'espérance de vie supplémentaire (30 ans depuis 1900) grevant ainsi le budget des dépenses de santé, d'hospitalisation.

La première partie est consacrée aux structures d'accueil pour personnes âgées ; la deuxième à leur lieu de vie ; la troisième au projet de vie en institution du grand âge

Dans un pays, la France, où en l'an 2000 les plus de 60 ans seront 12 millions, où aujourd'hui, les plus de 80 ans représentent près de 4 % de la population, gérer la santé en établissement pour personnes âgées n'est plus seulement le fait d'administrer mais requiert de la part de tous les acteurs, y compris les personnes âgées elles-mêmes, une étroite collaboration afin de répondre aux besoins et aux aspirations de chacun.

ATOUT ÂGE

Intergénération et promotion de la santé

Sous la direction de Brigitte Derelle, Danièle Grizeau, Thierry Marmet, Nicole Palustran
CFES, collection « la santé en action », 1993, 178 p.

Il s'agit d'un ouvrage collectif, aboutissement d'un programme commun de la Mutualité française et du Comité français d'éducation pour la santé, sur quatre sites.

Les expériences relatées dans la deuxième partie justifient le titre et la publication dans cette collection. Mais les apports les plus intéressants se trouvent dans la première partie, avec la contribution de quelques gérontologues. De lecture facile, ni trop théoriques, ni trop lieux communs, leurs contributions nous ouvrent une réflexion sur « rendre ce temps de vie (la vieillesse) digne d'être vécu tant du point de vue psychologique que relationnel, riche d'affects et d'échanges », l'apprentissage nécessaire de la vieillesse, les mille façons de vieillir ou encore la transformation, et non la fin, de la dynamique familiale qu'engendre la disparition de la cohabitation familiale.

PERSONNES HANDICAPÉES

LES POLITIQUES SOCIALES EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES ADULTES

Rapport au Président de la République, Cour des comptes, novembre 1993, 299 p.

À lire ce rapport étayé de la Cour des comptes, on acquiert rapidement le sentiment que l'histoire des politiques sociales en faveur des handicapés est l'histoire d'un échec : échec d'une politique pavée de bonnes intentions. La Cour des comptes nous démontre aussi bien les effets pervers de certaines règles, comme le domicile de secours, ou de certaines prestations, comme la garantie de ressources aux travailleurs handicapés, que le détournement de deux des principales prestations : l'allocation aux adultes handicapés et l'allocation compensatrice. Elle nous explique également les bonnes idées restées des idées, comme l'accueil dans des familles, ou les obligations légales qui restent très partiellement appliquées, comme

La santé en comptes

Sommaire

- | | | | |
|-------|--|----------|--|
| ■ III | Les comptes de la Sécurité sociale
<i>Des comptes de gestion</i> | XIV | Le compte satellite de la protection sociale |
| ■ VI | Les comptes satellites santé et protection sociale
<i>Des comptes d'analyse économique</i> | ■ XVIII | Tribune |
| VI | Notion de compte satellite | ■ XXIV | Annexes |
| VIII | Le compte satellite de la santé | ■ XXVIII | Bibliographie
Adresses utiles |

Il paraît toujours délicat d'associer la santé à la comptabilité tant le terme renvoie dans la conscience collective à des références qui dépassent les préoccupations gestionnaires, les contingences économiques synonymes trop souvent de contraintes, voire, dans certains pays ou à certaines époques, de rationnement.

Le bien-être individuel, collectif, le maintien d'une bonne santé, la recherche d'une guérison, font partie des objectifs fondamentaux de toute société, de toute organisation économique, de tout système de relations sociales.

L'évolution des sociétés dans ses dimensions démographique, sociale et culturelle se heurte de façon constante aux problèmes de l'adéquation entre besoins et moyens disponibles.

Aucune société ne se situe sur une planète

sans borne et l'économie trouve sa place dans la recherche d'une organisation qui permette un développement des activités, une satisfaction des besoins, dans une harmonie fondée sur les termes d'efficacité et d'équité (termes souvent antagonistes dans la mesure où la recherche du plus grand développement doit être associée à celle de la meilleure répartition possible de richesses obtenues).

Le domaine de la santé n'échappe pas à ce modèle de contrainte. Dépenser plus pour la santé implique en préalable un accroissement des richesses nationales qui permette de dégager un financement suffisant pour rémunérer les structures sanitaires et les professionnels de santé, afin de développer un environnement favorable à l'amélioration de l'état sanitaire.

La croissance économique que les pays

développés ont connue du milieu des années 50 au début des années 70, leur a permis de constituer un système sanitaire et un système de protection sociale qui progressivement ont tenté de répondre aux besoins de leurs sociétés. Actuellement ces systèmes sont arrivés à une certaine maturité. Cependant, l'évolution des structures a induit très rapidement une expression très forte de la demande de soins, légitimée non seulement par la revendication permanente d'un droit à la santé, mais aussi par le sentiment collectif d'appartenir à une société où le progrès économique était conçu jusqu'ici comme un phénomène inéluctable.

Le développement d'une récession importante, que l'on peut imaginer de longue haleine, pose avec acuité le problème de l'adéquation des moyens disponibles aux besoins et remet en question les revendications sociales en matière de protection sociale voire d'accès aux soins. Les systèmes de santé des pays développés entrent ainsi dans une crise de maturité accentuée par la pression des contraintes extérieures.

L'intrusion de l'économie dans le domaine de la santé se fait de plus en plus prégnante. Il est indispensable actuellement de suivre au plus près les équilibres gestionnaires des organismes de Sécurité sociale en charge de l'assurance maladie, d'analyser les causes de déficits en relation non seulement avec les tendances inflationnistes spécifiques du système de soins mais aussi en relation avec une conjoncture économique fortement marquée par le chômage.

Il est indispensable également de situer l'évolution du système de santé dans l'évolution globale des activités économiques :

d'une part pour apprécier la proportion des richesses nationales que la société est capable de consacrer à la santé sans contraindre d'autres domaines d'intervention sociale (environnement, éducation, logement), ce qui à la limite irait à l'encontre d'une amélioration de l'état sanitaire ; d'autre part pour analyser dans quelle mesure les choix opérés en faveur de tel ou tel programme, telle ou telle procédure thérapeutique, privilégient certaines minorités au détriment du plus grand nombre. Nous sommes ici dans un domaine qui dépasse le propos des comptes économiques mais qui aborde le problème délicat de l'évaluation et de ses implications au niveau de la confrontation *efficience et équité*.

Le thème de « la santé en comptes » propose de présenter les instruments mis en place dans le cadre institutionnel français afin de répondre à ces interrogations qui actuellement atteignent un degré certain de gravité.

Les comptes de la Sécurité sociale constituent l'analyse gestionnaire des organismes de Sécurité sociale. C'est l'outil indispensable pour les pouvoirs publics et les partenaires sociaux dans leur mission de garantie d'équilibre des finances publiques et de pilotage de la Sécurité sociale.

Les comptes satellites de la santé et de la protection sociale s'inscrivent dans une analyse plus économique. Le premier a pour objet l'analyse des processus de production, de consommation et de financement des activités liées à la santé et de leur place dans l'économie générale.

Le second constitue par son approche des prélèvements sociaux et des prestations versées par l'ensemble du système de protection sociale une base de réflexion sur les mécanismes de redistribution.



Les comptes de la **Sécurité sociale**

Des comptes de gestion

Les comptes de la Sécurité sociale analysent l'évolution des dépenses, des recettes et donc des soldes pour l'ensemble des risques que couvre notre système de Sécurité sociale. Parmi ceux-ci, ce sont essentiellement les risques maladie, maternité et accidents du travail qui concernent des prestations de santé : soins remboursés et programmes de prévention financés par les différents régimes.



Les comptes

de la Sécurité Sociale

Pour quoi ?

Évaluer les soldes (recettes diminuées des dépenses) des différentes « branches » de l'ensemble de la Sécurité sociale.

Permettre aux pouvoirs publics et aux partenaires sociaux de « piloter » la gestion de la Sécurité sociale.

Comment ?

En comptabilisant, branche par branche, puis régime par régime l'ensemble des recettes, cotisations et autres, et l'ensemble des dépenses, prestations et autres.

En évaluant l'impact, à court terme, de l'évolution de certaines grandeurs économiques (essentiellement la masse salariale) ou l'effet de mesures (le plus souvent de maîtrise de dépenses).

Par qui ?

Préparés par la division des études et statistiques de la direction de la Sécurité sociale au ministère des Affaires sociales.

Présentés deux fois par an par la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Publiés par *La documentation Française*.

Les comptes de la Sécurité sociale ont pour objet d'analyser annuellement les soldes, entre recettes et dépenses, des différentes branches composant l'ensemble de la Sécurité sociale sur la base des comptes des différents régimes gérant les risques légalement couverts.

À partir de comptes définitifs sont élaborés des comptes prévisionnels, à l'horizon de deux ans, sur la base des résultats enregistrés et des projections concernant les grandeurs économiques nationales (évolutions prévues du produit intérieur brut (PIB), de la masse des salaires, de l'emploi, des prix). Une confrontation entre résultats effectifs et prévisions est présentée à chaque réunion de la Commission des comptes.

Les bases d'élaboration des comptes de la Sécurité sociale

Les comptes de la Sécurité sociale sont élaborés à partir du schéma général d'organisation administrative et financière de notre système de Sécurité sociale.

Branches et régimes

Les comptes de la Sécurité sociale analysent les résultats comptables des différents régimes de

Les branches

Maladie
Accident du travail
Maternité
Invalidité
Vieillesse
Décès
Familie

Les opérations

(régime général)

Recettes

Cotisations des assurés
Cotisations des employeurs
Cotisations prises en charge par l'État
Impôts et taxes affectées
Transferts reçus d'autres régimes
Subventions de l'État

Dépenses

Prestations
Prestations de services sociaux
Gestion administrative
Action sanitaire et sociale
Contrôle médical
Fonds de prévention
Transferts à d'autres régimes

notre système de Sécurité sociale, ainsi que ceux des différentes branches qui le composent.

Les risques sont regroupés en branches dont l'ensemble représente les domaines d'intervention des organismes gestionnaires.

Ces branches sont gérées par les divers régimes de notre dispositif de Sécurité sociale qui couvrent une certaine population. Le principal est représenté par le régime général qui est constitué par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (qui gère les assurances maladie, maternité, accidents du travail, invalidité), la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'allocation familiale.

Chaque régime est autonome et doit assurer son propre équilibre de gestion. Il existe cependant une compensation démographique pour les régimes défavorisés dans le rapport actifs sur cotisants.

Les opérations analysées

Les comptes présentés lors des deux réunions semestrielles de la commission constituent une synthèse par régimes et branches des diverses opérations réalisées dans le cadre de la gestion des prélèvements et prestations.

Il s'agit ici de présenter recettes et dépenses afin d'en dégager et d'analyser le solde qui ressort de leur confrontation.

Les deux grands postes qui apparaissent en recettes et dépenses sont respectivement les cotisations et les prestations qui constituent le substrat de l'activité de gestion des régimes.

Prestations relatives aux soins de santé

Quatre branches ont pour vocation de verser des prestations en nature et en espèces au titre d'une affection de l'état de santé.

- L'assurance maladie verse des prestations dites « en nature » (remboursement des soins) aux assurés ayant à payer des services médicaux et paramédicaux, des médicaments à l'occasion d'une maladie. Par ailleurs, elle compense la perte de salaire occasionnée par un arrêt maladie en versant des prestations en espèces (indemnités journalières).

- L'assurance maternité verse le même type de prestations mais avec des modalités plus favorables (remboursement intégral des frais médicaux).

- L'assurance invalidité compense partiellement la perte de ressources, en principe définitive, résultant d'une incapacité de travail dont la cause n'est pas professionnelle.

- L'assurance accidents du travail couvre les travailleurs « dépendants » ; elle rembourse intégralement les frais médicaux directement liés à l'accident et verse des prestations en espèces pour invalidité.

L'assurance maladie proprement dite représente actuellement environ 31% des dépenses de prestations sociales, et 80% en sont assumées par le régime général.

Si l'on considère les quatre branches versant des prestations liées à une altération de l'état de

Ensemble des prestations versées par la CNAM

Chiffres

	1992	1993 prévisions	1994 prévisions
Maladie	379 358	402 017	418 730
Maternité	19 715	20 059	20 540
Invalidité	14 844	15 452	15 636
Décès	863	821	823
Maladie, maternité, invalidité, décès	414 780	438 349	455 729
Accidents du travail	32 848	32 410	33 566
Ensemble	447 628	470 759	489 295

santé, la proportion des dépenses effectuées à ce titre représente 40 % des dépenses de Sécurité sociale.

Par ailleurs, en dehors de ces prestations, le Fonds d'action sanitaire et sociale verse au titre des branches maladie et accidents du travail des subventions à des organismes extérieurs, des prestations supplémentaires (pour le thermalisme notamment) et finance des actions de réinsertion des handicapés et d'éducation sanitaire.

Enfin, le Fonds national de prévention (FNPEIS) finance des programmes de lutte contre les fléaux sociaux, de transplantation et greffes d'organes.

L'analyse des comptes dans le cadre économique général

Les comptes des différents régimes sont directement influencés par l'état de la conjoncture économique. L'analyse des soldes doit prendre en considération l'impact de facteurs généraux sur les recettes et les dépenses. En outre, les prévisions effectuées sur le court terme doivent intégrer l'évolution attendue de certaines grandeurs économiques et l'incidence de mesures éventuelles tendant à maîtriser la dérive des dépenses.

Parmi les grandeurs économiques, l'évolution de la masse salariale constitue l'un des facteurs les plus déterminants de l'équilibre financier des régimes de Sécurité sociale. Elle sert en effet d'assiette aux cotisations qui forment la majeure partie de leurs recettes.

On peut préciser que cette évolution intègre d'une part celle des niveaux de salaires et celle du volume qui représente l'évolution de la masse salariale hors incidence de l'inflation. Or, il est intéressant d'analyser l'effet volume dans la mesure où il représente d'une part l'évolution du pouvoir d'achat du salaire moyen par individu et d'autre part celle du nombre de salariés actifs cotisants. Cette évolution en volume de la masse salariale reflète, en fait, l'incidence de la croissance économique sur l'accroissement ou la diminution de l'embauche ainsi que sur l'évolution des salaires. Elle peut être rapprochée de celle des richesses nationales représentées par le produit intérieur brut (PIB) afin d'analyser les écarts éventuels entre ces deux grandeurs. Cette confrontation permet



Commission des comptes de la Sécurité sociale

La commission des comptes de la Sécurité sociale est présidée par le Ministre des Affaires sociales.

Elle est composée de 47 membres :

- 8 parlementaires (4 députés et 4 sénateurs),
- un représentant du Conseil économique et social,
- un représentant de la Cour des comptes,
- 12 représentants des organisations professionnelles, syndicales et sociales,
- 12 représentants des organismes de Sécurité sociale,
- 7 représentants des professions de santé et établissements de soins,
- 6 personnes qualifiées.

Elle est assistée d'un secrétaire général qui est chargé de la présentation des comptes. C'est actuellement M. Jean Marmot, conseiller-maître à la Cour des comptes.

La commission des comptes de la Sécurité sociale se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président, le Ministre.

Décret n° 87-441 du 23 juin 1987 modifiant le code de la Sécurité sociale et relatif à la commission

d'apprécier l'impact relatif de la croissance économique générale sur la situation comptable des régimes de protection sociale.

L'effet des mesures destinées à maîtriser les dépenses, par exemple le déremboursement de certaines prestations, doit être évalué en fonction de l'incidence mécanique qui en résultera et de leur impact sur les comportements des agents, prestataires de services ou consommateurs. À cette fin, on s'appuie sur une évaluation rétrospective fondée sur la comparaison entre les tendances de moyen terme, des résultats obtenus et sur une évaluation prospective tendant à mesurer l'effet de dispositions prévues ou envisageables dans le cadre de modèles de régulation.

Ainsi, les comptes de la Sécurité sociale dépassent leur aspect purement gestionnaire pour s'intégrer dans une analyse conjoncturelle générale. Ils acquièrent de cette façon un rôle de pilotage d'une politique sociale en situant le système de protection sociale français dans ses relations institutionnelles avec l'ensemble des activités économiques. ■



Les comptes satellites

santé et protection sociale

Des comptes d'analyse économique

En tant que compte satellite de la comptabilité nationale, le compte de la santé est, par définition, le compte d'analyse économique du champ de la santé : il s'attache à décrire des flux économiques entre agents dans les processus de production, de consommation et de financement. Mais l'approche institutionnelle retenue pour délimiter son champ d'analyse limite celle-ci aux interventions des structures du système de santé. Le compte de la protection sociale, lui, couvre un champ beaucoup plus vaste que la santé : son intérêt réside dans l'analyse des transferts induits par la gestion des prestations et des cotisations de notre vaste dispositif de protection sociale.

Notion de compte satellite

L'objet d'un compte satellite est d'analyser un domaine particulier de la vie économique et sociale. « L'élaboration de comptes satellites est conçue comme un moyen de structurer progressivement l'ensemble des informations quantitatives relatives à un domaine particulier pour former un système cohérent de connaissance et d'analyses économique et sociale ». (*Insee collections*, série C n° 44-45).

Un compte satellite est relié du point de vue conceptuel au cadre central de comptabilité nationale qui analyse l'ensemble des activités économiques : il en constitue une approche complémentaire. Il est fondé sur la notion de fonction collective que l'on peut définir comme un ensemble d'activités déterminées à la réalisation d'un objectif (santé, protection sociale, éducation, logement...). Il permet ainsi d'évaluer et d'analyser le comportement des

unités de production (entreprises) de consommation (ménages) par rapport à telle ou telle fonction. Par ailleurs, il tente d'appréhender l'intervention des pouvoirs publics par l'appréciation de leurs dépenses directes (investissements, rémunérations) ou de transferts (prestations sociales, subventions...).

La présentation d'un compte satellite doit permettre d'illustrer les spécificités qu'il comporte par rapport aux principes d'analyse du cadre central de comptabilité nationale. Cependant le degré de précision et l'analyse spécifique du domaine considéré présentés par un compte satellite conduisent à certaines distorsions avec le schéma proposé par le cadre central. Cette situation est due à plusieurs raisons :

- l'objet de l'analyse est différent : les pré-occupations des gestionnaires des différents domaines appréhendés par les comptes satellites correspondent à des fonctions : santé, protection sociale, éducation alors que la comptabilité nationale se fonde sur l'analyse de produits et de branches (unités de production homogène produisant le même produit) ;
- les nomenclatures d'activités, d'opérations du cadre central ne permettent pas toujours

d'isoler celles qui caractérisent la fonction étudiée par le compte satellite ;

- les dépenses qui financent ces activités sont souvent difficilement isolables ;
- le compte satellite identifie les productions effectuées à l'intérieur d'un secteur qui ne font pas l'objet d'une réalisation sur le marché (médecine du travail), ce que le cadre central ne fait pas.

Les différents comptes satellites doivent répondre à des questions communes sur la base d'agrégats communs qui expriment les grandeurs caractéristiques de l'activité économique du domaine considéré : consommation, dépense nationale... Les questions, définies par la base 1980 du Système européen de comptabilité nationale (SECN), sont schématisées par les interrogations suivantes : qui produit ? qui finance ? qui bénéficie ?

Ce schéma doit articuler les flux économiques du domaine étudié entre les acteurs qui s'insèrent dans les processus de production, de financement et de consommation.

Le champ d'analyse d'un compte satellite se définit en fonction :

- d'une production ;
- d'une dépense ;
- d'un financement ;
- de bénéficiaires.

La production est réalisée par les activités caractéristiques (dans le compte de la santé : soins hospitaliers, services de médecins).

La dépense concerne non seulement les produits caractéristiques mais aussi les biens et services connexes correspondant à des consommations que l'on peut qualifier de secondaires (assurances automobiles pour le domaine des transports, livres et fournitures scolaires pour le domaine de l'éducation, médicaments pour celui de la santé) et les transferts spécifiques (subventions).

Le financement de la dépense par les unités institutionnelles du domaine est analysé en financement final et financement initial. Le premier correspond aux flux constituant les ressources de l'ensemble des producteurs. Les ménages sont financeurs finals dans le compte de la santé pour l'achat des biens et services médicaux. Le second correspond aux opérations des unités qui supportent réellement la charge définitive en versant des transferts au financeur final. Le financeur initial fournit au financeur final les moyens de réaliser son financement. Ainsi dans le compte de la santé, on

trouve trois financeurs initiaux de la dépense nationale : les ménages pour la partie non remboursée, les régimes de Sécurité sociale et les mutuelles qui versent des prestations sociales. Ainsi également, dans le compte de la protection sociale les régimes de Sécurité sociale sont des financeurs finals, les entreprises et salariés sont financeurs initiaux.

Le terme de bénéficiaires peut qualifier des agents ou des secteurs institutionnels. Dans le compte de la santé on trouve par exemple les ménages qui bénéficient de la consommation médicale, la prévention, le système de soins en ce qui concerne la recherche et la formation (leurs dépenses sont effectuées « en faveur » du système) et la gestion. Dans le compte de l'éducation, les élèves sont bénéficiaires mais le système d'éducation bénéficie également des dépenses de recherche et formation. ■

1

Cadre central de la comptabilité nationale et comptes satellites

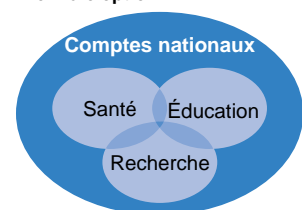
Les relations telles qu'elles sont actuellement conçues entre le cadre central de comptabilité nationale et les comptes satellites résultent d'un choix méthodologique.

Une première option pouvait consister en l'intégration de l'analyse des domaines concernés par les comptes satellites dans le cadre des comptes nationaux. Si cette option a l'avantage de présenter une cohérence parfaite entre les deux instruments d'analyse, elle n'en comporte pas moins l'inconvénient de réduire la spécificité de l'analyse du compte satellite.

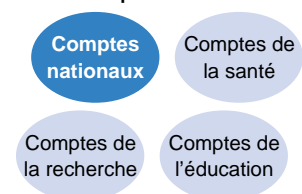
Une deuxième option pouvait s'orienter vers des comptes satellites complètement spécifiques et autonomes mais au prix de la cohérence avec les catégories des comptes centraux.

La solution adoptée finalement est intermédiaire à ces deux positions extrêmes. Un compte satellite n'est pas intégré au cadre central mais lui est relié par deux types de liens : l'utilisation de concepts et nomenclatures en partie communs, la mise en œuvre de règles d'évaluation concordantes. L'ensemble de ces liens se traduit par un certain nombre de chiffres communs.

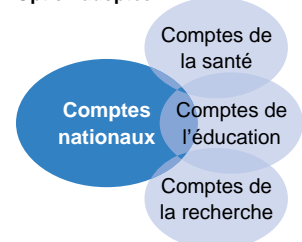
Première option



Deuxième option



Option adoptée



Le compte satellite de la santé

L'objectif du compte satellite de la santé est de nature économique. Il s'agit de présenter une explication des relations entre prestataires de services médicaux, patients et institutions dans les processus de production des soins, de consommation et de financement.

La problématique proposée se situe à l'intérieur d'un champ d'analyse dont les limites sont fixées en fonction de certains critères. L'analyse économique de la santé pourrait inté-

grer, comme facteurs concourant à l'amélioration sanitaire, des activités extérieures aux structures de soins telles que celles relevant de certaines productions alimentaires, ou de protection de l'environnement ; la complexité d'une telle orientation conduit à un choix plus réduit fondé sur des critères de structures directement liés à l'activité médicale.

Le champ de l'analyse économique de la santé

La délimitation du champ résulte de choix conceptuels. Elle s'appuie sur le critère de la mise en œuvre de moyens spécifiques, plus ou moins liés aux techniques médicales éventuellement de manière indirecte, mise en œuvre ayant pour objet la prévention et le traitement d'une altération de l'état de santé. Sont exclues les actions visant à améliorer le cadre de vie et l'environnement quand elles n'ont pas une visée explicitement et principalement sanitaire.

