

7

juin 1994

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

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

dossier **Les
collectivités
locales**
et la **santé publique**

2 Interventions médico-sociales
Politiques d'accès aux soins

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

Maïté Ibarreche

Riama M'Bae

Ont participé à ce numéro

Bénédicte Boisguérin

Élisabeth Bouvet

Armelle George-Guiton

Claudine Parayre

Nicole Quemada

Bernadette Roussille

Jean-Étienne Caire

Louis Dessaint

Gilles Errieau

Claude Huriet

Jean Laour

Philippe Ligneau

Henri Verdier

Dépôt légal juin 1994 — ISSN 1243-275X

Le dossier se trouve encarté entre les pages 24 et 25.

Il est numéroté de I à XXXVI.

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° 7

Sommaire

- **1 Éditorial**
- **2 Actualité**
La lutte contre la tuberculose en France, *Élisabeth Bouvet*
Les unions professionnelles, *Gilles Errieau*
- **6 Alcoologie**
Assemblée constitutive de la Fédération française des CHAA
- **8 International**
CDC d'Atlanta, centers for disease control and prevention,
Armelle George-Guiton
- **12 Europe**
Libre circulation des produits sanguins, *Jean-Étienne Caire*
- **15 Statistiques**
La clientèle du dispositif de soins sectorisé de psychiatrie,
premiers résultats d'une enquête nationale,
Bénédicte Boisguérin, Claudine Parayre, Nicole Quemada
- **21 Régions**
Journées régionales de santé publique en Lorraine,
Jean-François Dodet
- **7 Organisme**
Agence française du sang
- **11 Formation**
DESS Économie et gestion des systèmes de santé
- **15 Recherche**
Centre de recherche médecine, maladie et sciences sociales
(Cermes)
- **24 Documentation**
- **34 Législation & réglementation**
- **45 L'actualité du Haut Comité**
Rapport Grossesse naissance
Prix d'alcoologie
Lille, un centre de documentation provisoire
- **49 Calendrier**

Les collectivités locales et la santé publique

2 Interventions médico-sociales
Politiques d'accès aux soins

Dossier de Ségolène Chappellon

- **III Des attributions en évolution**
 - III L'intervention médico-sociale traditionnelle dévolue aux départements
 - VII Les nouvelles actions santé auprès des populations en difficulté
 - X Les collectivités locales dans les politiques d'accès aux soins
- **XIII Une réalité complexe**
 - XIII Des dépenses maîtrisées, une activité maintenue mais des disparités réelles
 - XVII Le nouveau positionnement des partenaires
 - XX Vers de nouvelles priorités ?
- **XXII Tribune**
- **XXIX Compléments d'information**
- **XXX Annexes**
- **XXXVI Bibliographie Adresses utiles**

Plus de 10 ans après la mise en place de la décentralisation, le partage des compétences entre l'État et les collectivités locales, plus précisément les départements, suscite toujours bien des difficultés.

Ces difficultés tiennent non pas tant à l'interprétation des textes en vigueur, ni aux évolutions qu'ils ont pu connaître, mais davantage aux interrelations étroites entre *le sanitaire* et *le social*, et aux conséquences financières que comporte la mise en oeuvre des différentes actions.

Quatre exemples illustrent la nécessité de préciser les champs d'intervention respectifs de l'État et de ses partenaires.

- La protection maternelle et infantile est de la compétence des départements. Sollicités voici quelques années pour participer à l'opération « bien naître en Lorraine » par le professeur Paul Vert, suite aux constatations de l'Observatoire régional de la santé faisant apparaître une surmortalité prénatale, les départements lorrains ont, ou refusé d'intervenir, ou limité leur intervention dans le temps, considérant qu'il s'agissait d'actions relevant de la compétence de l'État.
- En matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles, la fourniture de médicaments lors des consultations peut être considérée comme s'inscrivant dans une démarche préventive (compétence départementale) ou dans une démarche thérapeutique (Sécurité sociale).
- Le RMI présente à vrai dire moins de difficultés, toute action d'insertion étant financée par les départements qui doivent y consacrer 20% du montant des crédits attribués par l'État au titre du revenu minimum. Si le contrat d'insertion concerne la santé du bénéficiaire, le financement en découle sans ambiguïté.

Quant à l'accès aux soins, les départements ont en charge l'aide médicale générale et la décentralisation n'a rien modifié à cette attribution. Toutefois, nombre de départements ont mis en place dès 1989, un système de « carte santé ». L'idée avait germé lors d'un colloque d'*ATD quart-monde*, à Nancy, avec le Père Wrezinski quelques années plus tôt et je me suis attaché à sa mise en oeuvre en Meurthe-et-Moselle qui fut ainsi un des départements pilotes.

Il faut souligner aussi que les communes qui n'exercent pas directement dans ce domaine des compétences particulières, sont amenées à participer selon des clés de répartition variables d'un département à l'autre, au financement des actions menées par les départements à travers les « contingents d'aide sociale ».

Parler « d'intervention médico-sociale », c'est souligner les interrelations étroites entre les conditions de vie et l'état de santé des populations.

On conçoit ainsi que la ligne de partage qui est censée séparer le sanitaire du social ne peut et ne doit pas être intangible. Il appartient aux pouvoirs publics d'apporter les éclaircissements nécessaires et aux partenaires concernés par ces actions d'harmoniser leurs interventions en faveur des plus démunis.

Professeur Claude Huriet

La lutte contre la tuberculose en France

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a entièrement refondu les dispositions du code de la santé publique concernant la lutte contre la tuberculose, abrogeant notamment de nombreux articles qui avaient fondé le dispositif spécialisé mis en place dans les années 50. Seules deux structures spécifiques sont encore prévues : les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination, et l'obligation vaccinale est maintenue mais revue. Mais la lutte contre la tuberculose comporte également d'autres aspects (surveillance, ...) et repose sur d'autres structures (hôpital, ...).

Les modalités de la surveillance de la prévention et de la prise en charge se sont adaptées depuis 40 ans à l'évolution des données épidémiologiques et des moyens thérapeutiques.

Surveillance

Pour évaluer l'incidence de la tuberculose en France la DGS dispose de la déclaration obligatoire (DO) que doivent effectuer les médecins qui ont porté le diagnostic de tuberculose chez un patient.

Cette déclaration est faite sur un formulaire anonyme où sont demandées certaines informations concernant le cas : âge, sexe, nationalité, date du diagnostic, lieu de domicile, initiales du nom et prénom, localisation de l'infection, présence de bacille tuberculeux à l'examen direct des crachats ou à la culture, les notions de tuberculose antérieure, de vaccination par le BCG et le résultat de la sérologie VIH.

La déclaration doit être faite à la

DDASS du département de domicile du patient. Chaque semaine les DDASS transmettent par voie télématique (minitel) le nombre de cas de tuberculose déclarés. Ce nombre est reporté sur la 4^e page du *BEH* chaque semaine. Ultérieurement, l'analyse des formulaires de DO permet de valider les cas et d'éliminer les éventuels doublons. Cette source d'information exhaustive par définition est dépendante de l'adhésion des médecins praticiens.

En outre, la notification par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) des cas pour lesquels une demande de prise en charge à 100 % a été demandée (la tuberculose fait partie des affections de longue durée ou ALD), permet de compléter la déclaration faite par les médecins praticiens.

En 1992, les médecins hospitaliers ont été à l'origine de la majorité des déclarations (53 %), les médecins conseils des CPAM de 23 %.

Les données de mortalité par tubercu-

lose en France sont gérées par l'Inserm à partir de l'analyse des certificats de décès.

À l'examen direct et/ou à la culture, 70 à 80 % des cas de tuberculose sont bactériologiquement positifs. Une information concernant les cas bactériologiquement prouvés est théoriquement disponible auprès des laboratoires d'analyse médicale qui ne sont pas tenus à la déclaration obligatoire. Un nombre relativement restreint de laboratoires, essentiellement hospitaliers, reçoivent les prélèvements positifs. Une enquête annuelle auprès de ces laboratoires pourrait permettre d'obtenir une information sur les cas bactériologiquement prouvés en même temps que de surveiller la fréquence de la multirésistance des bacilles de la tuberculose en France.

Les moyens de la prévention

La vaccination par le BCG est obligatoire « à des âges déterminés et en fonction du milieu de vie, des risques que font encourir certaines activités » (nouvel article L 215 du Code de la santé publique). Jusqu'à la loi du 18 janvier 1994, l'article L 215 définissait les catégories de personnes soumises à cette obligation (enfants de moins de 6 ans, avant l'entrée à l'école, étudiants, fonctionnaires, militaires et surtout personnels des établissements hospitaliers et personnels travaillant en milieu insalubre ou qui manipulent des denrées alimentaires) et l'article L 216 précisait que cette obligation s'appliquait

jusqu'à 25 ans. Mais le nouvel article L 215 renvoie à un décret les modalités d'application de cette obligation vaccinale (âge, population...). Ce décret n'est pas encore pris. Cette obligation concerne les parents : « 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 » (art. L 215 nouveau).

Les tests cutanés tuberculiques sont destinés à mesurer l'allergie à la tuberculine.

Le dépistage des sujets infectés par le bacille tuberculeux ou atteints de maladie tuberculeuse repose sur les tests tuberculiques et la radiographie pulmonaire. L'évolution de la politique de lutte contre la tuberculose s'oriente vers un dépistage

ciblé vers des sujets particulièrement à risque ou exposés.

L'investigation à conduire autour d'un cas n'est pas prévue par des textes réglementaires. Elle fait l'objet de recommandations émises par un groupe de travail du groupe DGS (cf. encadré page 4). Il existe malheureusement souvent un défaut de coordination entre les services du Conseil général, la DDASS, les structures hospitalières et la médecine libérale, ce qui se traduit par une difficulté à mettre en œuvre une prévention et un dépistage efficaces des cas secondaires et une prophylaxie.

La prévention de la transmission de la tuberculose à l'hôpital dépend avant tout de la mise en route du traitement des malades mais repose aussi sur l'isole-

ment des patients contagieux ou suspects de l'être, ce qui demande une révision de l'organisation de l'accueil des patients et des services hospitaliers ainsi que l'adoption de mesures parfois contraignantes (masques de protection respiratoire) ou difficiles à réaliser (chambre seule). Des recommandations précisant les modalités de cette prévention ont été largement diffusées dans les hôpitaux en 1992 et 1993.

Organisation de la prévention

Elle repose, pour les enfants et le milieu scolaire (vaccination par le BCG, tests tuberculiques, dépistage autour d'un cas) sur les services spécialisés qui les effectuent gratuitement : centres de vaccination et dispensaires antituberculeux qui sont des services du département ou encore PMI dans les écoles maternelles ou service de santé scolaire à partir du primaire... En pratique, les médecins généralistes et les pédiatres assurent un nombre très important de vaccinations par le BCG et de tests cutanés.

En milieu de travail, la prévention et le dépistage de la tuberculose dépendent de la médecine du travail. Certains groupes de professions sont particulièrement concernés car susceptibles d'être en contact avec des malades ou du bacille au laboratoire. C'est pourquoi certaines dispositions sont prévues pour les personnels des établissements de soins : à l'embauche, test cutané à la tuberculine et radiographie de thorax obligatoire ; tous les ans, surveillance médicale annuelle. Celle-ci peut être plus fréquente s'il existe des risques particuliers. Rien n'est prévu pour les personnels de santé du secteur privé. La vaccination par le BCG est obligatoire pour tous les personnels des établissements de santé publics ou privés, avant l'âge de 25 ans. Le rôle du médecin du travail est essentiellement de surveiller les personnels à risque en fonction de l'épidémiologie de la tuberculose dans leur lieu de travail.

En prison, la population carcérale est particulièrement exposée aux risques de transmission et de dissémination de la



Situation épidémiologique en France

Le nombre annuel de cas de tuberculose a régulièrement diminué en France depuis les années 1950 jusqu'en 1987. La diminution était de l'ordre de 5 % par an, comme dans la majorité des pays développés. Entre 1987 et 1991, l'incidence est restée stable à 15 pour 100 000. Entre 1991 et 1992, le nombre de cas déclarés a augmenté de 6,6 %. Le taux d'incidence nationale, selon les données de déclaration en 1992, est de 15,9 pour 100 000, ce qui correspond à plus de 9 000 cas déclarés.

Les disparités régionales sont très importantes ; en effet, l'incidence estimée en Île-de-France est très élevée (38 pour 100 000 en 1992) ; elle est en nette progression depuis 1990. Cette région, qui comprend 18 % de la population française, représente 43 % des cas déclarés. La différence avec les autres régions est très marquée : les autres régions présentent des taux beaucoup plus faibles, inférieurs à 10,5 pour 100 000 dans la moitié des régions.

L'incidence de la tuberculose augmente avec l'âge et atteint son maximum après 65 ans où elle est de 24,4 pour 100 000. La tranche d'âge 25-44 ans représente 38 % des cas et une incidence de 18,7 pour 100 000, avec un accroissement récent. L'incidence est plus élevée chez l'homme (19,2 cas pour 100 000) que chez la femme (11,1 cas pour 100 000). L'incidence chez l'enfant est globalement faible, estimée à 4,2 pour 100 000.

Les étrangers représentent 25 % des cas déclarés et sont surtout originaires de l'Afrique sub-saharienne (28 % des cas) et du Maghreb (38 % des cas). Les étrangers atteints de tuberculose sont plus jeunes que les Français, et plus souvent atteints de formes extra-pulmonaires.

L'impact de l'infection par le VIH sur l'épidémiologie de la tuberculose en France est encore difficile à évaluer. Les sujets âgés de 25 à 44 ans représentent 66 % des séropositifs connus. Compte tenu du nombre de sujets séropositifs en France, l'incidence de la tuberculose serait donc très élevée dans cette population, de 524 à 677 pour 100 000, donc plus de 30 fois supérieur à celui de la population générale.

tuberculose. Le dépistage et le traitement précoce ainsi que la mise en œuvre de mesures d'isolement des patients en détention doivent être assurés par le système médical du milieu pénitentiaire avec l'aide des services de lutte antituberculeuse du département. La réalisation des mesures : prévention, isolement, radiopulmonaire de dépistage, possibilité d'examen de laboratoire, médecine préventive pour le personnel et suivi médical des détenus après leur sortie, nécessite une réorganisation du système médical pénitentiaire.

Les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination qui sont des services du département ont pour vocation d'assurer la prévention de la tuberculose par des séances d'information, une couverture vaccinale, un suivi par des tests tuberculiques et un dépistage orienté en particulier dans l'entourage d'un cas de tuberculose. La coordination entre les médecins libéraux, l'hôpital et les dispensaires est souvent défectueuse et devrait être améliorée ; les dispensaires doivent disposer du personnel suffisant pour assurer un dépistage dans certains lieux à haut risque tels que les foyers d'hébergement ou d'autres milieux défavorisés, afin de rendre possibles des interventions efficaces. Une partie des dispensaires sont en voie de paupérisation, n'assurant que de rares dépistages pour une population marginalisée avec des moyens limités. À Paris, en 1986, il y avait 18 centres, il en restait 6 en 1993 alors que les besoins sont en nette augmentation.

Lieux de la prise en charge

Actuellement, l'hôpital assure la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la plupart des cas de tuberculose diagnostiqués en France. En effet, l'hôpital dispose du plateau technique qui permet le diagnostic rapide de la tuberculose (bactériologie, radiologie, médecins) et la délivrance rapide du traitement, son contrôle et sa poursuite tout le temps du séjour à l'hôpital.

Les dispensaires devraient pouvoir assurer la poursuite du traitement et déli-

Le groupe de travail DGS

La modification de l'épidémiologie de la tuberculose dans le monde et l'impact prévisible de l'infection du VIH sur son évolution ont conduit la DGS à entreprendre un vaste travail de mise au point concernant l'organisation et la réglementation de la lutte antituberculeuse en France. Plusieurs sous-groupes de travail ont été mis en place au printemps 1992 pour aborder les divers aspects de ce problème : surveillance, dépistage et prévention, diagnostic et thérapeutique, populations spécifiques : VIH, milieu pénitentiaire, organisation de la lutte antituberculeuse.

La traduction du travail effectué par les différents groupes est diverse : réformes législatives (cf. la refonte du CSP) et réglementaires, projets de loi, recommandations auprès des professionnels, modifications des instruments de surveillance, rapports, diffusion de fascicules d'information et de mise au point pour les malades ou les professionnels.

Références juridiques

Code de la santé publique

- Articles 215 à 220 nouveaux (voir dossier page XXIX)

Pour la déclaration obligatoire

- Articles L 11 et L 12 du code de la santé publique
- Décret n° 86-770 du 10 juin 1986 modifié par le décret n° 87-1012 du 11 décembre 1987
- Arrêté du 18 décembre 1989 relatif à l'informatisation des déclarations obligatoires
- Circulaire DGS/PGE/1C n° 21 du 8 janvier 1990 relative à la surveillance de la tuberculose

Pour la lutte contre la tuberculose dans les établissements pénitentiaires

- Article D 394 du code de procédure pénale
- Nouvel article L 381-30-6 du code de la Sécurité sociale (introduit par l'article 2 de la loi du 18 janvier 1994).

Pour la prévention de la tuberculose dans les lieux de soins

- Circulaire DGS/VS2-DH n° 69 du 29 octobre 1993

vrer les médicaments (disposition de la loi du 18 janvier 1994, cf. *infra*)

Il n'existe plus de structures spécifiques tels que les sanatoriums ou les aëriums destinées à accueillir les malades tuberculeux pendant toute la durée de leur traitement. Ces établissements s'étaient depuis longtemps reconvertis et

la loi du 18 janvier 1994 a abrogé les dispositions qui les prévoyaient. Ainsi la prise en charge médicale de la tuberculose passe dans le domaine commun et si une convalescence en moyen séjour s'avère nécessaire, elle pourra être réalisée dans un établissement de moyen séjour polyvalent.

Les médecins libéraux participent peu au diagnostic, au traitement et au suivi des patients tuberculeux. En effet, dans la majorité des cas, l'hôpital et les dispensaires assurent ces prestations. Leur rôle dans la prise en charge de la maladie est faible. En revanche, l'essentiel de la prévention repose sur eux.

Difficultés de la prise en charge

En cas d'affiliation à la Sécurité sociale, la tuberculose ouvre les droits à une prise en charge à 100 %. Celle-ci permet la gratuité du diagnostic et du traitement. Cependant, le délai d'obtention du 100 % peut être long, jusqu'à 3 mois.

Mais on sait qu'une petite partie de la population résidant en France n'est pas couverte par l'assurance maladie, sans compter les étrangers en

situation irrégulière. Or, c'est plus particulièrement dans cette population marginalisée ou clandestine que l'on trouve le plus de cas de tuberculose. L'admission à l'aide médicale, le bénéfice d'une carte-santé, peut dans certains cas résoudre le problème (cf. dossier de ce numéro) mais les procédures sont souvent longues. En

cas d'urgence les hôpitaux sont dans tous les cas tenus d'admettre un patient même sans prise en charge (circulaire n° 33/93 du 17 septembre 1993).

Ce sont ces difficultés d'accès aux soins pour les plus démunis qui ont amené certaines associations caritatives à ouvrir des dispensaires pour la prise en charge des tuberculeux en particulier. Ces mêmes difficultés ont motivé l'adoption de la nouvelle disposition législative concernant les dispensaires antituberculeux : sous réserve d'une habilitation, ces dispensaires pourront « assurer, à titre gratuit, le suivi médical et la délivrance de médicaments antituberculeux prescrits par un médecin » (art. L 220 nouveau du CSP). Mais le décret d'application de cet article n'est pas encore pris.

Il reste beaucoup de difficultés qui ralentissent la prise en charge, allongent les délais de traitement ; les traitements peuvent être interrompus, le suivi n'est pas toujours assuré. Plus grave, devant la difficulté à obtenir une prise en charge, certains patients risquent de renoncer à se faire traiter, notamment les étrangers dont la situation en France n'est pas régularisée.

Problèmes à résoudre

Si le dispositif de lutte contre la tuberculose en France existe, il est encore vétuste et peu adapté à la situation actuelle. De nombreux problèmes restent à résoudre :


- la mise en place d'un système de surveillance qui permette d'évaluer des tendances et d'identifier des groupes à risque ;
- l'accès au traitement rapide pour tous les patients selon une procédure simplifiée ;
- la gratuité du traitement ;
- l'organisation efficace d'un dépistage ciblé des cas secondaires et des primo-infections ;
- la définition d'une meilleure prévention et particulièrement la bonne utilisation de l'arme vaccinale qu'est le BCG.

D^r Elisabeth Bouvet

Médecin des hôpitaux,
groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard

Les unions professionnelles

Le mois d'avril 1994 a vu se dérouler les premières élections des représentants des médecins libéraux aux unions régionales. La définition législative des missions de ces unions est ambitieuse. Leur efficacité dépendra de leurs moyens et surtout de leur reconnaissance.

 est le 26 avril que s'achevait le scrutin permettant aux cent dix mille médecins libéraux et conventionnés de désigner pour la première fois leurs représentants aux « unions régionales de médecins exerçant à titre libéral ».

La création de telles structures a été proposée pour la première fois en 1990 par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Cette idée avait été reprise par Bruno Durieux, à l'époque ministre de la Santé, qui y voyait l'équivalent de l'institution de chambres des métiers spécifiques.

Les unions régionales dans leur forme actuelle ont été définies par la loi n° 93-8, Titre II, du 4 janvier 1993, dite « loi Teulade ».

Composition

Elles regroupent dans chaque région les médecins exerçant à titre libéral sous le régime de la ou des conventions nationales.

Chaque union est administrée à l'échelon régional par une assemblée composée à parité égale d'élus d'un collège des médecins généralistes et d'un collège des médecins spécialistes. Les unions sont des organismes de droit privé mais qui

exercent des missions d'ordre public. Le nombre d'élus à l'assemblée d'une union régionale varie de dix à quatre-vingts en fonction du nombre des médecins représentés (de cinq cents à dix mille). Les mandats sont de six ans renouvelables. Les candidatures étaient présentées, par collège, par les syndicats représentatifs ou par des organisations ayant une représentativité régionale.

Missions

La définition des missions pouvant être confiées à ces unions a évolué avec le temps. S'inspirant à l'origine de l'exemple allemand, il avait été envisagé qu'elles assurent des responsabilités disciplinaires, avec pouvoir de sanctions, vis-à-vis des médecins ne respectant pas des critères conventionnels d'activité. Cette

Références juridiques

- Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993, titre II, articles 5 à 10 (JO du 5 janvier 1993)
- Décret n° 93-1302 du 14 décembre 1993 (JO du 15 décembre 1993), reproduit page 39

conception avait suscité des réactions hostiles dans la communauté des médecins libéraux.

L'article 8 de la loi indique que les unions contribuent à « l'amélioration du système de santé et à la promotion de la qualité des soins ».

« Elles participent notamment aux actions suivantes :

- « ● analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des soins médicaux ;

- « ● évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;

- « ● organisation et régulation du système de santé ;

- « ● prévention et actions de santé publique ;

- « ● coordination avec les autres professionnels de santé ;

- « ● information et formation des médecins et des usagers ;

« Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les

conventions nationales visées à l'article L 162-5 du code de la Sécurité sociale et celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins. »

Un fait qui nous paraît essentiel est que les unions seront destinataires de données statistiques recueillies par les Caisses d'assurance maladie à la suite de la mise en place d'un système de codage des actes.

Toutefois, il reste sans doute un chemin important à parcourir avant qu'un tel système accepté par les différents partenaires, fiable et pertinent devienne opérationnel.

Il y a tout lieu d'en attendre une connaissance beaucoup plus fine de l'activité des soins en médecine libérale. De cette approche, il est également permis d'espérer une multiplication des procédures d'évaluation. L'enjeu final est que s'atténuent les dissonances entre des décideurs financeurs non acteurs, et des praticiens, pour l'instant, peu préoccupés d'objectifs de santé publique, par manque (entre autres) d'informations suffi-

santes.

Pour mener ces missions, les unions disposeront de ressources propres grâce à une cotisation annuelle obligatoire (valeur 1994 : 750 F) versée par chaque médecin libéral conventionné.

Résultats

Environ soixante pour cent des médecins libéraux ont participé à ces premières élections. Les deux principaux gagnants ont été d'une part, MG France qui a obtenu les deux tiers des votes des médecins généralistes, et d'autre part la CSMF qui outre un succès de même importance auprès des médecins spécialistes, reste le premier des syndicats médicaux libéraux en nombre de voix. Au-delà de cette première élection, ces unions pourraient être à terme des outils essentiels dans le partenariat entre les financeurs et les médecins libéraux.

D^r Gilles Errieau

Membre du Haut Comité de la santé publique

a

Alcoolologie

Fédération française des CHAA, assemblée constitutive

« Le 26 mars 1993 s'est déroulée dans les locaux de la bourse du travail de St-Denis l'assemblée constitutive de la fédération française des CHAA.

Cette manifestation a réuni 49 personnes originaires de tous les horizons français et représentant la plupart des professions exercées au sein des structures centres d'hygiène alimentaire et d'alcoolologie et des différents modes de gestions (associatifs, hospitaliers, DDASS et municipaux).

Après lecture et ultime modification des statuts préparés par un groupe de travail constitué depuis septembre 1993, les statuts ont été adoptés et a suivi l'élection du conseil d'administration.

Le conseil d'administration par la variété de ses membres a réussi à conserver une

représentativité à la fois régionale et pluri-professionnelle.

Cette représentativité a été clairement voulue par non seulement les membres fondateurs présents mais aussi par l'ensemble des personnes travaillant dans le dispositif CHAA qui a eu, lors de plusieurs courriers, l'occasion de s'exprimer sur ce point.

Le conseil d'administration a procédé ensuite à l'élection de son bureau et a élu domicile de l'association. »

Communiqué de la Fédération française des CHAA

Fédération française des CHAA

5, rue Jean de la Fontaine

02100 St-Quentin

Téléphone : (16) 23 67 19 87

Télécopie : (16) 23 67 01 70

Agence française du sang

Sigle

AFS

Date de création

1^{er} juillet 1992

Tutelle

Ministère chargé de la Santé

Statut

Établissement public administratif (4 janvier 1993)

Moyens

102 MF (budget 1994)

Effectif

Environ 60 personnes

Responsables

Président

Jean Marimbert

Directeur

Agnès Jeannet

Directeur médical et scientifique

P^r Patrick Hervé

Textes de référence

Loi du 4 janvier 1993

Décret du 9 mars 1993

(création de l'établissement public)

Décret du 26 mars 1993

(organisation du fonctionnement de l'agence)

Arrêté du 3 décembre 1993

(conseil scientifique)

Décret du 24 janvier 1994

(hémovigilance)

Arrêté du 31 mars 1994

(création du GIP-INTS)

Coordonnées

Agence française du sang

6, rue Alexandre Cabanel

75015 Paris

Téléphone : 44 49 66 00

Télécopie : 44 49 66 19

Missions

L'Agence française du sang contribue à la définition et à l'application de la politique de transfusion sanguine. Elle coordonne et contrôle l'activité et la gestion des établissements de transfusion sanguine, et assure des missions d'intérêt général pour le service public transfusionnel, notamment en vue de faciliter son adaptation aux évolutions scientifiques et techniques dans le respect des principes éthiques.



Logo

Objectifs

Ancrer la transfusion sanguine dans l'organisation générale de notre système de santé, en faisant de ce service public (180 établissements pour environ 10 000 personnes) un véritable réseau, plus homogène dans ses pratiques médico-techniques et de gestion, plus coordonné par un pilotage régulier de l'agence, plus efficient grâce aux regroupements de certaines activités dans le cadre des schémas d'organisation de la transfusion sanguine, et plus contrôlé grâce aux interventions des services d'inspection de l'agence, en liaison avec les services déconcentrés

Perspectives

- Mise au point des bonnes pratiques transfusionnelles
- Mise en œuvre du décret sur l'hémovigilance
- Mise au point de tous les autres textes d'application de la loi, notamment les décrets sur les statuts-type des établissements, sur les conditions d'agrément des centres, les conditions d'aptitude de leurs directeurs, les autorisations particulières relatives à certaines activités
- Préparation des schémas d'organisation territoriale de

la transfusion sanguine, en liaison avec les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, et avec le soutien financier du Fonds d'orientation de la transfusion sanguine

- Création d'un corps d'inspecteurs appelé à exercer en permanence l'activité de contrôle engagée à l'automne 1993
- Fonctionnement du Fonds d'orientation de la transfusion sanguine

Organisation

● Le conseil d'administration, où sont représentés la Direction générale de la santé, service de tutelle, d'autres directions du ministère de la Santé, avec lesquelles travaille l'agence et d'autres départements ministériels, la Caisse nationale d'assurance maladie, la Fédération française des donneurs de sang bénévoles, l'Association des hémophiles et plusieurs personnalités qualifiées.

● Le conseil scientifique, présidé par le P^r Jean Rosa, qui éclaire par ses avis l'agence sur toute question de nature médicale, scientifique et technique ayant une incidence sur une de ses missions.

● La mission de synthèse qui assure l'animation générale du processus de préparation et de mise en place des schémas d'organisation de la transfusion sanguine.

● La direction médicale et scientifique, chargée du développement (normes, formation, recherche) et du suivi du réseau sur le plan médico-technique.

● La direction de l'organisation et de la gestion des établissements, chargée de concevoir les outils d'une gestion harmonisée des établissements, d'assurer le suivi de cette gestion ainsi que l'instruction des décisions d'agrément, d'autorisation ou de subvention incombant au président de l'agence.

- Le service de gestion interne.
- Le service de presse et de communication.
- Le service juridique.

CDC d'Atlanta

Centers for disease control and prevention, États-Unis

Le CDC d'Atlanta, ou plus exactement l'ensemble des *Centers for disease control and prevention*, est souvent cité comme organisation exemplaire de santé publique en matière de surveillance. Le docteur Armelle George-Guiton, médecin-inspecteur de santé publique, a eu la chance de pouvoir s'y rendre : impressions de voyage...

De prime abord, on est abasourdi. Les CDC impressionnent par leur taille, 9 sites, dont le siège à Cliftonroad qui ne compte pas moins de 17 bâtiments, 7 600 employés dont 3 800 à Atlanta ; par leur budget, presque 2 milliards de dollars en 1993.

Mais très vite, on est amené à relativiser, puisque ces chiffres sont expliqués par la taille du pays (la population des États-Unis est 5 fois celle de la France et sa superficie 20 fois plus grande), mais surtout par l'ampleur des attributions actuelles des CDC, à savoir la prévention de la morbidité et de la mortalité évitables dans plusieurs domaines et l'édition des statistiques de santé.

Les CDC de 1994 ne sont donc plus du tout les « Communicable diseases centers » des années 1960, auxquels la légende reste attachée, mais une formidable machine de santé publique globale qui recouvre à elle seule ce que font en France des dizaines d'institutions : elle cumule

les fonctions de surveillance nationale, d'intervention et de recherche opérationnelles, de laboratoires de référence, ... À noter que certaines interventions recouvrent l'activité de services chez nous traditionnels : PMI, vaccination, médecine du travail, statistiques des causes de décès, ...

En ayant su s'adapter très tôt à la transition épidémiologique de l'après-

terme difficile à traduire), des volets complémentaires recouvrant peu ou prou toutes les pathologies et les outils de leur prévention (observation, recherche, intervention, information, communication, formation, ...). Par une série de fusions successives, les CDC se sont gonflés au fil des ans, en faisant venir des activités auparavant clairsemées. Du reste, le remembrement opéré est plus organisationnel que géographique puisque les CDC sont encore éclatés sur 8 villes très éloignées les unes des autres (jusqu'à Anchorage en Alaska et San Juan à Porto-Rico).

Un positionnement original

L'ensemble « CDC » est un service du ministère de la Santé. Sa place dans l'organigramme du ministère de la santé (Department of health and human services) le situe clairement sous la tutelle du ministre, au sein d'un service de santé publique (Public health service) regroupant également la Food and drug administration (FDA), le National institute of health research (NIH), l'Agence for toxic substances and disease registry, etc.

Mais s'ils constituent indubitablement un service du ministère, les CDC n'ont pas pour autant de fonction réglementaire, stricto sensu. À la différence de la FDA qui édicte des règlements, les CDC élaborent seulement des recommandations incitatives qui sont largement diffusées dans le MMWR (morbidity and mortality weekly report). Ses fonction-

Attributions des CDC

- Prévention de la morbidité et de la mortalité évitables dans :
 - les maladies transmissibles ;
 - les maladies dues à l'environnement ;
 - les maladies chroniques ;
 - les lésions traumatiques (« injuries ») ;
 - les risques professionnels.
- Établissement des statistiques de santé

guerre (qui a vu les maladies transmissibles supplantées par les maladies chroniques), les CDC ont développé, autour d'un noyau dur qui demeure l'intervention opérationnelle face à un problème de santé d'allure épidémique (« outbreak »,

naires décrivent très bien les avantages et inconvénients de ce statut. Ils en tirent incontestablement une très grande liberté d'expression, confortée par leur solide assise technique ; mais ils regrettent parfois que leur avis ne s'impose pas aux différents États. En effet, de par la Constitution, les États sont souverains pour organiser comme ils l'entendent les actions de santé publique. Mais cette autonomie est relative : on constate que le poids moral et l'autorité scientifique des CDC amènent les administrations décentralisées à suivre ses recommandations probablement aussi bien que s'il s'agissait de règles opposables. Par ailleurs, nombre de ces recommandations s'accompagnent d'incitations financières auxquelles il est difficile de résister.

Ainsi, les CDC agissant dans un pays où le secteur de la santé est juridiquement décentralisé, rétablissent l'équilibre en créant un équivalent de pouvoir central, dont la vocation (indirectement) régulatrice repose sur une compétence scientifique irréfutable.

Relais locaux

Les CDC disposent donc d'une autorité scientifique pour faire passer leurs idées ; ils peuvent de surcroît faciliter la mise en œuvre d'actions grâce à des incitations financières. Mais surtout, les CDC s'appuient sur un réseau de professionnels disséminés dans les États, soit en poste au sein de l'autorité sanitaire d'un État, soit en stage de formation.