Cette conception est en fait d'ordre institutionnel : elle considère la santé institutionnellement reconnue par les pouvoirs publics et les professionnels. Sont donc analysés ici les impacts économiques des traitements médicaux et de la prévention induits par la mise en œuvre de moyens et personnels médicaux.

Sur un plan plus pragmatique, le problème se pose de cerner dans certaines activités ce qui revient à la santé, de distinguer la mise en œuvre de moyens pour les soins et la prévention de celle relevant d'autres préoccupations. Ainsi pour les hospices, maisons de retraites et établissement médico-sociaux, il n'est pas toujours immédiat de faire le partage entre fonction sanitaire et fonction sociale. Le critère de délimitation se fonde sur l'existence de soins médicaux, mais leur insertion dans les services d'hébergement rend malaisé son application. Par ailleurs, la formation des personnels médicaux, la recherche peuvent être financées par d'autres activités relevant du domaine de la santé (vente de soins hospitaliers, de produits pharmaceutiques) ; on considère dans ce cas que ces activités seront reprises pour elles-mêmes lorsqu'elles ont un financement identifiable ; dans le cas contraire elles resteront intégrées aux activités médicales au titre desquelles elles sont financées.



Le compte de la santé

Compte ou comptes ?

Le terme *compte de la santé* renvoie au concept de compte satellite dans la Comptabilité nationale. Le pluriel (*comptes nationaux de la santé*) renvoie aux résultats présentés.

Pour quoi ?

Analyser les processus de *production, consommation et financement* dans le domaine de la santé.
Situer la place des activités liées à la santé dans l'économie générale.

Comment ?

À partir de nomenclatures d'*agents, d'opérations, d'activités et de produits* et d'agrégats (la consommation médicale totale, la dépense courante de santé) adaptés à l'analyse spécifique de la fonction collective *santé*.
Au travers des tableaux croisés qui analysent les flux économiques.

Par qui ?

Élaborés par les Services des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) du ministère des Affaires sociales.
Présentés par la Commission des comptes de la santé une fois par an.
Publiés par *La documentation Française*.

Les spécificités de l'analyse

Le cadre central de la comptabilité nationale conduit son analyse en fonction de nomenclatures d'agents économiques (producteurs, consommateurs, financeurs), d'opérations économiques et de produits. Chacune de ces nomenclatures est reprise par le compte de la santé mais sous des formes adaptées à l'appréhension particulière de la fonction santé, de l'organisation des processus de décision, production, consommation et financement (cf. annexes). De façon synthétique, on peut présenter l'architecture du compte de la façon suivante :

Les agents

Trois types d'agents sont distingués : les agents de production (médecins, hôpitaux...) ; les agents de financement (régimes d'assurance maladie, de protection complémentaire, État et collectivité locales) ; les bénéficiaires (essentiellement les ménages).

Ils correspondent à ceux du cadre central de comptabilité nationale. Cependant ils sont utilisés par le compte de la santé dans l'exercice d'une fonction particulière : production, financement, consommation de biens et services de santé. Ainsi, les ménages par exemple : dans le cadre central il s'agit d'unités de consommation ; dans le compte de la santé ils sont considérés comme bénéficiaires, donc consommateurs, mais aussi comme producteurs et financeurs.

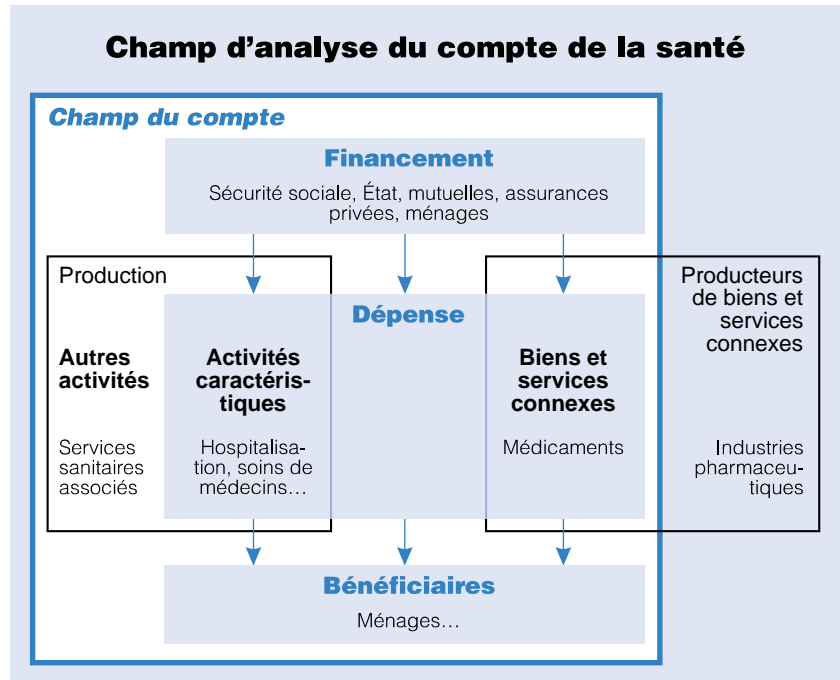
Les opérations

On distingue, comme dans les comptes centraux, des opérations de consommation, des opérations de production, des opérations de financement.

À titre d'exemple, la consultation que donne un médecin, une vaccination dans un dispensaire sont des opérations de production ; l'achat d'un médicament, le fait de consulter chez un médecin ou à l'hôpital sont des opérations de consommation ; le remboursement de frais médicaux par l'assurance maladie ou le paiement du ticket modérateur par le patient sont des opérations de financement.

Certaines opérations décrites correspondent à un flux économique interne à une unité de production (médecine du travail).

Champ d'analyse du compte de la santé



La commission des comptes de la santé

La commission des comptes de la santé a été créée par arrêté* :

« Il est institué une commission des comptes de la santé qui analysera les emplois et les ressources du système de santé, en vue notamment :

« a) d'établir des comptes annuels rétrospectifs permettant d'étudier les différents circuits qu'empruntent les dépenses de santé, les besoins qu'elles expriment, les services qu'elles rémunèrent et les catégories sociales à qui elles bénéficient ;

« b) d'évaluer l'incidence du système de santé sur l'évolution de l'économie. »

Elle se réunit une fois par an et est composée de 48 membres :

• 12 représentants de l'administration (Santé et Sécurité sociale, Économie et budget, Agriculture) ;

• 18 représentants d'organismes nationaux publics ou privés (caisses d'assurance-maladie, organisations professionnelles de médecins, Centre national des professions de santé, organismes représentants les établissements hospitaliers...);

• le secrétaire général de la commission des comptes de la Sécurité sociale ;

• le commissaire au plan ou son représentant ;

• 14 personnalités nommées pour trois ans ;

• un président et un vice-président nommés par arrêté.

Son président actuel est Émile Lévy, professeur à l'université Paris IX Dauphine. Elle bénéficie de la collaboration d'un secrétaire général, actuellement Jean Deramont du SESI.

* Arrêté du 19 août 1970 modifié par les arrêtés du 13 août 1971, du 1^{er} avril 1974, du 4 juillet 1980 et du 11 décembre 1987

Les activités et les produits

La nomenclature d'activités se fonde sur la notion d'unités de production : établissements hospitaliers, cabinets libéraux... Elle a pour objectif l'analyse des activités des structures sanitaires.

Les activités caractéristiques sont représentées par les soins médicaux et paramédicaux (de ville ou d'hospitalisation), les achats de biens médicaux (pharmacie, orthopédie, lunetterie) ; elles comprennent également l'enseignement, la recherche médicale, la prévention collective et la gestion des prestations maladie par les régimes de Sécurité sociale et les mutuelles. Par contre les activités de production de l'industrie pharmaceutique ne sont pas comprises dans les activités caractéristiques du domaine : il a été considéré que leurs opérations économiques et leurs structures de production se réfèrent plus à des préoccupations de nature industrielle.

La nomenclature de produits regroupe les services et biens médicaux fournis par les unités de productions : par exemple une intervention chirurgicale, une consultation médicale, une vaccination, un soin à domicile...

Un tableau croisant les activités (des hôpitaux, des cabinets libéraux...) et les produits permet de déterminer ce que les unités de production fournissent en services et biens médicaux au titre de la consommation (voir tableau ci-dessous).

Certaines activités, regroupées dans le cadre central pour des raisons de logique industrielle et économique, doivent être traitées spécifiquement : ainsi les médicaments pour la médecine humaine et vétérinaire sont regroupés dans le cadre central ; seuls les premiers sont repris dans le compte de la santé. Enfin, on distingue les activités médicales associées qui correspondent aux activités non marchandes de santé de sociétés et institutions (médecine du travail des entreprises et des administrations, service de santé des armées, médecine pénitentiaire).

Les agrégats utilisés

Le compte de la santé adapte les agrégats du cadre central à l'analyse spécifique de la fonction santé.

La consommation médicale totale

Elle représente la valeur des biens et services médicaux acquis sur le territoire métropolitain (par des résidents et des non résidents) pour la satisfaction des besoins individuels.

Elle se compose de la consommation de biens et services médicaux fournis sous forme marchande ou non marchande et de la consommation de services de médecine préventive.

La consommation sous forme marchande correspond à l'achat de biens et services auprès de prestataires tels que médecins, auxiliaires, laboratoires d'analyses, dentistes...

La consommation non marchande est une notion associée à une offre de biens et services organisée et financée par une administration ou une entreprise de façon collective (hospitalisation financée par un budget global pour les administrations, service de santé des armées, médecine scolaire, médecine du travail pour les entreprises).

La consommation médicale totale de soins et de biens médicaux est la somme de deux agrégats dont on trouve les équivalents dans le cadre central : la consommation finale des mé-

T Consommation de biens et services médicaux

Activités	Hôpitaux	Cabinets libéraux Dispensaires	Officines de pharmacie	Administration	Entreprises
Produits					
Soins hospitaliers	●				
Soins ambulatoires	●*	●			
Commerce de biens médicaux			●		
Services médicaux associés				●	●

* Consultations externes

On remarque que la consommation de médicaments n'apparaît qu'au croisement de l'activité des officines et du produit du commerce de détail car on considère que l'hôpital dispense dans son activité de soins des spécialités pharmaceutiques.

nages et la consommation finale des administrations publiques.

Les évaluations de ces différents postes sont exprimées en valeurs et présentées dans le cadre de séries temporelles qui donnent lieu à l'établissement d'indices d'évolution en valeur et en volume.

Ce dernier concept correspond en fait à une évaluation de la consommation hors effet prix. L'évolution en volume exprime donc l'évolution des quantités et de la qualité des services et biens acquis (voir encadré ci-contre).

La consommation médicale peut être également présentée en fonction des activités et des produits (voir encadré page X).

La dépense courante de santé

Elle mesure l'effort financier consacré au cours d'une année au titre de la santé par l'ensemble des agents.

Elle correspond au financement :

- de la consommation médicale totale ;
- des indemnités journalières ;
- des activités en faveur du système de soins (enseignement, recherche) ;
- des activités de prévention collective ;
- des activités de gestion.

Elle est présentée selon les différentes activités financées, en montants et structures (voir encadré ci-contre).

Le financement de la dépense de santé

L'analyse du financement est réalisée en fonction des différentes dépenses de santé et des différentes opérations de financement effectuées par les secteurs de financement.

Les secteurs de financement

Ils correspondent aux organismes qui assument en dernier recours les dépenses de santé, soit :

- l'État pour le financement de la recherche, de la prévention, de l'enseignement ;
- la Sécurité sociale qui verse les prestations en nature et en espèces ;
- les mutuelles qui jouent un rôle de financeurs complémentaires de prestations ;
- les assurances privées ;
- les administrations privées qui financent l'enseignement ;
- les ménages à qui revient le paiement qui n'a pas été pris en charge par les différents organismes cités.



Consommation médicale totale

	Valeurs (milliards de francs)			Taux d'évolution (pourcentage)		
	1990	1991	1992	90/89	91/90	92/91
Soins hospitaliers et en sections médicalisées*	257	270	288	8,1	5,4	6,5
Soins ambulatoires	155	166	176	7,1	7,1	6,1
Transports de malades	7	8	9	15,0	12,5	9,8
Médicaments	96	103	109	7,0	6,7	6,3
Prothèses	13	15	17	17,9	13,3	10,6
Consommation de soins et de biens médicaux	528	562	599	7,9	6,4	6,5
Médecine préventive	12	12	13	5,9	5,7	5,9
Consommation médicale totale	540	574	612	7,9	6,4	6,5

*(publics et privés)



Dépense courante de santé en 1992

	Montants (milliards de francs)	Structure (pourcentage)
Dépenses pour les malades	650	94,1
Soins et biens médicaux	600	86,9
Aide aux malades*	42	6,1
Subventions au système de soins	8	1,1
Dépenses de prévention	16	2,3
Dépenses en faveur du système de soins	25	3,6
Recherche médicale et pharmaceutique	22	3,2
Formation	3	0,4
Dépenses de gestion générale	10	1,5
Double compte**	-11	-1,5
Dépense courante de santé	690	100,0

* Indemnités journalières ** Dépenses de recherche pharmaceutiques financées (en partie) par la vente des médicaments

Les opérations de financement

Le financement est exprimé en fonction des opérations diverses par lesquelles les institutions et ménages prennent en charge financièrement les différentes activités caractéristiques du domaine de la santé (voir encadré ci-dessous, on trouvera en annexe le tableau analysant la dépense nationale de santé en fonction des opérations de financement en valeurs).

- Les prestations sociales dans lesquelles on distingue les prestations en nature qui correspondent à des remboursements, et les prestations en espèces qui constituent des revenus de remplacement.
- Les subventions et transferts qui correspondent, dans le domaine de la santé, à :
 - la dotation globale versée aux établissements hospitaliers publics par la Sécurité sociale (ces établissements ne sont plus financés par la « vente » de journées, la rémunération des ac-

tivités est effectuée *a priori* et ne « suit plus le malade ») ;

- les subventions de l'État et de la Sécurité sociale à des cliniques privées.
 - Les dépenses courantes qui correspondent aux dépenses de fonctionnement des services de médecine préventive, de prévention collective d'organismes de recherche, d'établissements d'enseignement et d'organismes de gestion.
 - Les débours des ménages qui constituent la participation financière des particuliers aux dépenses de soins et aux frais de scolarité de l'enseignement médical.

Mesurer la santé ?

Le schéma d'analyse présenté dans les développements précédents a pour objectif d'insérer les agents économiques du domaine, les activités sanitaires et leurs produits (ou résultats) dans une approche qui puisse rendre compte de la dimension économique de la santé du point de vue des relations entre institutions, professionnels, bénéficiaires et de son impact sur l'économie nationale.

La question se pose de savoir dans quelle mesure le compte de la santé réussit à atteindre cet objectif.

On peut faire observer tout d'abord que la détermination du champ de la santé adoptée limite l'analyse à sa dimension institutionnelle. Sont étudiées ici les relations entre production de soin, consommation, financement.

L'impact des facteurs appartenant à d'autres secteurs n'intervient pas dans l'analyse. Or, la santé se trouve impliquée dans la plupart des activités économiques et sociales. En limitant le champ de la santé aux activités médicales et aux comportements des patients, on a choisi un cadre

T

Financement de la dépense de santé

Financements	Prestations sociales	Dotation globale	Subventions	Dépenses courantes	Assurances privées	Ménages
Dépenses						
Soins et biens médicaux*	•	•			•	•
Aide aux malades**	•					
Dépenses pour les malades	•	•			•	•
Prévention	•			•		
Recherche médicale				•		
Formation			•	•		•
Gestion				•		
Dépense courante de santé	•	•	•	•	•	•

* Hôpitaux, soins ambulatoires, biens médicaux ** Indemnités journalières

d'analyse qui peut s'intégrer dans celui plus global de la comptabilité nationale. Ainsi, l'activité des différents agents économiques concernés est étudiée du point de vue du système de production des soins.

Cette remarque suggère un autre type d'interrogation. Il est en effet légitime de savoir quelle est la nature des résultats obtenus par la mise en œuvre des structures sanitaires et des structures de financement composant le système de santé.

Or, que mesure-t-on dans le compte de la santé ? On évalue en fait les productions et consommations des différents services : services de médecin, d'hôpitaux... On s'aperçoit à la lecture des tableaux que les évaluations présentées sont des évaluations d'unités de production.

On n'aborde pas de ce fait l'analyse d'un produit homogène telle que peut le proposer l'analyse de branches de la comptabilité nationale. L'homogénéité des produits est en fait induite par l'unité de production, ce qui fausse totalement l'analyse.

Le compte de la santé est ainsi beaucoup plus un instrument d'analyse des structures du système de santé que des résultats.

Par ailleurs on peut être tenté de dépasser les objectifs définis dans la présentation méthodologique des comptes : « mesurer les masses financières globales mises en jeu dans le domaine, structurer les données sur les résultats et les bénéficiaires des actions entreprises, analyser l'organisation de la production et son financement. » Cette optique correspond bien à l'analyse des structures évoquées ci-dessus en limitant le champ d'investigation à une évaluation de l'activité des unités de production.

Ceci étant, la question des résultats reste entière. Est-ce un résultat que de dispenser des consultations, d'effectuer des interventions chirurgicales... ou de prendre en charge financièrement les dépenses médicales ?

Le résultat du système de santé n'est-il pas l'amélioration de l'état de santé ? En ce cas l'intégration de la notion de maladie devrait s'imposer. Dans une problématique d'analyse économique cette proposition reviendrait à évaluer les ressources affectées à telle ou telle maladie. Les croisements activités produits seraient établis non plus dans l'optique d'une évaluation de la consommation, de la dépense mais dans celle de structures sanitaires affectées au traitement et à la prévention. ■

Chiffres

Les comptes de la santé

en quelques chiffres (1992)

	Valeurs (milliards de francs)	Part du PIB	Part de la consommation des ménages
Consommation médicale totale	612,4	8,3	12,5
Consommation de soins et de biens médicaux	599,4	8,6	12,3
Consommation de médecine préventive	13,0	n. s.	n. s.
Dépense nationale de santé	690,2	9,4	—

Source : comptes de la santé, 1993



Dépense de santé et financement

dans les pays de l'Union européenne en 1991

	Part de la dépense nationale de santé dans le PIB	Part du financement public de la dépense nationale de santé
Allemagne*	8,5	71,8
Belgique	7,9	88,8
Danemark	6,5	81,5
Espagne	6,7	82,2
France	9,1	73,8
Grèce	5,2	n. d.
Irlande	7,3	76,9
Italie	8,3	77,5
Luxembourg	7,2	n. d.
Pays-Bas	8,3	73,0
Portugal	6,8	n. d.
Royaume-Uni	6,6	83,2

* Länder de la République Fédérale avant réunification

Source : Éco Santé OCDE, mars 1993

Le compte satellite de la protection sociale

Le compte satellite de la protection sociale a pour objectif d'analyser les mécanismes de redistribution selon lesquels la population résidente bénéficie des avantages sociaux prévus par la loi, et selon lesquels les institutions (régimes de Sécurité sociale, mutuelles, État, collectivités locales, entreprises...) distribuent les prestations correspondant à ces avantages.

Le champ de l'analyse

« La protection sociale comprend la couverture des charges résultant pour les individus ou les ménages de l'apparition ou de l'existence de certains risques, dans la mesure où cette dépen-

se donne lieu à l'intervention d'un mécanisme de prévoyance collective qui compense en tout ou partie l'augmentation ou la diminution des dépenses » (*Les comptes satellites*, Michel Braibant, Insee, document de travail, n° D9304).

Les activités caractéristiques du domaine de la protection sociale sont essentiellement des activités de gestion. L'analyse est fondée sur les mécanismes de redistribution décrivant les flux entre cotisations et prestations. C'est autour de ces concepts que sont étudiées les relations économiques entre acteurs concernés.

Le compte de la protection sociale diffère par ses objectifs et par les concepts qu'il utilise du compte de la santé.

Alors que le compte de la santé analyse un ensemble économique où les acteurs procèdent à des opérations de production, consommation, financement, le compte de la protection sociale étudie la gestion des régimes de protection sociale et les revenus sociaux accordés aux ménages. Du point de vue des activités on trouve donc essentiellement les services rendus par les régimes et les transferts ou opérations de répartition sous forme de prestations sociales étudiées en fonction du risque qu'elles couvrent et de leur type (nature ou espèces). La démarche adoptée consiste, à partir de la notion de risque, à analyser la gestion effectuée par les différentes institutions, par les différents régimes de prévoyance et à situer les résultats globaux dans l'activité économique nationale. L'analyse porte notamment sur l'impact des transferts sociaux sur le revenu des ménages.

Ce compte est cohérent, du point de vue des différentes nomenclatures (risques, prestations, institutions) avec le cadre central de la comptabilité nationale. Ainsi, les flux économiques induits par le système de protection sociale sont inclus dans l'analyse économique générale.

Les concepts utilisés

Le compte de la protection sociale analyse des transferts, effectués par le biais de prestations, en fonction de risques gérés par des régimes.

Les risques

Le compte de la protection sociale est fondé sur la notion de risques. Cette notion est définie sur



Le compte de la protection sociale

Compte ou comptes ?

Le terme *compte de la protection sociale* renvoie au concept de compte satellite dans la comptabilité nationale. Le pluriel renvoie aux résultats présentés.

Pour quoi ?

Analyser les *transferts* de revenus effectués par la gestion des *cotisations* et des *prestations* de l'ensemble des régimes de protection sociale.

Comment ?

À partir de l'analyse des emplois, prestations et autres, et des ressources, cotisations et autres, de tous les régimes. En calculant des ratios exprimant l'effort consenti au financement de la protection sociale ou la part de la richesse nationale consacrée à la redistribution.

Par qui ?

Élaborés par le SESI. Publiés par ce service, dans la collection *Études et Statistiques*.

la base du système de protection sociale français. La nomenclature des risques est compatible avec la nomenclature européenne adoptée par l'office statistique des Communautés européennes (sauf pour le logement qui n'est pas considéré en France comme un risque ; les allocations logement sont réparties selon les bénéficiaires entre les risques « famille » et « vieillesse »). Le critère retenu en France pour définir un risque est celui de handicap social, notion qui fonde celle de besoin social. La nomenclature des risques dans les comptes de la protection sociale est plus large que celle des comptes de la Sécurité sociale (voir ci-contre).

Les prestations

Les prestations sociales constituent des avantages accordés aux individus soumis à un risque social. Elles sont de diverses natures.

- Les prestations sociales qui constituent des transferts attribués individuellement sans contrepartie équivalente et simultanée. Concrètement ces prestations correspondent à des versements en espèces, des remboursements d'une dépense déjà engagée, des prises en charge d'une dépense par un tiers-payant. Il existe des prestations légales qui sont rendues obligatoires par la loi et des prestations extra-légales qui sont versées dans le cadre de conventions collectives, d'accords d'entreprises ou encore de politiques locales.

- Les prestations fiscales qui correspondent à des exonérations et réductions d'impôts accordées aux ménages (système du quotient familial, part supplémentaire à certaines catégories sociales...).

- Les prestations de services sociaux qui sont des avantages fournis, sous la forme de services gratuits ou partiellement pris en charge, par une administration en relation avec un risque de la protection sociale (services de santé, d'action sociale...).

Les régimes

Les régimes au sens de la protection sociale sont des organismes ou institutions qui gèrent un système de prévoyance collective sur la base d'un risque social.

Ces institutions ou organismes peuvent avoir une totale autonomie de gestion (régimes de Sécurité sociale, mutuelles) ou être intégrées aux comptes d'un employeur ou d'une admi-

nistration (l'aide médicale par exemple). Les régimes de la Sécurité sociale constituent un sous-ensemble des régimes de la protection sociale.