Même si le pouvoir local est seul juge pour l'embauche, le financement et la gestion de ces professionnels, l'influence des CDC est telle que chaque recrutement nécessite, semble-t-il, leur aval. Les CDC disposent ainsi d'un bras séculier qui garantit une mise en œuvre aussi cohérente et efficace que possible. Chaque État a donc son ministère de la Santé (« State health department ») doté d'une équipe pluridisciplinaire.

Sur les 59 équipes répertoriées dans différents annuaires (pour les 50 États et 9 possessions extérieures), 33 directeurs sont médecins, 41 épidémiologistes po-

lyvalents sont médecins, les autres qualifications se partagent entre vétérinaire, statisticien,...

La composition de cette équipe « type » est certainement modulée suivant la variété géo-démographique des États puisque certains n'ont que 200 ou 300 000 habitants (Alaska, Wyoming, Vermont) alors que d'autres ont une po-

Composition type de l'équipe de direction d'un **State health department**

- Un directeur de la santé
- Trois épidémiologistes
 - Un polyvalent mais surtout infectieux
 - Un pour les pathologies dues à l'environnement
 - Un pour les maladies chroniques
- Un directeur de laboratoire de santé publique
- Un vétérinaire

pulation qui avoisine les 20 millions (Californie, New-York). Dans certains États, il existe des équipes comparables au niveau des « Counties » (comtés).

Mais un fait demeure : chaque entité géopolitique dispose d'une administration locale, composée majoritairement de techniciens, servant de têtes de pont au CDC, et consacrée à la mise en œuvre d'actions de santé.

Une formation garante de l'expertise future

Le dispositif de formation constitue, sans conteste, le point clef du système.

La formation initiale et continue de tous ces professionnels est assurée, depuis sa création en 1951, par l'Epidemic intelligence service (EIS).

Pendant leurs deux années de formation initiale, les « EIS officers » sont en réalité déjà sur le terrain, chargés d'investigations, sous la double supervision de l'autorité locale et des CDC.

Par la suite, ces professionnels de santé (actuellement 1 638 dont 1 342 médecins) exercent dans les structures centra-

les des CDC (28 %), dans les services décentralisés des États (9 %), en clientèle privée (22 %), dans des organismes internationaux (2 %) dans des écoles de santé publique ou facultés de médecine (15 %),... Pour reprendre les 9 %, soit 146, qui travaillent dans les services décentralisés, sachant qu'il y a 59 États ou possessions extérieures, on peut faire l'hypothèse qu'une répartition harmonieuse a fourni au moins deux « EIS officers » par État.

Les modalités de formation continue n'ont pas été étudiées durant cette visite. En revanche, il convient d'évoquer une procédure très intéressante de partage d'expérience professionnelle : les épidémiologistes de terrain se sont regroupés au sein d'une association, le Council of states and territories epidemiologists (CSTE) qui organise chaque année une rencontre d'une semaine, dans un État chaque fois différent, sur des thèmes d'actualité, étudiés de façon approfondie, autour d'échanges de pratiques professionnelles.

De plus, les membres du réseau EIS, quelle que soit leur affectation, se retrouvent également, chaque année, pendant une semaine en juin, pour une session de travail en commun.

L'alerte

Dans une telle structure, comment s'effectue l'alerte ? Cette question semble résolue par l'existence, dans chaque État et au siège des CDC, d'un numéro de téléphone pour les urgences (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). Apparemment, le même numéro répond, en première intention, à tous les types d'urgences. Puis, dans un deuxième temps, elles sont orientées en fonction de la nature du problème, grâce à un « Ressources index », vers des interlocuteurs plus spécialisés.

Mais il faudrait également savoir com-

ment est organisé le tour de garde (quelle fréquence de rotation, garde ou astreinte, quelle rémunération, quelle fonction assumée par quels professionnels, etc.).

Les réponses des interlocuteurs à cette question précise ont été diverses : certains ont été laconiques, disant que chaque État s'organisait différemment en fonction de ses moyens, moyens souvent insuffisants. Un interlocuteur a dit qu'en matière de risque lié à l'environnement, l'essentiel n'était pas de mettre en place un système de réponse à

l'urgence (les urgences étant rares, la population très disséminée, cette procédure aurait un mauvais rapport coût/avantage) mais bien plutôt de développer intensivement la recherche pour mieux connaître les effets sur la santé de l'exposition à long terme à un risque. Un autre a précisé qu'il n'y avait aucun problème d'organisation puisque certains professionnels acceptaient facilement d'être astreints... 365 jours/an (métier si passionnant, appels très peu fréquents,...).

Ces réponses incomplètes et légèrement discordantes, appelleraient une étude plus approfondie sur le terrain, au sein de l'autorité sanitaire d'un ou deux États.

Une action internationale largement médiatisée

Les officiers des CDC se sont fait connaître notamment grâce à l'éradication mondiale de la variole, ou actuellement au travers de celle de la poliomyélite. Mais surtout, ces dernières années, ils ont affiché leur volonté d'être présents dans le monde sur tous les fronts épidémiologiques chauds. Leur intervention s'étend dans 54 pays et porte sur le choléra, la malaria, le sida, les catastrophes naturelles ou humaines (usine chimique de Bhopal, huiles toxiques en Espagne, incendie des puits de pétrole au Koweït,...).

Pour intervenir à l'étranger, les CDC

disposaient en 1993 d'une équipe de 68 professionnels et d'un budget de plus de 14 millions de dollars, fourni essentiellement par l'agence pour le développement

Quelques interventions des CDC

- Identification de pathologies infectieuses
 - Maladie des légionnaires (1976)
 - Sida (1981)
 - Maladie de Lyme (1981)
 - Hantavirus (1993)
- Alerte sur des risques dus à l'environnement
 - Intoxication au plomb
 - Réacteur de Three Miles Island
 - Agent « Orange »

international (United States agency for international development, USAID), laquelle emploie 28 de leurs agents.

Enfin, les CDC sont assez présents à l'OMS dans des postes stratégiques :

14 « EIS officers » dont 9 à Genève, mettent en œuvre les recommandations des CDC pour le compte des Nations unies.

L'ensemble de ces moyens mis au service de la surveillance et de la prévention, ne doit pas faire perdre de vue que les États-Unis obtiennent des résultats moyens en santé publique (l'espérance de vie est moins longue qu'en France : chez les femmes françaises, elle était, en 1991, de 81,1 ans, chez les femmes blanches américaines de 79,9 ans, chez les femmes noires de 74,3 ans).

L'action préventive des CDC à l'intérieur des États-Unis est peut-être moins performante que ce que l'on imagine. ■

Armelle George-Guiton

Médecin-inspecteur de santé publique, Direction générale de la santé

Actualité et dossier en santé publique,

la revue du

Haut Comité de

la santé publique

est envoyée sur

demande écrite au

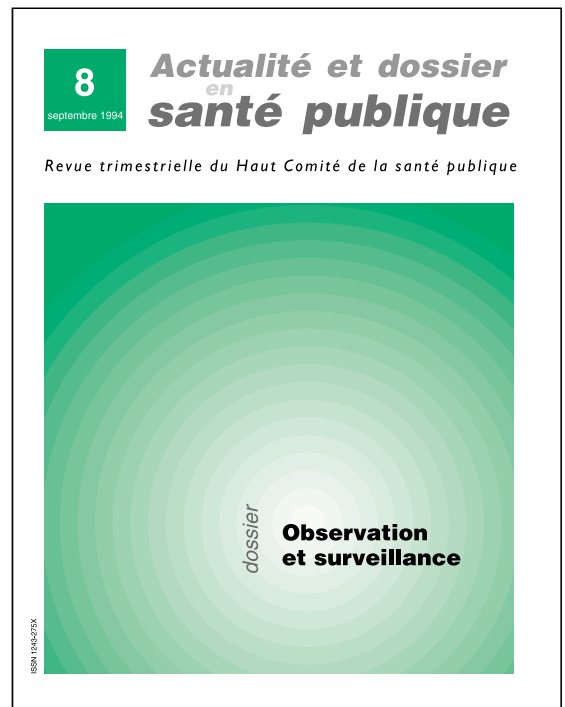
HCSP

2, rue Auguste Comte

92170 Vanves

À paraître le

15 septembre 1994



DESS Économie et gestion des systèmes de santé

Paris I Panthéon-Sorbonne

Responsable pédagogique

Professeur Michèle Fardeau

Renseignements administratifs

Secrétariat du 3^e cycle de sciences économiques.
Université de Paris I
Panthéon-Sorbonne
90, rue de Tolbiac
75634 Paris Cedex 13
Téléphone : 40 77 18 50

Public

- Titulaires d'une maîtrise de sciences économiques et autres maîtrises spécialisées dans les disciplines du DESS (gestion, droit, sociologie, administration économique et sociale).
- Titulaires de titres équivalents à la maîtrise ayant une expérience professionnelle dans le domaine de la santé et de la protection sociale.

Modalités

La sélection des candidats est effectuée sur dossier en fin d'année scolaire. Les candidats peuvent être convoqués pour un entretien complémentaire en septembre. L'enseignement se déroule sur 7 mois (octobre à mai). Pour les étudiants salariés, un régime en deux ans est organisé. Tous les enseignements ont lieu à l'Université de Paris I, Centre Pierre Mendès-France 90, rue de Tolbiac 75013 Paris.

Objectif

Ce diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), propose un enseignement de haut niveau consacré à l'analyse des systèmes de santé.

L'approche dominante est celle de l'économie avec une formation spécialisée dans les disciplines voisines.

L'objectif est l'acquisition de connaissances coordonnées dans un domaine d'activité en expansion et à très forte spécificité, ainsi qu'une formation à l'utilisation efficace des méthodes et résultats des recherches les plus récentes dans le champ de la santé.

La présence dans cette formation à la fois d'étudiants et de personnes engagées depuis plusieurs années dans la vie professionnelle (cadres des établissements hospitaliers, de l'industrie pharmaceutique, responsables de la protection sociale, médecins...) permet d'offrir à la fois un cadre théorique, méthodologique et factuel cohérent et un lieu de réflexion sur l'activité, les fonctions et l'évolution des systèmes de santé.

Programme

Les enseignements sont assurés par une équipe pluridisciplinaire d'universitaires, de chercheurs du CNRS et de l'Inserm, et de professionnels de la santé.

- Économie de la santé.
- Droit de la santé.
- Économie de l'assurance maladie.
- Économie des politiques de santé.
- Sociologie de la santé.
- Informatique appliquée à la santé.
- Statistiques appliquées à la santé.
- Économie des industries biomédicales.
- Gestion hospitalière.
- Économie de la santé et développement.
- Séminaires de méthodes.

Stages et rapports

Pour les étudiants en formation initiale, un stage d'une durée de deux mois minimum est obligatoire. Il donne lieu à la rédaction d'un rapport de stage.

Pour les étudiants exerçant une activité professionnelle, un rapport d'études est rédigé sur un sujet en relation avec leurs compétences et leur expérience.

Rapports de stage et rapports d'études font l'objet d'une soutenance.

Débouchés

- Il existe un fort besoin de spécialistes dans les branches de la santé et de la protection sociale : services de l'État et des collectivités territoriales (régions, départements, communes), organismes de protection sociale et mutuelles, centres d'études et de recherches, industrie biomédicale, organismes internationaux, associations.
- En outre, les étudiants titulaires de la maîtrise de sciences économiques (ou d'une formation économique équivalente) et ayant obtenu le DESS, avec mention assez bien, peuvent demander par dérogation l'équivalence du DEA et leur inscription en thèse de sciences économiques de l'Université de Paris I.

Libre circulation des produits sanguins

Le progrès technique a permis depuis plusieurs dizaines d'années la conservation et le transport des produits stables, extraits par fractionnement du sang ou du plasma*. La France est restée cependant, jusqu'à ces derniers temps, peu concernée par les échanges internationaux de ces produits, dans la mesure où l'autosuffisance nationale était atteinte pour la plupart d'entre eux. Aujourd'hui, la construction européenne conduit à une ouverture. L'adoption d'une directive par la Communauté européenne en 1989, et sa transposition en droit français n'ont pas levé tous les problèmes ni toutes les ambiguïtés.

La France, comme chacun des États membres du Conseil de l'Europe ou de la Communauté économique européenne, a longtemps vécu en autarcie dans le domaine des produits sanguins. Cette absence d'échanges s'expliquait, d'une part, par les difficultés techniques de conservation et de transport des produits labiles (sang total, concentrés cellulaires et plasma) et, d'autre part, par l'absence d'excédents en France comme chez ses partenaires européens.

L'Accord 26 du Conseil de l'Europe

La nécessité d'une coopération entre systèmes transfusionnels s'étant cependant fait sentir, notamment à l'occasion de

grandes catastrophes frappant un État membre, le Conseil de l'Europe a très tôt mis en place un cadre pour cette coopération que l'on n'appelait pas encore « humanitaire ». Tel est l'objet de l'Accord 26

signé le 15 décembre 1958 et ratifié par la France sous le nom d'Accord européen relatif à l'échange de substances thérapeutiques humaines, le 2 juin 1960. D'une importance réduite si l'on considère la rareté des cas où il a été utilisé, cet accord est cependant fondamental par les principes qu'il a posés pour faire triompher le non-profit : mise à disposition des produits « sans autre rémunération que celle nécessaire au remboursement des frais de collecte, de préparation et de transport de ces substances » ; engagement du bénéficiaire à utiliser ces substances « sous les conditions expresses qu'elles ne donneront lieu à aucun bénéfice, qu'elles seront utilisées uniquement à des fins médicales et qu'elles ne seront remises qu'à des

À ne pas confondre !

La Communauté européenne

Créée en 1958, elle est devenue Union européenne depuis la signature et la ratification du traité de Maastricht par ses douze États membres. Pour ses compétences en matière de santé, voir le dossier de *AdSP* n° 3.

Le Conseil de l'Europe

Créé en 1949, il regroupe 23 pays européens. Son objectif est dès l'origine très large : œuvrer pour une union européenne plus étroite, défendre la démocratie et les droits de l'homme, améliorer les conditions et promouvoir les valeurs humaines.

Dégagé des objectifs économiques de la Communauté européenne, le Conseil de l'Europe a dans bien des problèmes de société pu favoriser le rapprochement des objectifs et des politiques de ses États membres.

* Les principaux sont les facteurs de coagulation nécessaires aux hémophiles et l'albumine

organismes désignés par les gouvernements intéressés ».

Le développement, dans les années 70, de l'industrie de fractionnement du plasma a profondément modifié les termes du contexte d'application de cet accord. La production et l'utilisation croissante des produits sanguins stables ont conduit la CEE à mettre en place, sous le régime du médicament, les bases de la libre circulation de ces produits.

Harmonisation européenne : le nouveau cadre juridique européen

Le Conseil des ministres de la Communauté, lors de l'adoption en décembre 1986 de la directive 87/22/CEE concernant les médicaments issus de la biotechnologie, avait chargé la Commission de lui présenter des propositions visant à harmoniser, sur le modèle pharmaceutique, les autorisations de fabrication et de mise sur le marché des médicaments jusque-là exclus de la législation communautaire, et notamment les dérivés stables du sang. Les travaux de la Commission ont abouti à l'adoption à l'unanimité par le Conseil, le 14 juin 1989, de la directive 89/381/CEE concernant les médicaments dérivés du sang ou du plasma humain. Cette directive est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1992 et son application intégrale est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 1993.

La loi du 4 janvier 1993 a introduit en droit interne français les dispositions de cette directive qui soumet les produits sanguins stables au droit commun du médicament contenu dans le livre V du code de la santé publique. Pour tenir compte des spécificités éthiques et techniques liées à cette classe de produits pharmaceutiques, la loi prévoit cependant une série de dispositions dérogatoires.

Les mesures de transposition de la directive du 14 juin 1989

En effet, la transfusion sanguine française s'était développée depuis longtemps



Aménagement des structures de production

C'est dans l'aménagement des structures de production que la France a manifesté le plus fortement son souci de concilier les principes éthiques fondamentaux auxquels elle tient et la législation communautaire.

Si les six établissements de fractionnement existant actuellement en France se voient soumis au droit commun de la pharmacie et doivent se doter d'un pharmacien responsable participant à la direction générale de l'établissement, la loi les oblige à se regrouper au sein d'un organisme dénommé Laboratoire français de fractionnement et des biotechnologies. Ce dernier, qui revêt la forme d'un groupement d'intérêt public, se voit accorder le monopole de préparation des dérivés sanguins stables mais sa structure juridique souple et ouverte lui permet d'associer, le cas échéant, d'autres partenaires, notamment industriels, français ou étrangers, qui respectent les principes éthiques posés par la loi. Pour éviter toute dérive en ce domaine, il est prévu que la majorité des voix au conseil d'administration est détenue par des personnes morales de droit public. Ce dispositif n'exclut donc pas que des industriels du fractionnement à statut privé puissent exercer leur activité en France, à la condition toutefois d'entrer dans le Laboratoire français de fractionnement et des biotechnologies. Bien plus, la loi n'interdit pas l'activité en France d'une firme pharmaceutique qui importerait du plasma issu de donateurs rémunérés et réexpédierait ensuite l'intégralité de sa production hors de nos frontières.

dans le respect du principe éthique de bénévolat. Mais le don du sang, en Allemagne par exemple, était rémunéré par les firmes privées qui fabriquent les produits sanguins stables. Cette divergence posait problème dès lors que la directive précitée imposait la libre circulation.

C'est pourquoi, le souci de voir respecter ses règles en matière éthique a conduit la France à insérer une disposition restrictive selon laquelle une autorisation de mise sur le marché de produits sanguins stables sera subordonnée à l'utilisation de plasma issu de donateurs volontaires et bénévoles. Une réserve, justifiée par la mise à disposition des patients de produits importés indispensables issus de donateurs rémunérés, a cependant été introduite au nom de la nécessité thérapeutique. Il n'en demeure pas moins que se trouve posé là le problème de la conciliation des engagements européens de la

France et des valeurs auxquelles elle a réaffirmé son attachement.

En effet, la directive 89/381/CEE du 14 juin 1989 a été rédigée en des termes compatibles avec les différentes conceptions en vigueur dans les douze États de la Communauté : « Les États membres prennent toutes mesures utiles pour promouvoir l'autosuffisance de la Communauté en sang et plasma humain. À cette fin, ils encouragent les dons de sang ou de plasma volontaires et non rémunérés et prennent toutes mesures utiles pour le développement de la production et de l'utilisation des produits dérivés du sang et du plasma humain provenant de dons volontaires et non rémunérés. » Par rapport aux principes éthiques français, ce texte présente un double défaut, l'un de forme, l'autre portant sur le fond : la directive, outre qu'elle subordonne les valeurs éthiques de bénévolat et de volontariat à la

promotion de l'autosuffisance communautaire, se borne à encourager, et non à rendre obligatoire, le don volontaire et non rémunéré. Certes, les auteurs de la directive ne pouvaient instaurer cette obligation sans délai, certains États, l'Allemagne, par exemple, jugeant normal le recours au don rémunéré, d'autres, comme l'Italie, important du plasma non communautaire pour combler un déficit chronique résultant d'une insuffisance du bénévolat.

Cependant, un échange de lettres entre les ministres français et néerlandais de la santé et la Commission européenne a amené cette dernière, par la plume de son vice-président Martin Bangemann, à admettre que la loi française était compatible avec la directive du 14 juin 1989. La levée de cette hypothèque constitue un pas important vers la constitution d'une Europe transfusionnelle fondée sur le bénévolat du don.

L'Europe de la transfusion sanguine reste à construire

Au-delà de la mise en place d'un cadre juridique commun et de sa transposition en droit interne par chacun des États de l'Union européenne, force est de constater qu'une véritable Europe de la transfusion sanguine n'existe pas actuellement. La raison essentielle de cet état de fait provient de l'hétérogénéité profonde qui règne entre le nord et le sud de l'Europe. Cette opposition, certes réductrice, se manifeste surtout dans l'attitude de la population envers le don de sang, mieux entré dans les mœurs chez les peuples septentrionaux que sur le pourtour de la Méditerranée. De plus, les équipements industriels de fractionnement suivent une distribution à peu près équivalente.

Une autre difficulté provient du fait que l'autosuffisance n'est globalement atteinte que par une minorité d'États (France, Pays-Bas, Grande-Bretagne) alors que la plupart des autres doivent avoir recours à des importations soit de plasma soit de produits finis. Une telle situation n'est pas satisfaisante car elle place l'Europe sous la dépendance de

Collecte de sang totale auprès de donateurs volontaires			
non rémunérés dans la Communauté européenne			
États membres	1986	1989	Nombre de dons
	(milliers de dons)		pour 1 000 habitants (1989)
Belgique	642	681	68
Danemark	410	430	83
France	3393	3940*	70
Rép. Féd. d'Allemagne	3465	3585	44
Grèce	370	420	42
Irlande	141	131	37
Italie	2107	1736	31
Luxembourg	23	21	56
Pays-Bas	759	786	52
Portugal	160	190	18
Espagne	859	986	25
Royaume-Uni	2422	2520	44
Communauté européenne	14 751	15 426	
Conseil de l'Europe	17 356	18 137	

* données relatives à 1988

Source : W. G. Van Haine, *La collecte et l'utilisation de sang et de plasma humains en Europe*, rapport pour le Conseil de l'Europe et la Commission des Communautés européennes, Strasbourg 1993.

fournisseurs extérieurs comme l'industrie pharmaceutique américaine et surtout de donateurs appartenant fréquemment au Tiers-Monde. Il n'est pas souhaitable que cette situation perdure, à la fois pour des raisons morales évidentes et à cause de dangers potentiels de contamination là où les donateurs sont peu ou mal sélectionnés et où les épidémies sont fréquentes, même si les méthodes d'inactivation sont aujourd'hui sûres.

C'est à la lumière de ces considérations qu'il faut comprendre l'objectif d'autosuffisance assigné à l'Union européenne par la directive du 14 juin 1989. Il ne s'agit pas, comme on l'a parfois prétendu, de l'expression de l'égoïsme de nations nanties se repliant sur elles-mêmes une fois l'autosuffisance atteinte, mais bien au contraire d'éviter tout risque d'exploitation des populations en voie de

développement en assurant simultanément une plus grande sécurité sanitaire. Le défi ne pourra être relevé, au demeurant, que par une adhésion populaire s'exprimant par davantage de donateurs et de dons bénévoles et volontaires. ■

Jean-Étienne Caire

Chargé de mission,
Direction générale de la santé

La clientèle du dispositif de soins **sectorisé de psychiatrie**

Premiers résultats d'une enquête nationale

Plus de 750 000 personnes adultes sont accueillies chaque année dans les 800 secteurs de psychiatrie générale.

Depuis 1985, un système d'information a été mis en place, qui recueille annuellement dans ces secteurs, des informations sur les moyens en personnel, les équipements, les modalités de prise en charge des patients. Mais il n'y a pas au plan national de recueil systématique de données de morbidité sur cette clientèle. Les dernières données nationales recueillies par l'Inserm sur la morbidité des patients adultes hospitalisés en psychiatrie datent de 1978 pour la dernière publication et de 1982 pour la dernière enquête. Actuellement les deux tiers des patients suivis par les secteurs ne sont pas hospitalisés, d'où l'intérêt maintenant de disposer d'éléments portant sur l'ensemble des patients suivis par les secteurs ; intérêt confirmé par l'enquête nationale de morbidité réalisée en 1988 par l'Inserm dans les 300 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, démontrant la faisabilité d'une telle étude et la richesse des informations recueillies.

Réaliser une enquête nationale portant sur les principales caractéristi-

La réalisation, en 1993, d'une enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale nous renseigne sur les principales caractéristiques de celle-ci : morbidité, modalités de prise en charge mais également caractéristiques socio-démographiques.

ques de la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale devenait une nécessité.

Une double opportunité s'est présentée en 1993 :

- la publication en janvier de cette année, du chapitre V « troubles mentaux et troubles du comportement » de la 10^e révision de la classification internationale des maladies
- des données disponibles et récentes

sur la population générale, issues du recensement de 1990.

La Direction générale de la santé, et le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (centre Inserm) ont donc décidé de s'associer pour effectuer en mars 1993 une coupe transversale dans un secteur de psychiatrie générale sur deux en utilisant la 10^e révision de la classification internationale des maladies et en recueillant les principales caractéristiques socio-démographiques de ces patients.

Offre de soins en santé mentale

Elle repose sur un dispositif très diversifié.

- La psychiatrie de service public, organisée en secteurs, 812 secteurs de psychiatrie générale pour les adultes, 301 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour les enfants et adolescents et 20 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rattachés à des établissements de santé publics ou privés faisant fonction de public.
- Quelques services hospitaliers non sectorisés.
- Des établissements de soins privés à but lucratif ou non lucratif.
- Des professionnels spécialisés libéraux, psychiatres, psychologues, ...

Objectifs de l'enquête

- Connaître la morbidité dans les secteurs de psychiatrie générale.
- Connaître les caractéristiques socio-démographiques de la population suivie en comparaison avec les mêmes données en population générale.
 - Apporter des éléments de réflexion sur l'utilisation du dispositif sectorisé, en faisant intervenir des données sur les modalités de prise en charge.
 - Sensibiliser les praticiens à l'utilisation des classifications en psychiatrie, et tout particulièrement à l'utilisation de

la nouvelle révision de la classification internationale des maladies, outil de communication et d'échanges internationaux.

- Être une base de référence pour les études à caractère local comme pour les comparaisons internationales.

Premiers résultats descriptifs

L'enquête s'est déroulée du 16 au 29 mars 1993 dans 411 secteurs de psychiatrie générale.

Les limites de ce type d'enquête tiennent aux effets des coupes transversales : le poids relatif des pathologies n'est pas le même que dans la file active* annuelle.

* file active : l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un membre de l'équipe du secteur

Déroulement de l'enquête

Méthode

L'enquête a été effectuée dans un secteur de psychiatrie générale sur deux. Le recueil des données s'est déroulé du 16 au 29 mars 1993, pendant un jour pour les prises en charge à temps complet, une semaine pour les prises en charge à temps partiel et 15 jours pour les prises en charge ambulatoires. Les variables recueillies sont le sexe, l'âge, la catégorie diagnostique codée selon la CIM 10, la situation matrimoniale, le mode de vie (par la réponse à la question vit seul oui/non), l'activité professionnelle, l'AAH. Ces variables sont recueillies en continu dans la fiche par patient. Chaque patient suivi durant la période du 16 au 29 mars ne devait être compté qu'une fois. Pour un patient ayant différentes modalités de prises en charge, c'est l'accueil à temps complet qui était privilégié puis l'accueil à temps partiel.

Taux de réponse

Le taux de réponse a été de 93 % (381 secteurs sur 411) avec un taux de 94 % pour les secteurs rattachés aux Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de public et un taux de 89 % pour les secteurs rattachés aux hôpitaux généraux.

En particulier, il existe une sur-représentation des pathologies demandant des soins plus intensifs et sur des plus longues durées.

Sur 103 000 personnes suivies pendant la période de l'enquête, 63 % sont suivies en ambulatoire, 12 % sont suivies à temps partiel et 25 % à temps complet.

Les derniers résultats sur l'ensemble des personnes suivies pendant une année entière donnent la répartition suivante : 57 % sont exclusivement suivies en ambulatoire, 10 % à temps partiel et 34 % à temps complet.

Une répartition par sexe et âge assez voisine de celle observée en population générale

Avec 48 % d'hommes et 52 % de femmes, la répartition hommes-femmes des patients suivis par le secteur est comparable à celle de la population générale.

Les moins de 20 ans représentent à peine 2 % de l'ensemble.

La répartition par âge de la population suivie par les secteurs est proche de celle de la population générale âgée de 20 ans et plus. Ainsi la part des personnes âgées de 65 ans et plus est de 19 % pour les personnes suivies par les secteurs de psychiatrie et de 22 % en population générale. On observe toutefois une légère

sur-représentation des tranches d'âge 35-44 et 45-54 ans par rapport à la population générale.

Une prise en charge de pathologies diversifiées

Le premier diagnostic a été renseigné pour 96 % des patients (sur les 103 094 patients) et seulement pour 7 % sur le second diagnostic.

La répartition selon le premier diagnostic révèle 5 pathologies qui regroupent 58 % des patients. Les diagnostics les plus fréquents sont la schizophrénie (23 %), la dépression (12 %), les « autres troubles délirants » (8 %), les troubles de la personnalité (8 %) et les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (7 %).

Cette répartition varie selon le sexe des patients ; ainsi la schizophrénie et les troubles liés à l'alcool sont plus répandus chez les hommes, tandis que la dépression l'est plus chez les femmes.

Elle diffère également en fonction du mode de prise en charge : les patients ayant un diagnostic de schizophrénie représentent 24 % des hommes et 14 % des femmes suivis en ambulatoire, ils représentent 43 % des hommes et 29 % des femmes suivis à temps partiel. À l'inverse la dépression est plus fréquente parmi

Répartition par sexe et par âge de l'ensemble des patients et de la population générale

(en pourcentage des 20 ans et plus)

	Ensemble des patients			Population générale		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
20-24 ans	3	3	6	5	5	10
25-34 ans	10	8	18	10	10	20
35-44 ans	12	12	24	10	10	20
45-54 ans	9	9	18	7	7	14
55-64 ans	7	8	15	7	7	14
65-74 ans	4	6	10	5	6	11
75-84 ans	2	4	6	3	5	8
85 ans et plus	1	2	3	1	2	3
Total	48	52	100	48	52	100

Répartition selon le premier diagnostic

Les 6 pathologies les plus fréquentes

	Schizophrénie	Dépressions	Troubles de la personnalité	Autres troubles délirants	Alcool	Démences	Autres	Total
Hommes								
Ambulatoire	24,38	9,53	9,92	8,16	11,25	2,95	33,81	100,00
Temps partiel	43,39	3,95	6,63	8,44	8,57	1,33	27,69	100,00
Temps complet	31,95	3,70	5,42	6,82	11,49	5,69	34,93	100,00
Ensemble	29,22	7,07	8,16	7,81	10,94	3,51	33,29	100,00
Femmes								
Ambulatoire	13,81	18,55	9,83	8,60	3,33	5,47	40,41	100,00
Temps partiel	29,35	11,34	7,30	9,72	4,12	2,79	35,38	100,00
Temps complet	24,18	9,16	4,92	8,53	4,65	12,38	36,18	100,00
Ensemble	17,67	15,78	8,51	8,70	3,70	6,66	38,98	100,00
Hommes et femmes								
Ambulatoire	18,40	14,62	9,87	8,41	6,77	4,37	37,56	100,00
Temps partiel	37,05	7,28	6,93	9,02	6,56	1,99	31,17	100,00
Temps complet	28,48	6,14	5,19	7,58	8,44	8,68	35,49	100,00
Ensemble	23,19	11,61	8,34	8,25	7,16	5,15	36,30	100,00

Les enquêtes gérées par le ministère de la Santé

Les rapports annuels de secteur

Les rapports annuels de secteur connaissent leur forme actuelle depuis 1985 et 1986. Ils fournissent, par secteur, pour la psychiatrie générale et pour la psychiatrie infanto-juvénile des données sur

- la file active et ses modalités de prise en charge,
- l'équipement en structures de soins,
- le personnel médical et non médical.

Les données sur la file active proviennent de l'agrégation de données recueillies sur les fiches par patient mises en place en psychiatrie générale depuis 1988 et depuis 1991 en psychiatrie infanto-juvénile.

Les rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques

Ces commissions, mises en place par la loi du 27 juin 1990, sont chargées d'examiner la situation des personnes hospitalisées en psychiatrie au regard du respect des libertés individuelles. Le rapport annuel des commissions fournit des données sur les hospitalisations sans consentement et sur l'activité des commissions.

Les enquêtes complémentaires en psychiatrie

Celles-ci sont destinées à collecter de l'information sur des aspects spécifiques de la psychiatrie en particulier sur les modes d'hospitalisation qui ne sont pas renseignés par les enquêtes hospitalières H80 et EHP. Les dernières enquêtes complémentaires ont porté sur :

- la répartition par âge, sexe et mode de placement des personnes présentes au 15 janvier 1988 ;
- la répartition par mode de placement des entrées et journées d'hospitalisation en 1988 ;
- les modes d'hospitalisation, le département de résidence et l'année d'entrée dans la structure, des malades hospitalisés à temps

complet au 8 octobre 1991.

Les enquêtes hospitalières

Les enquêtes hospitalières H80 (pour le public) et EHP (pour le privé) fournissent des données sur l'équipement, l'activité et le personnel des établissements et services d'hospitalisation en psychiatrie (secteurs et services non sectorisés confondus). Ces enquêtes ont fait l'objet d'une refonte récente et s'appellent *statistiques annuelles des établissements de santé* (SAE).

les patients suivis en ambulatoire (10 % des hommes et 19 % des femmes) que parmi ceux suivis à temps complet (4 % des hommes et 9 % des femmes).

Des indicateurs d'isolement

La situation matrimoniale, comme le mode de vie, témoignent d'une situation

d'isolement plus fréquente pour les patients. Le célibat apparaît comme beaucoup plus répandu chez les patients suivis et à l'inverse la situation de personne mariée y est plus rare. Ainsi 64 % des hommes et 38 % des femmes sont célibataires pour 29 % des hommes et 22 % des femmes (âgés de 20 ans et plus) en population générale. Cet écart est observable pour tous les groupes d'âge.

Si le célibat ne reflète pas la situation réelle, étant donné l'importance de la cohabitation hors mariage, la part des célibataires vivant seuls constitue un indicateur d'isolement. Chez les hommes comme chez les femmes, la part des célibataires vivant seuls et la part des divorcés vivant seuls est plus importante dans la population des secteurs que dans la population générale : 35 % des hommes et 33 % des femmes célibataires vivent seuls pour 22 % des hommes et 25 % des femmes célibataires en population générale.

Ces deux effets se conjuguent et se traduisent par une part importante de personnes vivant seules : 31 % des hommes et 27 % des femmes vivent seuls (11 % des hommes et 17 % des femmes de 20 ans et plus en population générale). La part des personnes vivant seules par tranche d'âge est toujours beaucoup plus élevée dans la population des secteurs, excepté pour les 75 ans et plus.

Une faible insertion professionnelle et une autonomie financière limitée

L'exercice d'une activité professionnelle est relativement rare chez les patients suivis par les secteurs de psychiatrie : 18 % ont une activité professionnelle en milieu ordinaire et 3 % en milieu protégé. Parmi les personnes âgées de 20 à 64 ans, les actifs ayant un emploi représentent 24 % des hommes et 26 % des femmes suivis par les secteurs de psychiatrie, pour 76 % des hommes et 56 % des femmes en population générale. Quelle que soit la tranche d'âge, la part des actifs ayant un emploi est plus de deux fois faible dans la population des secteurs.

L'allocation adulte handicapé (AAH) est perçue par 32 % des hommes et 23 % des femmes. Assez logiquement les personnes sans activité professionnelle perçoivent plus souvent l'AAH que les personnes ayant une activité professionnelle : 39 % des hommes sans activité pour 13 % ayant une activité et 28 % des femmes sans activité pour 8 % ayant une activité. Ainsi la perception de l'allocation

Part des personnes vivant seules par sexe et par âge



tion adulte handicapé compense-t-elle partiellement les difficultés d'exercer une activité professionnelle.

Conclusion

Les premiers résultats de l'enquête donnent une image complexe de la clientèle des secteurs nécessitant des approfondis-

sements qu'apporteront une exploitation à un niveau plus fin ainsi que des compléments ultérieurs sur des thèmes plus ciblés. Cependant, d'ores et déjà, des éléments importants apparaissent au premier rang desquels la mesure à grande échelle de caractéristiques socio-démographiques particulières : faible capacité d'autonomie financière et isolement. L'enquête objective les difficultés sociales

que connaissent bien les patients et leurs familles, comme les équipes de secteur.

La politique de secteur a toujours eu pour ambition de séparer le moins possible les patients de leur famille et de leur milieu en développant les soins de proximité les plus précoces possible pour tenter d'éviter la désinsertion. Les résultats de l'enquête constatent les effets de cette politique dans la diversification des prises en charge y compris pour des pathologies lourdes : ainsi les patients schizophrènes (plus de 22 000 patients ont ce diagnostic dans l'enquête) sont suivis à 50 % en ambulatoire, 19 % à temps partiel et 31 % à temps complet. De plus la part relative des schizophrènes varie très peu selon le type d'établissement : 24 % en centre hospitalier spécialisé ou hôpital psychiatrique privé, 22 % en hôpital général.

Mais il ressort également de ces résultats de réelles difficultés sociales des patients, en lien avec différents facteurs : effets de la pathologie mentale, conjoncture économique, approche culturelle de la maladie mentale... Ces difficultés existaient sans doute à l'époque où faute d'alternative, les patients étaient soit hospitalisés, soit restaient à l'écart du dispositif de soins, mais elles n'étaient pas mesurées ni appréciées selon nos critères actuels.

Aujourd'hui une réflexion s'impose sur la qualité de vie des patients en dehors de l'hospitalisation, notamment pour les patients atteints d'une affection au long cours. Certes la psychiatrie de secteur doit s'interroger sur l'évolution des soins à poursuivre afin de favoriser la réinsertion (par le développement des soins de réadaptation), mais il est clair que les problèmes posés appellent des réponses qui ne sont pas du seul ressort de la psychiatrie mais de la responsabilité de l'ensemble du corps social. ■

Bénédicte Boisguérin

Direction générale de la santé

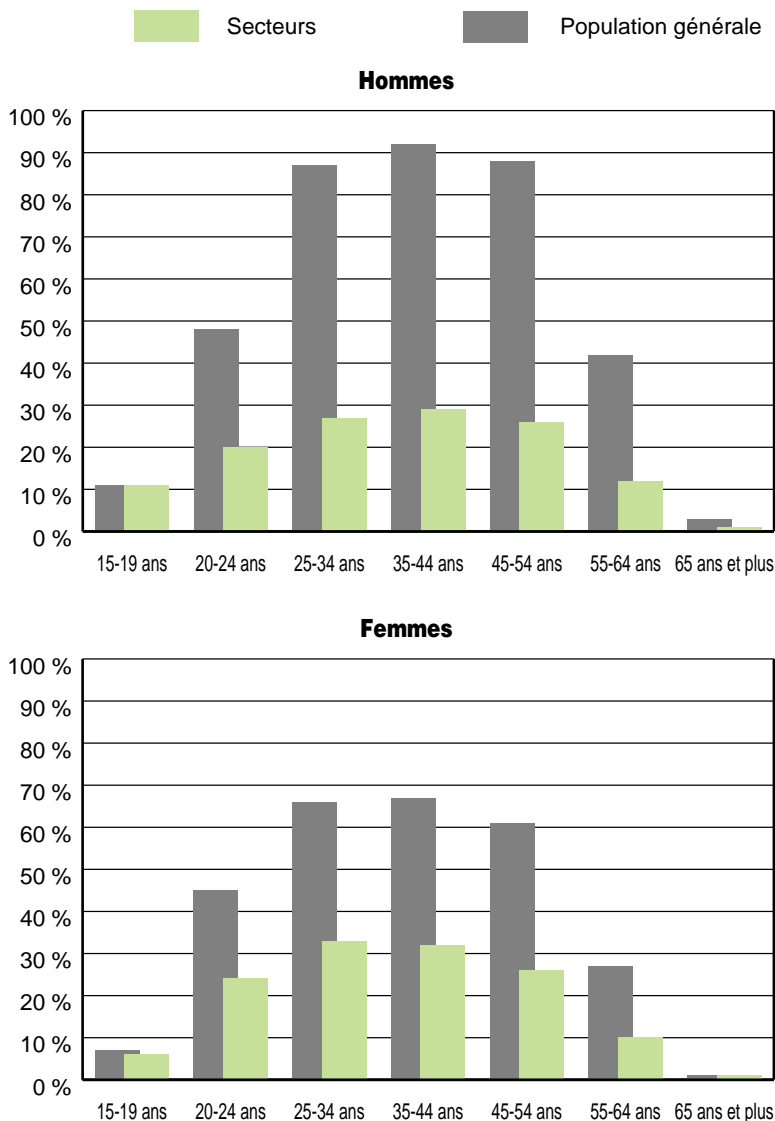
D^r Claudine Parayre

Direction générale de la santé

D^r Nicole Quemada

Inserm, centre collaborateur OMS

Part des actifs ayant un emploi par sexe et par âge



Santé publique, une revue pour la recherche, l'analyse et l'action

Après six ans de parution régulière, *Santé publique* change d'apparence, de rythme de publication, d'éditeur et de fond...

La nouvelle formule constitue plus une évolution qu'une métamorphose. « Revue multidisciplinaire pour la recherche et l'action » : la multidisciplinarité reste la caractéristique incontournable de la santé publique en général, de l'orientation de la Société française de santé publique, et donc de la revue en particulier.

« Pour la recherche et pour l'action » : dès sa création, en 1988, par la réunion de la *Revue française de santé publique* et du *bulletin de l'École nationale de santé publique*, la revue s'est fixé un objectif ambitieux : être à la fois un périodique de bon niveau scientifique, et un carrefour des pratiques. En d'autres termes publier aussi bien les travaux des chercheurs que ceux des professionnels de terrain, dans le champ vaste et diversifié de la santé publique.

Cette ambition est cohérente avec la nature même de la santé publique, à la fois domaine de recherches et de pratiques, les unes et les autres unies par le fil du processus décisionnel. Leur donner un support de publication commun est aussi un moyen de faire mieux se connaître praticiens et chercheurs, de conférer aux premiers l'intérêt du recours au travail scien-

tifique pour concevoir et évaluer leurs pratiques et leurs projets et aux seconds la préoccupation d'orienter leurs travaux vers les domaines où les décideurs et les praticiens se posent le plus de questions.

À partir de 1994, afin de mieux atteindre ses objectifs, *Santé publique* modifie ses règles éditoriales pour mieux équilibrer, dans la partie recher-

che, médecins et épidémiologie d'une part, sciences humaines d'autre part, mais surtout pour faire plus de place à l'action.

Le contenu de la revue sera dès lors articulé en six rubriques principales : pratiques, politiques, études, revues, dossiers, opinions, auxquels s'ajouteront les éditoriaux et les notes de lecture.

Sommaire

n°1/1994

Éditorial

Santé publique, une revue pour la recherche, l'analyse et l'action, J.-P. Deschamps, V. Halley des Fontaines, J.-F. Collin et C. Lavielle.

Pratiques

- Audit sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans une clientèle de médecine générale, F. Paré, G. Durand.
- Prévention du sida chez les 16-25 ans : évaluation d'une action menée en discothèque, J. Rémy, E. Puget
- L'efficacité des services prénatals dans les pays développés, L. Foun, L. Seguin.

Politiques

La promotion de la santé en faveur des élèves en 1992-1993, J. Brice

Études

La loi Évin relative à la lutte contre le tabagisme: presse et opinion face à son application, M.-P. Janvrin, F. Baudier, V. Dutrech.

Opinions

Réforme du système américain, C. Marc Carter
Sélection des articles de santé publique

Lectures

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

Journées régionales de **santé publique en Lorraine**

Les 16 et 17 février dernier, les professionnels de la santé de la région Lorraine se retrouvaient pour poursuivre la réflexion entamée en 1992. Objectifs : définir une politique régionale de santé publique, adapter les orientations définies au plan national aux données régionales.

En 1992, le Haut Comité de la santé publique a été chargé de préparer les bases d'un plan de santé publique. Afin de mesurer la pertinence des priorités de celui-ci, le Haut Comité avait choisi d'organiser dans quatre régions, une consultation sur son document *Stratégie pour une politique de santé*. Ces réunions ont rassemblé des représentants de l'administration, des professions du secteur de la santé, du monde associatif, ainsi que des élus et des syndicalistes.

En région Lorraine, 250 professionnels de la santé ont, le 17 novembre 1992, analysé et critiqué ce document.

À la fin de cette journée, il est apparu nécessaire, à l'ensemble des participants, de poursuivre cette réflexion et de traduire les souhaits du Haut Comité en termes plus opérationnels. En accord avec le Haut Comité, de nouvelles journées de réflexion sur la définition et la mise en œuvre d'une politique régionale de santé publique ont été organisées à Nancy en février 1994.

Compte tenu des indicateurs connus pour la région et des actions de prévention déjà entreprises, le comité de pilotage

de ces journées a proposé d'articuler celles-ci autour de trois axes.

Axe méthodologique

Un axe méthodologique permettant de répondre aux deux questions suivantes :

- quels indicateurs faut-il suivre pour définir une politique de santé au niveau régional ? sous quelle forme ?
- quelles méthodologies faut-il employer pour mener et évaluer une politique de santé publique ?

Axe thématique

À partir des indicateurs régionaux et de la volonté du comité de pilotage de mener des actions concrètes, des plans d'action sur des pathologies ciblées ont été proposés :

- pour les pathologies cancéreuses et tout particulièrement les cancers du sein et colorectal.
- pour les pathologies cardio-vasculaires. La mise en place d'actions de pré-

vention des maladies cardio-vasculaires se heurte à des difficultés méthodologiques importantes. Cependant, la région Lorraine occupe la troisième place au niveau national pour la mortalité par maladies vasculaires cérébrales ou par cardiopathies ischémiques. En conséquence, il est proposé d'aborder ces pathologies à partir de la mort subite supposée d'origine cardiaque et dans le cadre de la prévention des maladies ischémiques.

Axe communautaire

Plutôt que de travailler sur les besoins de santé par groupe d'âge, il est apparu plus intéressant d'aborder ces problèmes en analysant les besoins globaux d'une population et les actions de santé menées au niveau d'une ville pour y répondre. Cette approche intègre mieux les déterminants socio-démographiques et économiques des états de santé ainsi que les synergies possibles des acteurs de santé face à des besoins différents.

À partir de dossiers documentaires rédigés par un interne en santé publique et un médecin vacataire à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Lorraine, six groupes de travail ont défini pour chaque axe le contexte de l'intervention, les objectifs à atteindre et les actions à mener pour 1994. L'ensemble

de ces propositions a été validé et affiné lors de deux journées régionales qui se sont tenues les 16 et 17 février dernier.

Réflexions du groupe méthodologique

La planification de programmes de santé doit s'appuyer sur une bonne connaissance de l'état de santé de la population et des besoins. Des instances — tant au niveau international (OMS) que national (HCSP, Fnors, Inserm) — favorisent la recherche dans le domaine des indicateurs socio-sanitaires.

Le groupe de travail régional sur l'approche méthodologique a voulu inscrire son action dans ce cadre en réfléchissant plus particulièrement sur des indicateurs susceptibles de favoriser l'élaboration d'une politique régionale de santé.

Pour ce faire, la démarche engagée est souhaitée pluridisciplinaire et favorisant le débat contradictoire. Les indicateurs de santé sont, à cet égard, un outil qui permet d'alimenter ce débat, d'améliorer les connaissances et de contribuer à une évaluation des actions.

Pour 1994, la région Lorraine se fixe comme objectifs :

- instaurer un lieu permanent de débats et d'échanges sur les méthodologies et les outils utilisés pour la programmation et la planification de programme de santé ;
- définir une série d'indicateurs de base et assurer une révision périodique de cet outil ;
- produire un document méthodologique, de type lexique, sur l'utilisation de ces indicateurs ;
- améliorer la diffusion régionale des données épidémiologiques auprès des professionnels de terrain.

Réflexions des groupes thématiques

Compte tenu des indicateurs régionaux, trois pathologies ont été retenues dans le cadre de ces journées.

Pour la prévention des maladies cardio-vasculaires, il est proposé de développer dans l'année à venir le recueil des données de prévalence de la mort subite.

Pour le dépistage de masse du cancer du sein, l'objectif est d'aboutir à un cahier des charges afin qu'en 1995 deux départements lorrains (la Meurthe-et-Moselle et la Moselle) puissent bénéficier de ces actions.

Pour la prévention du cancer colorectal, la réflexion s'inscrit dans les programmes menés par d'autres régions, notamment la région Bourgogne. En 1994, il est proposé de mesurer le taux d'acceptabilité du test Hemocult sur la population meusienne âgée de 50 à 75 ans.

Ces actions peuvent apparaître limitées et sectorielles. Dans les faits, elles s'inscrivent dans le cadre d'une programmation pluriannuelle avec définition annuelle de plans d'action.

Réflexions des groupes politiques communautaires de santé

Les liens entre santé et cadre de vie sont complexes et dépendent de nombreux acteurs issus de multiples secteurs d'activité. En région Lorraine, des actions originales de santé communautaire ont été menées. Le groupe de travail s'est attaché à définir les clés de succès ou les facteurs d'échec de ces actions.

Pour 1994, deux objectifs seront recherchés :

- développer une culture partagée en matière de politique communautaire de santé afin de promouvoir des pratiques locales tant en zone urbaine que rurale ;
- dégager les éléments favorables à un renforcement du partenariat (population, élus, professionnels de santé libéraux, professionnels institutionnels, institutions en particulier hospitalières...).

Afin de remplir ces objectifs, deux actions seront entreprises :

- l'élaboration d'une charte de partenariat en santé communautaire ;
- l'utilisation d'une grille d'analyse commune pour les projets.

En application de cette réflexion gé-

nérale, une population a fait l'objet d'une approche particulière. Il s'agit des adolescents à propos d'un problème spécifique relevé par le Haut Comité de la santé publique, le suicide. En 1994, le groupe de travail propose la création d'un groupe-ressource régional permettant de constituer un réseau personnalisé de prise en charge de l'adolescent suicidant, de sa famille et de l'institution tant en prévention primaire qu'en prévention secondaire.

L'organisation annuelle de journée régionale de santé publique sur des thèmes issus de la lecture et de l'analyse des données de santé locales permet :

- de répondre à la demande des professionnels en créant des lieux d'échanges entre les disciplines à propos de problèmes de santé régionaux ;
- de définir des programmes d'action annuels dans le cadre d'objectifs ciblés. Ces programmes peuvent relever aussi bien du domaine méthodologique (par ex : rédaction d'un tableau de bord de suivi, méthode d'émergence des besoins) que du domaine thématique (par ex : mise en place d'une campagne de dépistage de cancer du sein) ;
- une approche globale des problèmes de santé rendant possible la hiérarchisation des besoins, l'évaluation annuelle des actions entreprises et à terme l'efficacité de celles-ci. ■

Jean-François Dodet
Médecin Inspecteur Régional

Le Cermes est un centre de recherche pluridisciplinaire, rattaché simultanément au CNRS (UM 0043), à l'Inserm (U 304) et à l'École des hautes études en sciences sociales, (EHESS, division sociologie). Il rassemble des chercheurs de plusieurs disciplines des sciences sociales (sociologie, économie, anthropologie) et constitue un exemple d'alliance entre différentes sciences sociales et entre plusieurs organismes de recherche autour des problèmes de la santé, de la maladie et de la médecine.

Création

1^{er} janvier 1986

Directeur

Claudine Herzlich, directeur de recherches au CNRS, directeur d'études à l'EHESS

Coordonnées

Cermes
201, rue de Vaugirard
75015 Paris
Téléphone : 44 49 64 80
Télécopie : 44 49 64 99

Axe I

Le champ de la santé : acteurs, professions et institutions, approches historiques et sociologiques (C. Herzlich, G. Paicheler, F. Acker, P. Roussin, L. Murard, J.-F. Picard, P. Zylberman, A. M. Arborio, C. Quéliér).
À partir de l'analyse de la médecine praticienne, considérée comme l'acteur central de la prise en charge de la santé, il s'agit de développer une approche plus globale du champ sanitaire prenant en compte la diversité des métiers de la santé (médecins, infirmières, aides soignantes) et y incluant l'analyse de l'émergence et du développement de la recherche médicale et de la santé publique.

Axe III

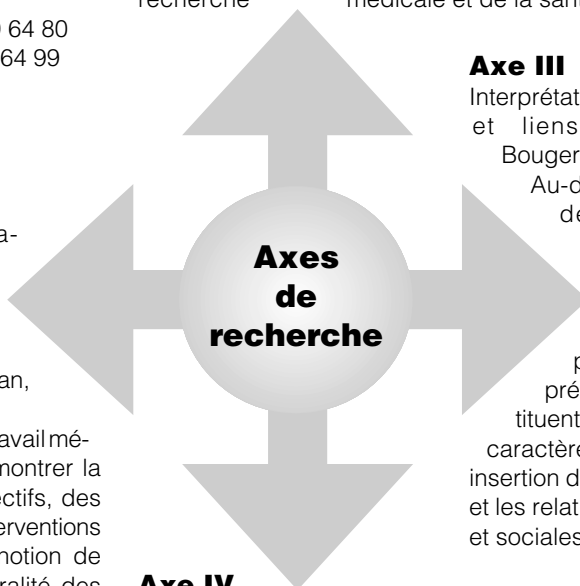
Interprétation de la maladie et liens sociaux (C. Bougerol, S. Fainzang).
Au-delà du contenu des représentations de la santé et de la maladie, il s'agit d'analyser les processus interprétatifs qui les constituent, de montrer leur caractère collectif et leur insertion dans les pratiques et les relations individuelles et sociales.

Axe IV

Maladie, vie quotidienne et mobilisation collective (J. Pierret, D. Carricaburu, P. Adam, L. Laurindo da Silva, S. Rosman).
À côté de l'analyse de la gestion individuelle de la maladie et de ses conséquences sur la vie quotidienne et sur l'identité des personnes, il s'agit de montrer l'importance des dimensions collectives de l'expérience de la maladie et de sa place dans l'espace public. Le sida constitue un cas privilégié pour cette analyse.

Axe II

Processus thérapeutiques et prises en charge (I. Baszanger, M. Bungener, N. Dodier, R. Waissman, M. Ménoret).
L'analyse fine du travail médical permet de montrer la diversité des objectifs, des jugements, des interventions que recouvre la notion de thérapie et la pluralité des contextes et des contraintes qui engendre cette variabilité. Les recherches portent sur différentes pathologies et/ou populations (sida, cancer, douleur chronique, maladies mentales, urgences médicales, hospitalisation à domicile).



Enseignement et animation de la recherche


Le Cermes est lié à la direction d'études *Sociologies de la santé, de la maladie et de la médecine* à l'EHESS et intervient dans plusieurs universités (Paris V, Paris XI, ...) et diverses disciplines de sciences sociales et en santé publique. Plusieurs chercheurs ont des responsabilités à l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS).

Publications


Sciences sociales et santé
Le comité de rédaction de la revue *Sciences Sociales et Santé* comprend plusieurs chercheurs du Cermes qui en assure le secrétariat de rédaction.


Derniers ouvrages parus
Herzlich C., Bungener M., Paicheler G. avec Roussin P. et Zuber M. C., *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Les carrières et les pratiques des médecins retraités français (1930/1980)*, Paris, Éditions de l'Inserm/Doin, 1993.
Paicheler G., *L'invention de la psychologie moderne*, Paris, L'Harmattan, 1992.
Baszanger I. (textes réunis et présentés par), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste* (A. Strauss), Paris, L'Harmattan, 1992.
Dodier N., *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, A. M. Métailié, 1993.
Pollak M., Paicheler G., Pierret J., *AIDS : a problem for sociological research*, London, Sage Publications, 1993.

Livres reçus

 ce pictogramme signale les ouvrages qui font l'objet d'une note.

ENFANCE

 **L'ENFANT MALTRAITÉ**
Pierre Straus, Michel Manciaux, Marceline Gabel, Dominique Girodot, Caroline Mignot, Michelle Rouyer
Éditions Fleurus, Paris, 1993, 708 p.


 **VIOLENCES...**
CTNERHI, Handicaps et inadaptations, Les Cahiers du CTNERHI, n° 61, janvier-mars 1994, 98 p.

L'OBSERVATOIRE DE L'ENFANCE EN DANGER
Guide méthodologique
Odas Éditeur, mars 1994, 110 p.

RETARDS ET TROUBLES DE L'INTELLIGENCE DE L'ENFANT
Roger Misès, Roger Perron, Roger Salbreux
Éditions ESF, coll. « La vie de l'enfant », 1994, 304 p.

SESSION D'INFORMATION DES PERSONNELS DE PMI
Actes de la session annuelle, 1^{er} au 3 juin 1993, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, DGS, 1993, 458 p.


ENVIRONNEMENT

 **L'ÉCO-POUVOIR**
L'environnement entre nature et politique
Pierre Lascoumes
Textes à l'appui, *Écologie et société, La Découverte, 1994, 312 p.*

NOISE AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM
Noise & man 93
Actes du 6^e congrès international sur le bruit, Nice, 5 au 9 juillet 1993, Inrets, tome 3, 1993, 604 p.

ÉTHIQUE

 **DICTIONNAIRE PERMANENT Bioéthique et biotechnologies**
Éditions Législatives, janvier 1994.

 **UNE ÉTHIQUE DE LA RÉÉDUCATION ?**
Sous la direction de Marie-Hélène Boucand.
Actes du colloque des 11 et 12 juin 1993, Hôpital Renée-Sabran, Giens. Hospices civils de Lyon, ENSP, 1993, 200 p.

EUROPE

 **TRANSFUSION SANGUINE EN EUROPE**
Un livre blanc
Strasbourg, Conseil de l'Europe, Coll. Documents européens, 1993, 208 p.

 **EUROPE SOCIALE**
Bibliographie
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, décembre 1993, 25 p.

L'EUROPE DE LA SANTÉ
Un enjeu incontournable
Actes du symposium du Centre de recherches international pour la santé (CRIS), Conseil de l'Europe, Strasbourg, 13, 14 et 15 avril 1993, 368 p.


HISTOIRE

 **HISTOIRE DU DROIT SANITAIRE EN FRANCE**
Vincent-Pierre Comiti
Presses universitaires de France, Coll. que sais-je ?, n° 2 831, 1994, 126 p.

INTERNATIONAL

 **ANNUAIRE DES CENTRES COLLABORATEURS FRANÇAIS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**
Division des relations internationales, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, janvier 1994, 66 p.

OBSERVATION

 **AMIENS OBSERVÉ**
Tableau de bord municipal sur la santé
CCAS Amiens, ORS Picardie, 1994.

ANNUAIRE DES STATISTIQUES SANITAIRES ET SOCIALES
Édition 1933 - 1994
La Documentation Française, Sesi, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1994, 292 p.

L'ÉVALUATION MÉDICALE
Du concept à la pratique
Yves Matillon, Pierre Durieux
Médecine-Sciences Flammarion, 1994, 161 p.

ÉTAT DE SANTÉ, VIEILLISSEMENT RELATIF ET VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES
Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi
Credes, n° 999, 1994, 93 p.

PERSONNES ÂGÉES

ÉVOLUTION DES DÉFICIENCES ET DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION
France 1977 - 1988

Dossier

2 Les collectivités locales et la santé publique

Interventions
médico-sociales
Politiques d'accès
aux soins

Sommaire

■ III Des attributions en évolution

- III L'intervention médico-sociale traditionnelle dévolue aux départements
- VII Les nouvelles actions santé auprès des populations en difficulté
- X Les collectivités locales dans les politiques d'accès aux soins

■ XIII Une réalité complexe

- XIII Des dépenses maîtrisées, une activité maintenue mais des disparités réelles

XVII Le nouveau positionnement des partenaires

XX Vers de nouvelles priorités ?

■ XXII Tribune

■ XXIX Compléments d'information

■ XXX Annexes

■ XXXVI Bibliographie Adresses utiles

Comme annoncé, nous présentons ici la deuxième partie du dossier collectivités locales et santé publique.

La première partie, dans *AdSP* n° 5, a traité de la place des collectivités locales dans les politiques de santé publique au sens étroit du code de la santé publique (à l'exception de la protection maternelle et infantile). Cette deuxième partie voudrait traiter des interventions médico-sociales auprès des populations, ce qui ouvre un champ beaucoup plus vaste et difficile à cerner : s'il a été facile de décider, sur le domaine de l'enfance, de limiter l'étude à la protection maternelle et infantile en ex-

cluant la protection de l'enfance (activité des services d'aide sociale à l'enfance) et les modes de garde, les frontières sont plus floues dans bien des domaines et tout le monde s'accorde à relever qu'entre l'action sociale et l'action médico-sociale, ou l'action médico-sociale et l'action en santé publique, elles n'ont pas toujours lieu d'être et pourraient même nuire, dans certains cas, à la cohésion des interventions.

Cet avertissement fait, il en entraîne un autre : dans les domaines retenus, il ne s'agissait pas de tout dire ; l'angle d'approche retenu est bien celui du rôle des collectivités locales ; tout n'est pas traité, loin

s'en faut, sur les politiques en faveur des personnes âgées ou sur les politiques d'accès aux soins.

Enfin, dans ce dossier comme dans le premier, nous nous sommes attachés dans une première partie à l'analyse des textes, à leur ambiguïté, à leur limite ; il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause ou de minimiser les compétences dévolues aux collectivités locales (aux départements essentiellement), mais de montrer « le poids de l'émiettement des compétences en matière de santé publique » (Ph. Ligneau), le caractère « désorganisé sur le plan institutionnel » du champ social, médico-social et sanitaire (J. Laour) ou encore le caractère « illusoire » du concept de « bloc de compétences » appliqué au champ sanitaire et social (L. Dessaint), sur lesquels reviennent les auteurs des tribunes.

La deuxième partie, elle, tente de cerner la réalité : investissement, positionnement des partenaires, priorités des décideurs.

Pour les tribunes, nous avons de nouveau sollicité des représentants de l'État, du département et de la commune. Cette fois-ci, c'est un élu départemental qui nous a fait défaut et nous regrettons qu'en conséquence, pour ce dossier dans son ensemble, aucune position d'élu ne se soit exprimée, hormis celle du P^r Huriet en éditorial, en tant que membre du Haut Comité. Ph. Ligneau, lui, revient sur la politique de la ville et les opportunités qu'elle ouvre pour une action de santé concertée.

La prétention de ce dossier n'est donc que d'apporter quelques éclairages, de lever quelques idées reçues, et, au travers des tribunes, de contribuer au débat.

Sigles

AdSP	Revue de santé publique
Andass	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements
BO	Bulletin officiel
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAT	Centre d'aide par le travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDES	Commission d'orientation d'éducation spécialisée
CFAS	Code de la famille et de l'aide sociale
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CHAA	Centre d'hygiène alimentaire et alcoologie
Coderpa	Comité départemental des retraités et personnes âgées
Cotorep	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
Cross	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CSP	Code de la santé publique
DAS	Direction de l'action sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
Dirmi	Délégation interministérielle au RMI
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSQ	Développement social des quartiers
ENA	École nationale d'administration
ENSP	École nationale de la santé publique
Igas	Inspection générale des affaires sociales
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MASSV	Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville
MSA	Mutualité sociale agricole
MST	Maladie sexuellement transmissible
Odas	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
PAIO	Point accueil information orientation
Paque	Préparation active à la qualification et à l'emploi
PMI	Protection maternelle et infantile
RMI	Revenu minimum d'insertion
Sesi	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information



Des attributions en évolution

L'intervention médico-sociale des collectivités locales, départements et communes avec leurs obligations légales, évolue à deux titres. D'une part, alors que les lois de décentralisation ont tenté de répartir des compétences entre l'État et les différentes collectivités locales, les dispositifs mis en place depuis créent quelques nouvelles obligations pour celles-ci mais sollicitent le plus souvent leur partenariat. D'autre part, le « public » s'est élargi des personnes traditionnellement considérées comme fragiles (petite enfance, personnes âgées, ...) vers des populations précarisées ou marginalisées par le contexte économique et social actuel.



L'intervention médico-sociale traditionnelle dévolue aux départements

Concernant les bénéficiaires traditionnels de l'intervention médico-sociale, les lois de décentralisation ont transféré aux départements le financement de prestations et la gestion de services, qui se rattachent soit à des compétences en matière d'aide sociale (personnes âgées, handicapés), soit à des compétences en matière de santé publique (protection maternelle et infantile, planification familiale).

Personnes âgées

La responsabilité des départements en matière de politique en faveur des personnes âgées s'exerce au travers du financement d'équipe-

ments et de prestations d'aide sociale, et l'élaboration du schéma départemental des établissements sociaux et médico-sociaux.

La compétence générale en matière d'aide sociale donnée aux départements par les lois de décentralisation a entraîné le transfert de compétence sur des aides aux personnes âgées : les prestations servies concernent des aides à domicile ou des aides à l'hébergement (cf. le tableau sur le financement des aides, page suivante). Cette compétence recouvre une obligation de financement, et ses corollaires : l'agrément, l'habilitation et la tarification. Certains services ou établissements sont sous double compétence : leur financement est assuré pour partie par la Sécurité sociale, pour partie par l'aide sociale, et les procédures d'agrément et de tarification se font sous la double autorité du préfet et du président du conseil général. Le conseil général peut décider de l'octroi de prestations facultatives ou d'un bénéfice plus large de prestations légales : ces aménagements sont inscrits dans le règlement départemental d'aide sociale.

La décentralisation a également créé pour le département l'obligation d'élaborer un schéma

départemental des établissements sociaux et médico-sociaux. Ce schéma va le plus souvent se trouver décliné en plusieurs schémas dont l'un concerne les services et établissements pour personnes âgées. Ce schéma semble donner un rôle de coordination et d'impulsion au conseil général en matière de politique en faveur des personnes âgées. Son élaboration peut donner lieu à une large concertation entre tous les partenaires. Une fois adopté, il devrait servir de référence et d'approche prospective à ces partenaires. Les faits sont un peu plus complexes. D'une part il existe une autre instance permanente de coordination quant aux actions en faveur des personnes âgées : le comité départemental des retraités et personnes âgées (Coderpa) présidé par le préfet. D'autre part le

► Article 2-2 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ajouté par l'article 2 de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986

La France au recensement de 1990, Population, novembre-décembre 1993. ◀

schéma départemental n'est pas opposable aux tiers : il n'est pas opposable en particulier au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (Cross) qui délivre les autorisations de création ou d'extension importante des structures.

D'une façon plus générale, le rôle des départements pour les personnes âgées est à analyser en fonction :

- d'une évolution démographique qui crée une demande de plus en plus importante : on parle souvent du vieillissement de la population française. En matière de prise en charge médico-sociale, il faut surtout s'intéresser au vieillissement au sein de la population âgée, « les chiffres absolus donnent une vision saisissante de cette évolution : à peine plus de 590 000 personnes avaient franchi le seuil des 85 ans en 1975, près de 750 000 en 1982, plus d'un million aujourd'hui » ;

- d'une évolution économique qui diminue, par contre, le recours à l'aide sociale : depuis une vingtaine d'année, les revenus des personnes âgées se sont notablement améliorés : la plupart d'entre elles ont maintenant pu cotiser suffisamment pour bénéficier de retraites correctes. De son côté, le minimum vieillesse a été largement relevé (38 323 F/an pour une personne seule, 68 750 F pour un ménage, au 1^{er} janvier 1994) ;

- d'évolutions politiques et institutionnelles qui concernent l'État, les caisses de retraite et les communes. L'État maîtrise beaucoup d'éléments de la politique en faveur des personnes âgées : outre la politique des revenus, assortie d'une politique d'exonération fiscale, il maîtrise pour partie la politique du logement (conditions d'admission à l'aide personnalisée au logement ou à l'allocation de logement à caractère social) et il définit la politique hospitalière, en particulier la transformation des hospices ou le devenir des unités de long séjour. Les caisses de retraites ont multiplié, depuis quelques années, les aides accordées sur les fonds d'action sanitaire et sociale. Actuellement leur financement en matière d'aide ménagère dépasse celui des départements via l'aide sociale. Enfin les communes ont longtemps fait des personnes âgées leur cible privilégiée en matière d'intervention sociale et médico-sociale : si une partie des prestations qu'elles offrent leur est remboursée par le département (services habilités par l'aide sociale), elles ont très souvent multiplié les services de proximité et

T Financement des prestations aux personnes âgées

	Département	Assurance maladie	Caisses de retraite	Communes
Aides dans le cadre du maintien à domicile				
Aide ménagère ou allocation aide ménagère	●		●	
SSAD	●			
Foyer, restaurant ou portage repas à domicile	●			●
Majoration pour tierce personne		●		
Aides dans le cadre du placement				
Placement familial	●			
Logement-foyer, maison de retraite	●			
Forfait soins		●		
Section de cure médicale		●		
<i>Unité de long séjour</i>				
Tarif soins		●		
Tarif hébergement	●			
Allocation compensatrice				
	●			
Aides facultatives				
Télé-alarme	●		●	●
Services d'accompagnement et de dépannage	●		●	●
Foyers de jour	●		●	●
Garde à domicile	●		●	●

1° Ce tableau ne tient pas compte de la participation des bénéficiaires ou de ses obligés alimentaires, participation qui est exigible pour toutes les prestations supportées par le département dans le cadre de l'aide sociale et qui est généralement demandée également par les caisses de retraite ou les communes ou les départements dans le cadre des prestations facultatives.