La nomenclature simplifiée, dont on trouvera le détail en annexe, distingue :

- Les régimes d'assurances sociales :
 - ▶ *les régimes généraux* :
 - régime général de la Sécurité sociale ;
 - régimes d'indemnisation du chômage.
 - ▶ *les fonds spéciaux* :
 - régimes particuliers de salariés ;
 - régimes complémentaires de salariés ;
 - régimes des non salariés non agricoles.
- Les régimes d'employeurs ;
- Les régimes des sociétés mutualistes ;
- Les régimes d'interventions sociales des pouvoirs publics :
 - ▶ *régimes d'aide sociale* ;
 - ▶ *régimes des victimes de guerre*.

Nomenclature

des risques

- Santé
 - Maladie
 - Invalidité, infirmité
 - Accident du travail, maladie professionnelle
- Vieillesse, survie
 - Vieillesse
 - Survie
- Maternité, famille
 - Maternité
 - Famille
- Emploi
 - Inadaptation professionnelle
 - Chômage
- Divers



Champs de la protection sociale

et de la Sécurité sociale

Protection sociale

Sécurité sociale

Régime général de Sécurité sociale

Fonds spéciaux

Régimes directs

Régimes des salariés agricoles

Autres régimes particuliers de salariés

Régimes complémentaires de salariés

Régime des exploitants agricoles

Régime des non salariés non agricoles

Régime d'indemnisation du chômage

Régimes d'interventions sociales des administrations

Régimes d'employeurs

Mutuelles

La protection sociale et son financement

Le financement de la protection sociale est analysé en fonction des emplois (prestations versées au titre des différents risques et les frais de gestion) et des ressources (cotisations de salariés et d'employeurs, impôts et contributions publiques).

Plusieurs ratios macro-économiques sont utilisés pour rendre compte de l'importance relative de la protection sociale.

Le *taux de redistribution* mesure la part de la richesse nationale consacrée à la redistribution ; il est exprimé par le rapport entre le total des prestations et le produit intérieur brut (PIB).

Le *taux de socialisation* des revenus rapporte le total des prestations au revenu brut des ménages.

Ces deux ratios peuvent être exprimés pour chaque risque (santé, famille, emploi, vieillesse...).

Le *taux de pression sociale globale* exprime le rapport entre les cotisations et les impôts à vocation sociale en numérateur, le produit inté-

rieur brut au dénominateur. Il rend compte de l'effort relatif consenti au financement de la protection sociale à partir des richesses produites. Le taux de pression sociale globale se décompose entre le taux élargi de pression sociale qui rapporte le total des cotisations au PIB et le taux de pression fiscale affectée à la protection sociale qui rapporte le total des impôts à vocation sociale au PIB.

Par ailleurs, l'analyse du financement de la protection sociale par les différents régimes est présentée dans le tableau page XVII. On trouve, en lignes, les contributions des différents régimes à la protection sociale, en colonnes, les types de prestations versées classées par grandes catégories d'intervention.

La santé dans les comptes de la protection sociale

Le compte de la protection sociale, se fondant sur l'analyse des transferts sociaux réalisés au titre des différents risques, traite les prestations reprises dans le compte de la santé en distinguant la nature du risque qui donne lieu à leur versement.

Le risque maladie correspond à une détérioration de l'état de santé réversible et susceptible de guérison ; si cette altération n'est pas réversible, on parle d'invalidité ou d'infirmité. Cependant, comme il n'est pas possible de répartir les soins de santé entre la maladie et l'invalidité, on classe conventionnellement les soins de santé reçus par les invalides ou les infirmes dans le risque maladie. Si l'incapacité est la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, elle est classée dans le risque accident du travail.

D'une façon générale, les prestations versées au titre du risque maladie couvrent les soins de santé mais aussi les indemnités journalières dans la mesure où elles sont la conséquence d'une maladie entraînant une incapacité.

D'autres prestations relatives à des soins sont versées mais elles sont reprises dans les risques spécifiques ayant entraîné une affection de l'état de santé (risque accident du travail, risque maternité).

Le traitement spécifique effectué par le compte de la protection sociale vient du fait que la base d'analyse est d'ordre institutionnel.

Les comptes de la protection sociale

Chiffres

en quelques chiffres

	Valeurs (milliards de francs)	Taux (pourcentages du PIB)
Ensemble des prestations sociales versées	2 003	
dont au titre de la santé	700	
de la famille	271	
de la vieillesse	856	
du chômage	149	
Taux de redistribution Prestations sociales/PIB		28,7
Ensemble des cotisations sociales perçues	1 614	
Impôts à vocation sociale et contributions publiques	358	
Taux de pression sociale (Cotisations et impôts à vocation sociale)/PIB		23,7



Financement de la protection sociale

Régimes	Prestations sociales					Prestations de services sociaux
	Remplacement de revenu temporaire	Autres prestations occasionnelles	Soins de santé	Action sociale	Autres prestations en nature	
CNAM	●	●	●			●
Régimes directs	●		●			
Régimes spéciaux	●	●	●	●	●	
Régimes complémentaires	●		●		●	
Régimes des non salariés	●		●			●
Régime des salariés agricoles	●		●			●
Régime des exploitants agricoles			●			●
Régimes d'employeurs	●		●			
Mutuelles	●	●	●	●	●	
Régime d'aide sociale		●	●	●	●	
Régime des victimes de guerre			●			
Autres régimes d'intervention			●			

L'objectif est bien d'étudier l'organisation des régimes sociaux et de mesurer l'impact de leurs interventions non seulement dans le domaine de la protection sociale mais également dans l'ensemble du système économique.

Au-delà de la confrontation ressources-dépenses, il s'agit d'appréhender l'insertion des opérations effectuées dans l'analyse macro-économique de l'activité des différents agents : institutions de protection sociale, entreprises, ménages. On est ainsi conduit à analyser l'importance relative de la prise en charge des contributions sociales par chaque catégorie et les modalités selon lesquelles les mécanismes de redistribution s'articulent au sein de l'économie nationale.

L'analyse caractérise bien les relations ins-

tituées entre les agents économiques, entre les institutions d'un pays. Ainsi, les comparaisons internationales permettent bien de spécifier, d'une part, les objectifs prioritaires de chaque pays dans le domaine social et, d'autre part, les modalités d'organisation de la protection sociale (distinction entre charges fiscales et parafiscales, répartition de l'assiette des cotisations entre employeurs et salariés) pour répondre aux besoins sociaux définis institutionnellement.

Ces comparaisons renvoient évidemment aux différences d'ordre idéologique que l'on peut rencontrer dans la conception des différents systèmes sociaux. Les facteurs culturels constituent des déterminants essentiels dans la mise en œuvre et l'évolution des institutions de protection sociale. ■

Des comptes modèles nécessairement imparfaits

Sur le terrain de la maladie, habité par la souffrance et l'angoisse, classifier, dénombrer et mesurer suscite un malaise : celui de trancher dans le vif d'une réalité dont les dimensions essentielles échappent de toute évidence aux statistiques administratives. Une autre gêne est ressentie en voyant que le domaine attribué au compte de la santé se trouve, de fait, borné à celui des activités liées directement au savoir médical. Nombre d'études n'ont-elles pas montré que les conditions et modes de vie – niveau de revenu, niveau d'instruction, conditions de travail, types de consommation, habitat, ... – sont des facteurs explicatifs de l'état de santé plus importants que l'activité du système de soins ? Dénoncer cet abus de langage ne remet cependant pas en cause le choix sage de délimiter un domaine bien circonscrit et doté d'une cohérence interne, quitte à aller chercher dans d'autres comptes les éléments d'une analyse pertinente des problèmes de santé. Au-delà de ces réticences, hommage doit être rendu aux mérites de ceux qui ont élaboré et mis en œuvre des concepts et des méthodes – qui malgré leurs limites et certaines lacunes – rendent lisibles pour l'analyste et le décideur les activités de lutte contre la maladie.

Des comptes cohérents et complémentaires

La délimitation réductrice du domaine du compte de la santé est en partie compen-

sée par la cohérence de ce compte avec celui de la protection sociale et avec le cadre central de la comptabilité nationale.

Certes, le compte de la santé manque encore sur certains points de données de base. Ainsi l'agrégat le plus large de ce compte ne porte que sur la « dépense nationale *courante* de santé », sans informations sur les investissements ; seul le secteur hospitalier public fait l'objet de comptes de secteur – très simplifiés – précisant sa dépense en capital après avoir donné sa « valeur ajoutée », soit 2,6 % du produit intérieur brut (PIB) en 1992. D'ailleurs, si la valeur ajoutée pouvait être calculée pour tous les fournisseurs de biens et services de santé, la contribution au PIB et à la croissance économique de l'ensemble de la branche santé pourrait être chiffrée. Cette mesure donnerait une vision positive des relations de cette activité avec les principaux agrégats de la comptabilité nationale, présentées habituellement sous l'angle de la part de la « consommation de soins et biens médicaux », soit dans le PIB (8,6 %, en 1992), soit dans la « consommation élargie de la population » (12,3 %).

De plus, le cadrage spatial – le territoire national – se révèle parfois trop global : les problèmes de santé tendent de plus en plus à être traités dans un cadre régional, ainsi qu'en témoigne actuellement l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), ainsi que nombre d'exemples étrangers.

Sans doute certains des manques des comptes satellites peuvent-ils être com-

plétés par les comptes de la Sécurité sociale. Sur la base de catégories strictement administratives et financières, et malgré l'absence de plan comptable commun aux différents régimes de Sécurité sociale, il viennent de progresser en homogénéité et apportent une aide à la décision dans une optique gestionnaire : bilan des recettes et des dépenses, analyse des problèmes de trésorerie pour l'année passée et prévisions pour l'année à venir. Cette approche prospective avec évaluation de semestre en semestre des facteurs qui ont contribué à un écart entre les projections et la réalité constatée apporte un éclairage très utile aux décideurs.

Mais qui sont les bénéficiaires ?

Nombre de problèmes de santé publique sont posés par les épidémiologistes en termes de type de pathologie selon l'étiologie (maladies génétiques...) ou les manifestations cliniques (troubles cardiaques...), ou surtout de « groupes-cibles » (personnes handicapées, personnes âgées, enfants d'âge scolaire...), or le volet « bénéficiaires », prévu pourtant dès la conception des comptes satellites, est resté à l'état de projet.

Sans doute disposons-nous d'enquêtes spécifiques qui caractérisent très finement la plupart des utilisateurs du système de santé. Ainsi les premiers résultats de l'enquête Insee-Credes de 1991 montrent clairement comment la consommation de médecine de ville est corrélée positivement avec le niveau de revenu, la hiérarchie sociale par catégorie socioprofessionnelle, la taille de la commune de résidence, le niveau de protection sociale... Très précieuse, grâce à sa comparabilité avec les précédentes grandes enquêtes décennales (1980-81, 1970, 1960), cette enquête n'est cependant pas exhaustive, puisqu'elle exclut les personnes vivant en institution (ce qui est loin d'être neutre en termes de santé) et se révèle limitée et fragile pour les dépenses d'hospitalisation. Enfin, l'évolution rapide de la démographie et du savoir médical ainsi que des comportements s'accroît mal de l'espace dans le

temps d'une telle collecte de données.

Cet inconvénient est limité par « l'enquête sur la santé et la protection sociale » du Credes qui présente annuellement, depuis 1988, les principales caractéristiques des bénéficiaires de l'Assurance maladie sur la base d'un échantillon du régime général. Si ces données ne sont pas directement comparables aux enquêtes décennales, elles permettent cependant de suivre de près – pour une grande majorité des bénéficiaires – le niveau et la structure des consommations de soins et l'évolution des disparités entre les groupes selon leurs caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires.

Analyser la situation des personnes handicapées rencontre des difficultés exemplaires. Même si l'exploitation des enquêtes citées pourrait permettre d'identifier la consommation médicale ou les prestations d'assurance maladie pour ces personnes, il ne s'agirait que des dépenses qui relèvent du « risque maladie ». Or, la prise en charge des personnes atteintes de déficiences motrices, sensorielles ou mentales peut être concernée par tous les autres risques. Tout d'abord, bien sûr, par le risque « invalidité » où sont regroupées les principales prestations destinées spécifiquement aux personnes handicapées (sans qu'il soit toujours aisé de distinguer les dépenses destinées à d'autres personnes) : prestations en espèces (pensions d'invalidité, rentes d'accidents de travail, pensions militaires, allocations aux adultes handicapés...) et prestations de services sociaux (établissements médico-sociaux, foyers de vie ou d'hébergement, centres d'aide par le travail...). Des personnes handicapées sont concernées également par les risques « vieillesse », « famille » et « emploi ». Certes, toutes ces données se trouvent incluses dans les comptes par catégories de prestations et par types des régimes (régime général, régime des non-salariés...). Cependant, dans chacune de ces classifications, il s'agit d'un nombre de prestataires indifférenciés et de prestations en valeur, mais aucun recoupement ne permet de caractériser les bénéficiaires qui souvent ont droit, non

pas à une seule, mais à plusieurs sources de prestations, qui se cumulent et se complètent.

Si les comptes actuels ne permettent pas d'évaluer directement les politiques et de prendre la mesure de l'équité (horizontale et verticale) de nos systèmes de santé et de protection sociale, en revanche grâce à la richesse et l'homogénéité des données publiées, ils apportent des mises en perspectives précieuses :

- par des études rétrospectives, qui chiffrent l'influence respective des différents facteurs de croissance de la consommation médicale et des dépenses collectives de santé au cours des dernières décennies ;
- par des études prospectives, à l'horizon 2010 notamment, pour toute une gamme d'hypothèses mettant en lumière les tendances lourdes de l'évolution du système de santé et de son financement ;
- par l'opportunité, grâce à l'adoption au niveau de l'ONU de la méthodologie de nos comptes satellites, de comparer les systèmes des différents pays et éventuellement, de coordonner les politiques de santé. ■

Professeuse Michèle Fardeau,

directeur du centre de recherches en économie de la santé,
Inserm U. 357/CNRS UMR 9932

La santé en comptes

L'abîme des chiffres

Dans les comptes de la Sécurité sociale, de la santé de la protection sociale, peu de Français s'y retrouvent.

Assez rares sont parmi les professionnels de la santé, les hommes politiques, les administrateurs des caisses d'assurance maladie, ceux qui ont une connaissance précise des recettes et des dépenses, de leurs taux annuel de progression et de leur répartition entre les branches de la Sécurité sociale et les régimes.

Inversement, au cœur même de la France profonde chacun sait que le budget de la Sécurité sociale est toujours déficitaire, « le trou » dont la profondeur va de quelques milliards (1 milliard = 1/1 000 du budget de la Sécurité sociale) à une centaine est une métaphore infernale et naïve qui allégorise très simplement une réalité autrement plus difficile à comprendre.

Les médias périodiquement alimentent cette mythologie. Parfois les journalistes utilisent les données intéressantes et fiables fournies par les commissions des comptes de la Sécurité sociale ou de la santé mais, le plus souvent ils reproduisent les commentaires d'une agence de presse pour diffuser largement sans en vérifier l'exactitude, les chiffres vertigineux (il s'agit toujours de plusieurs dizaines de milliards) et parfois inexacts lancés lors d'une conférence de presse, ou dans un article ou un rapport par un syndicaliste, un homme politique ou un professionnel de la santé, cherchant à combler son déficit médiatique.

Quels commentaires puis-je faire en m'efforçant à l'objectivité sur ces comptes dont je viens de dire qu'ils sont à la fois ésotériques et vulgarisés, mais encore exhaustifs et incomplets, détaillés mais opaques, utiles et insuffisants.

Exhaustifs et incomplets

Exhaustifs, ces comptes le sont sur le plan comptable. Chaque année ils fournissent, avec le rappel des trois années précédentes, une analyse complète des recettes et des dépenses des quatre branches : maladie, accidents du travail, vieillesse ; allocations familiales du régime général et de tous les autres régimes. Ces comptes sont clairs, brièvement commentés, faciles à lire et à comprendre, même si la lecture des comptes de la santé, plus difficile que celle des comptes de la Sécurité sociale, fait référence à des notions plus complexes telles : la consommation médicale totale, les dépenses courantes de santé qui sont des agrégats utilisés pour mesurer la totalité de l'effort financier du pays dans le domaine de la Santé.

Incomplets, ces comptes le sont sur le plan médical et sur celui de la santé. Ils renseignent très correctement les rares lecteurs sur les activités des structures et des productions de soins, mais la mesure des flux financiers ne fournit naturellement aucune information sur le produit de ces activités en terme de santé. Autre-

ment dit, on ne sait pas à quoi servent les ressources allouées au système de soins.

Détaillés mais opaques

Détaillés car les comptes de la Sécurité sociale apportent sur tous les régimes des informations comptables précises et fines, ils ne renseignent pas seulement sur la ventilation des recettes et des dépenses mais encore sur l'état de la trésorerie, sur les frais financiers et sur les frais de gestion (qui en pourcentage décroissent régulièrement).

Opagues, car les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale, notamment l'Assurance maladie sont loin d'être transparentes. On sait d'ailleurs l'usage politique que les administrateurs de la CNAM peuvent faire de cette opacité en répétant sans cesse que l'Assurance maladie est en constant excédent, que son déficit apparent est lié aux dettes de l'État et au financement compensateur que la CNAM assure pour les autres régimes. Ce discours ne résout certainement pas les problèmes posés par le déficit chronique de la branche Assurance maladie mais explique les difficultés de la CNAM et correspond à une réalité.

Utiles et insuffisants

L'utilité des comptes prévisionnels de la Sécurité sociale est considérable car ils

permettent aux ministères et aux directions intéressées de prendre les mesures nécessaires à la recherche d'un équilibre financier souvent espéré, rarement atteint.

Mais ces données comptables utiles sont tout à fait insuffisantes pour la mise en œuvre d'une politique de santé équitable et adaptée aux besoins des diverses populations régionales.

En résumé

- Les comptes de la Sécurité sociale et de la Santé analysent le fonctionnement des structures médicales sans renseigner les décideurs sur le financement du système de santé, dans la mesure où il est très difficile de juger de la part des budgets du logement, de l'éducation, des prestations sociales qui ont, sur la santé des Français, une influence.
- Les résultats fournis ne sont pas corrélés à des informations sanitaires, leur utilité en termes de politique de santé publique est sinon nulle du moins très limitée.
- D'autres informations sont indispensables au « management » du système de santé.

Quelles sont les informations indispensables à un fonctionnement optimal du système de santé ?

Pour améliorer l'efficacité médicale, l'efficacité économique et l'utilité sociale d'un système de santé, des informations économiques et médicales, nationales, internationales et régionales sont nécessaires.

Les comptes de la santé et ceux de la Sécurité sociale fournissent des données comptables qui intéressent à peine les gestionnaires et les professionnels car isolées, elles sont peu utiles à la régulation du système de soins. C'est pourquoi les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie les analysent rapidement, prennent connaissance du déficit annoncé et poursuivent leurs habituels travaux. L'État par contre prend les déci-

sions nécessaires au niveau du financement et des remboursements, augmentant les cotisations et le ticket modérateur ou réduisant le contenu du « panier des biens remboursés ». Ainsi les catastrophes annoncées par les médias et la commission des comptes de la sécurité sont-elles évitées.

Pour que les analyses comptables de très bonne qualité que les caisses nationales et les services des ministères réalisent soient utiles, d'autres informations sont indispensables.

Les informations économiques sont en France disponibles, fournies, notamment, par les services de la CNAMTS (agence comptable - statistique). Chaque mois les statisticiens de la CNAM produisent des données, de plus en plus détaillées et précises, sur les dépenses de santé. Un tableau de bord mensuel est réalisé. Chaque année sont publiés des « Carnets statistiques » qui décrivent l'évolution des activités de toutes les professions de santé et des établissements de soins.

La CNAM enfin fournit des informations régionalisées qui permettent par exemple d'apprendre que l'écart des dépenses par année sociale peut, d'une région à l'autre, atteindre 40 %.

Les informations médicales qu'il est indispensable de corréler avec les informations économiques ne sont pas disponibles. L'opacité sur la nature des activités médicales est en effet absolue. Le système des soins est une « boîte noire », ses résultats sont appréciés indirectement par des indicateurs de mortalité considérablement influencés par des déterminants qui ne sont pas médicaux. Le codage des actes et des pathologies, sans cesse annoncé comme imminent, est sous la pression des professionnels arc-boutés sur une conception archaïque du secret médical, sans cesse reculé. Quant à la mise en œuvre à l'hôpital du PMSI elle avance avec une désespérante lenteur.

Des recherches épidémiologiques sont réalisées par les universitaires et l'Inserm. Le CREDDES publie des études très documentées et rigoureuses, avec l'Insee ; le CREDDES exploite aussi les données des enquêtes décennales sur la santé des Français.

Tous ces travaux sont utiles et nécessaires, mais difficiles à corréler avec les données économiques des commissions des comptes ou celles de la CNAM, car leur objectif est de soulever des hypothèses et d'accroître nos connaissances, davantage que de fournir des critères de décision aux gestionnaires et aux responsables politiques.

Conclusions

Chaque année les Commissions des comptes réalisent dans des conditions difficiles un excellent travail. Dans des conditions difficiles parce que les services ministériels qui, pour des raisons méthodologiques dont la simplification est annoncée, doivent retraiter les données fournies par les Caisses nationales et les différents régimes ne disposent pas de ressources humaines nécessaires.

Les rapports fournis sont d'excellente qualité mais, par définition, ils n'ont d'intérêt que pour les fonctionnaires chargés d'équilibrer le budget de la Sécurité sociale.

En effet, ces rapports n'ont aucune utilité pour les choix tactiques, ou les stratégies indispensables à la mise en œuvre d'une politique de santé publique.

Pour que tous les acteurs du système de santé : les professionnels de la santé, l'État, les représentants des assurés sociaux, puissent accomplir leurs fonctions, un système d'information capable de rendre transparentes les activités médicales et d'établir entre les données économiques sanitaires et sociales les corrélations indispensables, est indispensable.

Sans cet outil dont la création est attendue depuis des années, espérer une amélioration de la gestion du système de soins et des ressources économiques et humaines qu'il consomme avec une voracité chaque année plus grande serait une illusion. ■

Claude Béraud,

Professeur de gastro-entérologie et d'hépatologie, Université de Bordeaux II

Les comptes de la Sécurité sociale

L'effet ciseaux

Le discours sur les comptes de la santé et de la protection sociale apparaît avec peu de recul, comme largement superficiel sinon manipulateur. La confusion des comptes, les comparaisons partielles sinon partiales font que nous ne pouvons affirmer avoir en France le meilleur système de santé et de protection sociale. Gardons un peu de raison et recherchons les véritables explications de notre situation en sachant relativiser les chiffres et utiliser les concepts pertinents.

Il ne fait aucun doute que la crise de financement de notre système de protection sociale doit constituer une réelle préoccupation compte tenu des masses financières et des enjeux. Cependant il n'est pas logique que cette crise de financement dont nous connaissons l'origine au travers de ce fameux effet de ciseaux entre recettes et dépenses soit utilisé pour remettre en question de manière schématique les fondements d'un système de protection sociale et sa gestion par les partenaires sociaux.

La crise actuelle de financement du régime d'assurance maladie tient principalement à la diminution de la croissance de ses recettes liées au retournement de la conjoncture, même si l'absence de véritable maîtrise médicalisée des dépenses de santé représente par ailleurs un réel enjeu qu'il nous faut relever pour sauvegarder notre système de santé.

Pour ce qui est de ses recettes, cette crise tient aux difficultés économiques,

au chômage et à la plus faible progression de la masse salariale, c'est-à-dire par construction à la base de calcul des cotisations sociales. Mais au lieu de remettre en question cette base professionnelle du financement, pourquoi ne pas souligner que la période de croissance a permis de financer, sur les cotisations issues de la masse salariale, des opérations qui ne concernaient pas la solidarité professionnelle même si elles ont permis une extension considérable des personnes couvertes et une quasi-généralisation de la protection maladie ?

En fait, le système de protection sociale de 1945 s'est étendu à d'autres catégories sociales que les salariés, sans qu'il y ait correspondance entre les droits à la couverture sociale de ces nouveaux bénéficiaires et le mode de financement par cotisation sur la masse salariale.