2° Il ne tient pas compte non plus de l'aide sociale résiduelle restée à l'État : l'allocation simple à domicile (allocation tombée en désuétude, ne concerne plus que quelques étrangers) et l'aide sociale aux personnes sans domicile stable.

autres formes d'aides facultatives dont elles assument la charge.

Handicapés

Le département n'exerce que peu de responsabilité à l'égard des enfants handicapés, les prestations étant prises en charge par l'Assurance maladie. Il exerce un rôle en matière de prévention et de dépistage, à travers ses services de PMI et le financement à hauteur de 20 % des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Enfin en tant que collectivité responsable des établissements scolaires de maternelle et de primaire, il participe à la politique d'intégration scolaire des enfants « inadaptés ».

Comme pour les personnes âgées, la responsabilité des départements dans la politique en faveur des adultes handicapés s'exerce au travers du financement de structures, de prestations d'aide sociale et du schéma départemental des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les prestations offertes par l'aide sociale concernent également l'aide à domicile (avec en particulier l'allocation compensatrice pour tierce personne) et l'hébergement. Par contre, le recours à l'aide sociale pour ces prestations est systématique. La participation financière de l'intéressé est souvent minime et il n'y a pas d'obligation alimentaire, ni de recours sur succession pour les héritiers directs, pour les principales prestations.

La fonction et l'importance du schéma départemental *handicapés*, ou de la partie qui en traite dans un schéma général, se pose dans les mêmes termes que pour les personnes âgées : objet de concertation et de négociation, document de référence, il n'est pas opposable au tiers, ce qui en réduit la portée.

Mais le parallélisme avec l'intervention en faveur des personnes âgées s'arrête là, car des différences importantes tiennent aux modalités d'attribution des prestations d'une part, aux poids relatifs des autres partenaires d'autre part.

Les décisions d'orientation et d'attribution des prestations pour les handicapés sont prises par des commissions : la commission d'orientation d'éducation spécialisée (CDES) pour les enfants et la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) pour les adultes. Ces décisions s'imposent aux établissements et aux organismes de prise en

T Financement des prestations aux handicapés		Département	État	Assurance maladie
Enfants				
AES			●	
Accueil en IMP ou IMPro				●
Placement familial	●			
Consultation en CAMPS	●			●
Consultation en CMPP				●
Adultes				
AAH			●	
Allocation compensatrice				
Pour tierce personne	●			
Pour frais professionnels	●			
Garantie de ressources			●	
Aide ménagère	●			
Service et auxiliaire de vie			●*	
Foyer occupationnel	●			
Foyer d'hébergement	●			
Foyer « à double tarification »	●			●
Maison d'accueil spécialisée				●
Placement familial	●			
Centre de rééducation professionnelle			●	●
Centre d'aide par le travail			●	
Atelier protégé (subvention)			●	

* Le financement de ces services pose un problème compte tenu de leur manque de base réglementaire. Si l'État subventionne leur fonctionnement, une aide d'une collectivité locale est nécessaire également.

charge. Ainsi, les décisions d'admission à l'aide sociale aux handicapés relèvent pour la plupart de la Cotorep (hébergement et allocation compensatrice) et le département n'est plus maître de l'engagement de ses dépenses.

Le poids respectif des partenaires locaux est différent : les organismes de sécurité sociale interviennent pour le remboursement des prestations à leur charge et siègent aux commissions d'orientation, mais ils ne développent pas ou peu d'actions propres sur leur fonds d'action sanitaire et sociale. Les communes ont moins investi dans des prestations extra-légales en faveur des personnes handicapées, elles interviennent plutôt dans les problèmes d'aménagement urbain. L'État, par contre, est plus présent dans les interventions locales, à partir du moment où il finance directement certaines structures (les centres d'aide par le travail (CAT) et pour partie les ateliers protégés) et la garantie de ressources. Les DDASS interviennent, mais également les directions départementales du

travail et de l'emploi pour l'insertion professionnelle, l'inspection académique pour l'insertion scolaire, ou encore les directions départementales de l'équipement pour l'aménagement des voiries et des locaux.

On connaît les difficultés à évaluer le nombre de personnes handicapées en France (voir *AdSP* n° 6, p. 11 à 14). On peut estimer entre 1,2 et 1,4 millions le nombre de personnes atteintes d'un handicap sévère. Mais paradoxalement c'est encore le vieillissement de la population qui pèse actuellement sur les budgets des départements en matière d'aide sociale aux handicapés : en 1991, 65 % des bénéficiaires de l'allocation compensatrice avaient plus de 60 ans et cette proportion ne cesse d'augmenter (sur ce point voir en deuxième partie, p. XVIII).

Protection maternelle et infantile

La responsabilité des départements en matière de protection maternelle et infantile, PMI, s'analyse de façon très différente : il s'agit de l'organisation et de la gestion d'un service dont les missions sont définies par la loi (article 149 du CSP, voir encadré).

Le département doit donc mobiliser des moyens, financiers et humains, afin d'assumer ces missions. Mais il peut le faire *a minima*. De façon à engager le département à conserver un service relativement étoffé et de qualité, l'État a imposé par décret un certain nombre de normes à respecter. Ces normes portent sur les consultations (temps d'ouverture) et sur les personnels (effectifs et qualifications).

Le département n'en supporte cependant pas entièrement la charge financière : pour les examens obligatoires (prénuptial, pré et post-nataux, jeunes enfants et futur père) les organismes de l'Assurance maladie remboursent les frais d'examen pour leurs ayants droits, ils peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département.

Mais la question se pose d'une responsabilité générale du département en matière de protection maternelle et infantile. L'article L 146 qui introduit le titre concernant la protection maternelle et infantile nous répond « L'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent titre, à la protection et à



Article L 149

du code de la santé publique

Le service (de protection maternelle et infantile) doit organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale, dans les conditions prévues par l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances [...] ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations en particulier celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L 164 ;

6° L'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L 153, L 155, L 163 et L 164 ;

7° Des actions de formation destinées à aider les assistantes maternelles dans leurs tâches éducatives.

En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article 40 et aux articles 66 à 72 du code de la famille et de l'aide sociale.

► Décret
n° 92-785 du
6 août 1992

► Article L 186 du
CSP

Articles L 149-5°,
L 157, L 164,
L 165 du CSP,
décret n° 92-785
du 6 août 1992

la promotion de la santé maternelle et infantile [...] ». De fait, le département n'est pas le seul à intervenir. L'État légifère et réglemente sur les examens médicaux obligatoires, par exemple. Dans les hôpitaux, les services de maternité de néonatalogie, de pédiatrie, ... en médecine libérale, les gynécologues/obstétriciens, les pédiatres mais également les généralistes, ... concourent largement à la protection de la mère et de l'enfant, avec le financement de l'Assurance maladie.

Par contre le département retrouve une responsabilité générale par ses missions de surveillance et d'observation : le médecin responsable du service de PMI est le destinataire obligé des avis de grossesse, des extraits d'acte de naissance, des certificats de santé des huitième jour, neuvième et vingt quatrième mois et des copies des actes de décès des enfants âgés de moins de six ans. Le décret du 6 août 1992 a renforcé ce rôle de surveillance du service de PMI en précisant les modalités de présentation

et d'analyse des états statistiques que le département doit obligatoirement envoyer au ministère de la Santé. Chaque année le président du conseil général doit organiser une réunion à laquelle participent les partenaires concourant à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Lors de cette réunion, le service de PMI doit s'attacher à présenter non seulement les états statistiques relatifs à ses activités et à la situation sanitaire au titre de la PMI, mais également d'autres « indicateurs sanitaires, sociaux et démographiques utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre en matière de PMI. »

► En application du décret n° 85-894 du 14 août 1985, voir p. XIV

► Article 8 du décret précité

◀ Décret précité et arrêté du 23 mars 1993

◀ Article 35-9° de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983

sultation ou de conseil familial sont eux au contraire sous le contrôle de l'État : déclaration faite auprès du préfet et aide financière de l'État.

Enfin rappelons que les frais relatifs à une interruption volontaire (ou thérapeutique) de grossesse sont pris en charge par l'Assurance maladie, ou, à défaut, par l'aide sociale État (exception à la compétence du département en matière d'aide médicale).

Planification familiale

Parce que l'organisation de consultations de planification familiale est rattachée aux missions du service de PMI, on assimile parfois la planification familiale à une activité de PMI. Mais on peut considérer qu'entrent également dans le champ de la planification familiale les missions et l'activité des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ainsi que les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

► Article L 149, 3°


Les missions des consultations de planification familiale et celles des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, se recoupent partiellement : entretiens préalables à une IVG et accompagnement des femmes ayant suivi une IVG. Elles se complètent surtout : les centres de planification familiale proposent des consultations médicales « relatives à la maîtrise de la fécondité » alors que les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial n'ont aucune vocation médicale et sont plus tournés vers l'information collective. Pour mémoire, les centres de planification familiale peuvent également dorénavant dépister et traiter certaines MST (cf. dossier *AdSP* n° 5).

► Décret n° 92-784 du 6 août 1992, décret n° 93-454 du 23 mars 1993

Les centres de planification familiale qui ne relèvent pas d'une collectivité publique, sont agréés par le président du conseil général. Ils peuvent être gérés directement par le département, par une association ou par une collectivité publique (hôpitaux mais également communes), mais ils sont tous sous le contrôle du médecin responsable de PMI et financés par le budget départemental.

► Articles 5 et 6 du décret précité

Les établissements d'information de con-



Les nouvelles actions santé auprès des populations en difficulté

Depuis les premières lois de décentralisation, le paysage économique et social de la France s'est modifié. La crise, la montée des exclusions, ... ont amené l'État comme les collectivités locales à diversifier leurs interventions et à cibler de nouveaux publics que, dans un vocabulaire administratif, sociologique ou médiatisé, on appelle : les publics en voie d'insertion, les populations précarisées, marginalisées ou encore les « nouveaux pauvres ». C'est l'objet des différentes politiques d'insertion, impulsées par l'État mais dans lesquelles les collectivités locales sont des partenaires obligés ou volontaires très importants. Elles ont même souvent été les pionnières. Or ces politiques d'insertion ont le plus souvent un volet santé qui se compose lui-même de deux volets : l'accès aux soins (cf. partie suivante) et des interventions santé plus directes.

Nous nous attacherons ici à rappeler les actions santé développées pour les bénéficiaires du RMI, pour les jeunes en difficultés d'insertion, et finirons sur le dernier dispositif impulsé par l'État concernant « des réseaux de santé de proximité » dans le cadre de la politique de la ville qui, bien entendu, constitue l'une des formes essentielles de ces politiques d'insertion (cf. la première partie de ce dossier dans le numéro 5 d'*AdSP*).

Les actions santé dans le dispositif insertion des bénéficiaires du RMI

Dispositif central des politiques d'insertion, le dispositif du revenu minimum d'insertion (RMI), lie l'attribution d'une allocation (le RMI) à la signature d'un contrat d'insertion « fondé sur des engagements réciproques : celui de l'intéressé qui s'engage à participer à des actions ou activités d'insertion définies avec lui ; celui de la collectivité, d'offrir des actions et activités d'insertion correspondant aux besoins ». Si l'État finance entièrement le coût de l'allocation, le département participe largement au financement des actions d'insertion. La loi lui impose même un investissement financier minimum : 20 % des dépenses engagées par l'État au titre des allocations.

Or il est rapidement apparu que dans bien

▶ Institué par la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988, modifiée par la loi n° 92-722 du 29 juillet 1992

▶ Circulaire du 9 mars 1989

Articles 38 et 41 de la loi du 1^{er} décembre 1988

Circulaire Dirmi n° 93-04 du 27 mars 1993



Enquête sur la santé des bénéficiaires du RMI

Lorsqu'on compare le bilan des principales pathologies rencontrées dans la population des bénéficiaires du RMI avec d'autres catégories de population, deux faits s'imposent : *il n'y a pas de pathologie spécifique des bénéficiaires du RMI*. Ils ont un état de santé équivalent à celui des chômeurs de longue durée, donc déjà analysé par le corps médical depuis une quinzaine d'années.

Par contre les patients bénéficiaires sont atteints d'un plus grand nombre de troubles par personne que la moyenne de la population à âge équivalent. Quels sont ces troubles ? En premier lieu, les affections dentaires : sur 100 bénéficiaires du RMI, 27 d'entre eux, presque un sur trois, ont des problèmes de caries, de gencives, de prothèses dentaires (quatre fois plus que la population générale). À peu près au même niveau, la santé mentale (26 %) : angoisse et dépression en priorité, puis troubles causés par l'alcoolisme.

Le troisième motif de recours aux soins est d'origine ostéo-articulaire : il faut relier ce phénomène aux symptômes connus de dépression et d'anxiété, très souvent d'ordre articulaire.

Viennent enfin les troubles cardio-vasculaires (16 %) et les pathologies digestives (13,5 %), que l'on ne peut dissocier d'autres troubles (alcoolisme ou affections dentaires). [...]

Face à ces constats objectifs, il est intéressant de tenter de cerner la perception que les intéressés ont de leur santé. Les bénéficiaires du RMI définissent le plus souvent la santé comme le bien être (à 95 %) loin devant la forme physique, la capacité d'occuper un emploi et les relations affectives.

On peut constater une amplification des questions de santé au fil des années dans la population des bénéficiaires du RMI. [...]

Extrait du bulletin d'information de la Délégation Interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion, n° 19 nov. 92, d'après *État de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes*, François Schaezel, Olivier Quérouil, Dirmi, novembre 1991

des cas, des problèmes de santé, pathologies bien identifiables ou difficultés, souvent d'ordre psychologique, accumulées, constituaient autant d'obstacles à l'insertion. Les difficultés d'accès aux soins ont également été identifiées et font l'objet de toute une politique d'accès aux soins (cf. *infra*). C'est pourquoi dès 1989, la première circulaire relative au dispositif d'insertion mentionnait explicitement, à côté de l'emploi, la formation ou l'habitat, la santé comme élément d'insertion et demandait que soit développée « une politique départementale de la santé en faveur des plus démunis » dans le plan départemental d'insertion. Elle précisait « c'est au président du conseil général de déterminer sur ce point (les mesures de prévention) les initiatives qu'il estimera nécessaires dans le cadre d'une vision globale du dispositif de prévention. »

La nouvelle circulaire de 1993 sur le dispositif d'insertion consacre une longue annexe (reproduite p. XXX) à la santé dans la politique d'insertion ainsi introduite : « l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires du RMI et des membres de leur famille est une composante importante de l'insertion : c'est un impératif de santé publique [...]. C'est aussi une étape importante pour permettre aux intéressés de retrouver la possibilité de faire des choix de vie. »

En 1991, la commission d'évaluation du RMI évaluait à 20 % la proportion de contrats d'insertion comprenant un item santé. Dans un premier temps, certains contrats d'insertion prévoyaient l'engagement du bénéficiaire dans une démarche de soins (par exemple engagement d'un allocataire consommateur abusif d'alcool d'entreprendre une cure de désintoxication) mais la Dirmi exclut dorénavant « de créer ainsi des situations d'obligation thérapeutique » (circulaire précitée).

Il est difficile d'énumérer, et même de repérer, les formes très nombreuses et très variées que peuvent prendre les interventions santé financées par le département dans le cadre des programmes départementaux d'insertion : actions d'éducation et de promotion de la santé, renforcement des dispositifs de prise en charge (CHAA, santé mentale, toxicomanies, populations spécifiques), formation des intervenants sociaux et/ou médicaux, financement d'accompagnateurs santé, ... On peut citer également l'organisation de bilans de santé dans certains départements, bilans de santé proposés à tous les bénéficiaires du RMI (mais la délégation

interministérielle au RMI dans la circulaire précitée insiste pour que ces bilans de santé s'inscrivent dans un suivi).

Les politiques de santé à l'égard des jeunes en difficulté d'insertion

La faible consommation de biens médicaux chez les jeunes a longtemps laissé penser que cette population était en relativement bonne santé. On sait maintenant que ce faible recours aux soins cache une négation ou une sous-estimation des problèmes de santé par les jeunes ou leurs difficultés d'accès aux soins. Les dispositifs d'insertion des jeunes (missions locales, point accueil information orientation (PAIO), ...) ont à cet égard servi de révélateurs. Leurs équipes ont alerté les pouvoirs publics sur cet état de « non-santé des jeunes » qui recouvre aussi bien des pathologies précises (bucco-dentaires, de vision, d'audition, ...) qu'un mal être plus ou moins exprimé, ainsi que sur leurs difficultés, objectives ou subjectives, d'accès aux soins.

C'est pourquoi, c'est d'abord dans le cadre de ces dispositifs d'insertion qu'une politique de santé a été mise en place, politique qui s'est diversifiée et dans laquelle les collectivités locales sont de plus en plus engagées.

En 1986, deux dispositifs principaux ont été mis en place de façon concomitante : les visites médicales pour les jeunes de 16-25 ans en stage d'insertion, et les actions déconcentrées santé des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle et sociale. Ces deux dispositifs reposent sur des circulaires annuelles et des crédits d'intervention de l'État remis en question tous les ans (et subissant en conséquence des variations importantes).

Le dispositif visites médicales n'implique pas, en apparence, les collectivités locales. Il faut pourtant noter que les communes sont depuis l'origine très impliquées dans les principales structures d'accueil de ce dispositif : les missions locales. Fondées sur le principe d'un partenariat local, ces missions sont cofinancées par l'État et les communes. Le président de leur conseil d'administration est le plus souvent un élu municipal et certaines missions locales ont même le statut d'un service municipal. Chaque année, 100 000 jeunes environ sont concernés par ces visites médicales.

Le dispositif actions santé des jeunes relève



Dispositifs concourant à la politique santé des jeunes

Visites médicales jeunes 16-25 ans

<i>Principe</i>	Proposer une visite médicale à tous les jeunes bénéficiant d'un crédit formation individualisé ou suivant un programme préparation active à la qualification et à l'emploi (Paque)
<i>Financement</i>	État
<i>Partenaires</i>	DDASS et DDTE, acteurs du dispositif d'insertion des jeunes
<i>Base juridique</i>	circulaire annuelle

Action santé des jeunes

<i>Principe</i>	action collective de type promotion de la santé en direction des jeunes en difficulté d'insertion professionnelle et sociale, mobilisation de ces jeunes et sensibilisation des professionnels à leur problème et préoccupation en matière de santé.
<i>Financement</i>	État et cofinancement locaux
<i>Partenaires</i>	DDASS, associations locales, collectivités locales, institutions locales de protection locale
<i>Base juridique</i>	circulaire annuelle

Protection sociale

<i>Principe</i>	affiliation obligatoire à l'assurance-maladie des jeunes de 17-25 ans sans droits ouverts par ailleurs et ayant un revenu inférieur au RMI
<i>Financement</i>	département (prise en charge des cotisations par l'aide médicale)
<i>Base juridique</i>	article 187-2-I du CFAS ajouté par la loi du 29 juillet 1992

Fonds d'aide aux jeunes

<i>Principe</i>	accorder des aides financières aux jeunes en situation de grande précarité ; leur proposer un accompagnement social.
<i>Financement</i>	État, département, le cas échéant communes
<i>Partenaires</i>	DDASS, services sociaux locaux
<i>Base juridique</i>	articles 43-2 à 43-4 de la loi du 1 ^{er} décembre 1988 ajoutés par la loi du 29 juillet 1992

de la politique d'impulsion qu'affectionne l'État depuis la décentralisation (cf. première partie du dossier dans *AdSP* n° 5). Une circulaire annuelle redéfinit les objectifs et précise que ces actions doivent être cofinancées. Ici comme ailleurs c'est donc en particulier vers les collectivités locales que se tournent les promoteurs, quand ceux-ci ne sont pas eux-mêmes des structures municipales ou para-municipales, voire départementales. En 1992, 113 projets ont été cofinancés dans 65 départements.

Les départements sont directement concernés par une mesure législative récente concernant

l'accès à une protection sociale pour tous les jeunes : affiliation obligatoire à l'assurance personnelle des jeunes de 17-25 ans, sans droits ouverts par ailleurs et avec un revenu inférieur au RMI, par une admission de plein droit à l'aide médicale, à la charge des départements (cf. *infra*).

Enfin, il faut mentionner un dispositif plus récent et à vocation plus sociale, les fonds d'aide aux jeunes : institués depuis 1989, mais revus et généralisés, en principe, par la loi du 29 juillet 1992, ces fonds sont créés par convention entre l'État et le département, et le cas échéant une ou des communes. Or les aides financières peuvent correspondre à un besoin de soins (paiement du ticket modérateur, voire des soins ou encore de la cotisation à une mutuelle) ; l'accompagnement social peut être un accompagnement dans une démarche de santé. Début 1994, 70 % des départements avaient signé une convention.

Les réseaux de santé de proximité dans la politique de la ville

D'autres politiques d'insertion, ou de lutte contre l'exclusion, comportent un volet santé. C'est bien entendu le cas de la politique de la ville, anciennement politique de développement social des quartiers, où la collectivité locale est concernée au premier chef (cf. première partie du dossier). Certaines populations, comme les immigrées, sont dorénavant essentiellement touchées à travers cette approche territoriale.

C'est en soutien à cette politique de la ville que l'État a voulu relancer un plan *santé ville* et a dégagé 26 MF sur le collectif budgétaire de 1993 pour promouvoir des « réseaux de santé de proximité » aux objectifs multiples. Un premier bilan effectué par la DGS et le CFES fait valoir la forte implication (obligée) des communes comme partenaires ou promoteurs des projets ainsi financés.

Mais revenons à la circulaire, « il ne s'agit pas obligatoirement de projets montés à l'occasion du plan *santé ville*, mais aussi de l'extension de projets déjà initiés. Ces projets devront s'appuyer, en sus de l'hôpital, sur les services du département, les CCAS et les organismes de sécurité sociale permettant d'associer les personnels de ces institutions à l'action entreprise. Il est également possible d'inclure des associations dans une telle démarche. Il conviendra de

- ▶ Comité interministériel des villes du 29 juillet 1993
- ▶ Circulaire DGS SP 2 n° 74 bis du 2 décembre 1993

veiller à l'articulation de ces projets avec le dispositif santé développé dans le cadre du RMI et avec les programmes destinés aux jeunes. »

Cette circulaire paraît une illustration, parmi d'autres, de l'intrication étroite des différents dispositifs et surtout de la complexité croissante des partenariats prônés. C'est ce qui caractérise ces politiques et dispositifs, postérieurs aux lois de décentralisation, qui s'appuient sur des partenariats locaux et dépendent ainsi largement de volontés politiques locales.



Les collectivités locales dans les politiques d'accès aux soins

Alors qu'à la fin des années 70, la généralisation de la Sécurité sociale semblait pouvoir garantir à tous l'accès aux soins, dans les années 80, la montée des exclusions, l'apparition des « nouveaux pauvres » ont révélé les lacunes de notre dispositif de Sécurité sociale. Si 99,8 % de la population est protégée par l'assurance maladie, il en reste 0,2 % non couverte. De plus l'avance des frais, le ticket modérateur, (en augmentation régulière), les dépassements tarifaires constituent des obstacles importants pour les personnes les plus démunies qui font rarement partie des 84 % de la population bénéficiant d'une couverture complémentaire. D'où les efforts faits pour l'accès aux soins des plus démunis, où le rôle des départements est essentiel.

Département, aide médicale et accès aux soins

C'est au travers de la gestion de l'aide médicale que le département joue depuis longtemps un rôle important dans l'accès aux soins des plus démunis.

L'aide médicale fait partie des compétences transférées aux départements par la loi du 22 juillet 1983. L'État n'a conservé qu'une com-

pétence d'exception pour les *sans résidence stable* et pour les frais d'IVG. L'aide médicale existe depuis 1893. Depuis l'instauration de la Sécurité sociale elle avait une fonction subsidiaire à l'Assurance maladie, cette fonction tend à devenir complémentaire avec la réforme profonde qu'elle vient de connaître avec la loi du 29 juillet 1992 (qui concerne le RMI mais traite également de la réforme de l'aide médicale) (voir encadré). Cette loi crée de nouvelles obligations pour les départements ; elle leur laisse cependant toujours la possibilité d'intervenir plus ou moins largement.

L'aide médicale légale

Toute personne résidant en France peut obtenir pour elle-même ou pour les personnes à sa charge au sens du code de la Sécurité sociale, la prise en charge par l'aide médicale des frais de soins qui lui sont nécessaires, si elle ne peut y faire face elle-même ou avec l'aide des membres de sa famille soumis à l'obligation alimentaire. ➤

Concrètement, et sans entrer dans les détails

Articles nouveaux 187-1 et 187-2 du code de la famille et de l'aide sociale

Articles L 321-1 et L 331-2 du code de la Sécurité sociale

d'une législation complexe, on peut dire que l'aide médicale peut prendre en charge :

- les frais de santé définis par le code de la Sécurité sociale ainsi que le forfait hospitalier, pour les personnes non affiliées à un régime de Sécurité sociale ;
- les frais restant à la charge du patient affilié à un régime de Sécurité sociale (ticket modérateur) si celui-ci ne peut les supporter ;
- les cotisations d'assurance personnelle, pour une affiliation à un régime de Sécurité sociale, toujours si le demandeur ne peut les supporter.

Le bénéficiaire de l'aide médicale est de droit pour les bénéficiaires du RMI, les bénéficiaires de l'assurance veuvage et pour les jeunes de 17 à 25 ans qui satisfont aux conditions de ressources et de résidence en France pour l'attribution du RMI en ce qui concerne les cotisations assurance personnelle. Dans les autres cas, il est soumis à l'examen des ressources du demandeur.

Mais le département peut, dans son règlement départemental d'aide sociale, déterminer un barème de ressources pour l'admission de plein droit à l'aide médicale.



Principales modifications concernant l'aide médicale

apportées par la loi du 29 juillet 1992

Bénéficiaires

Toute personne qui n'a pas les ressources nécessaires pour supporter des dépenses de soins peut demander le bénéfice de l'aide médicale pour lui et ses ayants droits ; l'aide médicale est étendue au foyer et est susceptible d'être accordée par avance ; auparavant le demandeur devait justifier la nécessité de soins médicaux et la prise en charge était personnelle.

Sont bénéficiaires de droit : les bénéficiaires du RMI, les bénéficiaires de l'assurance veuvage et les jeunes de 17 à 25 ans ayant des revenus inférieurs au RMI (pour les cotisations assurance personnelle).

Recueil et instruction de la demande

Les CCAS ne sont plus les seuls lieux de dépôt de la demande ; celle-ci peut être déposée également auprès d'associations agréées à cet effet, des services sanitaires et sociaux du département, ou des CPAM ayant passé convention pour cela. Le dossier est instruit par le département ou par l'Etat selon leur compétence respective (et non plus par le seul département).

Admission

L'admission est prononcée par le président du conseil général ou par le préfet (et non plus par la commission d'aide sociale), pour un an (et non plus pour chaque traitement).

Absence de résidence stable

Cette notion se substitue à celles de sans domicile fixe et sans domicile de secours. Sont à la charge de l'Etat les frais pour des personnes qui élisent domicile auprès d'un organisme agréé, faute de résidence stable. Sinon c'est le département où réside l'intéressé au moment de sa démarche d'admission qui prend en charge la dépense.

L'obligation alimentaire

Elle ne peut plus être opposée, *a priori* ; elle peut être mise en œuvre *a posteriori*, sauf pour les bénéficiaires du RMI. Par ailleurs la loi du 29 juillet 1992 a élargi et officialisé la pratique des conventions avec les caisses d'assurance maladie pour la gestion de l'aide médicale et la mise en place des « cartes santé ».

(articles 187-1 à 190-3 nouveaux du Code de la famille et de l'aide sociale)

Le règlement départemental d'aide sociale

Outre ce barème de ressources pour l'admission de plein droit, le département peut introduire dans son règlement départemental d'aide sociale des mesures plus favorables quant au bénéfice de l'aide médicale. On peut citer :

- la prise en charge de soins peu ou pas remboursés par l'Assurance maladie (soins dentaires, prothèses, lunetterie, ...)
- la prise en charge partielle ou totale de cotisations pour un régime complémentaire ;
- la prise en charge partielle ou totale de cotisations d'assurance maladie pour des travailleurs non salariés, pour les rétablir dans leur droit.

► Nouvel article 188-2 du CFAS qui reprend les dispositions de l'article 34 de la loi du 22 juillet 1983

Articles ◀ L 182-1 du code de la Sécurité sociale

La généralisation du tiers payant ou « cartes santé »

Le système de la « carte santé » repose sur le principe du paiement direct des prestataires de services ou de soins (médecins, pharmaciens, ...

et dorénavant même les hôpitaux) par les organismes de l'Assurance maladie. Le département ou l'État remboursent, après coup, aux organismes de l'Assurance maladie, pour chaque assuré bénéficiaire de l'aide médicale la part des frais incombant à l'aide médicale.

Ce système évite ainsi l'avance des frais pour le bénéficiaire de la carte santé. Il repose sur des conventions entre les organismes de l'Assurance maladie d'une part, le département et l'État d'autre part. Cette possibilité de convention avait été ouverte par la loi du 25 janvier 1990 et de nombreux départements l'avaient utilisée. Son principe est inscrit dans la loi du 22 juillet 1992 (article 17) ouvrant ainsi la voie à une généralisation sur tous les départements.

La gestion des centres de santé

Une autre possibilité pour faciliter l'accès aux soins

Le terme centre de santé recouvre des structures très diverses qui vont de la structure privée à but lucratif, au dispensaire à vocation médico-sociale. Les lacunes de la réglementation ont longtemps laissé planer l'incertitude sur leur place et leur fonction. Deux décrets datés du 15 juillet 1991 sont venus quelque peu clarifier leur fondement juridique. Cependant on peut dire que les centres de santé ont vocation à faciliter l'accès aux soins puisque ce sont généralement des dispensaires, conventionnés avec la Sécurité sociale de façon à permettre le tiers payant. Certains vont jusqu'à assurer les soins gratuitement, d'autres, ou les mêmes, sont conventionnés au titre de l'aide médicale du département. Ils ont tous une vocation curative mais certains développent également des activités médico-sociales et préventives.

Ce sont surtout les communes qui, à une époque, ont développé une politique de santé au travers de la gestion de centres de santé. Le dernier recensement de ces centres remonte à la fin 1988 : il faisait valoir que sur 2 224 centres recensés, 256 étaient gérés par des municipalités. Certaines ont beaucoup investi dans ces centres, on cite souvent Grenoble ou Saint-Nazaire mais c'est surtout un phénomène de la région parisienne : en 1988, 154 des 256 centres gérés par des municipalités étaient implantés en Île-de-France (rapport Igas sur la situation des centres de santé, mars 1990). ■



Les communes et l'aide sociale

Bien que les centres communaux d'action sociale (CCAS) soient le plus souvent le lieu le mieux identifié par les usagers pour les demandes d'aide sociale, la commune n'a reçu par la loi qu'une compétence de second plan en la matière, compétence qui est antérieure aux lois de décentralisation et a été peu modifiée par celles-ci. Le CCAS reçoit la majeure partie des demandes et la commune participe au financement.

Les demandes d'aide sociale doivent être déposées au CCAS, ou à défaut, à la mairie, à l'exception des demandes d'aide sociale à l'enfance. Dorénavant, ce lieu n'est plus exclusif pour les demandes d'aide médicale, par contre, il l'est toujours pour les demandes d'aide sociale aux personnes âgées ou aux personnes handicapées. Le CCAS « établit » le dossier (rassemblement des pièces justificatives) avant de le passer aux services du conseil général ou de l'État. Le maire dispose d'un pouvoir d'admission d'urgence (supprimé pour l'aide médicale), c'est une admission provisoire.

Les communes participent aux dépenses d'aide sociale légale du département, cette participation est d'abord calculée globalement par le département chaque année à partir d'une base arrêtée en 1983, puis répartie entre chaque commune selon différents critères. La participation moyenne des communes s'élève à environ 15 %.

Article ◀ 125 du CFAS

Article ◀ 134 du CFAS

Décret ◀ n° 87-1146 du 31 déc. 1987

(article L 125 du CFAS, article 93 de la loi du 7 janvier 1988 et article 32 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983)



Une réalité complexe

Les sources statistiques disponibles nous permettent d'avoir une idée d'ensemble, à l'échelon national, de l'investissement des collectivités locales, essentiellement des départements, dans les interventions médico-sociales. Mais elles ne nous disent rien des initiatives, des stratégies et des rapports de force locaux. On peut cependant avancer que, malgré quelques antagonismes entre l'État et les départements notamment, les départements ont globalement maintenu l'intervention auprès des « publics » traditionnels, que les communes d'une certaine importance ont pris une place indéniable dans ce champ d'intervention, et que communes et départements ciblent de plus en plus les publics en difficulté d'insertion.



Des dépenses maîtrisées, une activité maintenue mais des disparités réelles

Plusieurs sources statistiques nous permettent d'apprécier globalement l'activité des départements dans les champs d'intervention sociale ou médico-sociale où des compétences leur ont été dévolues (cf. encadré page suivante). Cependant il convient de bien noter que ces données ne concernent que les départements et pas les communes (sur le cas des communes voir infra) et portent essentiellement sur les interventions légales ; les données sur les interventions facultatives restent très rares.

La décentralisation a fait naître tous les espoirs mais a également éveillé toutes sortes d'inquiétudes. Or, après 10 ans, au vu de ces

données, il semble qu'il n'y ait pas eu de rupture dans les interventions traditionnelles et que la situation se caractérise par des dépenses maîtrisées, une activité globalement maintenue, mais des disparités également constantes.