Il n'est pas question de rejeter le principe de solidarité mais il n'est pas question non plus de prolonger les confusions entre modes de solidarité et financement. Ceci ne peut que générer une opacité des comptes et le maintien d'une gestion dont personne ne peut être responsable, partenaires sociaux et gouvernements.

La cohérence entre solidarité et assurance n'existe plus aujourd'hui parce que le système est passé d'une solidarité professionnelle à une solidarité nationale sans que le mode de financement en soit changé.

- Imputer 20 MF à la couverture des dépenses de santé des handicapés adultes

sans qu'aucune recette ne soit versée au régime général.

- Admettre 3,5 MF de dépenses non couvertes par des recettes pour l'assurance personnelle, qui sont en fait un transfert de l'aide sociale vers le régime général.

- Affilier les détenus au régime général avec une cotisation réduite ou forfaitaire sans garantie de l'équilibre financier.

Parallèlement, les gouvernements successifs ont dans le cadre notamment des mesures pour l'emploi, amoindri la relation entre la cotisation et la couverture sociale, puisque des exonérations de cotisations sociales ont été accordées sans contrepartie financière.

Les gouvernements ont toute légitimité dans leur politique sociale contre le chômage d'exonérer les employeurs de charges sociales mais il n'est pas la vocation de l'Assurance maladie de régler la note.

Par ailleurs, l'Assurance maladie prend en charge sous forme de prestations des dépenses qui ne sont imputables ni à l'assurance, ni à la solidarité nationale sans qu'elle ait pour autant un droit de regard sur les actions ainsi financées. C'est ainsi que notamment dans le cadre de la dotation globale hospitalière, l'Assurance maladie finance la recherche médicale, la formation médicale universitaire. Toujours dans ce même cadre l'Assurance maladie couvre également la non récupération de créances par les établissements hospitaliers, ou des étrangers non pris en charge par leur régime d'appartenance.

Récemment les pouvoirs publics ont mis à la charge de l'Assurance maladie le financement de l'Agence française du sang chargée de l'organisation de la transfusion sanguine en France alors qu'il s'agit d'organisation de la santé publique, normalement de la compétence financière de l'État.

Dans le cadre des charges indues supportées par l'Assurance maladie il existe un autre champ important, celui des compensations interrégionales.

À ce titre pour l'Assurance maladie hors accidents du travail en 1993, 19,3 MDF ont été prélevés sur le régime général

des salariés pour être versés à d'autres régimes dont 3,8 MDF au titre de la compensation entre régimes salariés et de non salariés.

Quant à la maîtrise des dépenses, il serait un peu rapide d'en rejeter la responsabilité sur la seule Assurance maladie.

Les partenaires sociaux ont aujourd'hui pris en cette matière leurs responsabilités, ils l'ont fait avec détermination et sur des perspectives qui garantissent la liberté d'accès, l'indépendance du prescripteur et la qualité des soins dans le secteur de la médecine ambulatoire, et réclament l'exercice de leur mission dans le secteur hospitalier.

- Il est trop facile de dire que la maîtrise a réussi dans l'hospitalisation publique et échoué dans les autres secteurs de soins sur la base de la simple constatation d'une décélération en volume des dépenses qui par ailleurs s'inscrit sur une tendance à la diminution de la part de l'hospitalisation et qui de plus ne tient pas compte des effets de reports sur les autres secteurs financés à l'activité.

- Il est trop facile de rejeter les responsabilités sur le payeur en l'absence de système cohérent de régulation sur l'ensemble des secteurs alors qu'il réclame un clair exercice de ses responsabilités.

Il est également enfin trop facile de constater sur les dépenses de l'Assurance maladie les conséquences d'une politique démographique médicale non maîtrisée, d'une quasi-absence d'évaluation des technologies nouvelles et plus généralement de maîtrise de l'offre.

L'accord conventionnel signé en 1993 entre les représentants des médecins libéraux et l'Assurance maladie sur la maîtrise médicalisée (références médicales opposables et objectif annuel chiffré d'évaluation des dépenses) représente un véritable changement de logique dans le système de soins français marqué jusqu'à présent par le refus d'aborder simultanément rationalité économique et rationalité médicale.

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé peut être définie comme la recherche d'une utilisation optimale des ressources que la collectivité

affecte à la santé, utilisation basée sur une logique médicale d'amélioration de la qualité des soins.

Une utilisation inappropriée d'une investigation, d'une thérapeutique, d'une hospitalisation, d'un parcours à l'intérieur du système de soins, entraîne en effet le plus souvent un accroissement des dépenses, sans pour cela contribuer toujours à l'amélioration de l'état de santé, jouant même parfois à le détériorer par ses effets iatrogènes.

La convention qui entre en vigueur est le résultat d'une très longue concertation avec l'ensemble des syndicats médicaux et traduit l'évolution de nos réflexions sur la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de santé et de défendre la qualité des prestations face au risque de rationnement budgétaire, que certains voudraient.

On peut dire que nous avons réussi, dans ce domaine, une véritable révolution culturelle qui permettra sans nul doute de garder au modèle français son originalité et son efficacité.

En effet, pour la première fois en France, le corps médical a adhéré à l'idée d'une nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses et s'y est engagé. Cette maîtrise médicalisée repose donc sur une logique de meilleure allocation des fonds des cotisations et la recherche de la qualité des soins ; c'est la voie la plus performante pour éviter la maîtrise comptable et strictement économique qui reviendrait à terme à rationner les soins. ■

Jean-Claude Mallet,

président du conseil d'administration de la CNAMTS



Nomenclatures du compte de la santé

A. Nomenclature des activités caractéristiques de la santé

1. Activités médicales

1.1. Soins hospitaliers ou assimilés :

Sont inclus dans ce poste l'ensemble des soins aux malades hébergés dans les établissements sanitaires, qu'ils soient tarifés sous forme d'honoraires ou de frais de séjour. Sont donc exclues en particulier les consultations externes des hôpitaux (qui sont classées 1.2.1).

1.1.1. Soins hospitaliers publics.

1.1.2. Soins hospitaliers privés.

1.1.3. Transport des malades :

en toute rigueur, le transport des malades ne concerne pas uniquement des malades hospitalisés, mais peut également concerner des malades se rendant à des séances de soins ambulatoires. Par souci de simplification, ce poste est cependant rattaché à l'hospitalisation.

1.2. Soins ambulatoires et à domicile.

1.2.1. Services médicaux marchands : sont inclus dans ce poste essentiellement des soins tarifés à l'acte, ainsi que certains types de soins tarifés forfaitairement (forfait de réadaptation-rééducation).

1.2.1.1. Soins de médecins :

- soins en cabinet libéral ou à domicile
- soins en consultation externe
- soins en dispensaire

1.2.1.2. Soins d'auxiliaires (infirmières, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)

- soins en cabinet libéral ou à domicile
- soins en consultation externe
- soins en dispensaire.

1.2.1.3. Soins de dentistes :

- soins en cabinet libéral
- soins en consultation externe
- soins en dispensaire.

1.2.1.4. Analyses médicales :

Ces analyses peuvent être effectuées en laboratoire de ville ou en milieu hospitalier au profit des consultants externes.

1.2.1.5. Cures thermales :

Ce poste comprend les forfaits de cure thermique (séances de soins dans les établissements thermaux, hébergement et transport éventuellement).

1.2.2. Médecine systématique et de dépistage

Sont inclus dans ce poste certains services

médicaux fournis gratuitement aux ménages :

- service de santé scolaire
- consultations de protection maternelle et infantile
- dispensaires antituberculeux
- dispensaires antivénéériens
- dispensaires de lutte contre les maladies mentales
- centres de consultation avancée contre le cancer
- services interentreprises de médecine du travail.

Il s'agit de services médicaux à caractère préventif.

1.3. Activités médicales associées :

Ce poste comprend les activités médicales associées à d'autres activités marchandes ou non marchandes :

- services de médecine du travail des entreprises
- services de médecine de travail des administrations
- services médicaux des mines et de la SNCF
- service de médecine des armées
- médecine pénitentiaire.

Ces activités ne sont pas isolées dans le cadre central de la Comptabilité nationale.

1.4. Commerce de détail des biens médicaux

1.4.1. Officines pharmaceutiques

1.4.2. Commerce de détail de lunetterie

1.4.3. Commerce de détail orthopédique.

2. Autres activités de la santé

2.1. Prévention sanitaire collective :

Toutes les activités impliquant des examens médicaux sur des personnes relèvent du poste 1.2.2. de la nomenclature (médecine systématique et de dépistage).

On ne retiendra ici que :

- l'hygiène du milieu (contrôle des eaux, désinsectisation, etc.)
- le contrôle sanitaire aux frontières
- l'éducation sanitaire et l'information du public
- les autres activités de protection sanitaire (contrôles divers, sécurité routière, etc.).

2.2. Recherche médicale

2.3. Enseignement médical :

Ce poste comprend l'enseignement médical et paramédical proprement dit et, plus généralement, toutes les actions de formation et d'information des personnels sanitaires.

2.4. Gestion générale de la santé :

La gestion générale de la santé ne comprend que la gestion directe du système de santé, c'est-à-dire, par ex., les études et statistiques de santé, la tutelle des établissements et du personnel sanitaire, etc. On exclut des dépenses de santé les dépenses de gestion de la protection sociale (qu'elle soit effectuée par les organismes de Sécurité sociale ou par la Direction de l'Action Sociale au ministère de la Santé au titre de la gestion de l'aide médicale).

B. Nomenclature des agents de production

1. Établissements hospitaliers ou assimilés :

Sont compris dans cette rubrique tous les établissements sanitaires recevant des malades couchés quel que soit leur statut (public ou privé).

2. Cabinets libéraux :

- 2.1. Médecins
- 2.2. Dentistes
- 2.3. Auxiliaires médicaux.

3. Laboratoires d'analyses médicales :

(Uniquement laboratoires hors établissements hospitaliers).

4. Dispensaires et centres de soins :

- 4.1. Dispensaires de prévention
- 4.2. Centres de PMI
- 4.3. Centres interentreprises de médecine du travail
- 4.4. Autres dispensaires

5. Entreprises d'ambulances et de transport des malades

6. Commerce de détail de biens médicaux

7. Établissements thermaux

8. Autres.

C. Nomenclature des secteurs de financement

1. Entreprises :

- 1.1. Société et quasi-sociétés non financières
- 1.2. Entreprises individuelles¹

2. Institutions de crédit

3. Entreprises d'assurance :

- 3.1. Société mutualistes
- 3.2. Autres organismes d'assurance et de capitalisation

4. Administrations publiques :

- 4.1. Administrations publiques centrales
- 4.2. Administrations publiques locales
- 4.3. Administrations de Sécurité sociale :
 - 4.3.1. Régimes généraux
 - 4.3.2. Régimes spéciaux
 - 4.3.3. Régimes statutaires
 - 4.3.4. Régimes complémentaires.

5. Administrations privées.

6. Ménages.

D. Nomenclature des bénéficiaires

De nombreux critères sont possibles pour classer les bénéficiaires, citons pour mémoire :

● La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage :

en 9 postes :

1. Agriculteur exploitant
2. Salarié agricole
3. Indépendant non agricole
4. Cadre supérieur
5. Cadre moyen
6. Employé
7. Ouvrier
8. Inactif
9. Autres ménages.

en 23 postes ou en 40 postes (voir le code des catégories socio-professionnelles de l'INSEE).

● le niveau d'instruction

● le sexe et l'âge :

les recensements utilisant des tranches d'âge de 5 ans. On subdivise éventuellement la catégorie

- 0-4 ans par exemple en :
- 0 à 27 jours
 - 28 jours à 1 an
 - 1 an à 4 ans.

● la taille du ménage : 1, 2, 3, 4, 5 personnes, 6 personnes ou plus

● le mode de protection, on distinguera par exemple :

- Assurés sociaux :
- SS seule (assurés/ayants droit...)
 - SS plus autre mode de couverture
- Aide médicale seule
- Mutuelle seule
- Aucune couverture.

● le lieu de résidence :

- Commune rurale
- Unité urbaine de moins de 100 000 habitants
- Unité urbaine de 100 000 habitants et plus
- Complexe résidentiel de la région parisienne :
- ville de Paris
 - agglomération parisienne sans Paris.

E. Nomenclature des personnels de la santé

1. Personnels médicaux :

- 1.1. Médecins généralistes
- 1.2. Médecins spécialistes
- 1.3. Biologistes
- 1.4. Dentistes
- 1.5. Pharmaciens
- 1.6. Sages-femmes.

2. Personnels paramédicaux :

- 2.1. Masseurs-kinésithérapeutes
- 2.2. Orthophonistes
- 2.3. Orthoptistes
- 2.4. Orthopédistes
- 2.5. Ergothérapeutes
- 2.6. Infirmiers
- 2.7. Aides-soignantes

3. Personnels d'assistance et d'éducation :

- 3.1. Assistantes sociales
- 3.2. Psychologues
- 3.3. Éducateurs et autres personnels d'assistance et d'éducation.

4. Personnels scientifiques et techniques non médicaux :

- 4.1. Chercheurs
- 4.2. Ingénieurs
- 4.3. Laborantins
- 4.4. Autres techniciens
- 4.5. Autres personnels scientifiques (sociologues, statisticiens, etc.).

5. Personnels de direction et administratifs :

- 5.1. Personnels de direction
- 5.2. Autres personnels administratifs.

6. Personnels de services :

- 6.1. Agents de service hospitalier
- 6.2. Autres personnels de service.

F. Nomenclature des opérations économiques

1. Dépenses du secteur de financement de la DNS :

- 1.1. Dépenses courantes
 - 1.1.1. Financement de l'acquisition de biens et services marchands
 - 1.1.1.1. Remboursements
 - 1.1.1.2. Indemnité d'assurance-dommages
 - 1.1.1.3. Participation des ménages (y compris ticket modérateur).
 - 1.1.2. Transferts courants aux agents de production
 - 1.1.2.1. Transferts courants en nature
 - 1.1.2.2. Subventions
 - 1.1.2.3. Autres transferts courants en espèces
- 1.2. Dépenses en capital
 - 1.2.1. Transferts de capital en espèce aux agents de production
 - 1.2.1.1. Aides à l'investissement
 - 1.2.1.2. Autres transferts de capital en espèce
 - 1.2.2. Transferts de capital en nature aux agents de production.

2. Dépenses du secteur de production :

- 2.1. Dépenses courantes
 - 2.1.1. Dépenses de fonctionnement
 - 2.1.1.1. Rémunération des personnels
 - 2.1.1.2. Achats pour consommation intermédiaire
 - 2.1.1.3. Impôts liés à la production
 - 2.1.2. Autres dépenses courantes
 - 2.1.2.1. Transferts courants à d'autres agents de production
 - 2.1.2.2. Transferts courants aux bénéficiaires²
 - 2.1.2.3. Autres emplois courants.
- 2.2. Dépenses en capital
 - 2.2.1. Investissements
 - 2.2.2. Transferts en capital à d'autres agents de production
 - 2.2.3. Autres dépenses en capital

3. Autres opérations économiques.

¹ Dans le cadre central de la Comptabilité nationale, les entreprises individuelles sont considérées comme des ménages.

² Essentiellement les prestations versées par la PMI à l'occasion de la grossesse et de l'accouchement.

Nomenclature

des régimes de la protection sociale

100 00 Régimes généraux

- 111 00 Régime général de sécurité sociale
 - 111 01 CNAMTS
 - 111 02 CNAF
 - 111 03 CNAVTS
 - 111 04 ACOSS et autres organismes du R.G.
- 112 00 Indemnisation du chômage
 - 112 01 UNEDIC
 - 112 02 Fonds national de garantie des salaires
 - 112 03 Association pour la structure financière
 - 112 04 Fonds de solidarité (jusqu'en 1984)
- 113 00 Fonds spéciaux
 - 113 01 Fonds spécial d'allocation de vieillesse (FSAV)
 - 113 02 Fonds commun des accidents du travail (FCAT)
 - 113 03 Fonds commun des accidents du travail agricole (FCARA)
 - 113 04 Fonds de compensation (FCOSS)
- 120 00 Régimes particuliers de salaires**
 - 121 01 Agents de l'État (hors PTT)
 - 121 02 Agents des PTT
 - 121 03 Agents de la SNCF
 - 121 04 Agents de la RATP
 - 121 05 Agents EDF-GDF
 - 121 06 Régime particulier d'Alsace-Lorraine
 - 121 07 Régime des assemblées parlementaires
 - 122 01 Régime des salariés agricoles
- 123 00 Autres régimes particuliers de salariés
 - 123 01 Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
 - 123 02 Établissement national des invalides de la marine (ENIM)
 - 123 03 Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)
 - 123 04 Caisse autonome mutuelle de retraite des chemins de fer d'intérêt local... (CAMR)
 - 123 05 Caisse nationale de garantie des ouvriers dockers
 - 123 06 Caisse nationale de surcompensation des ouvriers du bâtiment
 - 123 07 Caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes (CAMAC)
 - 123 08 Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes (CAMAVIC)

- 123 09 Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)
- 123 10 Fonds spécial des pensions des ouvriers de l'État
- 123 11 Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
- 123 12 Caisse de prévoyance SNCF (maladie)
- 123 13 Caisse de prévoyance RATP (maladie)
- 123 14 Régime du personnel de l'Électricité - Gaz de France (maladie)
- 123 15 Régime du personnel de la Banque de France (maladie)
- 123 16 Régime du personnel du Crédit foncier de France
- 123 17 Régime de retraite de la SEITA
- 123 18 Régime du personnel de la Compagnie générale des eaux
- 123 19 Caisse de retraite des théâtres nationaux
- 123 20 Régime du personnel de l'Imprimerie nationale
- 123 21 Chambres de commerce et d'industrie - Ports autonomes
- 123 22 Régimes divers gérés par la Caisse des dépôts et consignation
- 124 00 Régimes complémentaires de salariés
 - 124 01 AGIRC
 - 124 02 ARRCA
 - 124 03 IRCANTEC
 - 124 04 Caisse de prévoyance du personnel des organismes de sécurité sociale (CPPOSS)
 - 124 05 CRAF
 - 124 06 CRPNPAC
 - 124 07 Compagnie générale maritime
 - 124 08 Caisses bancaires
 - 124 09 Personnels des Caisses d'épargne (retraite)
 - 124 10 RETREP
 - 124 11 Caisses professionnelles et catégorielles
 - 124 12 Caisses vieillesse d'entreprises
 - 124 13 CCPMA
 - 124 14 Caisses de prévoyance diverses
- 130 00 Régimes de non salariés**
 - 131 01 Régimes des exploitants agricoles
 - 132 00 Régimes des non salariés non agricoles
 - 132 01 CANAM
 - 132 02 ORGANIC
 - 132 03 CANCAVA

- 132 04 CNAVPL
- 132 05 Caisse nationale des barreaux Français

200 00 Régimes d'employeurs (prestations « extra-légales »)

- 200 01 Agents de l'État (civils et militaires)
- 200 02 Agents des PTT
- 200 03 Agents des collectivités locales
- 200 04 Salariés de la Sécurité sociale
- 200 05 Salariés des hôpitaux publics
- 200 06 Autres salariés

300 00 Régimes des Sociétés mutualistes

400 00 Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics

410 00 Régimes d'aide sociale

- 411 00 État
 - 411 01 Allocations de chômage (Régime de solidarité)
 - 411 02 CSSTM
 - 411 03 Autres interventions de l'État
- 412 00 Organismes publics
 - 412 01 Fonds d'action sociale des travailleurs migrants
 - 412 02 Autres organismes publics
- 413 00 Départements
- 414 00 Bureaux d'aide sociale des communes

Dépenses de santé par opération de financement en 1992

Millions de francs

	Prestations sociales				Dotation globale	Autres transferts et subventions			Dépenses courantes				Assurances privées	Débours des ménages	Total
	Sécurité sociale		Mutuelles	État et collectivités locales		Sécurité sociale	Collectivités locales	État	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles	Autres			
	Base	Financ. Complé.													
Hôpitaux publics et PSPH	1 290	7	3 046	2 267					844				14 848	214 669	
Hôpitaux privés	59 141		2 364	295									5 975	67 775	
Sections médicalisées	4 049				2 453									6 502	
Publiques	2 509				2 453									4 962	
Privées	1 540													1 540	
Sous-total : Hôpitaux, sections médicalisées	64 480	7	5 410	2 562	194 820				844				20 823	288 946	
Cabinets libéraux															
Médecins	50 934	28	6 980	714									22 579	81 235	
Auxiliaires	20 450	6	1 738	60									1 106	23 360	
Dentistes	13376		4 131	62									21 206	38 775	
Dispensaires, centres de soins	7 409		871										441	8 721	
Laboratoires d'analyses	11 645		1 891	65									4 429	18 030	
Établissements thermaux	1 075	153	375	133									4 494	6 230	
Sous-Total : Soins ambulatoires	104 889	187	15 986	1 034									54 255	176 351	
Transports	8 025	83	111	17	885								84	9 205	
Total : prestataires de soins	177 394	277	21 507	3 613	195 705				844				75 162	474 502	
Officines pharmaceutiques	65 400	340	12 648	747									29 855	108 990	
Distributeurs d'autres biens médicaux (Lunetterie, orthopédie)	6 750		2 660	101	245								6 859	16 615	
Total : Biens médicaux	72 150	340	15 308	848	245								36 714	125 605	
Total : soins et biens médicaux	249 544	617	36 815	4 461	195 950				844				111 876	600 107	
Aide aux malades (indemnités journalières)	41 953													41 953	
Aide directe (subventions)						7 621								7 621	
Total : dépenses pour les malades	291 497	617	36 815	4 461	195 950	7 621			844				111 876	649 681	
Service de médecine préventive	1 521								6 014		5 490			13 025	
Service de prévention collective								1 623	1 247					2 870	
Total : prévention	1 521							1 623	7 261		5 490			15 895	
Recherche médicale									8 645		13 352			21 997	
Formation						43			2 686		100		236	3 065	
Gestion administrative de santé									1 097	8 274	837			10 208	
Double-compte : recherche pharmaceutique											-10 631			-10 631	
Total : Dépenses courantes de santé	293 018	617	36 815	4 461	195 950	7 664			1 623	20 533	8 274	9 148	112 112	690 215	

Bibliographie

Comptabilité nationale et modèles économiques, Alain Pichot, PUF, 1988.

Les comptes satellites, Michel Braibant, Insee, document de travail n° D9304, août 1993.

Concepts, sources et méthodes du compte de la santé, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Service des statistiques, des études, et des systèmes d'information (Sesi), 1992

Comptes de la Sécurité sociale, résultats 1992, prévisions 1993, Commission des comptes de la Sécurité sociale, ministère des Affaires sociales, de la santé et de la Ville, service communication, 1993, diffusion *La documentation Française*.

Comptes nationaux de la santé, 1990, 1991, 1992, Commission des comptes de la santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Service des statistiques des études et des systèmes d'information (Sesi), juin 1993.

Comptes de la protection sociale, 1990, 1991, 1992, *Études et statistiques* n° 177, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Service des Statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi), juillet 1993.

Protection sociale et santé, une approche par les comptes, *Études et statistiques* n° 4, ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Service des Statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi), octobre-décembre 1992.

Marc Duriez, chargé d'études à la DGS, a rédigé ce dossier. Philippe Ferrero l'a mis en forme. Merci à Michèle Fardeau, Claude Béraud et Jean-Claude Mallet pour leur tribune.

Division des études économiques et statistiques (Direction de la Sécurité sociale)
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville
1, place Fontenoy
75350 Paris 07
tél. : 40 56 60 00

Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi)
Même adresse que ci-dessus

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)
18, boulevard Adolphe Pinard
75675 Paris cedex 14
tél. : 41 17 50 50

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
66, avenue du Maine
75694 Paris cedex 14
tél. : 42 79 30 30

Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
Centre Paris Pleyel tour Ouest
93521 Saint Denis cedex 1
tél. : 49 33 38 00

Caisse centrale de prévoyance mutuelle agricole
8, rue d'Astorg
75008 Paris
tél. : 44 56 88 88

Adresses utiles

suite de la page 20

l'obligation d'emploi de personnes handicapées ou l'aménagement des lieux publics...

Et s'il était encore besoin d'en rajouter, elle souligne le manque de moyens des structures administratives, l'excès de réglementation qui entraîne souvent des contradictions tout en laissant subsister certaines imprécisions, enfin « un contexte d'irresponsabilité et de fondement juridique incertain » conséquence de la décentralisation et de l'emploi abusif de circulaires. Un constat accablant, voire effrayant, qui soulève la question « y a-t-il un pilote dans l'avion ? »

PROTECTION SOCIALE

SANTÉ, SOINS ET PROTECTION SOCIALE EN 1992

Agnès Bocognano, Nathalie Grandfils, Philippe Le Fur, André Mizrahi, Arié Mizrahi
CREDES, 1993, 148 p.

Ce rapport est le troisième d'une série démarrée en 1991 qui présente les résultats d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif de ménages dont un membre au moins est assuré au régime général de la Sécurité sociale (3 266 ménages soit 9 295 personnes, taux de sondage de 1/4 800). Le questionnaire porte sur la morbidité, les séances de médecin et de dentiste, la consommation de biens médicaux, la biologie, les taux d'hospitalisation, pour finir par des questions d'opinion.

Sur certains points, les résultats de cette enquête ne font que confirmer des comportements connus : les cadres et les employés consultent plus, les chômeurs déboursent moins en soins de médecin, le recours au médecin augmente avec la détérioration de l'état de santé... mais sur beaucoup de points, cette « paro-

le » des assurés sociaux nous apporte un regard différent des problèmes de santé : les pathologies les plus souvent mentionnées sont bien loin des grandes pathologies médiatisées : surdité, lombalgies ou sciatologie, migraines et céphalées, ou encore pour les femmes troubles des règles ou état dépressif ; les questions d'opinion nous apprennent que 23,7 % de ces assurés ont renoncé à certains soins parce que le remboursement en était trop limité. À méditer...

SANTÉ PUBLIQUE

DÉCIDEURS TOUS RISQUES

Du bon usage de l'épidémiologie
William Dab, Marcel Goldberg, Emmanuèle Mengual, Christian Rollet
ENSP Éditions, Éditions Frison-Roche, 1993, 182 p.

Ça commence comme un bon petit recueil de nouvelles (des situations de la vie médico-politico-administrative mises en scène) qui présente le double avantage de se lire très facilement et de vous faire souvent franchement sourire ; ça se termine par une série de fiches méthodologiques qui sollicitent un peu plus l'attention mais restent très accessibles au parfait néophyte, lequel les lira d'autant plus attentivement que son intérêt aura été éveillé par les premières histoires. Entre s'insère un chapitre « du bon usage de l'épidémiologie » qui constitue déjà en soi une bonne synthèse du pourquoi et du comment de l'épidémiologie. Gageons donc que si nos « énarques, directeurs d'hôpital et autres inspecteurs des affaires sanitaires et sociales » veulent bien soustraire deux petites heures de leur emploi du temps, par définition surchargé, pour lire cet ouvrage original, le pari des auteurs sera tenu : combler pour partie « le fossé » entre une cultu-

re administrative ou d'entreprise et une culture de santé publique ; permettre au dialogue de s'établir au moment où une décision doit être prise.

AVIS SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCES pour 1994 « affaires sociales, santé et ville »

Présenté au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales par Jean-François Mattei

Document de l'Assemblée nationale, n° 581 tome 6.

Au moment où un débat s'ouvre sur le rôle que devrait jouer le parlement dans la définition d'une politique de santé publique, le rapport de M. Jean-François Mattei montre l'intérêt d'une telle démarche.

Après avoir rappelé l'augmentation préoccupante des dépenses de santé et montré la part croissante de celles-ci laissées à la charge des assurés sociaux et des mutuelles, l'auteur montre que malgré cet important effort financier, l'état sanitaire moyen de la France ne se situe que dans un rang moyen par rapport aux autres pays de l'OCDE.

Son explication tient en un argument principal : l'existence d'une médecine trop exclusivement curative. Il regrette l'insuffisance de la santé publique et l'absence d'une réelle coordination des soins.

Dans son bilan de l'existant, M. Jean-François Mattei aborde les problèmes des professionnels de santé, notamment l'évolution préoccupante des revenus, des conditions de vie et d'exercice. De même, pour le secteur industriel pharmaceutique, il attire l'attention des pouvoirs publics sur le risque d'une réglementation trop stricte compromettant le développement de cette industrie.

Dans une seconde partie, M. Jean-François Mattei nous fait part de ses réflexions sur la né-

cessaire transition du système français : d'un système de soins à un système de santé. Il plaide pour une véritable maîtrise médicalisée des dépenses en responsabilisant les professionnels.

Pour réussir cette maîtrise des dépenses une négociation doit être engagée avec les professionnels sur la base de contrats d'objectifs, conclue avec des syndicats représentatifs à partir de l'analyse de l'efficacité des pratiques médicales.

Dans un chapitre sur la revalorisation de la médecine générale, il note toutes les incohérences du système actuel et propose les évolutions nécessaires, à savoir l'incitation à un suivi préventif des assurés, l'ouverture plus large des secteurs préventifs et hospitaliers aux généralistes, la réévaluation du C et du V.

L'auteur propose une profonde restructuration de notre système hospitalier en remédiant à une offre hospitalière excédentaire et inadaptée et en révisant la tarification entre le public et le privé.

Dans une dernière partie, M. Jean-François Mattei aborde les projets 1994 de lutte contre les grands fléaux (sida, toxicomanie, alcoolisme) et analyse le développement des structures et des opérations de protection et de veille sanitaire (Agence du médicament, Agence française du sang, Réseau national de santé publique, Observatoires régionaux de santé).
J.-F. D.

SERVICES DE SANTÉ

DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE AUX POLITIQUES DE SANTÉ Colloque européen

CREDES et CES, 16-18 décembre 1992, 4 vol.

Ce colloque regroupait trois manifestations internationales : la conférence européenne d'écono-

mie de la santé, le congrès de géographie et socio-économie de la santé, le congrès des chercheurs opérationnels en économie de la santé (Health service research). Les actes de ce colloque qui s'est tenu en décembre 1992 à l'Université Paris-Dauphine, nous sont proposés dans quatre très volumineux ouvrages. Chaque volume regroupe les communications de chaque atelier : atelier 1, l'évolution des systèmes de santé ; atelier 2, la régulation des systèmes de santé ; atelier 3, la dimension sociale ; atelier 4, la dimension spatiale.

L'HÔPITAL EN SOUFFRANCE ?

Sociologie santé, juin 1993, n° 8. Talence, Éditions de la Maison des sciences de l'Homme d'Aquitaine.

L'hôpital a subi des mutations considérables au cours des dernières décennies. De la loi du 31 décembre 1970, rationalisant les soins hospitaliers, à celle du 31 juillet 1991, ce sont dix-huit réformes qui se sont succédé. Si l'hôpital est en souffrance, ce n'est pas par manque de soins de la part du législateur.

Ce numéro de *Sociologie santé* a été réalisé sous la responsabilité de J.-M. Clément, membre de l'Inspection générale des Affaires sociales, qui analyse la rupture conceptuelle de la mission de l'hôpital, établissement hôtelier devenu lieu de soins soumis aux exigences de la production.

Pour A. Labourdette, qui apporte le point de vue de l'économiste, l'hôpital-entreprise puis institution bureaucratique, a évolué vers une organisation mettant en jeu « principaux et agents » et plus récemment vers un réseau complexe où s'élaborent règles et conventions avec d'autres unités de soins. J. Couret montre, à travers l'observation de quelques exemples, la place et les enjeux que revêtent les expertises dans un projet d'établissement et A.

Demichel étudie en juriste les problèmes de la responsabilité hospitalière. Les sociologues J.-C. Guyot et D. Traverso évoque la question des rapports entre médecins généralistes et structure hospitalière, qui met en valeur la position difficile de l'omnipraticien de ville. Le Dr X. Pommeureau, psychiatre, fait part de sa réflexion sur les suicidants admis au CHU de Bordeaux. La fréquence et la gravité des récidives l'ont conduit à créer une unité expérimentale de court séjour. Enfin, G. Maille et J. Gerinier développent leurs points de vue sur la profession d'infirmier.

Ce numéro comporte une rubrique « Repères sanitaires et sociaux », où J.-M. Clément présente les références juridiques et administratives qui marquent l'évolution du champ sanitaire et social.

L'HÔPITAL CONFRONTÉ À SON AVENIR

Actualiser l'hôpital et le préparer au XXI^e siècle
Thierry Hoet

Éditions Lamarre, 1993, 236 p.

La question est posée : doit-on construire de nouveaux hôpitaux en les calquant sur les modèles contemporains, où doit-on repenser fondamentalement les structures de l'hôpital ?

L'auteur de ce livre, architecte et consultant hospitalier depuis une trentaine d'années nous livre le fruit de ses réflexions. Nous sommes à la veille d'une nouvelle mutation de l'hôpital accélérée par la récession économique, les difficultés de gestion, la profusion de lits... L'étude qu'il a engagée dans cette perspective repose sur l'histoire. Elle nous fait découvrir au travers de l'histoire de l'architecture hospitalière, les phénomènes responsables des mutations du passé, les causes des options qui sont devenues les nôtres aujourd'hui, les enseigne-

ments qu'ils ne faudrait pas, à tort, négliger... L'auteur définit par ailleurs le modèle type de nos hôpitaux actuels, pointant leurs faiblesses, leur caractère obsolète. Mais il propose également tout au long de cette enquête des éléments concrets pour un programme nouveau, un scénario et défend une conception avec des idées fortes de l'hôpital de demain.

SIDA

SIDA, TOXICOMANIE Une lecture documentaire

CRIPS, Toxibase, novembre 1993, 128 p.

Alors qu'on peut qualifier de pléthorique le nombre de publications concernant aussi bien le sida, la toxicomanie que la conjonction de ces deux problèmes de santé publique, il faut saluer le travail considérable et exemplaire fait, pour la réalisation de ce dossier documentaire, par les quelques experts sollicités par le CRIPS (Centre régional d'information et de prévention du sida) et la banque de donnée Toxibase (cf. *AdSP* n° 3) ; il s'agit d'une revue de la littérature, à partir des fonds documentaires des organismes précités, organisée en 13 chapitres. Chaque chapitre rédigé par un auteur différent constitue en fait en soi un article sur « l'état de l'art » et l'ensemble une synthèse des connaissances, problématiques et questionnements sur la conjonction de ces deux problèmes, particulièrement bienvenue. À titre d'exemples, trois titres de chapitre : « l'infection VIH a-t-elle transformé la toxicomanie ? », « femmes et maternité », « connaissances, attitudes et pratiques des toxicomanes face à l'infection VIH ». CRIPS, 192, rue Lecourbe 75015 Paris Toxibase, 14, avenue Berthelot 69007 Lyon

LE SIDA ET L'INFECTION PAR LE VIH

BEH, numéro spécial, novembre 1993, 77 p.

Pour la cinquième année consécutive, le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) nous propose dans un numéro spécial l'ensemble des articles concernant le sida, qu'il a publiés sur un an (novembre 1992 à octobre 1993) ; pas moins de 33 numéros sur cette période ont été totalement ou partiellement consacrés à l'infection par le VIH. Les articles portent sur la surveillance : surveillance nationale en population générale avec l'analyse trimestrielle de l'évolution des cas de sida déclarés, surveillance européenne toujours en population générale, mais également surveillance au travers des enquêtes spécifiques concernant des populations ciblées, qui renseignent surtout sur les tendances ; on trouvera ainsi le résultat d'enquêtes sur des populations de femmes enceintes, de prostituées, de personnels soignants, ... À noter huit articles portant sur la surveillance de la tuberculose, dont certains, mais pas tous, portent sur la corrélation entre tuberculose et infection par le VIH.

SOCIÉTÉ

INTRODUCTION AUX SCIENCES HUMAINES EN MÉDECINE

Philippe Bagros, Bertrand de Toffol
Ellipses, 1993, 222 p.

La tradition humaniste de la médecine est et demeure encore le garant d'une médecine de qualité, où exercer la médecine et bénéficier de celle-ci conduisent à la satisfaction des différents partenaires du dispositif de soins.

Cette tradition humaniste reposait auparavant sur la qualité des études secondaires et leur

nature, privilégiant tout autant l'histoire, la philosophie, les sciences exactes dans une perspective de culture. Il n'en est plus ainsi.

Les progrès scientifiques et techniques ont conduit à de très hautes performances dans le domaine de la maladie, mais l'exercice de la médecine a perdu ce côté relationnel nécessaire tout autant aux malades qu'aux soignants.

De plus se garder dans un état de santé satisfaisant doit, pour être obtenu, tenir compte des conduites et des comportements individuels et sociaux. La prévention et l'éducation pour la santé font partie intégrante de l'exercice médical et soignant. Il est donc nécessaire de réintroduire dans le cursus médical un enseignement de culture générale, avec pour mission d'aider à mieux maîtriser les connaissances scientifiques et à permettre aux médecins de mieux faire face au côté relationnel et humaniste de la médecine.

Depuis l'arrêté du 18 mars 1992, les études médicales en première année du 1^{er} cycle doivent comporter au moins 60 heures de culture générale et d'introduction aux sciences humaines, comme cela se trouve dans les programmes de toutes les grandes écoles. Cela témoigne-t-il de la faillite de l'enseignement primaire et secondaire, où est privilégiée l'acquisition des connaissances, mais où manquent la saisie des informations et leur appréciation grâce à l'histoire, la philosophie, la logique, l'épistémologie, où il n'est pas appris à communiquer, à faire des choix, à être capable d'accueillir les nouveautés, dans une attitude de recherche permanente, heureusement.

Cela témoigne aussi de la faillite d'une image trop technique, trop encyclopédique des études médicales qui laissent l'ancien étudiant, devenu médecin, peu capable de gérer les problèmes humains de ses patients, ainsi que les siens. Ceci conduit à rendre l'exercice de la médecine moins

Santé Publique

REVUE MULTIDISCIPLINAIRE

POUR LA RECHERCHE ET L'ACTION

SOMMAIRE 1993/6

RECHERCHE

Vécu du travail des agents des services hospitaliers,
O. Morel

Proposition méthodologique pour l'utilisation du PMSI dans le suivi des cancers bronchiques, *C. Quantin, L. Dusserre, P. Foucher, F.-A. Allaert, P. Metral, A. Bernard, P. Roignot, B. Coudert*

Évaluation transversale de l'imprégnation saturnine chez les femmes et les enfants à Amiens, *O. Kremp, K. Bouhmouch, A. Cadou, A. Trugeon, C. Doutrelot, P. Verhoest, E. Rousseau, M. Mathieu*

La malnutrition protéino-énergétique du jeune enfant à Mayotte en 1992. Présentation de l'enquête transversale réalisée au mois de mai 1992, *R. Lefait-Robin, C. Gosselin, M.-A. Collet, C. Fraissais, J.-F. Lefait*

Comportement sexuels et attitudes des jeunes face au sida. Enquête auprès des lycéens de la région Rhône-Alpes, *B. Denni, M. Zorman*

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

Représentations sociales du sida : résultats d'une enquête menée à l'île de la Réunion, *L. Comby, T. Devos, J.-C. Deschamps, T. Troussier*

PRATIQUES

Promotion de la santé et éducation par les pairs : l'expérience pilote des jeunes-relais dans certains lycées de l'académie du Doubs. Réflexions sur l'implantation du programme, *M.-J. Minervini, F. Baudier, B. Dusso, A. Augé, J.-P. Ferry, C. Michaud*

TRIBUNE LIBRE

La communication en santé publique, *D. Zmirou*

Le doute scientifique et la décision : critiques de la décision en santé publique, *C. Béraud*

Science et grand public : le poids des mythologies, *P. Caro*

Santé et droits de l'homme : défi de la santé publique moderne, *J.-M. Mann, F.-X. Bagnoud*

Le **Baromètre Santé** mesure à un temps T l'état de l'opinion, des attitudes et des comportements de la population enquêtée. Il donne des informations d'ordre déclaratif sur les grands thèmes de santé. Sa répétition dans le temps permet de mettre en évidence les grandes évolutions quant aux représentations, attitudes et comportements du grand public vis-à-vis des questions qui relèvent de la santé publique.



Perception de la santé
 et pratique médicale
 Hygiène du corps
 Vaccination ROR
 Accidents
 Dépistage des cancers
 Médicament
 Tabac
 Alcool
 Drogues

Le Baromètre Santé 92 a été réalisé par le Comité français d'éducation pour la santé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et le ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (Direction générale de la santé), avec le concours du Haut Comité de la santé publique et de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, en collaboration avec l'Inserm (recueil des données effectué par BVA). Il est édité par le CFES avec le concours du HCSP, et est diffusé par le CFES, 2, rue Auguste Comte 92170 Vanves.

efficace, plus difficile et moins satisfaisant, abîmant pour finir l'image médicale si nécessaire à la guérison.

C'est donc dans une perspective d'accroissement de l'ensemble de ses compétences qu'il est proposé au futur médecin ce nouvel enseignement. Ceci marque un changement considérable dans les objectifs que se donnent les enseignants en médecine. En effet, il n'est plus concevable de vouloir transmettre l'ensemble de connaissances, mais de chercher plutôt :

- à proposer une solide formation médicale de base à partir des connaissances nécessaires et suffisantes, (qui seront ultérieurement à développer) ;
- à donner la maîtrise des outils de la connaissance ;
- à savoir faire des choix à partir d'une gestion critique de l'information nouvelle
- à garder une attitude de recherche permanente ;
- à développer la capacité à

prendre des décisions, dans des situations concrètes, où le niveau d'incertitude est quelquefois élevé ;

- à tenir compte de plusieurs types de déterminants tenant au sujet, à la science, à la société tout à la fois ;
- à développer au travers de l'exercice médical des capacités d'homme, de citoyen et d'acteur dans l'évolution de la société, avec dans ce cadre une constante référence pour entraîner à l'éthique, pour l'autre à la morale et à la philosophie.

Par ailleurs, nous assistons depuis le début du siècle au développement de ce que l'on appelle les sciences de l'homme. Il ne s'agit plus seulement d'une connaissance de l'homme et de son histoire qui compose la culture générale, mais d'un corpus théorique très diversifié, utilisant des méthodologies rigoureuses et définissant des concepts clairs et précis, qui ne peuvent être connus et utilisés avec une certaine approximation. Il y a donc néces-

sité d'un enseignement fait aux futurs médecins dans des domaines qu'autrefois on ne pensait pas nécessaire de maîtriser et dont certains ne se souciaient pas. Dire que le corpus théorique est nécessaire à tout médecin est nouveau. Dire qu'il faut l'enseigner encore plus.

La valeur formatrice des études médicales avait été très amoindrie par l'attitude ultra scientifique réductionniste. Peut-on espérer ainsi leur redonner un grand projet formateur, permettant aux médecins d'utiliser leur savoir dans le cadre d'une relation interpersonnelle avec le patient, dans le cadre d'une société donnée.

Il convient aussi de réhabiliter les stages cliniques. Là où le compagnonnage maître élève :

- permet d'utiliser ensemble le savoir,
- de rencontrer ensemble le patient,
- de prendre et d'assumer ensemble des décisions,
- de vivre ensemble l'exercice

d'une profession,

- mais aussi de bénéficier de la bienveillante et rigoureuse attention formatrice du maître.

Des étudiants affirmaient encore il y a peu de temps « nous avons besoin de maîtres, nous n'avons que des professeurs ».

Il est enfin nécessaire de donner aux futurs médecins la capacité de prendre soin d'eux-mêmes, car ce métier riche, passionnant, complexe est aussi éprouvant.

Ph.-J. P.

LE SAIN ET LE MALSAIN
Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge
 Georges Vigarello
 Éditions du Seuil, 1993,
 400 p.

Depuis longtemps deux principes commandent l'entretien du corps : force (sain) et épurement (malsain). La prévention en ce domaine n'est pas contemporai-

ne même si les principes actuels sont révolutionnaires, car de tous les temps l'entretien du corps a été une conquête individuelle.

Si les formes de cette vigilance diffèrent suivant les époques, se déplacent avec le temps, les âges, elles restent présentes dans les actes les plus anodins en interférant avec la science et les croyances, en résistant aux épidémies changeantes avec la civilisation...

Après avoir exploré ces différentes formes tout au long de ce livre l'auteur en arrive à nous démontrer ce paradoxe qui conduit la science et la technique à surmonter les menaces anciennes tout en dévoilant des menaces nouvelles : hier on « gardait » la santé, aujourd'hui on l'améliore ou on « l'approfondit ». Ceci nécessite une entreprise de tout moment où se mêlent les attentes individuelles et initiatives publiques et entraîne des exigences dont le coût est indéfini et engendre entre autres la crise actuelle des politiques de santé.

L'auteur de ce livre, professeur à l'Université Paris-V, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, est aussi l'auteur de travaux sur les représentations du corps : « Le Corps redressé, 1978 » et « Le Propre et le sale, 1985 ».

LA CHAIR À VIF Usages médicaux et mondains du corps humain

David Le Breton
*Éditions A. M. Métailié,
1993, 335 p.*

« La dissection fait partie intégrante de l'histoire de la médecine, elle est sa condition d'avènement, la première étape du long et sinueux chemin menant à la modernité » Quel est le statut anthropologique de l'homme dans la modernité ? La question soulevée ne souffre d'aucune réponse.

En ce qui concerne son statut anthropologique de cadavre, le prélèvement d'organes, son

autopsie, sa dissection... suscitent de la part de ses proches un sentiment de violation. Le rationalisme religieux, culturel, avec ses valeurs, justifie bien souvent ce comportement.

Afin d'éclairer les obstacles auxquels sont confrontés les transplantateurs, les chirurgiens, les médecins, les chercheurs, il était nécessaire d'interroger l'histoire en tentant de réconcilier les valeurs de ces praticiens avec les valeurs anthropologiques de l'homme en tant qu'homme, producteur de significations et de valeurs, inventeur de son univers propre.

C'est cette histoire qui nous est racontée dans ce livre, très riche en notes bibliographiques

L'INSTITUTION MÉDICALE EN QUESTION

Retour sur l'affaire du
sang contaminé

Aquilino Morelle
In Esprit, octobre 1993

La revue *Esprit* a publié dans son numéro d'octobre 1993 un remarquable article sur l'affaire du sang contaminé aussi dérangeant que brillant. L'auteur commence par dénoncer la focalisation du débat en France sur la contamination des hémophiles, sur le problème du dépistage ou du traitement des dons de sang, et sur la responsabilité administrative ou politique ; l'occultation, par conséquence, du taux anormalement élevé de contaminés chez les transfusés (anormal du fait de l'important différentiel avec les autres pays occidentaux), de l'absence d'un dépistage clinique (sélection des donneurs), de la responsabilité médicale. L'article s'attache particulièrement à resituer la responsabilité de la société médicale, en ne ménageant pas toujours ses mots « société médicale inculte en matière de santé publique, imperméable à la culture de la précaution et rebelle à toute régulation ». À travers cette démonstration, qui frise le requi-

sitoire, beaucoup de problèmes sont abordés : la mutation de la transfusion sanguine passée d'une logique individuelle à une logique collective sans que les conséquences en soient tirées par les « transfuseurs » ; la primauté donnée au technique, le dépistage biologique, aux dépens du relationnel, le dépistage clinique ; les autres « catastrophes » du dispositif français : les contaminations par les virus de l'hépatite A, puis B, puis C ou encore l'hormone de croissance contaminée ; le manque de légitimité de la Direction Générale de la Santé aussi bien vis-à-vis des autres administrations que du monde médical ; etc. Il faut lire ce long article non comme un nouvel avatar dans une douloureuse polémique, mais comme une analyse épidémiologique, historique et sociologique particulièrement éclairante dans un débat qui doit rester ouvert.