Des dépenses maîtrisées

C'est le constat fait par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas) à partir d'une enquête auprès de 21 départements (les résultats obtenus ayant été pondérés de manière différenciée selon les divers chapitres d'action sociale pour reconstituer une image fidèle de la France métropolitaine). Les dépenses analysées ne concernent pas toutes notre champ d'étude

► **L'action sociale décentralisée, bilan et perspectives,** éditions Odas, septembre 1993.

(en particulier les dépenses afférentes à l'aide sociale à l'enfance qui pèsent pour 36 % dans le total des budgets d'action sociale), elles les recouvrent assez largement (pour les dépenses

S Sources de données sur l'intervention sociale et médico-sociale des départements

L'activité des départements en matière d'intervention sociale et médico-sociale fait l'objet d'un recueil d'informations par un dispositif légal, un organisme para-public et une initiative associative.

- Article 25 de la loi n° 83-8 du 7 jan. 1983, décret n° 85-894 du 14 août 1985 et arrêté du 4 mars 1986
- Le premier dispositif repose sur une disposition législative et 2 réglementaires qui ont précisé les statistiques soumises à cette obligation dans le champ sanitaire et social. Pour l'établissement de ces statistiques, les départements doivent remplir des questionnaires, établis par les services du ministère des Affaires sociales, et régulièrement revus. Le Sesi est destinataire de ces données. Il en assure le traitement et les publie dans ses bulletins ou revues.
 - Un organisme créé en 1990, l'Odas, constitue le second dispositif. Sa mission est de développer et de favoriser l'observation de l'action sociale, il a le statut d'une association mais est financé par des subventions de l'État et des cotisations des collectivités locales. C'est un interlocuteur

privilegié de l'État et des collectivités locales, et il s'attache aussi bien à connaître l'activité de ces dernières qu'à leur proposer des outils d'observation. Les travaux de l'Odas font l'objet de publications disponibles à son siège.

- La troisième source d'information nous vient d'une initiative associative : l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (Andass) sollicite régulièrement ses adhérents et les autres responsables des services sanitaires et sociaux des conseils généraux, pour publier un annuaire des données sociales et de santé des départements. Ces données complètent utilement celles du Sesi. L'Andass a également publié un guide des innovations sociales des départements.

On ne dispose pas de sources d'informations équivalentes sur l'activité des communes : seul l'Odas commence à travailler avec celles-ci.

prises en compte voir page XXI le tableau sur la structure des dépenses). L'Odas distingue deux périodes :

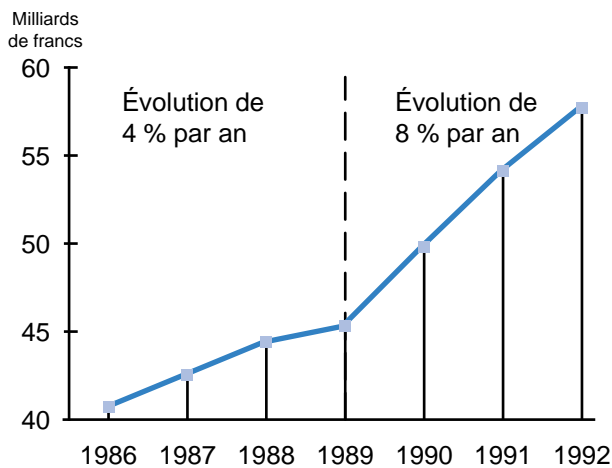
- *la période faste 1984-1989* qui se caractérise par un freinage important de la croissance des dépenses d'action sociale. Alors que de 1980 à 1984, le taux annuel moyen de croissan-

ce des dépenses nettes d'action sociale par habitant en francs constants oscillait autour de 2,5 %, de 1984 à 1989 la tendance se situe aux alentours de - 1 %. L'Odas commente : « ce freinage [...] possède des origines multiples, délicates à quantifier et encore plus à hiérarchiser. La décentralisation y joue un rôle important mais non exclusif. » L'Odas cite alors des influences extérieures à la gestion départementale (politiques de l'État en matière de désindexation des salaires, revalorisation des salaires, ...) pour évoquer ensuite l'influence de la décentralisation sur la gestion des services : « l'économie entrée dans le social ».

- *les premières difficultés : 1989-1992*, on relève à partir de 1989 une reprise du rythme de croissance des dépenses : 8 % en francs courants soit 5 % en francs constants. Plusieurs types de dépenses augmentent notamment : l'aide aux personnes âgées et handicapées du fait d'un renchérissement des coûts des prestations en établissement, mais aussi de la charge accentuée de l'allocation compensatrice, l'aide médicale avec la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle des bénéficiaires du RMI et bien entendu les dépenses d'insertion pour les bénéficiaires du RMI.

Il faut savoir que sur une période proche (1984-1991), les dépenses d'aide sociale de l'État diminuaient de 7,0 % en francs courants,

? Évolution, en francs courants, de la dépense départementale d'action sociale



Source : Odas

soit 28,4 % en francs constants. Cette diminution est essentiellement liée à la diminution des dépenses d'aide médicale (voir p. XVIII).

Une offre de services maintenue mais diversifiée

Il est généralement admis que les départements ont globalement maintenu l'offre de services et l'activité dans les champs qui leur ont été dévolus.

Pour illustrer ce propos nous avons choisi des séries publiées récemment par le Sesi. Elles concernent la PMI.

Les séries qui concernent les moyens consacrés par les départements au service départemental de PMI nous montrent une augmentation de ces moyens : plus de personnel permanent (le nombre de médecins vacataires diminuant), +83,7 % de médecins titulaires ou contractuels, + 17,2 % de puéricultrices, +41,5 % de sages-femmes, seul le nombre d'infirmières diminue légèrement (-5,0 %). Le nombre de points de consultations augmente également.

Par contre, les données concernant l'activité traditionnelle sont en diminution : moins de visites à domicile et moins de consultations prénatales ou postnatales. Le Sesi ne conclut cependant pas à une diminution de l'activité des services de PMI mais à une diversification de leur mode d'intervention : plus d'intervention collective, plus de démarches vers des populations défavorisées, ce que les données sur les moyens pourraient confirmer.

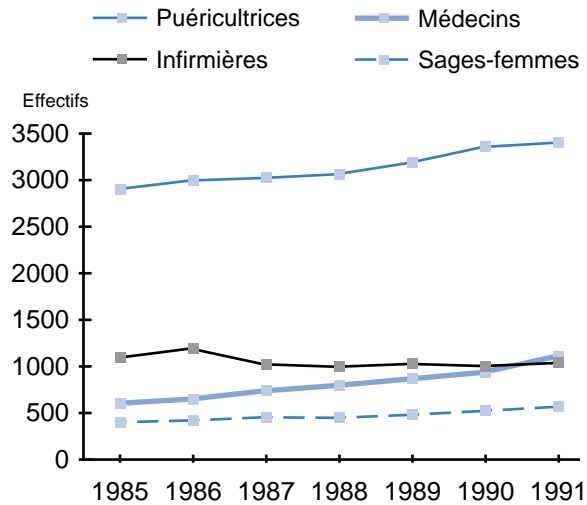
Des évolutions équivalentes, c'est-à-dire complexes, à significations diverses selon les indicateurs choisis, se retrouvent sur les différents champs de l'action sociale et médico-sociale décentralisée. Ces évolutions reflètent également d'autres évolutions économiques et institutionnelles, mais en tous cas pas un désinvestissement massif des départements.

Par ailleurs, il faut rappeler l'évolution et la diversification des pratiques et offres de services que ces données globales nous masquent.

Pour n'en citer que quelques unes rappelons : l'accentuation de la politique de maintien à domicile des personnes âgées avec la multiplication et la diversification des prestations offertes, souvent avec le concours des communes ; les efforts faits également pour les personnes handicapées notamment avec la création



Évolution des moyens consacrés aux services départementaux de PMI



Source : Odas, exploitation : AdSP.

Activité de la protection maternelle et infantile au cours des années 1990 et 1991, in Documents statistiques, n° 190, décembre 1993.

Dépenses et bénéficiaires d'aide sociale, résultats 1991, in, Documents statistiques, n° 194, février 1994.

Annuaire des données sociales et de santé, n° 4, édition 1993, Andass

dans presque tous les départements de services d'accompagnement à la vie sociale, l'accent mis par les services de PMI sur la lutte contre les incapacités, les handicaps et les inadaptations.

Enfin, il faut souligner les nombreuses initiatives prises en matière d'aide médicale pour favoriser l'accès aux soins (voir p. XX).

Des disparités évidentes

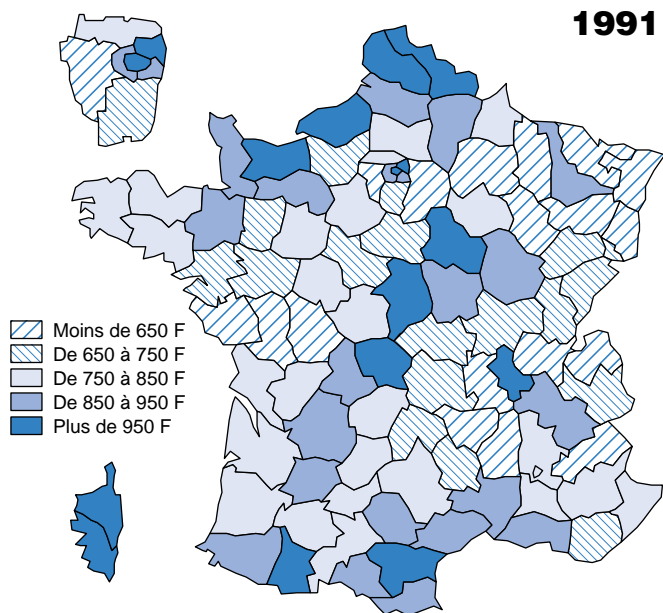
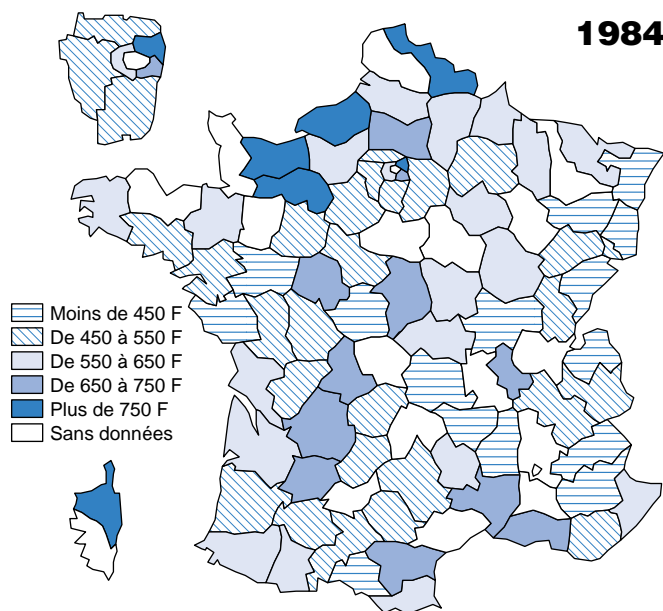
Le reproche le plus souvent fait à la décentralisation est celui de générer des disparités et des inégalités : disparités d'équipements, d'offre de services et donc inégalités pour les citoyens dans l'accès à ces équipements et services.

Les données recueillies par le Sesi nous confirment ces disparités, quelques soient les champs étudiés. Nous avons choisi pour l'illustrer l'indicateur le plus global, les dépenses nettes d'aide sociale par habitant (voir les cartes page suivante). Les données recueillies par l'Andass montrent aussi ces disparités, on relève une grande dispersion dans les séries statistiques. Pour toutes les données recueillies l'Andass présente le minimum, le maximum et la moyenne (voir les séries en annexe page XXXIV).

Ces disparités se retrouvent également dans



Dépenses départementales d'aide sociale par habitant en 1984 et 1991 (dépenses nettes)



Source : Sesi, exploitation : AdSP.

les nouvelles politiques à l'égard des populations en situation de pauvreté - précarité. Nous reviendrons ci-dessous sur la mise en place par les départements de dispositifs s'apparentant aux cartes santé, mise en place répandue mais pas généralisée et ouvrant des droits plus ou moins importants.

Mais la question essentielle qui se pose est de savoir si ces disparités préexistaient à la décentralisation, si elles ont été accentuées ou au contraire diminuées depuis. Nous n'avons pas de réponse univoque. Nous empruntons à Alain Guengant un début de réponse : « rapportées par habitant, les budgets sociaux présentent des inégalités plus grandes encore. Ainsi de 1985 à 1987, les dépenses s'échelonnent du simple au triple pour la France continentale (de 320 à 988 francs par habitant) [...]. Ventilés par secteur d'intervention [...]

les budgets demeurent aussi disparates. Toutefois en longue période une tendance à la réduction des inégalités se dessine. Certes l'inertie relative des budgets exclut tout rapprochement rapide. Néanmoins le lent mouvement de resserrement des dépenses, engagé avant la décentralisation se poursuit. Les départements les plus dépensiers augmentent en moyenne moins vite leurs crédits. À l'inverse, les départements à l'origine peu dépensiers semblent pratiquer une politique de rattrapage partiel en augmentant plus rapidement leur dépense par habitant. Certes des comportements divergents existent. Ceux-ci demeurent toutefois suffisamment exceptionnels pour ne pas contrarier la réduction globale des inégalités. »

Alain Guengant en vient ensuite à l'origine de ces disparités qui existent donc depuis fort longtemps. Il avance l'hypothèse qu'elles sont assez largement dues aux disparités des ressources (autrefois le taux de subvention nationale pour l'aide aux infirmes ou aux personnes âgées, entre autres ; aujourd'hui les inégalités interdépartementales de ressources), autant qu'aux besoins.

Alain Guengant en vient ensuite à l'origine de ces disparités qui existent donc depuis fort longtemps. Il avance l'hypothèse qu'elles sont assez largement dues aux disparités des ressources (autrefois le taux de subvention nationale pour l'aide aux infirmes ou aux personnes âgées, entre autres ; aujourd'hui les inégalités interdépartementales de ressources), autant qu'aux besoins.

Exemple de l'aide aux personnes âgées

Pour finir, nous voudrions reprendre la conclusion de l'Odas sur les dépenses d'aide sociale

aux personnes âgées qui illustre bien tous ces points.

« Depuis la décentralisation, les deux composantes de l'aide départementale aux personnes âgées ont évolué de manière divergente : l'aide à l'hébergement et à domicile diminuant en fonction de l'augmentation du niveau de vie des personnes âgées, l'allocation compensatrice augmentant à proportion de la dépense croissante. Cette dernière est passée, entre 1984 et 1992, de 24 % à 40 % du montant total de l'aide aux personnes âgées.

« L'année 1989 a vu la seconde tendance commencer à l'emporter sur la première et, depuis lors, le taux annuel de croissance de la dépense est de 6 % en francs courants, ou 3 % en francs constants. Les perspectives sont à la poursuite de cette tendance voire à son accélération. Ces tendances moyennes ne traduisent pas complètement des situations locales très variables. L'accès à l'allocation compensatrice pour les personnes âgées dépendantes varie selon les départements de 1 à plus de 3, et la dépense totale affectée aux personnes âgées varie dans les mêmes proportions.

« Malgré une légère tendance à un resserrement de la dispersion, les écarts départementaux sont pratiquement les mêmes en 1990 qu'en 1985, marquant davantage les différences entre pratiques que des disparités socio-démographiques. »

► **L'action sociale décentralisée, bilan et perspectives,** éditions Odas, septembre 1993.



Le nouveau positionnement des partenaires

Département, État, protection sociale : le jeu du mistigri

La décentralisation avait posé le principe de *qui paie, décide*, mais ce principe a dès l'origine souffert d'exceptions. Rappelons l'exemple, le plus criant, de la Cotorep (où le département ne dispose que d'un représentant sur vingt membres) qui décide de l'attribution de l'allocation compensatrice alors que cette allocation est entièrement à la charge du département, sans possibilité de récupération.

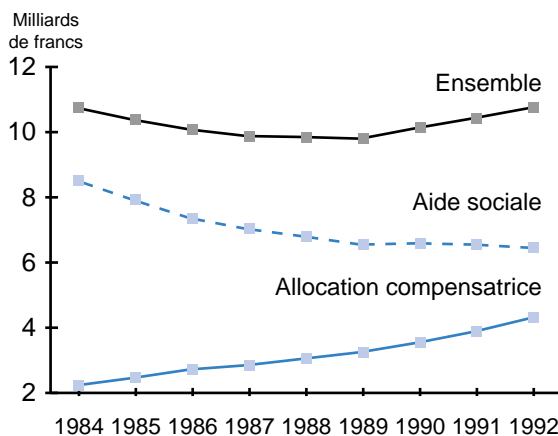
Pour les personnes âgées, l'application du principe que la Sécurité sociale a en charge tout ce qui est de l'ordre du soin, alors que le département prendrait en charge tout ce qui relève de l'hébergement ou de l'accompagnement social, a posé d'importants problèmes dans son application et alimente encore un contentieux entre les départements d'une part, l'État et la Sécurité sociale d'autre part : détermination du forfait soins, du prix de journée des lits médicalisés, dans les foyers, à l'inverse du forfait hébergement dans les centres de long séjour.

Enfin la politique de l'État en matière d'équipement n'est pas sans conséquence sur la demande qui s'exerce sur les départements : ainsi, on sait qu'un certain nombre de handicapés mentaux sont accueillis en hôpitaux psychiatriques. La politique de redéploiement de lits psychiatriques oriente vers des foyers de vie ou des maisons d'accueil spécialisées des handicapés lourds jusqu'alors pris en charge par les centres hospitaliers spécialisés. Autre exemple, la création par l'État d'un CAT va créer une demande d'hébergement d'adultes handicapés.

L'interaction des politiques des trois financeurs se retrouvent ainsi dans d'autres domaines : action sanitaire et sociale des caisses *et* aide sociale aux personnes âgées ; politique de PMI du département *et* prise en charge des consultations femmes enceintes et jeunes enfants par l'Assurance maladie ; généralisation de l'Assurance maladie *et* dépenses d'aide



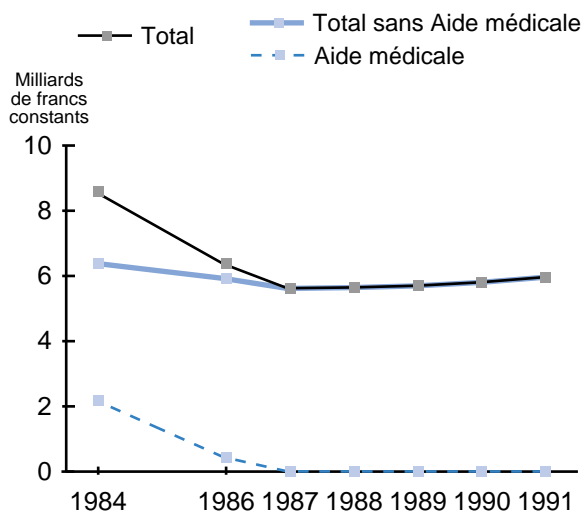
Évolution, en francs constants, des dépenses d'aide sociale aux personnes âgées



Source : Odas



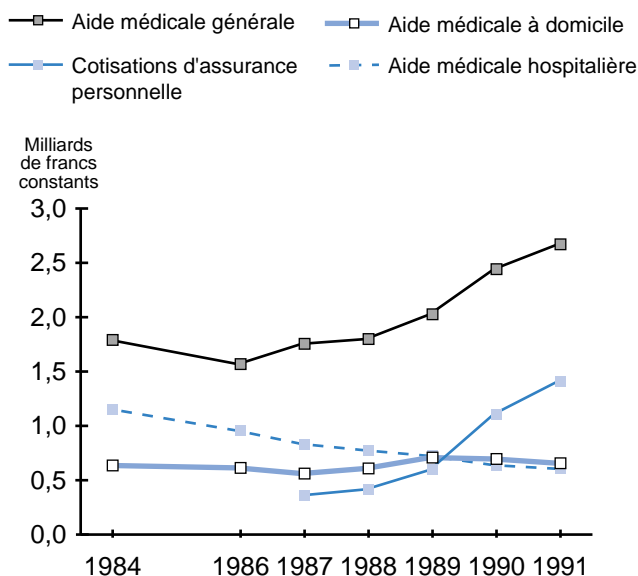
Dépenses brutes d'aide sociale relevant de la compétence de l'État



D'après données Sesi, indice des prix du PIB - base 1984. Exploitation AdSP.



Dépenses nettes d'aide médicale relevant de la compétence du département



D'après données Sesi, indice des prix du PIB - base 1984. Exploitation AdSP.

médicale, ... Ce dernier point s'analyse de façon différente depuis les mesures prises en faveur des bénéficiaires du RMI et des jeunes : la prise en charge de l'assurance personnelle, de droit, par l'aide médicale pèse sur les budgets des départements même si ceux-ci font des économies sur la prise en charge des soins. Ces nouvelles affiliations pèsent également sur l'Assurance maladie par la prise en charge des soins. C'est l'État qui voit par contre ses charges diminuer au titre de l'aide médicale État pour les *sans domicile stable* (ex-sans domicile de secours).

Tous ces problèmes se cristallisent actuellement autour de la question de la prise en charge de la dépendance.

Avec le vieillissement du 3^e âge (les plus de 80 ans sont aujourd'hui plus de 2 millions), les politiques de maintien à domicile marquent le pas et les besoins d'une tierce personne s'accroissent.

Pour le moment, la réponse à ce besoin passe souvent par l'attribution de l'allocation compensatrice (alors qu'il existe une allocation — majoration pour tierce personne — financée par la Sécurité sociale). Or, cette allocation qui vise à la compensation des frais directs ou

indirects entraînés par le recours à une tierce personne pour l'accomplissement d'actes essentiels de la vie courante, a été créée par la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des

personnes handicapées. Elle est attribuée, à ce titre, par la Cotorep. Pour le bénéficiaire et sa famille elle présente l'avantage de ne pas être soumise à l'obligation alimentaire ni à la récupération sur succession. Aucune limite d'âge n'est prévue et par une interprétation extensive de la notion de handicap elle est dorénavant très souvent attribuée à des personnes âgées dont l'état de dépendance résulte de la sénescence et non d'un handicap pathologique ou accidentel. Plus, la commission centrale d'aide sociale a décidé qu'elle pouvait également être attribuée en cas d'accueil du bénéficiaire dans un établissement. Cette jurisprudence n'est d'ailleurs pas appliquée par tous les départements. « Financièrement, cette évolution conduit à un transfert d'un autre ordre dans le cadre du partage des compétences entre l'État et les collectivités territoriales : le budget de la Sécurité sociale en bénéficie aux dépens du budget des départe-

Décision du 19 février 1988, lettre circulaire DAS du 25 mai 1990

ments qui estiment aujourd'hui être les victimes d'une situation qu'ils ne maîtrisent plus. »

Si actuellement 160 000 personnes âgées bénéficient de l'allocation compensatrice, on estime à près de 500 000 le nombre de personnes âgées très dépendantes. Devant cette situation, le gouvernement a avancé le projet d'une allocation dépendance qui bute actuellement sur le double problème de sa maîtrise et de son financement. Il semble acquis que le financement relève des cotisations sociales, mais il n'a pas été arbitré entre une hausse de la cotisation d'assurance maladie des retraités (sensiblement inférieure à celle des actifs) ou une cotisation à répartition plus large (hausse de la contribution sociale généralisée par exemple). Quant à sa maîtrise, les présidents des conseils généraux auraient souhaité pouvoir décider de son attribution, en vertu de leur compétence dans l'action sociale auprès des personnes âgées, mais les organismes de sécurité sociale y sont opposés à partir du moment où le financement reposerait sur la solidarité nationale.

Le paradoxe des communes

La décentralisation dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, n'a pas, on l'a vu, apporté de compétences nouvelles aux communes. En matière d'aide sociale légale, la commune participe à l'instruction et au financement (cf. encadré page XII). L'article 33 de la loi du 22 juillet 1983 ouvrait la possibilité aux communes de gérer des services du département, par délégation et dans des conditions définies par convention. Mais cette possibilité n'a été qu'exceptionnellement utilisée.

La réforme de l'aide médicale a même retiré à la commune quelques prérogatives : fin de l'admission d'urgence prononcée par le maire, fin du « monopole » pour le dépôt des dossiers. Mais, d'une part, la commune dispose d'une clause de compétence générale « sur les affaires de la commune » (voir la première partie du dossier, *AdSP* n° 5). D'autre part, l'article L 137 du CFAS définit une mission large au CCAS qui « anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. »

Et de fait, les communes, ou plutôt certaines communes, sont présentes dans toutes ces politiques, via leur centre communal d'action

► **Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes**, Cour des comptes, rapport au président de la République, novembre 1993.

Article L 163 du CFAS ◀

sociale, mais aussi leur service d'hygiène et de santé publique ou encore des associations paramunicipales. En effet les communes sont traditionnellement des gestionnaires de structures et de services, elles sont les partenaires sollicitées de toutes les nouvelles formes d'intervention, enfin la décentralisation leur a donné une nouvelle légitimité politique.

Les communes sont traditionnellement gestionnaires d'équipements et de services en faveur de la petite enfance (modes d'accueil que nous ne traitons pas dans le cadre de cette étude), des personnes âgées et dans une moindre mesure des personnes handicapées.

L'article 18 de la loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales invitait les communes à devenir des gestionnaires pour « les interventions à but social et médico-social. » La loi du 6 janvier 1986 les a invités à créer des services pour personnes âgées. Les communes ont créé des maisons de retraite non médicalisées, puis elles ont participé à la politique de maintien à domicile en créant des services d'aide ménagère, de soins à domicile, de portage de repas, de télé-alarme, ... sans compter le développement de l'accueil de jour (foyers restaurants et centres d'activité). Enfin, confrontées elles aussi au problème de la dépendance, elles ont parfois cherché à y répondre par l'introduction de suivis plus lourds, voire médicalisés.

Si les communes sont moins souvent concernées par la gestion de structures pour les personnes handicapées, elles sont très directement concernées par l'intégration en milieu urbain : accessibilité en matière de transports, de logement, de services publics, aménagement des voies urbaines...

Enfin, rappelons que certaines communes ont développé une politique médico-sociale à partir de la gestion de centres de santé (cf. page XII).

Mais les communes, collectivités de base, se sentent au premier chef concernées par les phénomènes d'exclusion et elles sont devenues les promoteurs ou partenaires, voire les pionnières, des politiques d'insertion. Sans vouloir trop sortir du champ de notre étude, rappelons cependant que certaines d'entre elles ont été les premières à proposer des revenus minimum. Elles sont directement concernées par la mise en place des missions locales dans le dispositif d'insertion des jeunes. Elles ont mis en place des conseils communaux de prévention de la

délinquance. Elles assureraient l'instruction de 75 % des demandes de RMI.

L'État a d'ailleurs bien compris cet engagement des communes dans toutes ces politiques, et cherche à les impliquer en particulier dans toutes les formes d'intervention de proximité, de réseaux, ... Les communes sont les premiers partenaires ou promoteurs, dans des programmes tels que les actions santé jeunes, ou les nouveaux réseaux de proximité d'accès aux soins. Deux mille communes étaient partenaires dans les premières conventions concernant les Fonds d'aide aux jeunes (période de 1989 à 1992).

Enfin la décentralisation a profondément modifié le contexte de l'intervention des communes. « Elle a conduit les communes les plus peuplées à affirmer leur capacité d'initiative face au département ». Cette capacité d'initiative est bien entendu étroitement liée à leur taille et à leur capacité financière. L'environnement urbain ou rural joue également, les communes rurales victimes de leur éparpillement et de leur isolement restant plus souvent à l'écart des innovations. Toujours est-il que bien des communes se sont engagées dans de nombreuses formes d'interventions facultatives et, de plus en plus, elles élaborent des programmes globaux.

Le nouvel élan donné à la politique de la ville ne peut que renforcer cette légitimité et cette volonté d'affirmer une autonomie. Mais ce transfert dans l'initiative s'accompagne d'un transfert de charges financières sur lequel risque de buter cette évolution.

Il peut s'accompagner également de conflits de pouvoirs locaux. « L'action sociale de la commune et du département intervient souvent pour les mêmes catégories de populations. Est alors posé le problème de la cohérence entre ces deux niveaux d'interventions. [...] Les lois de décentralisation ont occulté la question des interactions entre action sociale communale et action sociale départementale, laissant le soin aux élus de régler eux-mêmes les difficultés nées d'actions sociales parfois antagonistes. »

► **La mutation de l'action sociale communale, mémoire d'études questions sociales, Éna, promotion Saint Exupéry.**

► **Les conséquences de la décentralisation en matière d'aide sociale, rapport du Conseil économique et social, 1988, JO du 28 juillet 1988.**



Départements et communes sont devenus des acteurs de premier plan des politiques d'insertion. Les départements sont au centre du dispositif d'insertion des bénéficiaires du RMI, les communes par définition les maîtres d'œuvre de la politique de la ville. Départements et communes sont sollicités comme partenaires dans maints programmes d'insertion.

Plusieurs indices donnent à penser que les priorités de ces collectivités locales, sont en train de se déplacer des publics traditionnels de l'aide sociale ou de la santé publique (personnes âgées, handicapés, femmes enceintes et jeunes enfants), vers ces publics marginalisés ou en difficultés d'insertion. Pour illustrer, ce propos, nous avons choisi deux enquêtes.

Départements et politique d'accès aux soins

◀ **Observation et accès aux soins des plus démunis, atelier n° 5, entretiens de l'Odas, 14 et 15 décembre 1993.**

Effectuée par l'Odas en 1993, la première enquête concerne les départements et leur politique d'accès aux soins. D'après l'Odas, 51 départements, soit 55 % de ceux qui ont répondu au questionnaire, avaient mis en place un système d'accès aux soins, s'apparentant à la carte santé, avant le 31 décembre 1992, c'est à dire avant la date d'application de la loi du 29 juillet 1992. Les critères retenus étaient : instruction familiale et annuelle, non-contingentement des actes, couverture pour la part légale et le ticket modérateur de l'ensemble des prestations de l'aide médicale. « Le nombre important de départements ayant mis en place une carte santé traduit la forte conscience collective de la nécessité de renforcer l'accès aux soins des plus démunis tout en modernisant les pratiques administratives et financières correspondantes. »

Bien sûr, ce chiffre globalement encourageant, cache des motivations, des procédures et des droits ouverts relativement différents : les motivations vont de la simple amélioration des circuits de financement et de gestion, à l'amélioration des conditions d'admission ou des

prestations offertes. Les procédures révèlent un partenariat plus ou moins poussé avec la CPAM, et la couverture assurée concerne ou non le ticket modérateur, les soins ambulatoires ou plus rarement hospitaliers. Il n'en reste pas moins qu'on assiste à un véritable engagement des départements à l'égard de ce problème qui a pu faire écrire « pour une très large part, cette loi (la loi du 29 juillet 1992 dans ses aspects réforme de l'aide médicale) a capitalisé les initiatives prises par les collectivités locales qui avaient décidé de contourner les aspects désuets, voir inapplicables de l'aide médicale. »

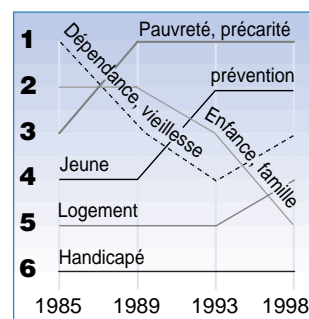
Ces initiatives locales ont d'ailleurs souvent été précédées ou accompagnées d'une étude sur l'état de santé des populations visées et/ou de leurs besoins. Cette démarche d'observation a pu être aussi le fait des communes, dans le cadre de programmes développement social des quartiers (DSQ), d'une CPAM, de la MSA ou encore d'un service déconcentré de l'État (DDASSouDRASS) ce qui illustre l'engagement de nombreux partenaires mais peut-être aussi une certaine confusion dans les responsabilités.

► **L'accès aux soins des personnes défavorisées**, O. Quérrouil, dans *Solidarité santé - études statistiques*, n° 3, 1993

Communes et politique d'action sociale

Les mutations de l'action sociale communale, *Les cahiers de l'Odas*, octobre 1993.

La deuxième enquête concerne les communes et leur politique d'action sociale (au sens large et donc au-delà de notre champ d'étude). Elle a été faite par les élèves de l'Éna dans le cadre d'un séminaire questions sociales (promotion Saint Exupéry) et l'exploitation des réponses a été approfondie par l'Odas. L'enquête, effectuée auprès des communes de plus de 50 000 habitants, avait pour objectif d'identifier les préoccupations successives des décideurs locaux en leur demandant de hiérarchiser leurs priorités pour la période 1985-1993 et celles qui pourraient être les leurs en 1998. Les résultats sont probants : la petite enfance et les personnes âgées, secteurs d'intervention traditionnels des communes passent aux 3^e et 4^e rang, alors que pauvreté/précarité, jeunesse/prévention prennent les deux premières places au rang des priorités communales.



Données Odas

Pour les actions santé, ces nouvelles priorités semblent se traduire par un redéploiement des moyens. Ainsi plusieurs communes font état de la fermeture de leurs centres de santé (ou d'une redéfinition des missions) et de l'affectation de ces moyens au volet santé de leur politique de la ville ou autres formes de politique d'insertion.

Ces nouvelles priorités ne se traduisent pas encore en termes budgétaires : le poids des interventions sociales et médico-sociales traditionnelles dans les budgets est encore très largement prédominant, aussi bien pour les communes que pour les départements. Le tableau ci-contre illustre la structure des dépenses d'action sociale et médico-sociale d'un département (lesquelles représentent en moyenne 33 % des budgets des départements). Il faut pourtant relever l'augmentation sensible, depuis 1989, des dépenses de RMI et des dépenses d'aide médicale (ces dernières représentaient en 1992, en moyenne 8 % des dépenses départementales). D'autres évolutions viendront-elles modifier la structure d'ensemble de ces budgets ?