ANNUAIRE EUROPÉEN DE BIOÉTHIQUE 1993

Collection Sciences et
Technologies du Vivant,
*Éditions Descartes, 1993,
400 p.*

Cet annuaire, réalisé avec le concours du ministère de la Recherche et de l'Europe, est le résultat d'une enquête menée à l'échelle européenne dans les secteurs (personnes, institutions) actifs dans ce domaine.

Dans un espace européen en voie d'unification, un minimum d'harmonisation entre les dispositions réglementaires, souvent divergentes entre membres européens, devient nécessaire d'autant que la bioéthique n'est pas constituée comme une discipline, encore moins comme une science sur un corpus établi de connaissances.

Avec les coordonnées de près de 1 000 personnes et organismes, un index des noms par thèmes de travaux, (900 domaines) ce livre, premier en son genre, qui sera remis régulièrement à jour intéressera autant les chercheurs

actifs, que le public le plus large, avide de connaissances sur l'un des sujets majeurs de notre temps.

TOXICOMANIE

L'ACTION INTERNATIONALE DE LA FRANCE DANS LA LUTTE CONTRE LES STUPÉFIANTS

Ministère des Affaires
étrangères, Direction des
affaires politiques, août
1993, 87 p.

Il s'agit d'une « note » (de 87 pages...) publiée par la mission pour les questions de stupéfiants du ministère des Affaires Étrangères, qui s'attache à faire le point sur les (très nombreux) groupes, comités, commissions... internationaux qui débattent ou interviennent dans la lutte contre la drogue, à expliquer la part que prend la France dans cette réflexion et dans les actions de coopération, et enfin à évoquer l'évolution de la situation dans les principales zones de production. Le style est administratif mais c'est concis et instructif.

TOXICOMANIE, SIDA, EXCLUSION

Les Temps Modernes,
octobre 1993, n° 567,
288 p.

Ce numéro spécial des *Temps Modernes* est consacré aux actes du colloque Tri-Ville qui s'est tenu à Paris en janvier 1993.

Il réunissait les acteurs des systèmes sanitaires et sociaux de Londres, New-York et Paris afin qu'ils puissent confronter leur savoir, leurs expériences dans leur approche de la drogue.

Au travers des exposés, débats, témoignages, interventions de « grands témoins » qui sont réunis dans ce livre, le cercle « toxicomanie, sida, exclusion » s'impose à tous comme un problème

essentiellement politique, et qui demande à être traité comme tel.

**PENSER LA DROGUE,
PENSER LES DROGUES**
État des lieux

**Les marchés interdits
de la drogue**

Bibliographies

Sous la direction d'Alain Ehrenberg et Michel Schiray

Collections Sciences humaines (3 volumes), éditions Descartes, novembre 1992.

Dans un monde où se conjuguent les représentations d'illégalité, maladie, criminalité et marginalité, les auteurs nous invitent à penser les drogues. Ils nous proposent un travail qui englobe à la fois les produits, les substances

psycho-actives et les pratiques entraînant les modifications des états de conscience.

Constatant que les pratiques de la drogue sont ancrées aujourd'hui dans les sociétés occidentales, comme conséquence des valeurs modernes, les auteurs nous invitent à préparer le futur, non plus en terme d'éradication, mais plutôt de limitation des risques.

Nous ne pouvons plus aborder ces questions par les seuls dangers sanitaires et sociaux, mais à partir des pratiques mêmes, celles de la recherche d'ivresse, d'exaltation, de torpeur, de risque, d'euphorie et des passions que l'usage des drogues procure.

Le rêve d'une société idéale, réconciliée avec elle-même, n'est pas atteignable. Nous vivrons avec les drogues en limitant les dangers et régulant les produits. Notre opinion publique doit être pré-

parée à adhérer à cette évidence.

Cet ouvrage collectif en trois volumes est issu de quatre ateliers qui se sont déroulés entre janvier et mai 1991. Les disciplines suivantes sont représentées : sociologie, ethnologie, droit-économique, politiques publiques, histoire et anthropologie historique, sciences de l'homme et de la société et sciences cliniques.

Ces différentes contributions dessinent « l'état des lieux du savoir » et proposent des pistes de recherche.

Les textes du premier volume illustrent l'apport des sciences de l'homme et de la société à la compréhension des phénomènes de drogue et de la toxicomanie.

Le second volume apporte un éclairage économique et politique des « marchés interdits de la drogue ». Il analyse les approches nationales des marchés euro-

péens (Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, France) et l'impact des marchés de la drogue sur l'économie générale en Colombie, ainsi que les expériences de substitution alternatives de production à la cocaïne en Bolivie.

Des bibliographies abondantes essentiellement en langue française sont présentées dans le troisième volume. Ph. L. ■

Hafosa Ali, Ségolène Chappellon, Jean-François Dodet, Philippe Lecorps, Claudine Le Grand, Marie Mauffret, Philippe-Jean Parquet, Bernadette Roussille et Marie-Josèphe Strbak ont rédigé ces notes.

**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 juin 1994



Textes

28

SANTÉ PUBLIQUE

- Santé publique et protection sociale
Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994
(JO du 19 janvier 1994)
Extraits

- Création du brevet d'études professionnelles, carrières sanitaires et sociales
Arrêté du 19 août 1993
(BOMASSV n° 31-23/11/93)
Non reproduit

30

TOXICOMANIE

- Orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue
Circulaire n° 72 du 9 novembre 1993
(non parue)

38

SÉCURITÉ ROUTIÈRE

- Comité interministériel de la sécurité routière et création d'un observatoire national interministériel de la sécurité routière.
Décret n° 93-1221 du 8 novembre 1993 modifiant le décret n° 75-360 du 15 mai 1975 modifié.
(JO du 9 novembre 1993)

31

PERSONNES HANDICAPÉES

- Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.
Circulaire n° 93/36-B du 23 novembre 1993 d'application du décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993
(non parue)

MÉDICAMENT

- Création d'un comité technique paritaire central auprès du directeur général de l'Agence du médicament
Arrêté du 2 novembre 1993
(JO du 10 novembre 1993)
Non reproduit

35

SOINS

- Organisation des soins et prise en charge des douleurs chroniques.
Circulaire DGS/DH 94 n° 3 du 7 janvier 1994
(BOMASSV n° 94/3 bis)

- Délibération du 2 septembre 1993 portant organisation générale de l'Agence du médicament
(BOMASSV n° 93/41)
Non reproduit

- Décision du 21 septembre 1993 portant organisation de l'Agence du médicament
(BOMASSV n° 93/41)
Non reproduit

38

FORMATION

- Professions de santé ou paramédicales, accès à certaines licences.
Arrêté du 29 septembre 1993
(JO du 18 novembre 1993)

SANTÉ PUBLIQUE

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 93-332 DC du 13 janvier 1994 ;

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

Titre 1^{er} Dispositions relatives à la santé publique

Chapitre 1^{er} Lutte contre la tuberculose

Art. 1^{er} I Dans le titre 1^{er} du livre III du code de la santé publique, les articles L. 214, L. 216, L. 217-1 à L. 217-3, L. 220 à L. 224, la section III du chapitre 1^{er}, les sections I à V du chapitre II, le chapitre III à l'exception de l'article L. 247 et le chapitre IV sont ou demeurent abrogés.

II Le chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre III du code de la santé publique est constitué par les articles L. 215 à L. 219, tels qu'ils résultent du présent article.

III Les articles L. 217, L. 218, L. 219 et L. 247 du code de la santé publique deviennent respectivement les articles L. 216, L. 217 et L. 219.

IV L'article L. 215 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 215. - La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG est obligatoire, sauf contre-indications médicales reconnues, à des âges déterminés et en fonction du milieu de vie ou des risques que font encourir certaines activités.

« Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle de mineurs sont tenues personnellement à l'exécution de cette obligation.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. »

V L'article L. 216. - La vaccination dispensée dans les services de vaccination de la population civile

par le vaccin antituberculeux BCG est gratuite.

« Les personnes soumises à la vaccination obligatoire conservent la faculté de se faire vacciner dans des conditions tarifaires de droit commun en dehors de ces services. »

VI Dans l'article L. 217 du code de la santé publique, tel qu'il résulte du paragraphe III du présent article, les mots « dont il a la garde ou la tutelle » sont remplacés par les mots : « sur lesquels il exerce l'autorité parentale ou dont il assure la tutelle ».

VII Le début de l'article L. 218 du code de la santé publique, tel qu'il résulte du paragraphe III du présent article, est ainsi rédigé :

« Les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux BCG concourent, dans le cadre du département, à la prophylaxie... » (le reste sans changement.)

VIII Il est inséré, dans le chapitre II du titre 1^{er} du livre III du code de la santé publique, un nouvel article L. 220 ainsi rédigé :

« Art. L. 220. - Sous réserve de certaines conditions techniques de fonctionnement, les dispensaires antituberculeux sont habilités à assurer, à titre gratuit, le suivi médical et la délivrance de médicaments antituberculeux prescrits par un médecin.

« Les dépenses y afférentes sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, par le département ou l'État dans les conditions fixées par le titre III bis et l'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, relatives notamment aux conditions dans lesquelles sont délivrés ces médicaments. »

Chapitre II Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus

Art. 2 L'article L. 711-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de

diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. »

Art. 3 La sous-section 1 de la section 9 du chapitre 1^{er} du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Sous section 1

« Assurances maladie et maternité

« Art. L. 381-30. - Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladies et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.

« Les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres sont affiliés au régime d'assurance maladie et maternité dont ils relèvent au titre de cette activité. Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'il ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont ils relèvent au titre de leur activité.

« Les dispositions de l'article L. 115 - 6 ne sont pas applicables aux détenus.

« Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit.

« Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 381-30 -1. - Durant leur incarcération, les détenus affiliés en application de l'article L. 381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25 - 2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

« Toutefois, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115 - 6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

« Les dispositions de l'article L. 161-13 ne sont pas applicables aux

détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2.

« Art. L. 381-30 -2. - L'État est redevable d'une cotisation pour chaque détenu affilié en application de l'article L. 381-30. Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminé par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale.

« Art. L. 381-30 -3. - Les cotisations dues par l'État en application de l'article L. 381 -30 - 2 font l'objet d'un versement global à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dont le montant est calculé et acquitté selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 381-30 -4. - La rémunération versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisations patronale et salariale d'assurance maladie et maternité dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire.

« Art. L. 381 - 30 - 5. - I. - La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférente aux soins dispensés aux détenus, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du dernier alinéa de l'article L. 711-3 du code de la santé publique est financée par la dotation globale versée à cet établissement en application de l'article L. 174-1.

« Cette part est financée hors taux directeur, en fonction des dépenses de fonctionnement et d'investissement constatées et de leur évolution prévisible, selon des modalités déterminées par décret.

« II. - L'État verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier institué par l'article L. 174-1 ainsi que la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

« Art. L. 381 - 30 -6. - L'État prend en charge :

« 1° Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé engagées par l'établissement, de santé, sous réserve de

celles qui sont prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé, et notamment par le département, en application de l'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

« 2° Les frais de transport du personnel hospitalier, des produits et petits matériels à usage médical et des produits pharmaceutiques ;

« Les frais d'aménagement des locaux spécialement prévus pour l'admission des détenus dans les établissements de santé et dans les établissements pénitentiaires. »

Art. 4 Par dérogation aux dispositions de l'article L. 381 -30 - 1 du code de la sécurité sociale, les détenus incarcérés dans les établissements pénitentiaires à l'intérieur desquels le service public hospitalier, à titre transitoire, n'assure pas encore les soins, et notamment les établissements pénitentiaires, dont le fonctionnement est régi par une convention mentionnée à l'article 2 de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, ne bénéficient des prestations en nature d'assurance maladie et maternité qu'en cas d'admission dans les établissements de santé.

Dans ce cas, la cotisation due par l'État en application de l'article L. 381-30-2 du code de la sécurité sociale est minorée d'un pourcentage fixé par le décret mentionné au même article.

Art. 5 L'article L. 161-12 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Art. 6 I Les personnels infirmiers fonctionnaires régis par le décret n° 90-230 du 14 mars 1990, en fonction dans les services extérieurs de l'administration pénitentiaire à la date de la prise en charge effective par les établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire des obligations de service public mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 711-3 du code de la santé publique hospitalière sont détachés auprès desdits établissements dans un des corps des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière s'ils remplissent les conditions d'accès au dit corps.

II Dans un délai d'un an à compter de la date mentionnée au I ci-dessus, les personnels pourront opter

pour leur intégration dans l'un des corps précités, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Les services accomplis dans le corps des infirmiers de services extérieurs de l'administration pénitentiaire sont considérés comme service effectifs accomplis dans les établissements publics de santé. Les agents qui n'auront pas fait valoir leur droit à cette intégration pourront la demander dans l'un des autres corps d'infirmiers relevant de la fonction publique d'État.

III Les personnels infirmiers régis par la convention collective de la Croix-Rouge en fonctions à la date de la prise en charge mentionnée au I ci-dessus dans les services extérieurs de l'administration pénitentiaire sont mis à la disposition des établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de la convention passée entre le ministère de la Justice et la Croix-Rouge.

Les établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire peuvent maintenir et prendre à leur charge après son expiration les obligations résultant de la convention passée entre le ministère de la Justice et la Croix-Rouge.

Art. 7 Les dispositions des articles 2 à 6 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 1994. [...]

Chapitre III
Transposition de directives européennes relatives à la publicité pour les médicaments à usage humain, aux médicaments homéopathiques à usage humain, aux dispositifs médicaux, à l'exercice de la pharmacie et à la prévention du tabagisme [...]

Chapitre IV
Agence du Médicament [...]

Titre II
Dispositions relatives à l'organisation des structures de soins et des professions de santé [...]

Titre III
Dispositions relatives à la protection sociale [...]

Fait à Paris, le 18 janvier 1994

TOXICOMANIE

Circulaire n° 72 du 9 novembre 1993 relative aux

orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue.

Le ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville

Le ministre délégué à la Santé à

Madame, Monsieur le préfet de la région (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) [pour information]

Direction régionale et Inter-départementale de la santé et de la solidarité [pour exécution]

Madame, Monsieur le préfet de département (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) [pour exécution]

Textes de référence :

- Décret n° 92-590 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

- Circulaire DGS/2D n° 20 du 23/03/1992 relative aux orientations 1992 de la Direction générale de la Santé dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie.

- Circulaire DGS n° 45 du 17 juin 1993 relative au renforcement des actions de l'État dans le domaine de la lutte contre l'infection à VIH.

Textes abrogés :

Aucun

Le gouvernement a décidé le 21 septembre

1993, d'amplifier la politique de lutte contre la drogue. Dans ce cadre, un plan triennal de développement des modes de prise en charge des toxicomanes sera mis en œuvre et les premiers moyens financiers seront dégagés dès 1993 dans le cadre d'un collectif budgétaire, qui est en préparation.

La présente circulaire a pour objet de préciser les orientations retenues en ce qui concerne les aspects sanitaires de ce plan ainsi que les procédures destinées à les mettre en œuvre dès 1993.

I Le contenu du volet sanitaire du plan de lutte contre la drogue

La réduction des risques pris par les toxicomanes est toujours un axe

essentiel de la politique de lutte contre la drogue. Les mesures concernant cet aspect du problème, évoquées dans ma circulaire du 17 juin 1993, ont été financées en 1993 par le collectif de printemps. Elles ne seront donc pas évoquées à nouveau.

Le deuxième axe, objet de la présente circulaire, est l'amélioration et la diversification des modes de prise en charge des toxicomanes. Quatre orientations doivent être retenues.

1 Augmenter les capacités de prise en charge avec hébergement

Dans les trois prochaines années, les capacités de prise en charge des toxicomanes avec hébergement doivent être doublées. Le collectif 1993 consacre 50 MF à cet objectif. Cette augmentation significative doit être réalisée par l'augmentation des capacités existantes ou la création :

- de centres de soins avec hébergement collectif (anciennes post-cures) ;

- de sections de réseaux de familles d'accueil dans le cadre fixé par l'arrêté du 18 août 1993 ;

- de sections d'appartements thérapeutiques-relais en se référant à l'arrêté du 15 septembre 1993.

Ces possibilités de prise en charge avec hébergement devront répondre à la diversité des besoins des toxicomanes et donc développer des modes d'approche diversifiés : prise en charge s'appuyant sur le groupe, recherche d'autonomie sociale, réponses en urgence, prise en charge davantage sociale ou au contraire plus centrée sur la psychothérapie individuelle.

2 Développer les lieux de contact avec les toxicomanes

À la suite de ma circulaire du 23 mars 1992, se sont mis en place des lieux de contact avec les toxicomanes les plus marginalisés pour faciliter l'accès aux soins de ce public. Cette orientation doit être amplifiée grâce à l'apport de 5 MF sur le collectif 1993. Ces lieux ouverts et chaleureux offrent des prestations diverses : petite restauration, soins infirmiers de première urgence, possibilité de se doucher, de laver son linge, voire de disposer de quelques places d'hébergement en urgence. Ces lieux doivent bien sûr être en liaison avec les maisons de quartier, les clubs de prévention, les services d'urgence hospitaliers (en amont), les centres

de dépistage anonyme et gratuit et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les centres d'hébergement et de réadaptation sociale ainsi que les services hospitaliers de suivi du VIH (en aval).

3 Diversifier les modes de prise en charge notamment par le recours à la prescription de Méthadone

Bien que le dispositif français de prise en charge des toxicomanes dispose d'approches extrêmement diverses, la pratique de la substitution y est demeurée largement sous-utilisée. Cette modalité de prise en charge doit donc être développée : 4 MF ont été dégagés à cet effet sur le collectif 1993. Il convient de mettre en place dans les grandes villes françaises des unités de prise en charge bénéficiant de la possibilité de prescrire de la Méthadone.

Un nouveau cadre d'utilisation de la Méthadone vous sera prochainement transmis. Celui-ci permet à toute institution médico-sociale associative ou hospitalière, pouvant garantir une prise en charge globale des toxicomanes, de solliciter jusqu'à 50 places de Méthadone.

L'objectif de ces unités est d'entrer en contact avec un public toxicomane particulièrement marginalisé, ayant des difficultés à recourir aux soins. Ces structures doivent également viser une meilleure insertion sociale, une régulation et une interruption à terme de prise de tout opiacé ainsi que l'adoption de comportements de prévention des risques infectieux.

4 Créer des réseaux Toxicomanie/Ville/Hôpital

L'engagement des médecins libéraux dans la prise en charge des toxicomanes doit être privilégié. Le dispositif spécialisé de prise en charge de ce public ne peut répondre à toutes les situations d'inquiétude vis-à-vis des problèmes de drogues. Le regroupement de médecins libéraux apparaît un moyen pertinent pour développer l'implication de ces professionnels dans la prise en charge de ce public. Ces regroupements favorisent la formation de leurs membres, contribuent à un échange entre pairs sur le suivi des situations individuelles délicates.

En outre, les différents services de l'hôpital (urgences, psychiatrie, médecine générale, infectiologie...)

reçoivent de plus en plus de toxicomanes soit pour la réalisation de sevrages nécessitant une hospitalisation soit pour le soin de pathologies connexes multiples dont peuvent souffrir ce public (liées au VIH, troubles mentaux...). La circulaire de la direction des hôpitaux concernant le taux directeur sanitaire 1994 précise qu'une attention accrue doit être portée à certaines catégories de personnes comprenant les toxicomanes. Le plan de lutte contre la drogue propose la réservation de 3 à 5 lits au moins pour le sevrage des toxicomanes au sein de chaque hôpital.

La création de réseaux Toxicomanie/Ville/Hôpital doit faciliter la continuité de la prise en charge des toxicomanes. Il s'agit d'apporter un soutien aux regroupements de médecins libéraux, de créer un poste de médecin au sein de l'hôpital chargé de coordonner la formation du personnel hospitalier à l'accueil des toxicomanes, d'intervenir en cas de situations difficiles liées à l'hospitalisation d'un toxicomane et de réaliser l'interface avec le regroupement de médecins et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Ceux-ci disposent en effet de personnels compétents.

Les moyens spécifiques consacrés à ces réseaux seront développés en 1994. Pourtant, sur le collectif 1993, un ou deux réseaux toxicomanie/ville/hôpital pourront être créés, permettant d'affiner les modalités techniques qui feront l'objet d'instructions plus détaillées au début de l'année 1994.

II Les procédures

Il vous appartient de mobiliser au plus vite vos partenaires institutionnels afin de concrétiser les quatre orientations définies ci-dessus qui concernent les modes de prise en charge des toxicomanes. Vous ferez parvenir l'ensemble des projets qui répondent aux préoccupations précitées à la Direction générale de la santé, Bureau SP3 avant le 6 décembre 1993, dernier délai. Les crédits nécessaires à la création et au fonctionnement des projets retenus, vous seront délégués au plus tard le 10 janvier 1994. Vous ne disposerez alors que de quinze jours pour l'engagement et l'ordonnancement de ces dépenses.

PERSONNES HANDICAPÉES

Circulaire n° 93/36-B du 23 novembre 1993 d'application du décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, relative au **guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.**

Le ministre des Affaires sociales de la Santé et de la Ville à

Messieurs les préfets de région (Directions régionales et interdépartementales de la santé et de la solidarité) [pour exécution]

Mesdames et Messieurs les préfets de département (Directions départementales des affaires sanitaires et sociales) [pour exécution].

Textes de référence :

- Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de divers avantages et prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'État) et le décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977.

- Décret n° 93-1217 du 4 novembre 1993 modifiant le code de la sécurité sociale (troisième partie : décrets) et relatif à l'assurance vieillesse des personnes assumant la charge d'un handicapé et à l'allocation aux adultes handicapés.

- Circulaire CDE n° 34/76 du 5 novembre 1976 concernant la constitution des commissions techniques d'orientation.

- Circulaire CDE n° 18 du 8 avril 1977 relative au fonctionnement de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

- Circulaire n° 79-389 et 50 AS du 14 novembre 1979 relative au fonctionnement des CDES.

- Circulaire n° 8409 du 25 mai 1984 relative au fonctionnement des Cotorep.

- Lettre de la DAS aux préfets du 22 octobre 1990 relative à l'accélération de la procédure d'examen par les Cotorep des dossiers concernant les malades développant le sida.

- Circulaire DGS n° 44 du 17 juin 1991 relative à l'accélération de la procédure d'examen par les Coto-

rep des demandes d'AAH des personnes atteintes par le sida.

- Lettre du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et de l'action humanitaire en date du 20 octobre 1992 relative aux problèmes sociaux rencontrés par les familles ayant un enfant traité pour trouble de la croissance et atteint de la maladie Creutzfeld-Jacob.

Textes abrogés :

- Circulaire n° 146 du 16 août 1951
- Circulaire n° 102 du 3 août 1953.

Par lettre du 2 octobre 1987, le Ministre des Affaires sociales et le Secrétaire d'État auprès du Ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, chargé de la Sécurité sociale, ont confié à un groupe de travail l'élaboration d'un barème orienté essentiellement vers les déficiences pour les médecins des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel et des Commissions départementales de l'éducation spéciale.

En effet, le barème d'invalidité auquel faisaient référence les décrets d'application de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 était jusqu'à présent le barème d'invalidité du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Rédigé essentiellement pour des personnes adultes handicapées à la suite d'un traumatisme, il est inadapté à certaines catégories de handicaps, notamment les handicaps congénitaux chez l'enfant et l'adulte, ainsi que les affections psychiatriques.

Il était donc inévitable que des différences importantes soient enregistrées d'un département à l'autre et d'une commission à l'autre, faute d'une référence commune.

Le groupe de travail a tenu compte des nombreux travaux déjà réalisés, notamment par le groupe de travail du Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI), présidé par J.-M. Lemoine de Forges (1985), le groupe de travail présidé par J.-C. Sournia (1986) et le rapport de la Cour des Comptes au Président de la République (1987), qui concluaient à la nécessité de prendre en compte la déficience pour évaluer le handicap.