Structure des dépenses nettes d'action sociale départementale en 1989

Dépenses indirectes	14 %
Service social	6 %
Services communs	4 %
ASE	2 %
PMI	2 %
Dépenses directes	80 %
ASE	36 %
Placement établissements ASE	16 %
Placement assistantes maternelles	8 %
Allocations	5 %
Placement médico-social, scolaire, hôpital	3 %
AEMO	2 %
Divers	2 %
Personnes handicapées	24 %
Domicile	12 %
Hébergement	12 %
Personnes âgées	14 %
Hébergement	11 %
Domicile	3 %
Aide médicale	6 %
Domicile	2 %
Hospitalisation	2 %
Cotisations	2 %
PMI	2 %
RMI	2 %
Actions facultatives	2 %

Source : Odas

L'échelon communal

Un échelon pertinent, sollicité mais non reconnu

Les communes sont aujourd'hui très sollicitées dans le domaine social, médico-social et sanitaire, il n'en a pas toujours été ainsi et, pour autant, il n'est pas sûr que les communes se satisfassent pleinement de la situation nouvelle.

Un débat escamoté

Longtemps les communes ont été cantonnées dans le rôle d'auxiliaire de l'aide sociale légale avec un zeste de personnes âgées, deux doigts de mode d'accueil de la petite enfance et d'aide facultative.

L'État était tout puissant avec vocation à réparer les quelques ratés du progrès économique à l'aide de politiques sectorielles.

La décentralisation aurait pu donner l'occasion de remettre en jeu l'échelon communal, il n'en fut rien, le législateur a choisi la facilité en opérant un léger glissement des services déconcentrés de l'État (DDASS) vers le conseil général, déjà sensibilisé par ces mêmes services aux politiques sociales menées de façon soutenues à l'échelle départementale. Il s'est par ailleurs évité le douloureux dossier d'une réforme communale ayant pour objet de regrouper les 36 000 communes françaises en un plus petit nombre d'unités moins disparates.

Les lois de décentralisation n'ont fait qu'effleurer l'échelon communal sans qu'aucun vrai débat ne soit engagé sur la

pertinence de l'échelon départemental, sur la redéfinition des missions de l'État, sur l'évolution de l'action sociale... que l'on sentait pourtant poindre puisque cette inquiétude par rapport à la maîtrise des dépenses a précisément été l'une des raisons du désengagement marqué de l'État dans ce secteur.

Le grand bazar institutionnel

Malgré les sollicitations dont elle est l'objet, la commune ne peut se satisfaire de la situation actuelle compte tenu de la totale désagrégation du cadre dans lequel elle évolue.

Le champ de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire est en effet totalement désorganisé sur le plan institutionnel :

- absence de leader véritable, le département étant fréquemment enclin à ne point trop s'investir par peur de trop dépenser ;
- l'État est exsangue dans les DDASS, les DRASS sont encore loin géographiquement et fort peu marquées par la culture sociale ou médico-sociale.

Les répartitions des compétences sont on ne peut plus contestables et surtout elles sont restées figées dans un partage du champ qui date de 10 ans. Toutes les réformes ultérieures ont consciencieusement mélangé les responsabilités sous couvert de partenariat.

Les textes sont tellement contradictoi-

res et dépassés qu'ils ne constituent plus un cadre pour le fonctionnement.

À titre d'exemple, on peut se demander s'il existe encore des responsables de CCAS suffisamment masochistes pour créer et gérer un établissement social ou médico-social, où il leur sera imposé la composition du conseil d'administration, un directeur dont la carrière est gérée directement par le ministère des Affaires Sociales et dont le personnel relèvera du statut de la fonction publique hospitalière.

Les missions des institutions clefs n'ont pas été redéfinies. Plus grave, c'est la panne politique des principaux acteurs et on voit bien comment le blocage de dossiers aussi cruciaux que celui sur la dépendance ou sur le service social, illustre tout ce qui a été dit plus haut.

Il n'y a donc plus de repère, plus de règle de jeu, ce qui conduit à prêter d'autant plus facilement toutes les vertus au « local », au « terrain » ; ce qui conduit aussi à réclamer à l'échelon de proximité réel que constitue la commune une contribution financière accrue et la participation de ses moyens humains.

Beaucoup de sollicitations donc, tous azimuts : logement social, insertion, emploi, prévention de la délinquance, lutte contre toutes les formes d'exclusion, mais dans des logiques verticales, pilotées par des institutions qui raisonnent en politiques sectorielles et qui, à coup d'incitations financières dont les effets pervers sont patents, essaient de s'attirer le concours des communes.

Vers une reconnaissance des communes...

Il est temps de reconnaître la commune comme un échelon pertinent de conduite des politiques sociales et comme partenaire à part entière.

L'État en premier lieu, les conseils généraux et les organismes de Sécurité sociale ne peuvent solliciter les villes de façon croissante sans leur accorder corrélativement une vraie reconnaissance.

Celle-ci devrait passer par une réelle prise en compte des communes dans des

textes enfin actualisés, par des compensations financières à l'instar de ce qui s'est produit pour les départements lors du transfert de compétences, par un partenariat plus équilibré, plus systématique, sur les grands dossiers.

Il faut affirmer clairement que les politiques sociales et médico-sociales ne peuvent plus s'élaborer, ni se conduire en dehors des communes, il en va de l'efficacité et de la pertinence même de celles-ci.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler deux ou trois évidences fortes qui viennent étayer ce propos :

- nous sommes dans une société essentiellement urbaine — et qui le devient de plus en plus — ou les problèmes sociaux se manifestent de façon criante — voire violente — dans les villes.

- les problèmes sont devenus à ce point complexes et spécifiques que seule une observation très fine — donc très rapprochée — peut permettre d'analyser les phénomènes et tenter ensuite d'apporter des réponses.

- les handicaps sociaux liés à l'exclusion sont cumulatifs tant au niveau individuel qu'au niveau collectif (quartiers relégués).

Face à cela l'échelon central continue à considérer benoîtement :

- que les conseils généraux, qui sont d'abord les représentants de la ruralité, sont les mieux placés pour s'occuper des questions sociales.

- qu'il convient de déconcentrer au compte-gouttes car il faut bien laisser toutes leurs prérogatives aux administrations centrales.

- que par voie de conséquence, les logiques prioritaires sont verticales et de préférence cloisonnées plutôt qu'horizontales.

... et une valorisation de la citoyenneté

Les villes n'ont certes pas toutes les vertus, toutes les réponses et encore moins toutes les solutions. Elles sont toutefois capables — elles l'ont déjà prouvé à maintes reprises — d'innover et d'expé-

rimer pour répondre à un problème qu'elles ont vu poindre.

Elles sont en train de transformer leurs organisations pour un fonctionnement plus transversal qui conjugue si possible intelligemment les moyens et les compétences. En un mot, elles tentent de s'adapter à la situation sociale nouvelle avec une vitesse de réaction qui mérite peut-être quelque considération.

Bien entendu, il y a encore la place pour des réponses curatives aux problèmes sociaux, mais à l'évidence cela devient de plus en plus insuffisant. L'action sociale ou médico-sociale doit s'orienter avec détermination vers la fabrication de relations sociales, de tissu social, vers ce qui conduit à une meilleure reconnaissance sociale de tous ceux, de plus en plus nombreux, qui sont en dehors du marché du travail et dont l'insertion sociale ne passe plus par la sphère professionnelle.

Ce qui est en jeu, c'est la capacité à favoriser la citoyenneté, la participation à la vie publique, au moins autant que de gérer de façon plus ou moins cohérente toutes les formes d'aide.

Si ce diagnostic est partagé par nos décideurs nationaux, alors il faut qu'ils aient le courage de réformer radicalement afin de clarifier le champ sanitaire et social, d'adapter les missions des acteurs, et d'accepter l'échelon communal comme un interlocuteur, partenaire à part entière des politiques sociales... serait-ce trop demander, serait-ce trop ambitieux ? ■

Jean Laour

Secrétaire général adjoint, chargé de la solidarité et de la vie sociale, Laval

La décentralisation, facteur de prise en charge globale ?

Le champ sanitaire et social se caractérise par l'extrême imbrication des compétences. Expliquée par l'histoire sociale du pays et également par l'interpénétration des problèmes sanitaires et sociaux, cette imbrication est fortement marquée en France. Nombreux sont les acteurs du champ sanitaire et social : l'État, ou plus exactement plusieurs départements ministériels, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale ou de prévoyance, les professionnels sociaux et la santé, les entreprises publiques ou privées, les associations. On voudrait pouvoir y ajouter sans réserve les habitants.

Si la décentralisation n'a guère simplifié ce paysage, elle peut néanmoins favoriser une prise en charge globale qui est l'ambition de toute politique sanitaire et sociale.

La décentralisation n'a guère simplifié le paysage sanitaire et social

Une des idées du grand dessein décentralisateur était pourtant la simplification. Au service de celle-ci, un concept avait été précisé par les lois de décentralisation : « le bloc de compétences ». Celui-ci a été défini par l'article 3 de 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, en ces

termes : « la répartition des compétences entre les collectivités territoriales et l'État s'effectue, dans la mesure du possible, en distinguant celles qui sont mises à la charge de l'État et celles qui sont dévolues aux communes, aux départements ou aux régions de telle sorte que chaque domaine de compétences ainsi que les ressources correspondantes soient affectés en totalité soit à l'État, soit aux communes, soit aux départements, soit aux régions. »

Ce concept, en tout cas dans le champ sanitaire et social, est illusoire.

D'une part, parce que le transfert des compétences n'a porté, dans ce champ, que sur un dispositif légal d'aide sociale et de prévention sanitaire, défini depuis 1953 par référence à un mode de financement partagé entre les collectivités publiques, connu sous le nom de « financements croisés ». Ce dispositif comporte d'autant plus de frontières avec le reste du champ sanitaire et social qu'il a un caractère subsidiaire par rapport aux autres formes de solidarité collective et, au premier chef, à l'égard des organismes de sécurité sociale. Ainsi, quand bien même l'ensemble de ce dispositif aurait été confié à un seul niveau de collectivité territoriale, les frontières avec l'assurance-maladie, les allocations familiales, les régimes de retraite faisaient se chevaucher les compétences respectives des uns et des autres.

D'autre part, le transfert des compé-

tences opéré par la loi du 22 juillet 1983 a accru le nombre d'acteurs institutionnels. Avant celui-ci, les interventions au titre de l'aide sociale et de la prévention sanitaire étaient décidées par le conseil général sur proposition des services du préfet et la participation financière de l'État à ces actions venait en déduction du budget du département. La loi du 22 juillet 1983, deuxième loi de transfert de compétences, a, en ce domaine, substitué à ce partage financier un partage en nature. Aux termes de celui-ci, de nombreuses compétences d'aide sociale et de prévention sanitaire ont été confiées aux départements, tout en maintenant la participation financière des communes (de l'ordre de 15 %). L'État conserve pour sa part, une compétence d'attribution qui est loin d'être négligeable et qui s'interpénètre dans les faits avec celle du conseil général.

À l'égard du partage de 1983, la question est souvent posée de savoir pourquoi le département a été le seul attributaire de ces compétences. À défaut d'audace, on peut créditer le législateur de réalisme. Le département était impliqué directement dans ce dispositif depuis plus de trente ans. Il y consacrait près de la moitié de son budget annuel et la moitié au moins des personnels chargés de sa mise en œuvre était de statut départemental. Il est vrai que les sénateurs, en introduisant dans ce qui allait devenir la loi du 22 juillet 1983, l'article 33, avaient ouvert des pers-

pectives en permettant aux départements de faire exercer par les communes, par convention avec celles-ci, les compétences qui leur étaient attribuées. On sait que dans la pratique, cette disposition a été rarement mise en œuvre. Il demeure que, dix ans après, on ne voit pas quel meilleur choix il aurait été possible de faire. Peut-être aurait-on pu mettre fin à la participation financière des communes aux dépenses d'aide sociale du département ? Les avis étaient à l'époque partagés.

Enfin, la décentralisation — qui s'est traduite par la mise en œuvre de la libre administration des collectivités territoriales et la disparition de la tutelle a priori et a posteriori du préfet — a, par voie de conséquence, élargi les possibilités d'intervention des collectivités territoriales. Celles-ci ne sont nullement cantonnées dans le cadre des compétences que les lois de 1983 leur ont confiées. Elles disposent d'une légitimité d'ailleurs préexistante à intervenir, à laquelle la libre administration a donné son plein exercice. L'organe délibérant de chacune des collectivités territoriales « règle par ses délibérations les affaires » de la collectivité. Si la jurisprudence administrative a délimité plus ou moins cette formulation, celle-ci recouvre, dans le domaine sanitaire et social, un vaste champ d'intervention. C'est ainsi que les régions participent à la rénovation des hospices, que les départements et des communes apportent leur concours à l'insertion des plus démunis, à la lutte contre le sida, à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, etc.

Assurément, bien avant la décentralisation mais davantage depuis celle-ci, les communes et les départements jouent un rôle actif dans la santé des personnes, la lutte contre l'exclusion et la qualité sanitaire de l'environnement de l'homme.

La décentralisation peut-être une chance pour la prise en charge globale

La libre administration des collectivités territoriales, le professionnalisme des acteurs, le fait que l'État, de tuteur omni-

présent et de coordinateur obligé, est devenu un partenaire s'associant aux autres, la légitimité que la décentralisation a donnée à la participation des habitants, directement ou par le canal du mouvement associatif, l'idée que l'action doit être menée dans le cadre d'un territoire donné au plus proche des habitants, sont les principales raisons d'espérer l'émergence de cette prise en charge globale.

Le neuvième rapport de la commission de la sécurité des consommateurs au président de la République et au parlement — 1993, qui soit dit en passant, fait une place privilégiée à la santé, exprime fort bien cet espoir, en constatant que depuis « des années un objectif est primordial : horizontaliser les efforts déployés verticalement, décloisonner et coordonner pour le plus grand bien de la santé publique. »

Dès lors que des partenaires partagent les mêmes objectifs, et ne campent pas sur leur pré-carré, un vaste champ de coopération en effet s'ouvre à eux. Les lois depuis 1984 ont développé, parfois excessivement comme avec le RMI, les possibilités ou les obligations de coopération. La réforme de l'aide médicale opérée par la loi du 29 juillet 1992 en donne un nouvel exemple, facilitant les conventions entre collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, communes, associations, en vue de faciliter l'accès aux soins des plus démunis ou d'améliorer la gestion administrative.

Dans le cadre de l'accès aux soins et aux services aux usagers par exemple, on voit en ce domaine les synergies qui peuvent se développer localement. Les communes peuvent mettre à la disposition des CPAM des locaux aménagés qui permettent à celles-ci de traiter sur place avec leur personnel les dossiers des habitants de la commune sans que ceux-ci aient à se déplacer au chef-lieu du département ou à attendre un règlement par la voie postale. Les techniques de télé-travail permettent d'ores et déjà à certaines caisses primaires de se déconcentrer de cette manière. Parallèlement, le département peut confier à la commune l'exercice des compétences en matière d'aide médicale

par exemple, mais également de PMI, de lutte contre les fléaux sociaux, etc. que permet l'article 33 de la loi du 22 juillet 1983. De même, d'autres institutions sanitaires et sociales peuvent faire exercer également sur place des responsabilités facilitant la vie des habitants telles que l'information sur la santé, la prévention sanitaire et sociale, les permanences sociales, l'information des jeunes, des personnes âgées, etc.

L'exemple de la coopération, à l'initiative des associations, dans la lutte contre le sida, témoigne également de cette nouvelle manière de prendre en compte les problèmes.

Deux conditions paraissent nécessaires pour que ce mouvement se développe. La première est une culture commune en santé publique et en action sociale, singulièrement en ce qui concerne la prévention sanitaire et sociale. L'État doit jouer également un rôle en ce domaine, notamment par l'information et la sensibilisation des élus, des professionnels des collectivités territoriales. Des actions de communication sont à mener, des brochures d'information à diffuser, des journées techniques à organiser. Ceci s'exerce tant au niveau des administrations centrales qu'à celui des services déconcentrés du ministère de la santé, les DRASS et les DDASS, qui sont les interlocuteurs naturels des présidents de conseil général et des maires.

La seconde condition est que la participation des habitants, recherchée de manière variable, soit partout suscitée. C'est ainsi que se conçoit véritablement la promotion de la santé et du bien-être social. Quelque chose d'irréversible, douze ans après la décentralisation, sera alors atteint. ■

Louis Dessaint
Chef de service,
Direction générale de la santé

De quelques problèmes d'action concertée en santé publique dans les contrats de ville

La fiche thématique 1-2 des orientations prévues dans les contrats de ville¹, relative à la santé souligne d'emblée que « La politique de lutte contre les exclusions développées dans les projets de développement social urbain (DSU) doit porter — plus largement que cela n'a été le cas jusqu'à présent — attention aux questions de santé et favoriser l'accès des plus démunis au droit à la santé.

Les efforts réalisés ces derniers mois dans la préparation de ces contrats par les services déconcentrés de l'État comme par les administrations locales et les intervenants de terrain montrent, à travers les premiers échos recueillis, que l'action concertée en santé publique peut trouver là les supports d'une relance même si on y retrouve des infirmités connues.

Il paraît intéressant d'observer à cet égard la réaction des institutions à la recherche de la cohérence globale et peut-être d'opérer une relecture des instruments dont disposent les maires.

Les structures administratives à la recherche de la cohérence globale

Quelques constats peuvent déjà être faits concernant l'élaboration des actions de santé publique et les difficultés rencontrées par les services dans la coordination.

- Un premier constat à faire est la

modestie de certaines propositions communales. Il s'agit parfois de propositions ponctuelles sans perspective d'ensemble et quelquefois redondantes : telle association soutenue par la commune dans la promotion de son action venant interférer avec telle autre déjà assise localement dans le même secteur avec l'appui d'autres collectivités.

La procédure du contrat de ville peut donc ici dériver. Les structures de pilotage des préfetures et les DDASS sont conduites à faire des enquêtes complémentaires pour repérer où se situent la meilleure qualité de l'existant et les coordinations éventuelles à envisager. C'est surtout, semble-t-il, le temps qui a manqué aux municipalités et à leurs services pour procéder à une réflexion plus approfondie avec une vision d'ensemble dans les brefs délais impartis (la date butoir du 1^{er} juin semble avoir beaucoup gêné).

- Il a fallu en second lieu redécouvrir le poids de l'émiettement des compétences en matière de santé publique tel qu'il apparaît dans les textes rappelés récemment dans cette revue², comme dans le cloisonnement ancien et fâcheux des politiques sectorielles traitant de ces problèmes dans notre pays³. La circulaire ministérielle du 20 mai 1988 « santé et développement social des quartiers » a pu fustiger ces situations. Les échos perçus sur le terrain sont bien reflétés dans la réflexion récente du Docteur Philippe Lagree développant ce thème « d'une santé émietlée devenant insaisissable. »⁴

De manière nouvelle s'affirme l'intérêt d'outils pour surmonter ces cloisonnements, vaincre les inerties diffuses ou les blocages par tel ou tel pouvoir trop personnalisé.

La santé publique offre un terrain particulièrement intéressant à cet égard dans la technique du contrat de ville pour obtenir une action décapante, débouchant sur plus de transparence et sur une dynamique de coordination.

Et le risque parfois évoqué de « tout ramener à des problèmes de santé pour tenter d'évacuer d'autres problèmes pour lesquels on n'a pas d'autre solution : chômage, pauvreté... la santé publique jouant le rôle d'alibi »⁵ semble relativisé dans cette procédure nouvelle lorsque l'observation sur le terrain restitue la gravité des interactions : des jonctions sont envisagées avec les plans départementaux d'insertion dont la qualité d'offre pourrait susciter des prolongements dans les contrats individuels d'insertion.

- Quelques réactions des services de l'État déconcentrés méritent encore l'attention.

Les DDASS qui sont les plus directement impliquées souffrent bien sûr de leur manque de cadres, mais sont cependant de loin les mieux équipées pour jouer ce rôle d'éclaireurs du terrain⁶.

D'autres services de l'État ont dû cependant être sollicités (DDE pour le logement social, réseaux hospitaliers qui regorgent d'informations peu exploitées et disposent d'une immense autonomie...).

Pour engager un dialogue efficace avec les agglomérations concernées, l'État se voit donc obligé de parler d'une seule voix. Il y a là pour le préfet et éventuellement le sous-préfet coordonnateur une exigence préalable d'ajustement des rôles qui n'est pas nouvelle mais qui, dans l'espèce, est impérative : si elle n'est pas assurée, peuvent apparaître au grand jour les dysfonctionnements fâcheux de l'appareil d'État.

- Changement réel de perspective en revanche, la nécessité de faire remonter du terrain les besoins de santé en utilisant plus largement le relais des autorités d'agglomération : maires, services municipaux et autres réseaux implantés. Quelques coups de sonde permettent de mesurer ici la volonté perçue chez les agents de l'État de devoir travailler autrement. Le contrat de ville a des chances de mieux toucher les plus démunis — avon-nous entendu — dans la mesure où des concertations s'opèrent à partir de maillages existants — en évitant de plaquer des démarches intempestives sur des actions en profondeur amorcées par des acteurs de terrain.

L'heure apparaît donc du pragmatisme et de l'art d'écouter pour susciter les rencontres et les négociations. « Faire faire et surtout savoir faire faire plutôt que de faire nous-mêmes » pour reprendre les orientations méthodologiques de la Drôme⁷ dont l'approche nouvelle séduit et connaît des répercussions dans plusieurs départements.

La difficulté subsiste, il est vrai, de faire le tri des propositions concrètes et la tentation des préfetures pourrait être, dans le souci de dégager des priorités, d'opérer parfois des catégorisations fortes et de classer par exemple sous l'étiquette santé des dossiers associatifs infiniment plus complexes qu'un classement inadéquat risque de desservir ultérieurement. C'est dire l'extrême qualité qu'il convient d'apporter dans le travail effectué par les structures préfectorales de pilotage lorsque celles-ci doivent répondre à la diversité des demandes et introduire de la cohérence.

- Les réactions des divers partenaires de terrain sont encore inégalement

connues. Quelques communes seraient tentées d'y voir un moyen parmi d'autres d'abonder leurs crédits dans la politique de la ville sans toujours cibler suffisamment les projets sur les populations des quartiers bénéficiaires. Et certaines associations ont parfois cette même préoccupation.

Reste à s'interroger sur le rôle spécifique des maires pour utiliser les instruments dont ils disposent.

Pour une relecture des moyens d'actions des maires

L'un des aspects important du contrat de ville est que, s'il donne à l'État et à ses préfets un rôle essentiel pour la sélection des sites et la coordination des actions, il laisse aux responsables de l'agglomération le soin de proposer un certain nombre de points du programme santé. Il est recommandé certes aux autres collectivités concernées, région, département, organismes sociaux CPAM notamment, et aux réseaux privés d'apporter pour chacun l'écho de ses préoccupations dans sa zone de compétence ou d'intervention ; il reste que ce sont les communes de l'agglomération choisie et notamment les maires directement intéressés qui détiennent en la matière l'initiative des principales réponses à partir de leur propre regard sur les besoins des quartiers en difficulté.

Ils disposent pour cela d'instruments très utiles pour opérer les diagnostics préconisés dans la fiche thématique santé mais tous ne bénéficient pas de la même attention.

- Un instrument efficace sur lequel la discrétion est trop grande est le rôle du maire et des autres élus municipaux au conseil d'administration de l'hôpital. Il y a là un pontage institutionnel important pour développer une action sanitaire pluriannuelle extérieure. La jonction notamment est possible entre contrat de ville et les schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale pour introduire l'action des établissements hospitaliers dans cette action ciblée vers les plus démunis. L'article L 712-4 du code de la santé

publique prévoit « des contrats pluriannuels susceptibles d'être conclus entre les établissements de santé publics ou privés, les organismes d'assurance maladie, le représentant de l'État et, le cas échéant, des collectivités locales permettant la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire. »

Les projets d'établissements qui sont délibérés en conseil d'administration (CSP art. L 714-4, 1^{er}) sont susceptibles d'enregistrer les conséquences des orientations retenues. Le développement des services d'urgence, les aides apportées aux jeunes en grande difficulté peuvent constituer par exemple le point de départ de stratégies sanitaires préventives fortes à l'égard de ces populations. Quelques centres hospitaliers ont commencé à spécialiser l'accueil de ces jeunes publics⁸ et la conjonction de leur action avec des réseaux extérieurs est vivement souhaitée⁹.

Il convient d'observer que, dans le même esprit, la circulaire ministérielle 33/93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des plus démunis et, rappelant les obligations de service public de l'hôpital en la matière, souligne l'opportunité de cellules d'accueil spécialisées pour aider ces personnes à faire valoir leurs droits à l'assurance maladie et à l'aide médicale. Elle suggère en outre la conclusion de conventions pour des soins en consultation externe aux populations instables entre les préfets et les directeurs d'hôpitaux. Ces initiatives peuvent trouver place dans les contrats de ville.

- Il y a en outre, à l'intérieur des communes urbaines, beaucoup de services encore trop cloisonnés qui sont détenteurs d'informations et d'expériences susceptibles d'être bien davantage mobilisées. La fiche thématique Santé met l'accent à juste titre sur la participation souhaitable des centres communaux d'action sociale. La préparation de leur congrès national à Carcassonne les 3-4 mai 1994 a montré que leurs dirigeants ont une vive conscience du rôle qu'ils peuvent jouer dans ces politiques de santé territorialisées — et s'estiment souvent les mieux placés pour le faire¹⁰.

- En revanche il n'est guère évoqué la

participation que pourrait fournir utilement aux maires la réflexion des services communaux d'hygiène et de santé.

Les communes ou les groupements de communes en assurent l'organisation et le financement sous l'autorité du maire ou du président de l'établissement public de coopération intercommunale.

Le numéro 5 de cette revue en a rappelé les textes et la pratique¹¹ précisant qu'il existe environ 200 services communaux d'hygiène et de santé et faisant apparaître l'extrême diversité des cas de figure rencontrés.

Le caractère estimé non obligatoire de leur création (alors que celle-ci l'était théoriquement avant la décentralisation dans les communes de plus de 20 000 habitants) et l'absence des décrets d'application annoncés dans la loi du 6 janvier 1986 (art. 69) ont sans doute nuit à leur développement.

On peut le regretter car il y a là une structure technique susceptible d'associer la commune à l'État pour l'application des dispositions relatives à la protection générale de la santé publique.

Il y a déjà les attributions modestes du maire qui peuvent être développées dans la lutte contre les fléaux sociaux notamment dans la lutte contre l'alcoolisme : les associations d'hygiène alimentaire qui œuvrent dans ces secteurs trouvent leurs jonctions privilégiées avec le milieu hospitalier mais auraient besoin parfois de relations plus suivies avec les communes d'implantation.

Il faut surtout évoquer les fonctions susceptibles d'être confiées aux services d'hygiène et de santé en matière de surveillance sanitaire que prévoyait trop étroitement l'art. 1^o de l'arrêté du 14 mai 1962 : dans les grandes agglomérations avec une réglementation rénovée ces services pourraient servir de postes avancés des observatoires régionaux de la santé et devenir des instruments privilégiés d'information des maires sur les besoins des quartiers.

• Il conviendrait enfin d'étudier les résultats obtenus et les modalités de relance possible des centres municipaux de santé dont le financement actuel est particulièrement onéreux et dont les modes

de fonctionnement auraient sans doute besoin d'être revus pour n'être plus perçus simplement comme des sources de concurrence de la médecine libérale. C'est ici peut-être que les liaisons avec l'hôpital envisagées dans la circulaire du 17 septembre 1993 plus haut citée pourraient être repensées.

La chance offerte par les contrats de ville en ces secteurs de santé est qu'à partir d'une information solide sur la vie et la santé des populations les plus démunies, un levier existe désormais pour faire sortir les pouvoirs institués de leur tour d'ivoire : un territoire bien délimité permet de se mettre à l'écoute des populations elles-mêmes et de ceux qui par profession, par vocation et parfois les deux connaissent les besoins de santé.

Il s'agit comme dans les procédures du revenu minimum d'insertion d'instruments d'action transversale qui peuvent remettre en question les immobilismes traditionnels.

Les textes existent. La question est à nouveau posée de savoir s'en servir.

Philippe Ligneau,

Professeur à la Faculté de Droit et des Sciences sociales de l'Université de Poitiers

¹ Les contrats de ville du XI^e plan, dossier ressources, délégation interministérielle à la ville, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 5, décembre 1993, p. XXXVIII.

Sur les contrats de ville dans leurs principes cf. :

- C. Pierret, *Le contrat de ville : un canaliseur tonifiant*, in *Pouvoirs locaux*, 1990, n° 9, p. 78.
- Ph. Mejean, *Des politiques publiques contractuelles*, in *Informations sociales*, n° 19, 1992.
- J. Vachon, *Les contrats de ville : un tournant stratégique*, in *ASH*, 1855, 26 nov. 1993.
- Yann Reb Oulleau, *Les contrats de ville, Dossier secteur*, nov. 1993, p. 7.
- Ph. Ligneau, *Les contrats de ville*, in *Revue du droit sanitaire et social*, n° 2, 1994, à paraître.

² Dossier ressources précité. Fiche thématique 1-2, « La santé ». Cette fiche souligne la multiplicité des compétences : État, CPAM, conseil général, communes, professionnels libéraux et relève les nombreux services concernés susceptibles de fournir un appui.

³ Cf. par exemple la dénonciation de ce morcellement dans un numéro spécial de la *Revue de droit sanitaire et social*, 1983, *La prévention sanitaire en France* notre introduction *Quelle santé ? Quelle prévention ?*

⁴ Docteur Philippe Lagree, *Prise en compte de la Santé dans le développement social des quartiers*, in *Échanges-Santé*, n° 66, janvier 1992, p. 16 et s.

⁵ Docteur Philippe Lagree, *op. cit.*

⁶ Cf. Irène Clerc, *L'engagement de la DDASS des Yvelines dans la politique de la Ville*, in *Échanges-Santé*, n° 66, juin 1992, p. 32 qui souligne leurs atouts particuliers : la connaissance du terrain (grâce notamment aux actions de prévention), celle des partenaires de base (associations, municipalités), la pratique des textes (réglementations diverses concernant les étrangers, les toxicomanes, les marginaux...).

⁷ Cf. Serge Davin, *Drôme : des partenariats au service de l'insertion*, in *Échanges-Santé*, n° 73, mars 1994.

⁸ Pour une réflexion d'ensemble cf. R. Bousiges, *L'adolescent à l'hôpital*, Colloque Faculté de droit de Poitiers, 3 décembre 1992 sur « Les orientations du droit pour les adolescents en difficulté », travaux publiés aux PUF 1993, p. 113

⁹ R. Bousiges *ibidem*.

¹⁰ Congrès national Carcassonne 4-5-6 mai 1994. Cf. notamment les travaux de l'atelier n° 2, *Les nouvelles marginalisations et les CCAS*, rapport introductif, travaux à paraître.

¹¹ *Actualité et dossier en santé publique*, n° 5, 1993, p. VI et XIV.



Lutte contre le cancer

Des programmes de dépistage systématique du cancer du sein vont être engagés ou renouvelés dans 21 départements ; ces programmes qui visent les femmes de 50 à 69 ans à qui une mammographie sera proposée tous les 3 ans, devraient être progressivement étendus à tous les départements.

Comme on l'a vu dans la première partie de ce dossier (AdSP n° 5), le département a reçu une compétence (mal définie) en matière de dépistage du cancer ; de son côté la CNAM a engagé depuis 1989 des programmes de dépistage du cancer sur quelques sites, dans le cadre du Fonds national de prévention ; enfin, l'État souhaitait reprendre une certaine initiative dans ce domaine.

Le montage institutionnel retenu est le suivant :

- un comité national, créé par arrêté, rassemblant l'ensemble des partenaires impliqués dans le programme (arrêté du 16 mai 1994, 36 membres dont 2 représentants des conseils généraux) ;
- des structures départementales, dont la forme peut être variée mais devant regrouper l'ensemble des partenaires, financeurs et professionnels ;
- une convention, entre l'État, l'assemblée des présidents des conseils généraux et les directeurs de trois principales caisses d'assurance maladie, qui prévoit différents engagements pour cinq ans dont un engagement financier : l'État finance le fonctionnement du comité national, les départements les structures départementales nécessaires au programme, les caisses d'assurance maladie les tests de dépistage.

Lutte contre la tuberculose

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 a profondément modifié les dispositions du code de la Santé Publique concernant la lutte contre la tuberculose. Le titre Ier du Livre III (lutte contre les fléaux sociaux) se résume dorénavant à 6 articles (contre 39 précédemment). Deux articles concernent l'obligation de vaccination par le BCG. Les quatre autres concernent des compétences du conseil général.

L'article L 219, seul article non modifié (ancien article L 247), nous confirme que les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination sont des services du département. L'article L 218 définit leur mission générale : ils « concourent » à l'échelon départemental à « la prophylaxie individuelle, familiale et collective de la tuberculose. » Aucun décret ne devrait venir préciser cette définition large.

À noter que le terme « concourent » a remplacé « sont destinés à » (ancien article L 219) ; cette formule semble placer ces structures dans un réseau dont ils constituent deux éléments. L'article L 216 nouveau nous précise bien que la vaccination assurée dans les services de vaccination est gratuite. Enfin une disposition nouvelle (article L 220 nouveau) concerne l'activité des dispensaires antivénéériens : ceux-ci pourront, sous réserve d'être habilités, traiter certains malades : suivi et prescription de médicaments. Mais ce dispositif est mis sous le contrôle de l'État (habilitation par le préfet et financement par la Sécurité sociale). Un décret doit venir préciser les modalités d'application.

Code de la santé publique

Livre III, titre I^{er}, lutte contre la tuberculose

Article 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.

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.

Article L 217 Sera puni des sanctions prévues à l'article 471 du Code pénal quiconque refuse de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels il exerce l'autorité parentale ou dont il assure la tutelle, aux prescriptions des articles de la présente section ou qui en aura entravé l'exécution.

En cas de récidive, les sanctions applicables seront celles prévues par l'article 475 du même code.

Article L 218 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 individuelle, familiale et collective de la tuberculose.

Article L 219 Les dispensaires antituberculeux et les services de vaccination de la population civile par le vaccin antituberculeux BCG sont des services du département.

Article 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 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.

Ville-santé : des indicateurs évolutifs

En annexe du numéro 5, nous avons publié une liste d'indicateurs « ville en santé ». Il apparaît que ces indicateurs ont été revus.

L'ouvrage de référence actuel « Healthy-city, guide note for the healthy-cities indicators », novembre 1992, propose 53 indicateurs (développés, le tout en anglais). Une évaluation en cours (groupe de travail OMS) devrait aboutir prochainement à une nouvelle liste. Pour des informations complémentaires s'adresser à : WHO Euro, Environmental Health Planning/Ecology, Xavier Bonnefoy, 8 Scherfigsveg, DK 2100 Copenhague, Danemark



Sommaire

■ XXX **Circulaire Dirmi, les politiques d'insertion : la santé**

■ XXXIV **PMI, données départementales de l'Andass**

Circulaire Dirmi n° 93-04 du 27 mars 1993
relative à mise en œuvre du RMI Dispositif d'insertion

ANNEXE IV Les politiques d'insertion : la santé

L'état de santé des populations défavorisées constitue une préoccupation majeure : même si on ne constate pas de pathologie spécifique, les conditions de vie difficiles constituent à l'évidence un facteur aggravant. Les pathologies sont plus nombreuses, le retard à l'accès aux soins fréquent, sur fond d'un état général de découragement du fait d'un manque de perspectives d'avenir.

Ces perturbations sont aussi constatées chez les enfants, avec de fréquentes atteintes au niveau de la vision et de l'audition, ce qui diminue les acquisitions scolaires, et provoque des difficultés relationnelles.

L'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires du RMI et des membres de leur famille est une composante importante de l'insertion : c'est un impératif en termes de santé publique, en particulier pour ce qui concerne des pathologies lourdes (tuberculose, VIH, santé mentale, alcoolisme chronique). C'est aussi une étape importante pour permettre aux intéressés de retrouver la possibilité de faire des choix de vie.

I. L'approche spécifique des problèmes de santé

La santé est un domaine de l'insertion particulièrement difficile à aborder car il est soumis à une double contrainte : il est impossible d'ignorer le facteur santé dans

la préparation du contrat d'insertion, par exemple pour situer le niveau de l'aptitude au travail. Mais, en même temps, la santé touche à l'intimité des personnes, dans laquelle une intrusion maladroite peut être désastreuse.

Les services instructeurs doivent veiller à respecter strictement les principes de travail en insertion pour mener à bien l'accompagnement des bénéficiaires, et en particulier les points suivants :

- le premier acteur de l'insertion, c'est le bénéficiaire du RMI lui-même : c'est encore plus vrai pour la santé ou l'instructeur peut inciter et/ou accompagner une démarche, mais pas la contraindre ;
- dans une approche globale, le plus souvent la santé n'est pas un préalable aux autres formes d'insertion, mais une des composantes des actions d'insertion. C'est par l'amélioration de ses conditions de vie que la personne reprend confiance en elle, et parvient à formuler une demande de soins. La polyvalence du dispositif RMI doit donc être pleinement exploitée ;
- si les démarches vis-à-vis de la santé peuvent parfaitement faire partie du contrat d'insertion et les actes médicaux en sont exclus car il ne s'agit en aucun cas de créer des situations d'obligation thérapeutique (v. article 42-5, 6° de la loi du 29 juillet 1992) ;
- le service instructeur doit fournir à la CLI les éléments permettant de prendre des décisions motivées. La règle de l'anonymat doit faciliter cette présentation. Il convient de plus, que l'instructeur respecte la confidentialité de certaines informations pour établir une relation de confiance dont il est le garant ;
- le service instructeur peut — et doit — s'appuyer sur un ensemble de moyens pour orienter son action, en particulier auprès des cellules d'appui qui ont été

très sensiblement renforcées dans le domaine de la santé. La démarche thérapeutique qui s'étale entre le patient et son médecin est soumise au secret professionnel. Toutefois, le service instructeur a un rôle important à jouer dans la démarche de soins en prenant en charge les aspects sociaux du dossier (logement, aide ménagère, actions de socialisation, éducation des enfants, endettement, etc.) et en assurant la continuité de la relation d'accompagnement du bénéficiaire. La concertation entre service instructeur, médecin et bénéficiaire est donc nécessaire pour les situations difficiles.

II. L'accès aux soins

A. Les droits ouverts

La loi sur le RMI traduit le souci du législateur de lever les obstacles administratifs et économiques à l'accès aux soins des plus démunis.

Une avancée décisive date de la loi du 1^{er} décembre 1988, en prévoyant l'affiliation automatique à l'assurance personnelle des personnes n'ayant pas de droits ouverts au régime général de l'assurance maladie. Plus du cinquième de l'effectif des bénéficiaires a été concerné par cette mesure. Une attention particulière doit être portée au bon fonctionnement de cette procédure, qui est administrativement d'une gestion complexe.

Pour les agriculteurs, les artisans et les commerçants, les particularités de leur régime de Sécurité sociale ont conduit à une procédure spécifique qui comporte le gel des dettes antérieures en matière d'assurance maladie, et au maintien d'une cotisation à taux réduit pour laquelle il est possible d'obtenir, avec l'accord de l'intéressé, un précompte (retenue des cotisations à la source par la MSA ou la CANAM).

La deuxième avancée, dans la loi du 29 juillet 1992, s'inspire des expériences réalisées par une vingtaine de départements en matière de carte santé : il s'agit d'éviter l'avance de frais, et d'assurer la couverture du ticket modérateur et du forfait hospitalier, dans le cadre d'une admission de plein droit à l'aide médicale

à domicile et hospitalière. Il s'agit d'une admission à dater du début du droit au RMI, concernant le bénéficiaire du RMI, ses ayants droit au sens de la Sécurité sociale et les personnes de moins de 25 ans prises en compte dans le calcul de l'allocation de RMI. Cette admission est réalisée pour un an, ou à défaut pour la durée du RMI, sans limitation a priori de la consommation de soins.

L'objectif du législateur est de favoriser l'accès au système de soins de droit commun, tant en matière de médecine générale que de services hospitaliers, sans avoir besoin de créer des services spécialisés pour l'accueil des plus démunis. Sous réserve d'une mise en œuvre correcte de ces procédures, on peut estimer que les principaux obstacles matériels à l'accès aux soins sont levés.

Les départements ont par ailleurs la possibilité de prendre en charge des prestations complémentaires pour les soins qui sont insuffisamment couverts par les tarifs de sécurité sociale, en particulier les prothèses et appareillages. Ces prestations complémentaires peuvent effectivement être demandées aux départements, mais aussi aux fonds d'action sanitaire et sociale des caisses (il est préférable qu'il y ait des conventions).

B. La mise en œuvre

Ces mesures forment un ensemble assez complexe et nouveau. Leur mise en œuvre va demander un effort important de concertation, de coordination, d'information et d'évaluation (se rapporter au décret sur l'aide médicale et à la circulaire spécifique sur la procédure à adopter pour l'aide médicale dans le cadre du RMI n° 93-01 du 20 janvier 1993).

Vous veillerez à constituer, en liaison avec le département, la DDASS, la CPAM, la CAF et la MSA une cellule de coordination pour la mise en place des nouvelles procédures. Elles sont conçues pour être lisibles pour les usagers et les services instructeurs, et faciles à gérer¹,

¹ Suppression de l'obligation alimentaire, des certificats médicaux préalables, du contingentement des aides, de l'admission individuelle, des règles sur le domicile de secours, de l'admission d'urgence, etc.

notamment grâce aux conventions de délégation de gestion de l'aide médicale aux organismes de Sécurité sociale, qui peuvent être passées par le département (article 182-3 nouveau du CFAS, introduit par l'article 17, de la loi du 29 juillet 1992), ou par l'État (article 182-4).

Un effort particulier sera fait pour informer les prestataires de soins du secteur public et du secteur privé de ces nouvelles dispositions. Les difficultés administratives et financières ne doivent plus être un obstacle à la prise en charge régulière par le médecin. La continuité des soins doit être assurée (v. code de déontologie, décret n° 79-506 du 28 juin 1979), et les adaptations nécessaires aux caractéristiques d'un public parfois très précarisé doivent être mises en œuvre (circulaire n° 88-2 du 8 janvier 1988).

Il est recommandé de mettre en place, avec le concours des caisses d'assurance maladie, un suivi de l'évolution de la consommation de soins. Il s'agit d'un indicateur permettant la comparaison avec d'autres populations de référence et d'un éventuel signal d'alerte pour identifier des difficultés de fonctionnement de la procédure. Les observations effectuées dans des départements ayant instauré une carte santé ont montré que la consommation de soins des bénéficiaires du RMI, à âge identique, était dans son montant inférieure à la moyenne.

III. L'adaptation du dispositif médico-social aux caractéristiques du public

L'expérience acquise au cours des trois premières années du RMI permet de mieux orienter les réponses en matière de santé.

L'amélioration de l'accès aux droits constitue un progrès décisif, même s'il faut garder une certaine vigilance pour vérifier que ceux-ci sont effectivement ouverts et connus des intéressés : différentes études font état de 5 à 8 % de bénéficiaires du RMI dont les droits à l'assurance maladie restent « indéterminés ».

Pour la majorité des bénéficiaires du

RMI, le dispositif médico-social fonctionne de façon à peu près satisfaisante. Toutefois, les situations qui retiennent l'attention des services instructeurs sont souvent celles qui sont les plus difficiles : marginalité de longue date, isolement, difficultés d'établir la relation, problèmes psychologiques ou affectifs, absence de demande, troubles de la personnalité, abus d'alcool ou de stupéfiants.

Ces situations posent des problèmes techniques et déontologiques. Il convient de rappeler en préalable qu'une personne a le droit de ne pas se soigner : ce droit fonde la possibilité de l'acte thérapeutique qui suppose la collaboration du patient et de son médecin. Le législateur, en rappelant que l'acte de soins ne peut être l'objet du contrat d'insertion, a tenu à le souligner (v. loi du 29 juillet 1992, art. 4256).

La pratique montre toutefois que les choses sont plus complexes : du côté de l'usager, les représentations du corps, la perception de la douleur, des expériences antérieures de la médecine, les données culturelles et les capacités d'expression peuvent rendre le dialogue difficile. Celui-ci peut être facilité par des actions spécifiques d'accompagnement de la santé, d'actions collectives d'éducation pour la santé.

Il convient toutefois de mettre l'accent sur les difficultés dues à l'appareil médical lui-même, qui est parfois peu armé pour prendre en charge des patients « hors normes ». Les pathologies sont le plus souvent connues, et en général détectées de longue date. Ce qui pose question, ce sont les modalités d'accueil, la continuité de la prise en charge, la pertinence des traitements mis en œuvre, la coordination des acteurs appelés à intervenir.

Le RMI a servi de révélateur de ces problèmes qui existent pour tous les publics défavorisés. Sous la pression des besoins, se sont constitués dans beaucoup de départements des réseaux médico-sociaux, avec des médecins du secteur public ou privé, des centres de santé, des dispensaires, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des infirmières.

Les commissions santé des CDI doi-

vent être le lieu d'une réflexion approfondie sur ces problèmes : il ne suffit pas d'inventorier les outils existants, il faut évaluer leur adaptation aux besoins, et tirer les leçons des dysfonctionnements constatés pour mener des actions de sensibilisation des acteurs, voire de formation. Un certain nombre de points doivent retenir particulièrement l'attention : l'accueil en milieu hospitalier et le fonctionnement des urgences, l'organisation du secteur de santé mentale, la prise en charge des problèmes d'alcool, les dispositifs de médecine générale, l'articulation avec l'intervention sociale.

L'urgence hospitalière fonctionne trop souvent comme instance de derniers recours pour traiter des urgences sociales, des situations de détresse, qui n'ont pas trouvé où s'adresser. Elles constituent un révélateur important pour l'ensemble des acteurs du dispositif médico-social.

Ces données doivent permettre de constituer un plan d'action pour la santé des démunis qui permette au département et à l'État d'orienter l'action des nombreux acteurs intervenant dans ce domaine.

Vous veillerez à susciter sans délai la réflexion de différents partenaires, et notamment dans le cadre du conseil départemental d'insertion, pour que cette politique de santé départementale en faveur des plus démunis soit rapidement mise en place et garantisse leur droit aux soins de qualité de notre système de santé.

IV. Observations sur quelques dispositifs santé

a) Les départements ont réalisé un certain nombre d'études sur l'état de santé observé et ressenti des bénéficiaires du RMI (v. synthèse réalisée par la DIRMI).

Ces études ont eu leur utilité dans une période de prise de connaissance du public. Il ne semble pas nécessaire de les multiplier, car leurs conclusions sont souvent redondantes. Par contre l'organisation du système médical et social est souvent défailante pour prendre en charge des situations complexes. Des études pourraient être réalisées pour avoir une

meilleure connaissance du fonctionnement réel de ces dispositifs, afin de les dynamiser.

b) Les bilans de santé ont été mis en place dans de nombreux départements, avec la collaboration des CPAM. Ces bilans sont un droit pour tous les assurés sociaux, et la CNAM a recommandé aux CPAM de les offrir en priorité aux publics démunis.

Les résultats de ces bilans ne sont pas, toujours à hauteur des attentes : les personnes qui les fréquentent les plus volontiers sont souvent déjà correctement suivies par leur médecin de famille, et les personnes les plus préavisées n'en comprennent pas toujours l'intérêt.

Les bilans de santé et les actes de médecine préventive ne prennent leur sens que dans une stratégie cohérente d'éducation pour la santé et de suivi pour vérifier si les problèmes détectés font l'objet d'une prise en charge thérapeutique. Un effort d'adaptation est réalisé dans certains départements et la CNAM s'est livrée à une réflexion méthodologique sur leur amélioration.

c) La médecine générale est un partenaire très important de la santé. Un des objectifs de la loi de juillet 1992 est de parvenir, grâce à une intervention précoce, à éviter nombre d'hospitalisations. Le partenariat doit être systématiquement renforcé, dans le respect du secret médical, vis-à-vis d'une profession qui n'est pas assez associée à l'effort de santé publique.

Les différentes expériences de terrain ont montré que les médecins sont insuffisamment informés des situations de précarité et de l'aide qu'ils peuvent trouver auprès des services sociaux. Les responsables santé des cellules d'appui ont un rôle important à jouer dans ce domaine.

d) Les dépendances, et en particulier l'abus d'alcool, constituent un problème important à traiter : la prise en charge est souvent difficile en raison de la nature même de la personnalité des personnes confrontées à cette souffrance.

Il existe des réponses sur le terrain : des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoolisme, des associations d'anciens buveurs, des services hospitaliers, des cen-

tres de lutte contre la toxicomanie, des médecins généralistes et des travailleurs sociaux. On constate toutefois que les réponses sont souvent dispersées et peu coordonnées entre elles.

Vous veillerez à faire réaliser un état des lieux en la matière et mieux coordonner les moyens : les services instructeurs doivent pouvoir faire appel à une gamme de moyens diversifiés, pour répondre à des situations qui sont elle-mêmes très diverses. Les crédits d'insertion peuvent être utilisés à cet effet, en renforcement des autres financements.

e) La santé mentale pose des problèmes spécifiques, qui ont rarement trouvé jusqu'à présent des réponses satisfaisantes.

De l'avis général, les relations avec les services de santé mentale sont tendues : des craintes sont manifestées vis-à-vis du secret médical, de la psychiatrisation de la pauvreté, de la dérive vers l'obligation thérapeutique. Différentes expériences montrent cependant qu'il est possible de mettre en place des protocoles de travail qui permettent d'enrichir les pratiques de tous les acteurs, face aux réalités sociales que le RMI révèle. La collaboration entre secteur psychiatrique et dispositif RMI doit être améliorée, dans le cadre de la circulaire du 14 mars 1990 relative à la santé mentale.

Plusieurs points doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- la situation des personnes qui ont été hospitalisées et qui éprouvent de grandes difficultés de réinsertion ;
- la situation des personnes qui, sans souffrir de pathologies mentales caractérisées, se trouvent en situation de grande souffrance psychique et affective ;
- le soutien qu'il convient d'apporter aux professionnels (services instructeurs, médecins généralistes) qui travaillent au contact direct de la population.

Les problèmes posés sont éventuellement ceux d'une orientation thérapeutique, mais principalement d'une coordination des accompagnements et des suivis. Vous veillerez au bon fonctionnement des instances de concertation nécessaires à une action cohérente et suivie.

f) L'éducation pour la santé, la pré-

vention et la santé communautaire. La nécessité de faire évoluer certains comportements pour permettre une amélioration de l'état de santé s'inscrit dans la même ligne. L'éducation pour la santé doit s'élaborer avec les personnes et les groupes intéressés afin de leur permettre d'acquérir une certaine maîtrise de leur santé, et de prendre en compte leurs attentes et leurs représentations en matière de santé. Les réponses toutes faites sont souvent inefficaces ou contre-productives, mais une approche adaptée est souvent difficile. Il est, de plus, délicat de mesurer les résultats tangibles des actions menées.

Cette population constitue indéniablement un groupe de personnes particulièrement exposées en termes de santé publique. Aussi, convient-il de lui donner une priorité en matière de prévention.

Les expériences existantes sont souvent mal connues. Il serait souhaitable de diffuser l'information sur les initiatives, les protocoles de travail et l'évaluation des résultats. Le réseau des comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé peut constituer le maillon essentiel d'une telle action. Il faut aussi prévoir la formation des divers partenaires (collectivités locales, usagers, professionnels de santé, caisse primaire d'assurance maladie) à une approche de ce type en éducation pour la santé.

Les différents dispositifs de prévention existants (PMI, santé scolaire, centres de planification, centres de santé municipaux, etc.) qui ont l'habitude de travailler avec des populations en difficulté doivent être associés à cet effort de santé publique. Certains professionnels (pharmaciens, infirmières, travailleuses familiales) sont des relais précieux par leurs contacts étroits avec la population et leur bonne connaissance du terrain.

Les pratiques de santé communautaire méritent d'être largement diffusées. La dimension collective de la santé est importante, à la fois pour permettre la prise de conscience des problèmes communs à une population, et pour organiser une réponse concertée impliquant professionnels, usagers et décideurs, en particulier les élus des collectivités locales.

Toutes ces pratiques ne sont pas très habituelles, et présentent souvent un caractère expérimental. Les crédits d'insertion permettent de soutenir des actions qui trouvent difficilement place dans les lignes budgétaires habituelles.

Elles doivent être suivies attentivement par les services pour les soutenir, pour éviter certaines dérives, et pour favoriser l'évaluation en vue de la diffusion des actions les plus efficaces.

g) *Faciliter la restauration d'une image de soi.* Les personnes qui ont eu un long passage dans la misère sont souvent profondément marquées dans leur corps.

Au cours de leur itinéraire d'insertion apparaît souvent le besoin d'une intervention sur l'image de leur corps : cela peut aller d'interventions médicalisées (intervention sur des fractures mal résorbées, effacer des tatouages, avoir une prothèse dentaire) à des interventions plus légères, individuelles ou en groupe (hygiène, faire un régime, du sport, du théâtre, etc.).

Vous veillerez en particulier, avec le département et la CPAM, à la prise en charge des prothèses et des appareillages. Des conventions doivent être passées avec les syndicats professionnels de prothésistes pour rendre accessibles des fournitures qui, si elles ne sont pas vitales, sont néanmoins indispensables pour mener une vie sociale normale. ■

Protection maternelle et infantile, données départementales de l'Andass (1992)

- | | | | |
|---|---|----|---|
| 1 | Nombre de personnes accueillies dans un centre de planification | 7 | Nombre d'enfants vus en bilans de santé en école maternelle |
| 2 | Nombre de personnes accueillies dans un centre de planification pour 10 000 habitants | 8 | Personnel départemental de santé : médecins, puéricultrices, sage-femmes et infirmières |
| 3 | Nombre de femmes enceintes vues | 9 | Personnel départemental de santé pour 10 000 habitants |
| 4 | Nombre de femmes enceintes vues pour 100 naissances | 10 | Dépenses brutes directes de PMI et centres de planification (en milliers de francs) |
| 5 | Nombre d'enfants vus au moins une fois dans l'année à domicile ou en consultation | 11 | Dépenses brutes directes de PMI et centres de planification par habitants (en francs) |
| 6 | Nombre d'enfants vus rapporté à la population des enfants de 0 à 4 ans | | |

Départements	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Ain	1 808	37,87	211	5,46	11 158	394	2 093	37,0	0,78	3 031	6,35
2 Aisne								8,4	1,55	6 677	12,42
3 Allier	641	17,96	846	22,00	7 541	498	1 744	21,4	0,60	1 084	3,04
4 Alpes-de-Haute-Provence	3 832	289,43	346	28,79	3 357	501	2 887	22,8	1,72	1 192	9,00
5 Hautes-Alpes											
6 Alpes-Maritimes	5 652	57,46	1 044	8,72	19 241	426	6 300	88,5	0,90	16 095	16,36
7 Ardèche	1 293	46,38	488	18,80	1 098		3 292	24,9	0,89	229	0,82
8 Ardennes	2 201	74,43	1 874	50,31	8 071	446	2 812	23,6	0,80	2 939	9,94
9 Ariège	2 596	189,90			2 969	506	1 126	19,5	1,43		
10 Aube	4 437	152,32	608	16,74	5072	315	2 461	40,6	1,40	5 431	18,77
11 Aude											
12 Aveyron	685	25,44	32	1,34	3 171	281	2 791	34,2	1,27	1 610	5,98
13 Bouches-du-Rhône	8 333	47,24	1 780	7,77	35 017	370	20 080	228,8	1,30	32 542	18,45
14 Calvados	2 435	39,19	469	5,32	24 929	693	8 568	76,0	1,22	4 046	6,51
15 Cantal	288	18,19	127	8,41	1 920	278	2 135	17,7	1,12	714	4,51
16 Charente	1 337	39,06	405	11,10	12 908	772	1 241	36,0	1,05	2 622	7,66
17 Charente-Maritime	2 524	47,74	156	2,81	7 688	306	5 392	45,0	0,85	2 340	4,43
18 Cher	983	30,53	272	9,11	9 178	578	1 754	40,2	1,25	19 630	60,96
19 Corrèze	1 300	54,74			1 821	189	1 578	15,1	0,64	1 786	7,52
2A Corse-du-Sud											
2B Haute-Corse											
21 Côte-d'Or	7 126	143,61	1 695	26,77	9 324	341	3 763	66,4	1,34	8 934	18,00
22 Côtes d'Armor	5 427	151,47	256	4,52	4 472	170	5 040	59,7	1,67	6 549	18,28
23 Creuse	857	65,57	47	7,52	2 684	546	1 325	19,9	1,52	1 729	13,18
24 Dordogne	1 193	30,79	782	25,52	5 111	313	2 718	47,2	1,22	1 875	4,84
25 Doubs	8 189	16,88	1 171	15,62	14 389	512	2 230	60,1	1,24	6 698	13,80
26 Drôme											
27 Eure											
28 Eure-et-Loire	1 341	33,55	659	13,81	4 520	188	5 679	44,8	1,12	2 351	5,88
29 Finistère	6 673	79,46	1 759	17,57	16 915	391	11 141	129,0	1,54	9 934	11,83
30 Gard	3 205	54,17	1 159	18,15	11 921	387	5 975	72,8	1,23	8 665	14,64
31 Haute-Garonne	12 409	132,22	263	2,06	39 381	851	3 969	120,6	1,29	6 296	6,71
32 Gers											
33 Gironde											
34 Hérault	1 012	12,56	1 597	14,52	7 809	196	10 402	58,7	0,73	6 580	8,17
35 Ille-et-Vilaine	16 764	208,46	695	6,30	15 304	342	10 458			8 254	10,26
36 Indre	1 051	44,29			8 461	827	1 384	28,1	1,18	3 401	14,33
37 Indre-et-Loire	2 532	47,59	914	13,87	14 466	519	6 021	34,1	0,64	9 445	17,75
38 Isère					53 947	896	8 952	90,1	0,88	19 806	19,32
39 Jura	400	16,03			2 979		2 237	28,5	1,14	1 289	5,16
40 Landes										2 233	7,13
41 Loire-et-Cher	1 524	49,63	461	13,13	6 398	415	1 803	32,5	1,06	1 811	5,90

42	Loire	7 812	104,56	695	6,75	35 945	905	4 896	64,9	0,87	7 127	9,54
43	Haute-Loire											
44	Loire-Atlantique			1 215	8,43	28 468	479	12 177	101,9	0,96	12 193	11,52
45	Loiret					25 693	762	285	36,9	0,63	2 062	3,52
46	Lot	1 160	74,31	202	15,09	1 812	275	1 383	14,2	0,91	978	6,27
47	Lot-et-Garonne	1 543	50,28	74	2,26	7 320	510	2 119	43,2	1,41	1 448	4,72
48	Lozère	270	37,14			1 449	448	872	6,4	0,89	457	6,29
49	Maine-et-Loire	3 191	45,01			7 143	173	1 179	48,1	0,68	5 542	7,82
50	Manche	2 795	58,12	297	4,82				47,3	0,98	2 396	4,98
51	Marne	3 400	60,76	1 356	16,81	11 170	337	6 925	48,0	0,86	3 219	5,75
52	Haute-Marne					3 959	346	835	12,0	0,59	592	2,91
53	Mayenne	2 836	101,76	367	12,11	11 161	711	3 734	31,4	1,13	1 970	7,07
54	Meurthe-et-Moselle			3 967	42,04	46 300	1 137	7 496	86,8	1,22	14 085	19,80
55	Meuse	689	35,17	814	42,98	3 840	344	1 845	30,2	1,54	308	1,57
56	Morbihan	6 589	105,75	449	6,04	13 681	410		73,4	1,18	4 303	6,91
57	Moselle			1 100	8,32	64 384	1 067	7 478	123,0	1,22	7 272	7,19
58	Nièvre	542	23,3	216	8,69	6 557	622	2 065	23,1	0,99	3 249	13,97
59	Nord	37 300	147,26	5 369	13,76	73 983	444	29 708	401,7	1,59	162 580	64,18
60	Oise			1 179	12,83	18 683	391	10 599	87,0	1,19	12 301	16,78
61	Orne	1 700	58,04	223	6,57	10 214	652	2 216	25,6	0,87	1 528	5,22
62	Pas-de-Calais	8 838	61,59	3 056	16,51	38 146	417	9 600	152,0	1,06	14 138	9,85
63	Puy-de-Dôme	6 017	100,48	1 103	17,00	7 105		7 554	43,0	0,72	4 964	8,29
64	Pyrénées-Atlantiques	9 116	156,82	158	2,26	20 553	764	5 497	56,2	0,97	11 800	20,30
65	Hautes-Pyrénées	1 396	62,10	174	7,49	9 110	961	2 429	32,4	1,44	1 659	7,38
66	Pyrénées-Orientales	727	19,80	85	2,08	5 857	349	3 047	39,7	1,08	3 631	9,89
67	Bas-Rhin	4 740	49,48	1 783	12,98	10 415	192	7 992	79,5	0,83	12 998	13,57
68	Haut-Rhin	6 815	101,13	468	4,96	10 800	270	8 894	90,9	1,35	4 928	7,31
69	Rhône											
70	Haute-Saône	861	37,55	408	23,57	9 785	783	2 292	18,4	0,80	1 941	8,46
71	Saône-et-Loire	3 697	66,20	499	8,55	10 800	388	6 232	43,0	0,77	5 246	9,39
72	Sarthe											
73	Savoie	1 780	50,65	405	8,75	14 571	749	4 439	42,8	1,22	2 221	6,32
74	Haute-Savoie								82,0	1,42	110 657	191,58
75	Paris			7 442	18,27	75 175	750	13 231	341,8	1,59	62 667	29,12
76	Seine-Maritime	6 669	54,39			122 719	1 632	12 312	185,6	1,51	15 106	12,32
77	Seine-et-Marne	11 543	104,74	897	6,99	25 138	349	9 886	126,4	1,15	21 409	19,43
78	Yvelines	24 996	189,36			97 244	1 151	9 145	240,0	1,82	33 730	25,55
79	Deux-Sèvres	774	22,35	377	11,03	2 872	166	117	31,3	0,90	1 640	4,74
80	Sommers											
81	Tarn											
82	Tarn-et-Garonne											
83	Var	3 885	46,90	322	3,31	9 617	225	9 415	59,0	0,71	2 984	3,60
84	Vaucluse	4 325	91,67			5 666	215	5 333	49,9	1,06	5 876	12,45
85	Vendée	452	8,83	285	5,64	14 289	530	3 614	42,8	0,84	3 235	6,32
86	Vienne	2 413	63,35	216	5,15	4 585	253	2 740	25,8	0,68	1 364	3,58
87	Haute-Vienne											
88	Vosges	608	15,78	882	16,86	4 882	227	4 471	27,9	0,72	4 362	11,32
89	Yonne	1 850	56,99	640	17,85	6 966	401	3 350	40,0	1,23	2 957	9,11
90	Territoire-de-Belfort			523	24,73	4 809	619		17,0	1,26	724	5,39
91	Essonne	18 256	166,52	825	6,04	38 996	567	10 033	188,2	1,72	39 487	36,02
92	Hauts-de-Seine	12 662	90,87	1 359	5,44	64 961	802	14 429	286,6	2,06	38 914	27,93
93	Seine-Saint-Denis	83 299	600,14	16 580	75,89	307 936	3 246	1 187			189 319	136,40
94	Val-de-Marne	43 473	356,54	2 896	15,42	177 698	2 422				66 470	54,51
95	Val-d'Oise	12 238	114,92	1 418	8,87	113 501	1 566	8 151	12,7	0,12	40 972	38,47
971	Guadeloupe											
972	Martinique			797		12 906	497	772	96,0	2,67	30 368	84,45
973	Guyane											
974	Réunion											
	Minimum	270	8,83	32	1,34	1 098	166	117	6,4	0,12	229	0,82
	Maximum	83 299	600,14	16 580	75,89	307 936	3 246	29 708	401,7	2,67	189 319	191,58
	Moyenne	6 541	84,72	1 212	13,77	25 283	586	5 484	70,6	1,13	14 657	17,37

Bibliographie

Action sociale, Dictionnaire permanent, éditions législatives.

L'action sociale décentralisée, bilan et perspectives, éditions Odas, septembre 1993.

L'action sociale en marche, Ph. Ligneau, C. Rollet, P. Marchand, éditions ENSP, 1991.

Les conséquences de la décentralisation en matière d'aide sociale, rapport du Conseil économique et social, 1988 (JO du 28 juillet).

Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes, Cour des comptes, rapport au président de la République, novembre 1993.

Grand âge et dépendance, N. Brunner, P. Coste, M. Guyomarc'h, M.-C. Sarre, éditions ENSP, 1992.

RMI et santé, sous la direction de Jean-Yves Fatras et Bernard Goudet, édition CFES, collection *santé en action*, 1993.

Santé et précarité : du droit à la réalité, coordination T. Gevaudan, D^r J. Sournia, édition ENSP, 1991

Observation et accès aux soins des plus démunis, atelier n° 5, entretiens de l'Odas, 14 et 15 décembre 1993.

Guide d'initiatives pour la santé des publics en insertion, GREP (groupe de recherche pour l'éducation et la prospective).

Annuaire des données sociales et de santé, n° 4, édition 1993, Andass.

Dépenses et bénéficiaires d'aide sociale, résultats 1991, *Documents statistiques*, n° 194, février 1994.

Activité de la protection maternelle et infantile au cours des années 1990 et 1991, *Documents statistiques*, n° 190, décembre 1993.

La mutation de l'action sociale communale, mémoire d'études questions sociales, ENA, promotion St Exupéry.

Ségolène Chappellon a rédigé ce dossier. Philippe Ferrero l'a mis en forme. Merci à Louis Dessaint, Jean Laour, et Philippe Ligneau pour leur tribune.

Adresses utiles

Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion (Dirmi)
9, rue Georges Pitard
75015 Paris
Tél. : 48 42 66 48

Délégation interministérielle à l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en difficulté (DIJ)
71, rue St Dominique
75017 Paris
Tél. : 45 55 92 48

Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)
13, boulevard Saint Michel
75015 Paris
Tél. : 44 07 02 52

Voir aussi les adresses dans *AdSP* n° 5

Association nationale des directeurs de l'action sanitaire et sociale des départements (Andass)
Conseil Général du Nord
51, rue Gustave Delory
59047 Lille Cedex
Tél. : 20 63 59 22

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)
Secrétariat général :
7, rue Gabriel Péri
59200 Tourcoing
Tél. : 20 11 34 94


Association nationale des cadres communaux d'action sociale (ANCCAS)
Secrétariat général
9, rue Picasso
25050 Besançon cedex

Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi
Credes, n° 966, 1993, 69 p.

1993 ANNÉE EUROPÉENNE DES PERSONNES AGÉES ET DE LA SOLIDARITÉ ENTRE LES GÉNÉRATIONS
Les actions menées en France

Sicom, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1994, 67 p.

PERSONNES HANDICAPÉES

 **LA VIEILLESSE DES PERSONNES HANDICAPÉES**
Quelles politiques sociales ?

Patrick Guyot
Flash Information, numéro hors série, CREA Bourgogne, CTNERHI, 1993, 159 p.


 **L'EUROPE DU HANDICAP**
Dossier de La Lettre G, oct., nov., déc. 1993, n° 14, 4 p.

PRÉVENTION

 **ALLO MAISON BOBO**
Prévenir les accidents domestiques chez l'enfant

D^r Christine Duval, Isabelle Plaisant
Éditions Flammarion, 1993, 184 p.

LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DANS L'UNION EUROPÉENNE
Rôle de la profession médicale

 ce pictogramme signale les ouvrages qui font l'objet d'une note.

Rapport Hennigan, Lisbonne, 13 novembre 1993, éditions du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), 1994, 161 p.

LE TEMPS DE MANGER
Alimentation, emploi du temps et rythmes sociaux

Sous la direction de Maurice Aymard, Claude Grignon, Françoise Sabban
Éditions de la maison des sciences de l'homme, Inra, Paris, 1993, 326 p.

PROTECTION SOCIALE

OPINIONS SUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE ET ACCÈS AUX SOINS

Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi
Credes, n° 991, 1993, 115 p.


LA MUTUALITÉ EN CHIFFRES
Exercice 1991

Rapport présenté au Conseil supérieur de la mutualité le 22 décembre 1993, Sesi, éditions du Sicom, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, La Documentation Française, 1994, 57 p.

SANTÉ MENTALE

 **LA SANTÉ MENTALE**
in Échanges Santé-Social, revue du ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, n° 72, décembre 1993, 110 p.