Chacun des barèmes existants obéit à sa propre logique :

1 Selon les cas, le barème permet d'attribuer un taux à la perte de la capacité de travail (barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, barème indicatif invalidité des maladies professionnelles), ou bien à la valeur de chacune des déficiences des différentes parties du corps (barème du code des pensions militaires d'invalidité des anciens combattants et des victimes de guerre, régimes de droit commun).

2 Les prestations sont fondées sur des systèmes différents :

- pour certaines, on enregistre un « effet seuil » à des niveaux d'ailleurs variables : 50 % et 80 % pour la loi de 1975, perte des deux tiers de la capacité de travail dans le régime d'invalidité de la sécurité sociale ;
- pour d'autres, les prestations font l'objet d'une indemnisation dont « l'effet seuil » est moindre ;
- soit sous forme de rente (pour les accidents du travail) ;
- soit sous forme de capitalisation (pour les petits risques en accident du travail, ou en droit commun).

3 Les différents régimes n'ont pas la même finalité :

- pour les anciens combattants et pour le droit commun, il s'agit de prendre en compte non seulement la perte de revenu que peuvent induire les lésions, mais également les différents préjudices que la collectivité s'engage à réparer ;
- en matière d'invalidité, il s'agit en fait de compenser une perte de travail et de gain ou de garantir un minimum financier ;
- en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, il s'agit de compenser un préjudice physiologique et un préjudice professionnel ;
- selon la loi de 1975, il s'agit de compenser une perte de capacité et de garantir un minimum financier.

La correction de ces discordances entre barèmes a sans cesse été recherchée sans pouvoir toutefois aboutir à la rédaction d'un barème unique quel que soit le régime.

La démarche du groupe de travail s'est voulue aussi pragmatique que possible afin que les Cotorep et les CDES puissent l'appliquer sans avoir recours systématiquement à des expertises médicales de haut niveau.

I Le guide-barème est un guide méthodologique

a Le mode d'entrée : déficiences et incapacités

Il s'appuie sur les concepts proposés par l'Organisation mondiale de la santé : déficience, incapacité, désavantage.

La méthodologie de PHN Wood*, reprise par l'OMS, définit le handicap comme un processus qui met en jeu quatre plans d'expérience :

- le plan du *diagnostic* est celui du processus morbide
- le plan des *déficiences* est celui des atteintes des organes et des fonctions
- les plan des *incapacités* caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne
- le plan du *désavantage social* caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Les phénomènes d'un plan produisent des effets sur le plan voisin, mais leur intensité peut varier considérablement d'un plan à l'autre. Sur chacun des plans, la santé est en interaction avec le milieu. Les trois derniers plans sont les conséquences des maladies. La classification internationale des conséquences des maladies est proposée comme complément descriptif aux classifications diagnostiques.

Il en découle que le diagnostic ne permet pas à lui seul une évaluation du handicap ; celui-ci varie avec le stade évolutif, les possibilités thérapeutiques et l'environnement.

Le mode d'entrée dans le barème se fait par type de *déficience*, qui correspond à « toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique ou anatomique ». La déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être provisoires ou définitives. Elle représente l'extériorisation d'un état pathologique ; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau de l'or-

gane. Elle peut être congénitale ou acquise.

Il n'a pas été recherché une stricte application de cette classification qui conduirait à appliquer un taux à chaque lésion, mais la prise en compte des difficultés que cette déficience engendre dans la vie quotidienne ou professionnelle. Ceci conduit directement à la notion d'*incapacité* développée dans la Classification internationale des handicaps, qui correspond à « toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ».

L'incapacité, par opposition à la déficience porte sur des activités composées et intégrées : il s'agit de la personne dans son ensemble, dans la mise en œuvre d'une tâche, d'une compétence ou d'un comportement.

L'évaluation repose essentiellement, sauf en ce qui concerne les déficiences visuelles et les déficiences auditives, sur l'appréciation des incapacités. Les diagnostics médicaux sont utilisés à titre de repères et ne permettent pas seuls d'attribuer un taux, sauf exceptionnellement, comme dans le cas des aberrations chromosomiques autosomiques.

Pour les déficiences sensorielles, l'appréciation du taux repose sur la mesure des déficiences, elle pourra cependant être pondérée par l'appréciation des incapacités.

b Fixation du taux

Le guide-barème a été rédigé en tenant compte également de quelques principes directeurs portant sur la finalité de la fixation du taux d'incapacité et des avantages qui en découlent.

La fixation du taux d'incapacité est particulièrement déterminante lorsqu'il se situe autour des seuils prévus par la réglementation :

- seuil de 80 % qui ouvre de plein droit à la carte d'invalidité, à l'allocation adulte handicapé, à l'allocation d'éducation spéciale, à l'assurance vieillesse des personnes assumant la charge d'une personne handicapée, et conditionne le droit à l'ouverture de l'allocation compensatrice ;
- seuil de 50 % qui peut ouvrir droit à l'attribution, sous conditions, de l'allocation d'éducation spéciale.

Il conviendra de déterminer avec un soin particulier ce taux lorsqu'il avoisine 50 % ou 80 %.

* cf. *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies* OMS, Inserm, CTNERHI, diffusion PUF, 14, avenue du Bois de l'épine, BP 90, 91003 Évry Cedex, édition 1988, 203 pages, 120 F.

Le taux d'incapacité n'a toutefois pas à être systématiquement reporté sur la carte d'invalidité.

Le barème fixe pour chaque catégorie de déficiences des degrés de sévérité, quatre le plus souvent, exceptionnellement trois ou cinq, qui permettent de guider l'expert dans l'appréciation du taux. Le groupe de travail a également recherché l'harmonisation des différents chapitres entre eux malgré le caractère conventionnel que cela peut revêtir pour des handicaps de type très variés.

c Taux attribué aux personnes infectées par le virus VIH

La section 6 du chapitre VI relative aux déficiences hématopoiétiques et déficiences du système immunitaire appelle quelques éclaircissements.

Si l'appréciation des déficiences légères et sévères (1 et 4) ne pose pas de problèmes, l'appréciation des déficiences modérées et importantes (2 et 3) ne peut être que médicale ; elle doit tenir compte — même en l'absence de signe clinique — de la baisse de l'immunité qui entraîne une fatigabilité très importante limitant ou empêchant parfois de se déplacer ou de travailler qui peut, à elle seule, justifier d'un taux de 50 %.

Rappelons que les médecins doivent aussi tenir compte, dans l'appréciation du taux d'incapacité globale, des troubles du comportement, de l'humeur, de la vie émotionnelle et affective décrits au chapitre II section 2 avec la possibilité d'utiliser la règle de Balthazard (cf. le paragraphe I-f de la présente circulaire). En présence de ces handicaps associés, le taux sera automatiquement supérieur à 50 %.

Les médecins de CDES et de Cotorep pourront utilement se référer au Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 51 — année 1987 — sur la définition du sida avéré (révision 1987) est au n° 11/1993 sur la révision de la définition du sida en France qui comporte aussi en annexe II, la révision 1993 des systèmes de classification de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents (BEH à se procurer dans les DDASS ou à la DGS, bureau VS2, tél. : 46 62 45 54).

Pour toute information complémentaire, s'adresser à la division sida de la DGS, tél. : 46 62 45 64.

Par ailleurs, l'attention des commissions est rappelée sur la nécessité

de se conformer aux dispositions de la lettre ministérielle du 22 octobre 1990 ainsi que de la circulaire DGS n° 44 du 17 juin 1991, relatives à l'accélération de la procédure d'examen par les Cotorep des demandes d'allocation aux adultes handicapés et des dossiers des personnes atteintes par le virus VIH.

d Taux attribué aux personnes atteintes de cécité

Dans le barème des anciens combattants, un taux de 100 % est attribué en cas de cécité. L'application du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées conduit à fixer à 95 % le taux d'incapacité des personnes dont la vision centrale est nulle ou inférieure à un vingtième de la normale.

e Letaux de 100 % est très exceptionnellement attribué et a été considéré comme devant être réservé aux incapacités totales par exemple un état végétatif ou coma. Inversement 0 % ne signifie pas l'absence de toute déficience, mais sa non reconnaissance dans le système établi par la loi de 1975.

Ainsi lorsqu'une seule déficience aboutit à une situation justifiant de l'attribution d'un taux supérieur ou égal à 80 %, la recherche de déficiences associées, qui majoreraient ce taux, n'apporte aucun avantage supplémentaire.

f Cas des déficiences multiples, l'approche évaluative

L'approche évaluative, même si elle passe par une étape de repérage des différentes déficiences, doit, dans toute la mesure du possible, demeurer *globale*. En l'espèce, il s'agit d'apprécier l'importance des incapacités liées aux grandes fonctions, et pour les enfants, le surcroît de charges éducatives qui y sont liées, au moment précis où est effectuée l'évaluation.

Les incapacités, qui résultent des déficiences, sont appréciées par rapport à une personne du même âge, en bonne santé et par rapport aux actes de la vie quotidienne, *tels qu'ils sont définis dans les différents chapitres du barème*.

Chacun des items retenus pour construire le taux d'incapacité n'a pu être systématiquement chiffré. Ce taux synthétique se distribue selon différentes classes 3 voir 5 dans certains cas :

- 0 à 50 % : incapacité légère,

- 50 % à 80 % : incapacité importante,

- 80 % ou plus : incapacité sévère.

Si la personne handicapée présente plusieurs déficiences qui se répartissent dans des chapitres différents conduisant à une limitation des capacités, l'expert, une fois l'examen analytique non chiffré mené à bien, attribuera un taux d'incapacité globale.

À l'intérieur de certains chapitres et pour certaines déficiences, des taux de petite valeur ont été indiqués (5 % ou 10 %). Il est clairement précisé comment ces taux s'additionnent (cf. troubles du langage par exemple). Ils ne peuvent être utilisés que dans le cas de plusieurs déficiences cumulées, ou d'une déficience principale importante.

En cas de doute ou de difficultés d'appréciation, il est possible d'utiliser la *règle de Balthazard*, dont le principe est ici rappelé pour mémoire. Cette méthode, dite des capacités restantes, est employée uniquement dans le cas de déficiences multiples repérées dans des chapitres ou sous-chapitres différents et quand l'estimation globale s'avère difficile.

Il y a lieu d'estimer, en premier lieu, l'une des déficiences. Le taux d'incapacité, ainsi fixé, sera retranché de 100 qui représente la capacité totale, on obtient la capacité restante.

L'incapacité suivante, résultant d'une autre déficience, est estimée elle-même, puis rapportée à la capacité restante. On obtient ainsi le taux correspondant à la seconde déficience, l'incapacité globale résulte de la somme des deux taux, ainsi calculés. Celle-ci sera la même quelque soit l'ordre de prise en compte des déficiences.

Exemple :

- une déficience A entraîne une incapacité de 40 %, la capacité restante est de 60 %,

- une déficience B entraîne une incapacité chiffrable, selon le barème, à 20 %. L'incapacité résultant de cette deuxième déficience sera de 20 % de 60 % de capacité restante soit 12 %. L'incapacité globale sera donc :

- 40 % + 12 % = 52 % et ainsi de suite,
- dans le cas d'une troisième déficience, pour l'exemple choisi, la capacité restante serait de 48 %.

Cette manière de calculer l'incapacité globale, résultant de déficiences multiples, en se référant à la

formule de Balthazard, ne garde qu'un caractère indicatif, elle peut être cependant utilisée pour vérifier la pertinence d'un taux proposé.

II La démarche d'évaluation

En pratique, le médecin fera la démarche suivante :

1° diagnostic médical, connaissance du traitement éventuel, de sa lourdeur, de son retentissement sur la vie quotidienne ;

2° repérage des déficiences ;

3° évaluation des incapacités.

Cette dernière partie de l'examen médical doit être complétée par les observations des autres membres de l'équipe technique et par la lecture des autres pièces du dossier lorsque celles-ci renseignent sur les limitations fonctionnelles. En particulier pour les enfants, la prise en compte des bilans établis par les enseignants, les psychologues, les éducateurs et rééducateurs... est essentielle pour l'évaluation des incapacités.

Ainsi l'équipe technique, dans son appréciation des incapacités, prendra en compte non seulement celle inhérente directement à la déficience, mais aussi celles inhérentes aux contraintes thérapeutiques : traitements médicamenteux mal supportés, hospitalisations répétées, retentissement sur l'état général.

Pour certaines maladies, qui évoluent par poussées, le taux est difficile à apprécier, par exemple la sclérose en plaques, la polyarthrite rhumatoïde ou certaines affections psychiatriques. S'il est exclu de prendre en compte l'état de la personne au moment de la crise, par contre il sera nécessaire de pondérer le taux en fonction de la fréquence et de la sévérité des crises mais aussi de leur incidence sur la vie sociale et professionnelle de la personne.

L'appareillage

Les taux ont pris en compte les progrès réalisés dans le domaine médical, chirurgical et celui des aides techniques. Cependant ces appréciations doivent faire preuve de toute la souplesse nécessaire pour distinguer ce qui est une réelle compensation du handicap : par exemple, une prothèse de jambe parfaitement adaptée et non douloureuse, ne constitue qu'un palliatif ; un fauteuil roulant reste indispensable à tous les paraplégiques, même si certains peuvent déam-

buler sur des distances limitées...

Sauf pour les déficiences auditives, l'évaluation des incapacités se fait en tenant compte des possibilités d'appareillage. Cet appareillage doit être accepté par la personne handicapée, bien toléré, et réellement utilisé. Enfin, les commissions doivent s'assurer, pour le prendre en compte, que la prise en charge de cet appareillage au titre légal est bien totale.

Permanence des troubles, durée des décisions

Les incapacités doivent être suffisamment permanentes pour justifier une décision d'une durée minimale d'un an. Ceci ne signifie pas qu'elles doivent recouvrir un caractère définitif, notamment la phase de consolidation n'a pas besoin d'être atteinte pour fixer le taux. Toutefois, on tiendra compte de l'évolutivité potentielle pour décider et fixer une durée cohérente. Le diagnostic étiologique, chaque fois qu'il est connu, est important pour renseigner sur l'évolution de l'affection et donc sur la fréquence nécessaire des réexamens. Il permet de renseigner sur les possibilités d'amélioration ou d'aggravation sur un mode continu ou discontinu, même s'il ne permet pas toujours à lui seul de déterminer la présence ou non de déficiences et apprécier l'importance des incapacités.

Il est rappeler, à ce sujet, que le *secret médical* doit être préservé. Le médecin expert ne doit pas communiquer le diagnostic aux autres membres de l'équipe technique. Il doit simplement décrire les conséquences prévisibles de celui-ci en terme de déficiences et d'incapacités, dans l'immédiat ainsi qu'à moyen et long terme. Enfin, le secret médical doit se prolonger au-delà des commissions et les certificats médicaux doivent être gardés sous plis cachetés dans les dossiers.

Des examens réguliers doivent être prévus, leur fréquence est laissée à l'appréciation de l'expert, en fonction de l'affection responsable et de son évolutivité. Cependant, il convient de veiller à ne pas multiplier les démarches ou les examens inutiles quand l'état de la personne est stable, bien évalué et sans perspective de modification.

Les enfants

Enfin, si des règles communes d'appréciation peuvent être trouvées

pour les enfants et pour les adultes, les experts ont souhaité rappeler les principes directeurs qui conduisent à l'appréciation du taux d'incapacité chez l'enfant.

Les incapacités des enfants doivent être appréciées par rapport à un enfant du même âge en bonne santé, et par rapport aux actes de la vie quotidienne et à une scolarisation « normale ».

Les dispositions du barème spécifiques à l'enfance appliquent un taux compris entre 50 et 80 pour cent aux situations et incapacités entraînant des entraves notables dans la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille.

L'appréciation du handicap chez l'enfant est évolutive et tient compte dans la plupart des cas de la permanence de l'aide éducative nécessaire pour maintenir ou développer l'autonomie de l'enfant.

Les commissions seront attentives aux périodes plus sensibles :

- lorsque l'enfant est très jeune, le diagnostic est parfois incertain, par exemple suspicion de surdité, retard psychomoteur évoquant un retard mental important. La commission n'est pas tenue d'attendre un diagnostic étiologique précis pour statuer : on constate qu'il fait défaut dans près d'un tiers des cas. Les réévaluations régulières permettront de prendre en compte l'affinement du diagnostic. Par ailleurs, pour l'enfant très jeune, l'impossibilité de trouver un mode de garde du fait de son handicap constitue une entrave à la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille.

- l'adolescence, par ailleurs, est une période qui peut être marquée par une aggravation ou une réactivation des troubles. Il devra en être tenu compte aussi bien pour fixer le taux d'incapacité que pour fixer l'échéance de révision.

Pour tous les enfants, les capacités d'adaptation sociale et scolaire doivent être évaluées. Le placement en établissement d'éducation spéciale constitue un indicateur et ne doit en aucune manière conduire à lui-même, à l'attribution automatique d'un taux de 50 % ou de 80 % d'incapacité.

III Les renouvellements et les demandes en aggravation

Le gouvernement, suivant en cela la revendication des associations nationales de personnes handicapées, a

souhaité préserver les avantages acquis aux personnes handicapées dont le taux d'incapacité avait été fixé, en référence au barème des anciens combattants.

Les articles 5 et 3 des décrets 93-1216 et 93-1217 précisent les modalités de mise en œuvre.

En premier lieu, si l'état de la personne ne s'est pas modifié, son taux d'incapacité est maintenu.

Dans le cas contraire, amélioration ou aggravation de l'état de la personne, l'évaluation d'un nouveau taux se fera uniquement avec le nouveau guide-barème.

En cas d'aggravation, le taux doit être proposé par l'expert et fixé par la commission en référence au nouveau guide-barème ; la commission retiendra le taux le plus élevé.

En cas d'erreur manifeste d'appréciation au cours du précédent examen, effectué avant le 1^{er} décembre 1993, la commission devra cependant se référer au barème des anciens combattants pour apporter la preuve de cette erreur.

IV Rappel de dispositions générales

Il est rappelé que les commissions doivent examiner *toutes les demandes*, et statuer sans tenir compte des ressources des demandeurs. Le nouveau guide-barème est applicable aux demandes, premières demandes ou renouvellements, déposées après le 30 novembre 1993.

Par ailleurs, toutes les décisions, particulièrement de rejet, doivent être *motivées*. La motivation devra préciser la nature de la demande : première demande, renouvellement ou demande en aggravation.

Les délais et les modalités de *recours* ne sont pas modifiés.

En conclusion

Ce barème est un guide méthodologique, destiné à unifier les pratiques des CDES et des Cotorep. Outil de travail simple, il permet d'apprécier les difficultés des personnes handicapées, quelle que soit la diversité des situations. Les différents degrés de sévérité sont précis, mais les commissions conservent une souplesse d'appréciation en particulier à l'intérieur de chacune des fourchettes.

Les certificats médicaux vont être prochainement modifiés, afin de faciliter le travail des experts, des équi-

pes techniques et des commissions.

Une évaluation et un suivi de la mise en application de ce nouveau barème vont être effectués. Je vous demanderais de bien vouloir saisir le bureau RV1 des difficultés que vous rencontrerez :

- M^{me} Tave, médecin inspecteur de la santé, conseiller technique de la sous-direction RVAS, pour les problèmes techniques, tél. 46 62 41 48 ;

- Mme Roquet, IASS bureau RV1 tél. 46 62 41 41, pour les problèmes administratifs, juridiques, liés à l'application du barème.

Je vous demande de bien vouloir adresser un exemplaire de la présente circulaire à Monsieur le Président du Conseil général, Monsieur le Directeur départemental du travail et de l'emploi, Monsieur l'Inspecteur d'académie, ainsi qu'aux secrétariats de la CDES et de la Cotorep.

SOINS

Circulaire DGS/DH 94 n° 3 du 7 janvier 1994 relative à

l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

Le ministre délégué à la santé à Messieurs les préfets des régions, Mesdames et Messieurs les préfets des départements

Textes de référence :

- BO n° 91/3bis. La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement.

- Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et l'accompagnement des malades en phase terminale.

- Fascicule DGS/CFES (réédition 93) : « Soulager la souffrance : soigner et accompagner jusqu'au bout »

Pendant longtemps, la douleur a été vécue comme une fatalité. Jusqu'à une période récente, malgré les progrès de la médecine, la douleur toujours confinée au rang de symptôme n'a que rarement, en tant que telle, intéressé le chercheur ou le médecin. Pourtant l'évolution des connaissances nous

donne aujourd'hui des moyens importants permettant dans la quasi totalité des cas de réduire dans des proportions considérables la douleur des malades et des opérés. Force est de constater, tant au niveau de la formation que de l'exercice, que dans notre pays ces possibilités sont sous-utilisées. Trop peu de médecins disposent d'un carnet à souche permettant la prescription d'antalgiques majeurs. La France est très en retard dans ce domaine, et son classement au 40^e rang des nations pour ce qui concerne la consommation de morphinique est l'expression la plus manifeste de cette insuffisance.

Plusieurs actions ont déjà été entreprises par les pouvoirs publics dans le domaine de la lutte contre la douleur, et notamment :

- la douleur des malades en fin de vie et les modalités de leur prise en charge a fait l'objet d'une première réglementation par les pouvoirs publics, qui dès 1986 ont mis l'accent sur la création d'unités de soins palliatifs, structures multidisciplinaires, prenant en charge les malades en phase terminale et s'efforçant en particulier de soulager leurs souffrances et de les accompagner. Il existe actuellement 40 unités de ce type, dont 10 unités mobiles qui interviennent à la demande auprès des services de l'hôpital ou dans le cadre de consultations externes. Ces unités contribuent à diffuser un savoir et des modalités de prise en charge globale du malade en vue de lutter contre la douleur. Pour autant, la lutte contre la douleur ne se limite pas aux malades en phase terminale, la douleur chronique ou la douleur aiguë, par exemple en phase post-opératoire, constituent des champs d'intervention tout aussi importants.

- plusieurs publications du ministère chargé de la santé ont été consacrées aux actions dans le domaine de la douleur, notamment, la brochure « Soulager la souffrance » tirée à 200 000 exemplaires et diffusée gratuitement à l'ensemble du corps médical. Cette brochure actualisée a été rééditée en 1993, elle est actuellement en cours de rediffusion. De même les travaux conduits par le groupe de travail composé de spécialistes de la lutte contre la douleur et mis en place par la Direction générale de la santé sur le traitement des

douleurs chroniques ont également été publiés dans le Bulletin Officiel du Ministère des Affaires Sociales (n° 91/3 bis) disponible à la Direction des journaux officiels.

- la formation des acteurs impliqués dans la lutte contre la douleur est fondamentale pour améliorer sa prise en charge. L'organisation des études d'infirmiers a intégré cette notion dans le cursus obligatoire de tout étudiant. Des items relatifs à la prise en compte des souffrances et de l'inquiétude des patients font depuis peu partie du premier cycle des études médicales. Une formation spécifique sur la douleur pour les futurs médecins est également prévue au cours du troisième cycle (DES d'oncologie et DIU d'évaluation et traitement de la douleur). Les étudiants en médecine restent cependant dans l'ensemble peu formés à la pratique des traitements de la douleur. Il faut toutefois noter que ce thème est retenu au titre de la formation continue des médecins généralistes depuis 1990.

La présente circulaire a pour objet de rappeler que chaque médecin est pour beaucoup un médecin de la douleur, et d'offrir aux malades douloureux des possibilités élargies d'accès au traitement et au soulagement de leur douleur. Se rapportant à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques, elle rend compte de la possibilité actuelle de contrôler la douleur dans la majorité des cas. L'objectif poursuivi est de combler le retard de la France dans ce domaine.

I La douleur chronique et les principes de sa prise en charge

Si les connaissances progressent dans la compréhension de ses mécanismes, la douleur reste un phénomène complexe encore difficile à définir. Elle est à la fois sensation et émotion désagréable. Si elle a un support neurophysiologique, elle a également une dimension psychique dont le retentissement est variable selon les individus. Les malades concernés sont ceux qui, après un diagnostic médical apparemment correct, continuent à souffrir de douleurs persistantes.

1 Définition de la douleur chronique

Par douleur chronique, on entend une douleur rebelle aux traitements antalgiques usuels qui évolue depuis

au moins six mois.

Les douleurs chroniques se répartissent en plusieurs catégories :

- les douleurs cancéreuses qui peuvent être provoquées par le cancer lui-même (les plus fréquentes, et il s'agit alors d'un envahissement loco-régional englobant les plexus nerveux ou de métastases osseuses), secondaires au cancer (notamment des spasmes musculaires, des constipations, des escarres...), d'origine iatrogène (notamment douleurs cicatricielles post-opératoires, plexites post-radiques, stomatites résultant d'une chimiothérapie...) ou encore dues à une maladie concomitante ;

- les douleurs liées à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine qui sont souvent plurifocales et de mécanismes divers (nociception, désafférentation, mixtes...) nécessitent une prise en charge précoce ;

- les douleurs chroniques non malignes qui perturbent la vie des malades atteints, souvent pendant de longues années puisque leur ancienneté est en moyenne de 7 ou 8 ans. Elles risquent d'autant plus de ne pas être soulagées que leur origine ne met pas en jeu un risque vital. Les douleurs les plus fréquemment rencontrées sont les douleurs d'origine musculo-squelettique ou vertébrale, les douleurs neurologiques par lésion du système nerveux périphérique ou central, les céphalées et les douleurs psychogènes.

La méconnaissance de la douleur et du traitement de celle-ci chez l'enfant est liée à la difficulté de son évaluation et aux réticences des médecins face à l'utilisation d'antalgiques puissants, dont l'efficacité est pourtant démontrée. Chez l'enfant exposé à la douleur, comme par exemple le tout-petit (particulièrement dans un environnement de soins intensifs), l'enfant polyhandicapé, l'enfant atteint d'une pathologie chronique invalidante, d'un cancer, du sida, ou l'enfant brûlé, des conséquences sévères apparaissent dans des délais plus courts que chez l'adulte, et justifient une attention particulière. Des méthodes d'évaluation de la douleur chez l'enfant ont depuis peu été élaborées, elles sont basées sur l'observation des comportements de celui-ci.

Pour ce qui concerne l'adulte des échelles d'évaluation de la douleur ont été constituées depuis plus long-

temps (échelle verbale, échelle visuelle analogique...).

2 Principes de prise en charge de la douleur

Lutter contre la douleur implique sa prévention, son évaluation et son traitement.

Le malade douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur les règles d'organisation et les principes thérapeutiques suivants :

- assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une combinaison des techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques, et chirurgicales,

- décider d'une thérapie adaptée après bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial ;

- obtenir du malade sa confiance, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement et, en cas d'insuccès partiel ou total, lui apprendre à vivre avec sa douleur ;

- prendre en compte l'environnement familial, culturel et social du patient ;

- pratiquer régulièrement une évaluation rétrospective du travail accompli par l'équipe, participer à la recherche et à l'enseignement.

II Les modalités de prise en charge de la douleur chronique

1 Le rôle du médecin traitant

Le médecin traitant est le premier confronté à la plainte d'un malade douloureux et, quelque soit la filière de soins vers laquelle il oriente ce malade, en fonction de la persistance de la douleur, il est le garant de la prise en charge globale de celui-ci. Il doit donc être partie prenante de toutes les décisions thérapeutiques encore faut-il qu'il possède la parfaite connaissance de la clinique et du maniement des antalgiques mais également les qualités nécessaires d'écoute du malade et de sa famille.

Au domicile, les soins doivent être dispensés dans les meilleures conditions, ce qui suppose donc que puisse être pris en compte l'environnement psychologique et matériel du malade et de sa famille, et que les intervenants, tant le médecin traitant que les infirmières et les autres personnels soignants appelés auprès du malade, qu'ils relèvent de services d'hospita-

lisation ou de soins à domicile ou qu'ils soient d'exercice libéral, aient pu bénéficier de la double formation à visée technique et psychologique qui s'impose.

Avec les établissements, la liaison à établir doit permettre au médecin traitant d'adresser ses patients résistants aux traitements antalgiques usuels à une structure spécialisée, pour avis diagnostique, pour la mise au point de traitements mieux adaptés, voire pour l'hospitalisation éventuelle de ceux-ci. Des consultations externes doivent être organisées permettant de faire le point sur la prise en charge des malades et la mise en œuvre des techniques disponibles.

2 Les structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur

Tout médecin peut, dans le cadre de ses compétences, se consacrer aux malades douloureux chroniques, mais pour que cette activité s'intègre dans une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur, celle-ci doit répondre aux critères évoqués ci-dessous.

1 Rôle des structures spécialisées dans le traitement de la douleur

Les activités d'une unité spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique sont de quatre types :

- évaluation et orientation thérapeutique : le médecin traitant adresse le patient pour avis diagnostique et thérapeutique ;
- traitement et suivi à long terme, en collaboration avec le médecin traitant, les services de soins et d'hospitalisation à domicile ;
- enseignement auprès des autres services et des médecins ;
- recherche fondamentale et appliquée.

2 Composition des équipes

La structure doit être dirigée par un médecin et regroupe plusieurs intervenants (cf annexe 1), dont au moins trois médecins. Deux d'entre eux seront des médecins somaticiens de disciplines différentes (dont l'un au moins devrait avoir une formation neurologique suffisante), accompagnés d'un médecin psychiatre. Les disciplines représentées doivent être en cohérence avec les pathologies examinées. Les spécialistes somaticiens les mieux préparés à prendre en charge les patients douloureux chro-

niques sont l'anesthésiste, le médecin interniste ou le pédiatre, le neurochirurgien, le neurologue, l'oncologue et le rhumatologue. L'un d'eux assure la coordination du travail des infirmiers, des aides-soignants, des kinésithérapeutes, des psychologues... susceptibles d'avoir à intervenir.

Dans tous les cas, une formation complémentaire, sous la forme d'un diplôme inter-universitaire sur la douleur, est recommandée.

Toute unité d'évaluation et de traitement de la douleur chronique doit assurer un fonctionnement en équipe avec réunion de synthèse, ce qui suppose de disposer de locaux spécifiques.

3 Modes d'organisation

Plusieurs catégories d'unités peuvent être envisagées, prenant en compte la nature de leur activité ou leur organisation au sein des établissements de santé.

a Nature des activités

- certaines unités de lutte contre la douleur peuvent être orientées vers une pathologie spécifique (par exemple le cancer, les migraines...). Pour être considérées comme structures spécialisées dans la lutte contre la douleur, elles doivent fonctionner sur le principe de multidisciplinarité, quelle que soit leur situation au sein des établissements de soins ;

- d'autres unités peuvent prendre en charge des douleurs d'origine pathologique différentes, qui seront organisées sur les modes définis ci-après.

b Organisation de l'activité au sein des établissements de santé

Trois niveaux d'organisation peuvent être distingués :

- des équipes mobiles d'intervention pluridisciplinaire prenant en charge des malades souffrant de douleurs chroniques d'étiologies variées. Elles interviennent, selon le même modèle d'organisation que les équipes mobiles de soins palliatifs, par le biais de consultations externes et internes, à la demande des services, sans se substituer nécessairement à eux dans le domaine des prescriptions.

- certaines équipes peuvent, en outre, disposer ou accéder à des lits d'hospitalisation et/ou de places d'hôpital de jour au sein de services ou de départements de l'établissement. Elles sont ainsi en mesure de mettre en œuvre des procédures d'assurance-

qualité et d'évaluation des soins.

- des pôles de référence hospitalo-universitaires ayant une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement. Ils regroupent des cliniciens spécialisés, des enseignants chercheurs, voire des scientifiques, et permettent ainsi d'aborder conjointement la prise en charge des malades, la formation des médecins et du personnel para-médical et les différents aspects de la recherche médicale. Ces structures ont à leur disposition des locaux de consultation, des laboratoires d'exploration neurophysiologique et comportent un secteur propre d'hospitalisation ou disposent d'un accès permanent à des lits d'hospitalisation dans une unité fonctionnelle.

Les deux premiers niveaux d'organisation correspondent, dans les établissements publics de santé, à des unités fonctionnelles de services ou de départements, voire à des fédérations résultant du regroupement d'unités fonctionnelles appartenant à des services ou des départements différents.

Le développement de pôles de références régionaux doit être prioritairement favorisé, compte-tenu de leur rôle dans la diffusion des connaissances et des pratiques. Rattachés à des centres hospitaliers universitaires, ils constituent des services ou des départements. Toutefois, la mise en place d'une équipe mobile d'intervention, au sein d'un centre hospitalier universitaire, peut constituer une première étape préparant l'individualisation d'un véritable pôle de référence régional.

Je vous demande de bien vouloir dresser dans le cadre de vos compétences géographiques un état de lieux recensant les structures de prise en charge de la douleur correspondant aux critères ci-dessus définis, et de me faire parvenir les résultats au plus tard pour le 30 mars 1994. Vous trouverez en annexe un guide de recensement.

Je vous demande de bien vouloir diffuser largement les présentes informations auprès des directeurs d'établissements de santé publics et privés, des médecins responsables d'unités dans ces établissements, ainsi qu'auprès des représentants de l'Ordre des Médecins.

FORMATION

Arrêté du 29 septembre 1993
relatif à

l'accès à certaines licences dans la formation des professions de santé ou paramédicales

Les diplômés d'État préparés en trois ans ou plus permettant l'exercice d'une profession de santé ou d'une profession paramédicale qui donnent accès de plein droit en licence de sciences sanitaires et sociales et en licence de sciences de l'éducation sont :

- le diplôme d'État de sage-femme ;
- le diplôme d'État d'infirmier ;
- le diplôme d'État d'ergothérapeute ;
- le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;
- le diplôme d'État de psychomotricien ;
- le diplôme d'État de pédicure-podologue ;
- le diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale ;
- le diplôme d'État de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique ;
- le certificat de capacité d'orthophoniste ;
- le certificat de capacité d'orthoptiste.

SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Décret n° 93-1221 du 8 novembre 1993 modifiant le décret n° 75-360 du 15 mai 1975 modifié relatif au **comité interministériel de la sécurité routière et portant création d'un observatoire national interministériel de la sécurité routière.**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'équipement, des transports et du tourisme,

Vu le décret n° 75-360 du 15 mai 1975 modifié relatif au comité interministériel de la sécurité routière,

Décrète :

Art. 1^{er} L'article 2 du décret du 15 mai 1975

susvisé est complété par un article 2 *bis* ainsi rédigé :

« Art. 2 bis. - Un observatoire national interministériel de la sécurité routière est placé auprès du délégué interministériel à la sécurité routière.

« Il assure la collecte et la diffusion des informations nécessaires à la préparation et à la mise en œuvre de la politique de sécurité routière.

« À ce titre, il est chargé :

« • de rationaliser et d'unifier la collecte des données statistiques provenant des différentes sources nationales et internationales, d'assurer leur mise en forme, leur interprétation et leur diffusion ;

« • d'effectuer ou d'assurer le suivi des études générales ou sectorielles sur l'insécurité routière ;

« • d'évaluer les mesures de sécurité routière prises ou envisagées.

« Un comité directeur, présidé par le délégué interministériel à la sécurité routière, détermine la politique de l'observatoire, approuve son programme de travail et donne un avis sur son bilan annuel.

« Il se prononce également sur les conventions et protocoles passés entre l'observatoire et les partenaires intéressés.

« Il comprend des représentants des ministres énumérés à l'article 1^{er} du présent décret.

« Un conseil d'orientation et d'évaluation, composé de personnalités qualifiées nommées par arrêté du Premier ministre, est associé à l'élaboration des orientations de l'observatoire.

« Il émet un avis sur le programme de travail, les documents statistiques et d'études publiés par l'observatoire, le bien-fondé scientifique et déontologique des projets de conventions et protocoles passés avec les différents partenaires. Il peut également être consulté sur la qualité scientifique du contenu des publications mises à la disposition du grand public en matière de sécurité routière.

« La composition, l'organisation et le fonctionnement du comité directeur et du conseil d'orientation et d'évaluation de l'observatoire sont fixés par arrêté du Premier ministre. »

Art. 2 Le ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, le ministre d'État, ministre de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, le ministre d'État, Garde des Sceaux, ministre de la Justice, le mi-

nistre d'État, ministre de la Défense, le ministre de l'Éducation nationale, le ministre de l'Économie, le ministre de l'Équipement, des Transports et du Tourisme, le ministre du Budget, porte-parole du Gouvernement, et le ministre de la Fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 8 novembre 1993. ■

Rapport sur la **sécurité anesthésique**

À la suite de la saisine du ministre de la Santé et de l'Action humanitaire concernant les conditions de la sécurité anesthésique en France (avril 1992), le Haut Comité de la santé publique a constitué un groupe de travail d'anesthésistes-réanimateurs des hôpitaux publics et privés qui s'est régulièrement réuni sous la présidence du professeur André Lienhart. Le rapport de ce groupe de travail, après avoir été examiné en séance plénière du Haut Comité, a été remis, le 26 novembre 1993, à madame Veil et à monsieur Douste-Blazy.

Les données concernant le nombre annuel d'anesthésies en France, le type, le niveau de gravité et la fréquence des accidents de l'anesthésie, émanent d'une enquête Inserm réalisée en 1978-1982 : il y avait de l'ordre de 3,5 millions d'anesthésies par an en France, la mortalité péri-opératoire précoce (pendant l'anesthésie et dans les 24 heures la suivant) était de 0,19 %, l'anesthésie était directement responsable de 4 % de cette dernière soit 200 à 250 morts par an (auxquels s'ajoute un certain nombre de comas prolongés). Ces données n'ont pas été actualisées. Toutefois, si l'on tient compte de la progression du nombre d'anesthésies, ainsi que du développement de la radiologie interventionnelle, on peut estimer à environ 5 millions le chiffre annuel actuel d'anesthésies (nombre très important sur lequel il conviendrait de s'interroger) qui pourrait entraîner de l'ordre de 500 décès par an.

60 % des accidents d'anesthésie surviennent pendant l'intervention et sont liés principalement à l'hypoxie, 40 % sur-

venant lors de la période de réveil. Chez les sujets indemnes de toute maladie associée qui représentent 80 % de la totalité des sujets anesthésiés, la dépression respiratoire post-anesthésique constitue la principale cause de complication sérieuse liée à l'anesthésie. La mortalité des accidents du réveil est de 42 % lorsqu'ils sont découverts en salle d'hospitalisation, et de 70 % pour les accidents de dépression respiratoire, alors qu'elle est respectivement de 11 et 29 % lorsqu'ils surviennent au bloc opératoire, en salle de réveil ou de soins intensifs. Les sujets ayant des pathologies associées ne représentent que 20 % de l'ensemble des sujets anesthésiés. Chez ces derniers, les complications cardio-vasculaires constituent une menace que l'on peut prévenir par l'adaptation de la technique anesthésique.

Trois mesures sont susceptibles d'entraîner une réduction de 70 % des accidents de l'anesthésie :

- la consultation précédant l'anesthésie de plusieurs jours, organisée dans des

locaux propres avec les moyens nécessaires, vise à détecter les patients réclamant des mesures particulières (ajustement thérapeutique, choix du type d'anesthésie, modalités de surveillance post-opératoire) ;

- le passage obligatoire en salle de réveil permet la détection précoce et le traitement souvent avec succès, à la fois des accidents respiratoires post-opératoires précoces souvent de nature anesthésique et des accidents cardio-vasculaires liés à une complication de la chirurgie ou de l'état pathologique du patient. Par salle de réveil, il faut entendre un lieu avec du personnel infirmier présent en permanence et du matériel ;

- le monitoring des fonctions respiratoires et hémodynamiques par un équipement des sites d'anesthésie qui permette de détecter, de manière précoce, la majorité des hypoxies et chocs per-opératoires.

Ces mesures proposées depuis plus de 10 ans, par circulaires ministérielles, ont été insuffisamment appliquées. Ainsi en 1978-1982, l'enquête Inserm montrait que le réveil post-anesthésique se faisait pour 50 % dans la salle d'hospitalisation ; une enquête faite en 1990 révélait que cette situation s'observait dans les mêmes proportions dans les CHU (dans 40 % dans les hôpitaux de l'AP-HP) et dans les hôpitaux d'Île-de-France. En ce qui concerne la consultation pré-anesthésique, l'enquête de 1978-1982 montrait qu'il existait dans 43 % des CHU une consultation de ce type, ce pourcentage tombant à 22 % dans les autres établissements publics ou privés. Une enquête refaite en 1991 a certes montré que ce taux montait à 73 % dans les établissements hospitaliers mais 49 % des patients sont examinés la veille de l'intervention et 14 % le jour même. Nous ne disposons pas de données quantifiées sur l'équipement en appareillage de monitoring des sites d'anesthésie. Enfin l'éclatement des locaux où se pratique l'anesthésie est un facteur d'insécurité.

Ces recommandations n'ont que peu été suivies. Il n'est pas évident que ce soit les moyens qui ont le plus fait défaut, mais la volonté politique.

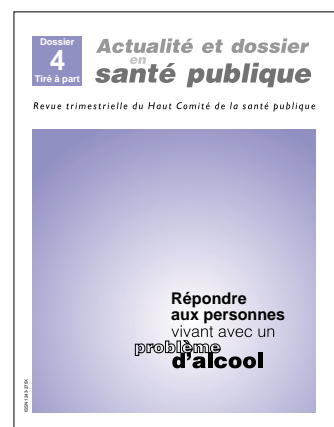
Le groupe de travail a repris ces re-

Nouveaux groupes de travail

- **Bonne pratique de la chimiothérapie anticancéreuse**
Présidé par le professeur Tubiana
- **Contrôle de qualité en anatomocytopathologie**
Présidé par le professeur Tubiana
- **Politique de prévention des suicides**
Présidé par le professeur Parquet
- **Formation en santé publique**
Présidé par le professeur Henrard et M^{me} Mengual

Nouvelles publications

- **Alcoolisme et virus hépatotropes**
Bertrand Nalpas,
prix Robert Debré 1992
- **Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool**
Tiré à part du dossier n° 4 d'AdSP
- **Rapport sur la sécurité anesthésique**
Collection *avis du HCSP*



Prix d'alcoologie

Les jurys des prix Robert Debré et Michel Fontan 1993 se réuniront en mai. Les prix seront remis lors d'une manifestation officielle en juin.

commandations en les actualisant et en y ajoutant des recommandations quant à la formation du personnel, une procédure d'accréditation de sites anesthésiques et la mise en place d'un dispositif de vigilance de la sécurité anesthésique qui permettrait l'évaluation des dispositions prises. Il propose l'objectif d'une réduction de moitié du risque lié à l'anesthésie dans les cinq années à venir.

Suite à la remise de ce rapport, les ministres, après un léger temps d'hésitation, ont présenté le 30 décembre dernier un plan d'amélioration des conditions de la sécurité anesthésique, prévoyant notamment de rendre obligatoire par voie de décret l'existence d'une salle de réveil dans l'ensemble des établissements hospitaliers.

P^r Albert Hirsch

Boulogne-Billancourt
Du 21 au 26 mars 1994
Journées nationales de
prévention de l'alcoolisme

Organisées par l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA)
Renseignements
Comité départemental de prévention de l'alcoolisme
95, allée du Forum
92100 Boulogne-Billancourt
Tél : 46 08 36 74

Londres (Grande Bretagne)
Le 28 avril 1994
Addiction Research Horizons

Organisée par "The National addiction center"
Renseignements
Karan Lowell
Administrator
National Addiction Centre
Institute of Psychiatry
4 Windsor Walk
London SE5 8 AF

Paris
Les 5 et 6 mai 1994
III^e Colloque international sur
les drogues illicites

Les thèmes de ces journées sont : aspects physiopathologiques, épidémiologie et prise en charge
Renseignements
Mairie de Paris
Délégation générale à la prévention et à la Protection
32, Quai des Célestins
75004 Paris

Page réalisée avec la collaboration du

Comité français
d'éducation pour la santé

Saint-François (Guadeloupe)
Du 7 au 14 mai 1994
Le malade au cœur du
système de santé

Congrès du Syndicat national des médecins de groupe
Renseignements
SNMG
60, boulevard de Latour-Maubourg
75340 Paris-Cedex 07
Tél : (1) 44 18 62 20

Helsinki
Du 16 au 19 mai 1994
Nouvelles épidémies en santé
au travail

Renseignements
New epidemics in occupational health
Finnish institute of occupational health
Suvi Lehtinen
Topeliuksenkatu 41 a A
FIN-00250 Helsinki

Prague
Du 5 au 11 juin 1994
Prévention et traitement de
l'alcoolisme et de la dépendance
aux drogues

Congrès international organisé par the International council on alcohol and addictions (ICAA)
Czech Medical Association
Section on study of alcoholism and other dependances (SSAD)
Renseignements
International Institute 94
Czech Medical Association
J.E. Purkyně
PO Box 88 Sokolska 31
120 26 Prague 1
Tél : (42 2) 296889 ou 297271
Fax : (42 2) 294610

Lille
Du 27 juin au 2 juillet 1994
3^e rencontres internationales
francophones de promotion
de la santé

Renseignements
Secrétariat général
Impacts Événements
22, rue Brûle-Maison
59000 Lille
Tél : (16) 20 54 36 55
Fax : (16) 20 30 01 31
(voir calendrier de AdSP n°5)

Amiens
Les 6 et 7 octobre 1994
La santé, indicateur d'environnements

7^e Congrès national des Observatoires régionaux de la santé
Séances thématiques

- Surveillance des eaux : toxicologie ou épidémiologie
- De « pas de travail » à... « trop de travail »
- Prévenir la pauvreté/précarité
- Réseaux : pourquoi ?

Renseignements
Col'ORS 94
Faculté de médecine
Université de Picardie Jules-Verne
3, rue des Louvés
83036 Amiens Cedex 1
Tél : (16) 22 82 77 39
Fax : (16) 22 82 77 41

Lyon
Les 7 et 8 juillet 1994
Économie de la santé :
l'évaluation

Colloque international organisé par l'Association d'économie appliquée
Renseignements
AEA
Chapitre Santé - l'Évaluation
UCB Lyon 1 Bât.101
43, boulevard du 11 novembre
1918
69622 - Villeurbanne Cédex
Fax : (16) 72 44 05 73

6

mars 1994

Actualité et dossier en santé publique

s o m m a i r e

- **1 Éditorial**
- **2 Actualité**
L'indemnisation des contaminations par transfusion ou traitement, *Jean-Michel de Forges*
- **6 International**
Environnement et santé, le bureau de projets de l'OMS Europe à Nancy, *Philippe Hartmann*
- **8 Europe**
La protection de la maternité par l'Union européenne, *Ségolène Chappellon*
Réunion du Conseil santé, 13 décembre 1993
- **11 Statistiques**
Les données statistiques relatives aux personnes handicapées : production, utilisation, limites, *Annie Triomphe, Marie-Pierre Alix*
- **5 Organisme**
Réseau national de santé publique
- **10 Formation**
DEA épidémiologie et intervention en santé publique
- **15 Recherche**
Programme interdisciplinaire de recherche sur les villes (Pirvilles)
- **16 Documentation**
- **27 Législation & réglementation**
- **38 L'actualité du Haut Comité**
Rapport sur la sécurité anesthésique
- **41 Calendrier**

La santé en comptes

Dossier de Marc Duriez

- **III Les comptes de la Sécurité sociale**
Des comptes de gestion
- **VI Les comptes satellites santé et protection sociale**
Des comptes d'analyse économique
VI Notion de compte satellite
VIII Le compte satellite de la santé
XIV Le compte satellite de la protection sociale
- **XVIII Tribune**
- **XXIV Annexes**
- **XXVIII Bibliographie**
Adresses utiles

*haut
comité
de la
santé
publique*

*2, rue Auguste Comte
92170 Vanves*

téléphone 46 62 42 80

télécopie 46 62 42 55