SIDA

 **LA PRÉVENTION DU SIDA AUPRÈS DES TOXICOMANES**
Étude sur les modèles

d'intervention mis en œuvre par les acteurs de la prévention


Jean Fournié
Agence française de lutte contre le sida, décembre 1993, 153 p.

SOCIÉTÉ


 **VÉRITÉS ET TABOUS,**
Michèle Barzach
Éditions du seuil, 1994, 214 p.

LA FRANCE AU RECENSEMENT DE 1990
in Population, Éditions de l'Institut national, d'études démographiques (INED), novembre-décembre 1993, n° 6, 1994, 463 p.

SYSTÈME DE SANTÉ

 **SANTÉ 2010**
Travaux d'ateliers
Équité et efficacité du système
Santé, maladie et technologie
Tome 1 : 514 p., tome 2 : 380 p.

 **QUEL AVENIR POUR L'HOSPITALISATION À DOMICILE ?**
Analyse des freins et des facteurs en faveur de son développement
L. Com-Ruelle, N. Raffy
Credes, n° 998, 1994, 132 p.

 **CLIENTÈLE ET MOTIFS DE RECOURS EN MÉDECINE LIBÉRALE France 1992**
F. Aguzzoli, Ph. Le Fur, C. Sermet
Credes, mars 1994, 343 p., annexes 193 p.


LE MÉDECIN ET SON

ORDINATEUR
L'informatique au cabinet médical

Marcel Golberg avec la collaboration de Gérard Bréart, Henry Ducrot, Liliane Dusserre, Alain Letourmy, Bernard Morel
Éditions Frison-Roche, 1994, 376 p.

TOXICOMANIES

 **ALCOOL,**
« TOXICOMANIES »
LÉGALES
Patrick Mignon
La Documentation Française, 1994, 64 p.

 **DROGUES ET TOXICOMANIES**
Neurobiologie, épidémiologie
Fabrice Trovero, Sylvain Pirot, Jean-Pol Tassin, Françoise Facy,
Inserm, Nathan, 1993, 100 p.

TRAVAIL

 **LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES**
Analyse et prévention
Paris, Journal officiel, Avis et rapports du Conseil économique et social n° 5, 26 mars 1994, 166 p.

VILLE

LES CONTRATS DE VILLE DU XI^e PLAN
Dossier ressources
Délégation interministérielle à la ville, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, deuxième édition, 1993, 183 p.

DÉVELOPPEMENT SOCIAL DES QUARTIERS
La santé aussi !!!

Maison régionale de promotion de la santé Nord/Pas de Calais, décembre 1993, janvier 1994, 16 p. et 10 fiches de travail

ENFANCE

L'ENFANT MALTRAITÉ

Pierre Straus, Michel Manciaux, Marceline Gabel, Dominique Girodot, Caroline Mignot, Michelle Rouyer
Éditions Fleurus, Paris
1993, 708 p.

La parution en 1982 du livre de Pierre Straus créait l'événement en projetant sur le devant de la scène un sujet connu des spécialistes mais non accessible au grand public. Aujourd'hui, cette nouvelle édition, véritable refonte du précédent ouvrage, montre que le sujet reste d'actualité et qu'il s'inscrit parmi les priorités en santé publique. L'ouvrage présenté cette fois par Michel Manciaux, est impossible à résumer ne serait-ce que parce qu'il couvre tout au long de ses 700 pages tous les aspects et toutes les composantes de ce thème. C'est le prototype des documents, la référence utile à toute cause, médecins, juristes, sociologues, travailleurs sociaux qui se trouvent chaque jour confrontés à un problème d'enfance en difficulté. Mais le document devrait également servir de base de réflexion pour tous les décideurs qui dans les collectivités locales sont appelés à prendre des mesures de protection ou de sauvegarde concernant les enfants. On trouve en effet dans ce livre la réponse à toutes questions qu'il s'agisse de prévention, de législation, de données épidémiologiques voire de recherche ou de comparaisons internationales, avec, ce qui est important, une bibliographie bien documentée et facilement accessible à la fin de chacun des chapitres. Tous les aspects sont abordés sur la base d'une démarche globale, chaque approche théorique se trouvant immédiatement confrontée à une application concrète dans un souci de réalisme et de pragmatisme. De cette façon les auteurs ont évité le piège de l'encyclopédisme en gardant constamment un souci

pédagogique et en projetant toujours le lecteur au centre d'exemples vécus. Que Michel Manciaux et son équipe soient remerciés pour cette œuvre monumentale mais passionnante sur ce sujet aussi délicat à aborder. **G. N.**

VIOLENCES...

CTNERHI, Handicaps et inadaptations, Les Cahiers du CTNERHI, n° 61, janvier-mars 1994, 98 p.

Ce numéro de *Handicaps et inadaptations* nous propose sept articles sur le problème des violences à l'égard des enfants et des adolescents. Son mérite est de revenir sur des aspects qui ont longtemps été sous-estimés voire niés : les abus sexuels d'une part, les violences institutionnelles d'autre part. Les articles ont des approches différentes : rappel général, réflexion prospective, relation d'expérience, outil d'évaluation proposé. Un article complémentaire vient nous éclairer d'un exemple étranger « état de la question en Suisse ». Il ne s'agit donc pas d'une « encyclopédie » mais de quelques éclairages complémentaires sur des sujets sur lesquels, comme nous le rappelle l'introduction : « on en parle plus, on dénie moins, on banalise plus rarement. [...] Mais on dramatise aussi beaucoup plus. »

ÉTHIQUE

DICTIONNAIRE PERMANENT Bioéthique et biotechnologies

Éditions législatives, janvier 1994.

Ce nouvel ouvrage des éditions législatives est organisé comme les précédents en un corpus de base, progressivement enrichi par des mises à jour mensuelles.

La présentation, mêle divers index, des tables thématiques et

des tables d'actualisation. L'utilisation est relativement facile, et on apprécie également les facilités de mise à jour : chaque mois, une nouvelle table d'actualisation reprend l'ensemble des textes intervenus depuis janvier 1994.

Ce dictionnaire permanent :

- accorde une large part aux dispositions internationales (conventions, code de Nuremberg, directives européennes) et au corpus législatif (code civil, code des communes, code des débits de boisson, code de la famille et de l'aide sociale, code pénal, nouveau code pénal, code rural, code de la route, code de la santé publique, etc.) ;

- comporte également des informations très détaillées sur les dispositions réglementaires (décrets, arrêtés, et circulaires, etc.) ;
- contient des textes fondateurs de la déontologie biomédicale (avis du CNCE, serment d'Hippocrate, serment médical, etc.) ;

- comprend une étude détaillée de différents concepts-clés des problèmes d'éthique biomédicale (clause de conscience, eugénisme, exercice illégal de la médecine), ainsi que la présentation des différents acteurs de la bioéthique (commissions, programmes, associations, laboratoires, instituts, etc.).

Comme les autres volumes de cette collection, le dictionnaire permanent « bioéthique et technologies » présente donc l'ensemble des aspects législatifs de manière très complète.

Mais, la bioéthique est un domaine frontière, qui ne se limite ni au droit, ni à la technique. Les auteurs de ce dictionnaire semblent avoir tenté d'élargir leur problématique (avis du CNCE, études de mots-clés), et n'y avoir pas réussi. Dirigé par quatre juristes, ce travail a été réalisé avec la participation de 32 spécialistes, tous issus du droit ou de la recherche biomédicale, à l'exception de deux hauts responsables des affaires sociales. Les réflexions philosophiques ou sociologiques devront être cherchés

ailleurs.

UNE ÉTHIQUE DE LA RÉÉDUCATION ?

Sous la direction de Marie-Hélène Boucand.

Actes du colloque des 11 et 12 juin 1993 Hôpital Renée-Sabran, Giens. Hospices civils de Lyon, ENSP, 1993, 200 p.

La législation française en matière d'éthique biomédicale, qui se limite volontairement aux sujets jugés les plus urgents, s'attache principalement :

- aux débuts de la vie (procréations assistées, diagnostic prénatal, IVG) ;

- au respect de la liberté de l'individu (respect du corps humain, recherches biomédicales sur l'homme) et de sa sécurité (transfusions sanguines, médicaments) ;

- à la protection de l'espèce humaine (réglementation de la recherche génétique et des thérapies géniques) ;

- et, de façon encore très fragmentaire, à la « fin de vie » (don d'organes).

Quant aux débats dans le grand public, ils se sont structurés autour du début de la vie (statut de l'embryon, expérimentation, procréations assistées), et abordent timidement la fin de vie (acharnement thérapeutique, euthanasie, etc.). De très nombreux aspects de l'éthique biomédicale sont donc encore absents de ces réflexions : handicap, euthanasie, transsexualité, etc.

Le colloque de Giens permet d'élargir cette réflexion « bioéthique ». S'attachant aux problèmes que soulèvent le grand handicap et la pratique de la rééducation :

- il apporte un nouvel éclairage à des débats désormais canoniques (liberté de choix du patient, opportunité de légiférer, états végétatifs, qualité de vie, etc.) ;

- il aborde des problèmes trop souvent négligés (dépendance,

tendance « normative » de la médecine, respect de la différence,...) ;

- et il permet d'examiner divers problèmes de santé publique (gestion économique du système de soins,...), trop souvent absentes des réflexions bioéthiques.

Les contributions de ce livre sont articulées autour de quatre types de questionnements :

- liberté et participation des patients à leur programme de rééducation ;

- grand handicap et qualité de vie ; les états végétatifs chroniques ;

- aspects juridiques et éthiques de la prise en charge des personnes gravement handicapées ;

- une cohérence en politique globale de la santé vis-à-vis du grand handicap : le coût du handicap, jusqu'où ?

Pour chacun de ces champs de réflexion, le livre présente les contributions d'acteurs du terrain, médecins ou juristes, confrontés quotidiennement aux souffrances

qui s'y expriment, et de spécialistes reconnus de l'éthique biomédicale apportant ici leurs outils et les fruits de leurs questionnements : F. Quéré, P. Verspieren, Y. Roudy,...

Cette confrontation, et l'originalité du champ de l'approche, font de ce livre un sujet de réflexions neuves en matière d'éthique biomédicale.

EUROPE

TRANSFUSION SANGUINE EN EUROPE Un livre blanc

Strasbourg, Conseil de l'Europe, Coll. Documents européens, 1993, 208 p.

Élaboré pour le Conseil de l'Europe par le journaliste néerlandais Piet J. Hagen, cet ouvrage destiné au grand public fait le point sur l'ensemble des problèmes posés par le don du sang, sa

transformation, sa distribution et sa transfusion.

Après avoir consulté des experts de toutes opinions dans plusieurs pays européens et rencontré des représentants des autorités sanitaires, des services de transfusion à but non lucratif, des industries pharmaceutiques, des associations de donneurs et de malades, P.-J. Hagen a pu constater la diversité des traditions nationales, des pratiques et des points de vue. Il a également mesuré les efforts mis en œuvre par la communauté internationale afin de se doter de stocks suffisants de sang et de produits sanguins de bonne qualité, et fait l'inventaire des progrès réalisés et des problèmes non résolus.

Il présente enfin les principales recommandations du Conseil de l'Europe, la chronologie de l'infection post-transfusionnelle par le VIH, la liste des codes et réglementations. Une bibliographie, des adresses utiles et un glossaire complètent un panorama complet

et accessible de la question.

EUROPE SOCIALE Bibliographie

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, décembre 1993, 25 p.

Huit rubriques thématiques composent cette bibliographie signalétique sur l'Europe sociale : généralités, politique et société, droit, économie, travail-emploi, populations-migrations, santé-action sociale et protection sociale. Les deux thèmes les plus développés sont travail-emploi et santé-action sociale. Les références citées concernent principalement des ouvrages, des actes de colloques et des publications officielles publiés entre 1986 et 1993.

Les mémentos de statistiques santé-affaires sociales en ligne

STATISS ?

Statistiques et indicateurs de la santé et du social.

Quoi ?

35 000 références de données standardisées des mémentos régionaux de statistiques des DRASS : des données départementales et régionales sur la démographie, l'équipement sanitaire, l'équipement médico-social et social, les professions de santé, la protection sociale (sauf : Nord-Pas-de-Calais, Basse Normandie, Haute Normandie).
Mise à jour annuelle.

Pour qui ?

Les services de l'État, des départements, des régions, les organismes d'assurance maladie, les associations, les établissements sanitaires et sociaux, etc.



Pour quoi faire ?

Les possibilités du service : les données peuvent être affichées par département, par région avec la possibilité de comparaisons département-région, région-France entière ou entre plusieurs départements ou régions.

Qui ?

Sous la coordination du Sesi, chaque DRASS fournit ces données selon un

canon commun auquel peuvent s'ajouter des tableaux complémentaires adaptés aux spécificités de chacun. La maquette est réalisée après la réunion du comité annuel de maintenance du mémento.

Comment y accéder ?

Pour identifier les utilisateurs et mieux répondre à leurs besoins, le service est accessible par un code correspondant à l'origine de l'utilisateur :

ASSO Association
CGEN Conseil général
CREG Conseil régional
DIAM Divers assurance maladie
MASS Ministère, DRASS, DDASS
SAET Établissement de santé
SOET Établissement social
PREF Préfecture
PART Particulier
DIVE Divers

HISTOIRE

HISTOIRE DU DROIT SANITAIRE EN FRANCE

Vincent-Pierre Comiti
Presses universitaires de France, Coll. que sais-je ?, n° 2831, 1994, 126 p.

Dans le fond commun de sagesse de l'humanité, il est reconnu que pour comprendre le présent et réfléchir au futur, il faut d'abord connaître et s'inspirer du passé. La santé publique n'y échappe pas. *Le que sais-je ?* de Vincent-Pierre Comiti apporte à cet égard des éléments de connaissance et de réflexion fort intéressants. Toute épidémie, hier comme aujourd'hui, a des effets déstabilisants sur les fondements de la société. C'était vrai hier lors des grandes épidémies. C'est vrai aujourd'hui avec l'épidémie du sida. Du fait des étonnants progrès sanitaires des derniers siècles, on l'avait cependant oublié. Pourtant, le premier responsable du programme sida de l'OMS nous avait avertis. « L'épidémie » sociale sera plus redoutable que l'épidémie sanitaire. Ce qui se passe aujourd'hui montre la justesse de cette observation que l'on avait faite jadis lors des grandes épidémies, que ces épidémies eurent pour nom peste, variole, fièvre ou choléra.

Il demeure, nous montre Vincent-Pierre Comiti, que les grands progrès dans la sécurité sanitaire, dans la qualité et l'organisation des soins, sont des retombées de la lutte contre ces épidémies du passé. Les grandes ordonnances de santé, les structures nouvelles, les « bonnes pratiques » sont nées en réponse aux défis que posaient aux hommes de science et aux politiques ces redoutables épidémies. Parfois moins « visibles », comme la tuberculose ou les cancers, ces affections furent à l'origine de structures et d'actions longtemps adaptées et de personnels spécifiquement formés. Il demeure également que la période contemporaine a tardé à pren-

dre en compte de manière institutionnelle le champ sanitaire puisque le premier ministère ayant en charge l'hygiène, l'assistance et la prévoyance sociale ne fut créé qu'en 1920 et le premier code de la santé publique, actuellement en refonte, ne verra le jour qu'en 1953.

L'auteur de l'histoire du droit sanitaire en France est allé puiser de manière heureuse aux sources de première main, montrant l'étendue de son érudition et sa familiarité avec les archives publiques. Responsable du Département d'histoire de la médecine, dépendant du Laboratoire d'Anthropologie physique du Collège de France, M. Comiti est également chef du service de documentation de la Direction générale de la santé et de la Direction de l'action sociale au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.

Certes, cet excellent ouvrage ne se lit pas comme un roman policier, encore que plonger dans le passé, sous la direction d'un tel guide, ne manque pas de suspense. Mais il apportera beaucoup à la culture de santé publique. Chacun s'accorde à reconnaître qu'elle n'est pas suffisamment partagée, tant au sein de l'État et des collectivités publiques, que parmi les professionnels de santé. **L. D.**

INTERNATIONAL

ANNUAIRE DES CENTRES COLLABORATEURS FRANÇAIS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Division des relations internationales, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, janvier 1994, 66 p.

« Par définition, un centre collaborateur OMS est une structure

qui fait partie d'un réseau d'établissements mis sur pied par l'OMS pour soutenir son programme aux niveaux national, inter pays, régional, interrégional ou mondial. Un centre collaborateur doit aussi participer au renforcement des ressources nationales par la fourniture de prestations en matière d'information, de service, de recherche et de formation, en vue de soutenir le développement sanitaire national. » Après une préface qui nous rappelle la définition et les missions des centres collaborateurs OMS, cette brochure nous donne les références (intitulé, adresse, directeur) et les thèmes de collaboration des 53 centres collaborateurs implantés en France. Cinquante-trois, c'est dire l'étendue des thèmes couverts... L'ensemble souffre d'une présentation générale pas tout à fait claire, mais il s'agit dans tous les cas d'une source d'informations précieuses.

OBSERVATION

AMIENS OBSERVÉ Tableau de bord municipal sur la santé

*CCAS Amiens ORS
 Picardie, 1994.*

On ne peut que saluer la démarche adoptée par la ville d'Amiens qui a abouti à l'élaboration de ce tableau de bord municipal sur la santé : d'une part, au moment où elle souhaitait s'inscrire dans le réseau villes-santé de l'OMS, elle a pensé en préalable à se doter d'un outil d'évaluation permanent : « une batterie d'indicateurs » ; d'autre part, elle a eu l'idée d'utiliser le travail de la Fédération nationale des ORS, les tableaux de bord régionaux, bénéficiant ainsi d'un travail collectif national important, et se donnant des bases de comparaison régionale et nationale. « Toutefois, ce tableau de bord ne pouvait être reconduit de façon

ENVIRONNEMENT

L'ÉCO-POUVOIR L'environnement entre nature et politique

Pierre Lascoumes
Textes à l'appui, Écologie et société, La Découverte, 1994, 312 p.

L'analogie entre les problèmes d'environnement et de santé publique est évidente : dans ces deux disciplines, le politique doit trancher entre des principes généraux et généraux (la dignité de la personne humaine, le respect de la nature ou des générations futures), et des réalités matérielles et budgétaires ou des incertitudes scientifiques ; arbitrer des conflits d'intérêts entre des logiques divergentes (industriels, consommateurs, écologistes, médecins, patients) ; et tenir compte du poids du système qui met en œuvre ces politiques. Dans ces deux domaines, souligne Pierre Lascoumes (sociologue et juriste, directeur de recherche au « groupe d'étude des politiques publiques du CNRS »), « tous ces facteurs d'incertitude et d'opacité rendent impossible tout raisonnement linéaire et causal. Parler de « politique » de l'environnement ou de la santé, c'est en fait rationaliser des séquences d'action ambiguës, aux significations divergentes, aux structures vacillantes, et aux effets confus. »

Allant plus loin, Pierre Lascoumes montre que cette analogie peut s'expliquer par une origine commune : l'éco-pouvoir qui se met en place aujourd'hui, caractérisé par le poids des experts et des administrations, n'est autre que le dernier avatar du « bio-pouvoir » dont Michel Foucault a mis la genèse en évidence.

La bio-politique de l'espèce

humaine s'est progressivement mise en place à partir du XIX^e siècle, en prenant successivement pour objet : la maladie épidémique, la maladie endémique, les diverses incapacités (maladies professionnelles, infirmités), puis enfin, les milieux de vie, initialement en recherchant le bien-être des humains. Ce n'est que récemment que ce bio-pouvoir, grâce aux nouvelles possibilités de connaissance et de maîtrise, a pu chercher à atteindre, au-delà de l'espèce humaine, la vie elle-même.

Inutile donc d'insister sur l'importance, pour les acteurs de la santé publique, de cette analyse des mécanismes et des enjeux de l'éco-pouvoir : ce livre dissèque sous nos yeux les fonctionnements d'un domaine qui jouxte la santé publique, et dont les débats sont souvent identiques. Il le dissèque avec précision, en n'omettant pas les détails des rôles et des thèses des différents acteurs.

Sociologue, l'auteur insiste sur l'importance du transcodage, de « l'ensemble des activités de regroupement et de traductions d'informations et de pratiques dans un code différent ». En matière de politique publique, la décision n'appartient pas toute entière au pouvoir central. Celui-ci met en place « des politiques de compromis, s'efforçant de combiner des intérêts divergents, voire contradictoires. » Le pouvoir politique est donc saisi par l'émergence dans le public, l'industrie ou l'administration, de nouvelles problématiques. Il organise le débat sur ces problèmes, et propose des projets qui sont ensuite reformulés par différents acteurs, et « immédiatement convertis en termes de contraintes et de ressources, susceptibles d'être aussi bien aménagés que mobilisés selon leurs intérêts et leurs degrés de

pouvoirs. » En effet, « Pas plus que nous ne pouvons assimiler l'action verbale à l'existence d'un dictionnaire, ou réduire l'expression orale à la lecture des traités de grammaire, il n'est possible de penser les politiques publiques à travers le leur des seuls actes de puissance publique. »

C'est pourquoi il importe de bien cerner les différents discours en matière d'environnement, et de mettre en évidence « l'écart considérable qui existe entre trois formes d'appréhension des problèmes. » « À chacun son environnement, à chacun ses projets d'action de défense. » *L'éco-pouvoir* analyse donc trois types de traduction des problèmes d'environnement :

- le discours des médias, marqué par un « naturalisme naïf » qui voit dans la gestion de l'environnement une simple opération de « protection de la nature », et l'impact de ce discours sur l'improbable opinion publique (avec, en particulier, une fine analyse du rapport entre les sondages et l'opinion qu'ils sont sensés refléter) ;

- le transcodage administratif, pour qui protéger l'environnement semble consister d'abord en l'administration de pollutions et de nuisances, et en la gestion de compromis incertains entre des intérêts en conflit constant ;

- le rôle des associations, initialement constituées comme des contre-pouvoirs, et qui se voient assigner le rôle de cogestionnaires d'un système consensuel.

Un livre important, donc, qui montre la complexité des problèmes et des systèmes de gestion mis en place, et devient par là un outil indispensable à la conception de politiques réellement efficaces.

Henri Verdier

identique car un certain nombre d'informations ne sont pas forcément disponibles au niveau d'une ville alors qu'elles peuvent l'être au niveau départemental, régional ou national. De plus, même si elles existent, les données n'ont pas toujours une validité statistique, voire peuvent n'avoir aucun sens. C'est pourquoi une adaptation pour un certain nombre d'indicateurs a du être effectuée ».

Il reste qu'Amiens dispose dorénavant d'un document de base à partir duquel elle peut se déterminer des objectifs en matière de santé. Ce document est conçu de façon à pouvoir évoluer : 30 fiches de 4 pages regroupées dans un classeur. Chaque fiche est structurée de la même façon ; les données locales sont précédées d'une présentation du contexte national.

PERSONNES HANDICAPÉES

LA VIEILLESSE DES PERSONNES HANDICAPÉES Quelles politiques sociales ?

Patrick Guyot
Flash Information, numéro hors série, CREA Bourgogne, CTNERHI, 1993, 159 p.

Les politiques sociales concernant les personnes âgées et les personnes handicapées ne reposent pas sur les mêmes fondements ni sur les mêmes logiques. Alors où situer les personnes handicapées et âgées, de quelles prestations les faire bénéficier, dans quels dispositifs les faire entrer ? C'est pour répondre à cette question que l'auteur s'est plongé dans les textes et les dispositifs de ces deux politiques de façon à les comparer et à proposer en conclusion quelques premières pistes pour la prise en charge de cette population. L'auteur a retenu pour son étude trois approches : l'hébergement, les ressources, l'aide

sociale. Il nous propose différents tableaux et fiches pour faciliter notre compréhension. Cet ouvrage a le mérite de poser une bonne question et de souligner que sans réponse claire, les choix seront faits par les intéressés ou leur famille non pas en fonction de leurs besoins mais plus probablement en fonction d'éléments financiers.

Il convient de souligner que cette étude a été effectuée à la demande et grâce aux soutiens financiers de quatre conseils généraux et un conseil régional (Bourgogne) ; une deuxième partie (non publiée) s'attache à une étude prospective sur la vieillesse des personnes handicapées en Bourgogne à l'horizon 2012 (CREAI de Bourgogne).

L'EUROPE DU HANDICAP

Dossier de La Lettre G,
oct.-déc. 1993, n° 14, 4 p.

Ce dossier réunit plusieurs contributions sur la prise en charge du handicap dans l'Union européenne. Une présentation des réalisations et projets de la Commission des Communautés européennes explique le contenu des programmes Hélios et Hélios II. Le programme Hélios a donné naissance à une banque de données sur le handicap, Handynet, et d'autres initiatives sont mises en œuvre par la Commission, telles que Tide pour la recherche, Cost 219 pour la recherche et le développement de produits adaptés aux personnes handicapées.

En ce qui concerne les législations européennes, la charte sociale européenne n'empêche pas des différences nationales sensibles dans les pratiques et les politiques. Le compte-rendu d'une mission humanitaire en Bulgarie montre de graves lacunes dans les structures d'accueil pour les enfants handicapés et incite à une réflexion sur le sort des personnes handicapées dans « l'Europe oubliée ».

Le dossier se termine par un entretien avec Pdraig Flynn, commissaire européen aux Affaires sociales et un article de Colette Fettu, vice-présidente de l'AFM qui fait le point sur la prise en charge des maladies neuromusculaires en Europe.

PRÉVENTION

ALLO MAISON BOBO Prévenir les accidents domestiques chez l'enfant

D^r Christine Duval,
Isabelle Plaisant
Éditions Flammarion, 1993,
184 p.

De quoi s'agit-il ? d'une marque de pansement, d'un serveur minitel, du refrain de la dernière chanson à la mode ? Non, vous n'y êtes pas. C'est le titre d'un ouvrage, on ne peut plus sérieux – et plus pratique – sur la prévention des accidents domestiques chez l'enfant.

Les accidents domestiques, un véritable problème de santé, mais pas encore suffisamment perçu comme tel constituent un fléau social dans nos sociétés développées. Personne ne leur échappe. Aucun âge de la vie, aucune activité, aucune catégorie sociale n'est épargnée et chacun, personnellement ou dans son entourage, y paie un lourd tribut.

Il y a heureusement des anges-gardiens. Les auteurs de « Allo Maison Bobo » sont de ceux-là. Le docteur Christine Duval, pédiatre, anesthésiste-réanimateur, est médecin-inspecteur de santé publique en poste à la Direction générale de la santé. Isabelle Plaisant est ingénieur du génie sanitaire au ministère de la Santé.

Christine Duval est responsable pour la France, depuis des années, du système européen EHLASS (European home and leisure accidents surveillance system) système de recueil d'accidents domestiques de sports et de

loisirs. Créé depuis 1986, il porte sur l'ensemble des « accidents de la vie courante », c'est-à-dire des accidents domestiques proprement dits, au domicile ou dans ses abords immédiats, des accidents de sports et de loisirs. Sont exclus les accidents de la circulation, du travail, les agressions et les suicides. Identique dans la plupart des pays de la Communauté européenne, ce système est basé sur un recueil de données, 24 H sur 24, par des professionnels de santé dans les services d'urgence des hôpitaux du réseau. La Direction générale de la santé est chargée de la conduite technique du projet et des exploitations statistiques, en collaboration avec le centre interuniversitaire de traitement de l'information (CITI 2). Huit hôpitaux lui transmettent régulièrement leurs données : Aix-en-Provence, Besançon, Béthune, Bordeaux, Caen, Pontoise, Reims, Vannes. Sa base de données est actuellement de 200 000 cas. Par les différents types d'analyse d'accidents réalisés, le système EHLASS a déjà aidé de nombreux organismes, aussi bien publics que privés, à développer des actions de prévention. **L. D.**

SANTÉ MENTALE

LA SANTÉ MENTALE

in Échanges Santé-Social,
revue du ministère des
Affaires sociales de la
Santé et de la Ville, n° 72,
décembre 1993, 110 p.

Malgré son coût évalué à 12%, qui peut paraître excessif, du montant des dépenses de santé en France, la psychiatrie s'est énormément transformée en vingt ans : réduction du nombre des lits, de la durée d'hospitalisation ; prévention ; nouvelles structures comme les centres médico-psychologiques, les centres de crise, les appartements thérapeutiques, développement des soins ambulatoires, intégration plus grande

au système général de santé...

« Échanges, santé-social » consacre son numéro de décembre à un dossier sur la santé mentale et tente de faire le point sur la situation : l'insertion du malade dans la société ; l'avenir des établissements spécialisés ; la place au sein des hôpitaux généraux ; les problèmes spécifiques de la psychiatrie infanto-juvénile ; l'organisation des soins psychiatriques dans les prisons... autant de thèmes abordés par des médecins ou administrateurs, responsables locaux ou nationaux. En introduction, la genèse du rapport Massé 1992 avec ses principales conclusions sont présentées par l'auteur.

SIDA

LA PRÉVENTION DU SIDA AUPRÈS DES TOXICOMANES

Étude sur les modèles d'intervention mis en œuvre par les acteurs de la prévention

Jean Fournié
Agence française de lutte
contre le sida, décembre
1993, 153 p.

Cet ouvrage présente un bilan des actions engagées par l'AFLS depuis 1990 dans la prévention de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. L'étude a été réalisée à partir d'entretiens avec les principaux responsables des projets concernés, mais aussi des professionnels des institutions de soins.

Les trois premiers chapitres définissent le champ d'action de la prévention de la toxicomanie en la distinguant de celui du soin et en le situant dans le cadre de la lutte contre le sida. En effet, le sida a provoqué un changement de perspective dans l'approche de la toxicomanie ; le quatrième chapitre développe les principaux thèmes qui ont été réexaminés sous un nouvel angle : la réduction

des risques, la substitution, la place des professionnels et des bénévoles, les stratégies de prévention, etc. Les deux derniers chapitres présentent les projets soutenus par l'AFLS et leur place dans le champ de la prévention, la démarche complémentaire d'AIDES et Médecins du monde, ainsi que deux approches significatives de réduction des risques : celle d'Espoir Goutte d'Or à Paris et celle de l'AMPT à Marseille. Les recommandations du rapport sont essentiellement de promouvoir la réduction des risques et de favoriser la communication entre les différents acteurs.

SOCIÉTÉ

VÉRITÉS ET TABOUS,

Michèle Barzach
Éditions du seuil,
1994, 214 p.

Gynécologue et psychanalyste, mère de famille, femme en politique, ministre de la Santé de 1986 à 1988, Michèle Barzach est aujourd'hui conseil international en stratégie de santé.

Vérités et tabous est un livre militant, au sens le plus noble du terme. Michèle Barzach y présente d'abord son itinéraire, ses temps forts et ses amertumes, sans langue de bois, couragement et simplement. Elle présente aussi ses craintes et ses convictions concernant les problèmes politiques qui seront sans doute les plus graves de la fin du siècle.

Son livre part en effet du procès du sang contaminé. Moment douloureux de l'histoire médicale en France, cette affaire est également le révélateur de graves dysfonctionnements de la médecine et de l'État, mais aussi de problèmes (représentations, responsabilités) qui concernent l'ensemble de la société. C'est pourquoi il importe de tirer toutes les leçons de la contamination des transfusés, et peut-être aussi d'in-

terroger, à la lueur de ce drame, d'autres situations scandaleuses de notre temps.

Le sida est l'arrière-plan de *Vérités et tabous*. Mais les thèmes abordés sont plus larges : le soupçon qui pèse désormais sur la médecine, la réforme nécessaire de l'Assurance maladie, la toxicomanie, le sida en Afrique, les rapports Nord-Sud, le sang contaminé, le dysfonctionnement de l'État.

Pour chacun de ces problèmes, Michèle Barzach se bat, démontre, informe, illustre, dénonce, propose. Le constat des problèmes est saisissant, dérangeant, ce qui est la plus grande utilité du livre.

Le texte enfin s'achève en un plaidoyer très convaincant pour un rôle accru de la femme en politique.

On reprochera cependant deux choses à ce livre : devant l'urgence et la gravité des problèmes décrits dans ces pages, on regrette le temps consacré aux petites lâchetés, aux calomnies et aux abandons de la politique nationale... et on aimerait, bien sûr, plus de solutions, détaillées, techniques, concrètes... un peu d'espoir en somme.

SYSTÈME DE SANTÉ

SANTÉ 2010

Travaux d'ateliers

• Équité et efficacité du système

• Santé, maladie et technologie

Tome 1, 514 p., tome 2, 380 p.

Le rapport « prospective du système de santé » du commissariat au Plan intitulé « santé 2010 » a fait l'objet d'une présentation par J.-C. Henrard dans le numéro 5 de cette revue.

Depuis sa parution ont été publiés deux volumes qui rassemblent les travaux des ateliers qui ont fourni la matière dont ce rap-

port était la synthèse.

Santé, équité et efficacité du système

• Dans son analyse sur les perspectives financières du système de santé, le 1^{er} atelier montre qu'avant les années 1970, la progression des dépenses d'assurance maladie, portée à la fois par des facteurs d'offre et de demande de soins, a été financée sans déséquilibre majeur ; mais depuis la crise économique des années 1980 le financement de la croissance - même ralentie - de ces dépenses crée des tensions dans le partage du revenu national entre salaires directs et revenus indirects et produit des effets d'éviction d'autres dépenses publiques - notamment sociales - elles aussi bénéfiques, sinon plus bénéfiques que les dépenses de santé pour l'état de santé général de la population (aide aux plus démunis, logement, éducation, environnement etc.)

• L'atelier sur les « inégalités sociales de santé » porte sur le jugement nuancé : s'il assure par la quasi-généralisation de la couverture par l'assurance maladie un très large accès aux soins et a permis d'atténuer les disparités de consommation entre catégories sociales, il ne comporte aucun mécanisme correcteur pour compenser les écarts de mortalité entre régions et entre groupes socio-professionnels. Ces derniers ont au contraire tendance à s'accroître (à 35 ans 8 ans d'écart d'espérance de vie entre hommes cadres supérieurs et manœuvres) cependant qu'apparaissent de nouveaux défis : exclusion sociale, chômage de longue durée, dualisation de la société mais aussi technisation et spécialisation de la médecine qui peuvent être sources d'exclusion des meilleures filières de soins pour les personnes les moins informées.

L'accroissement des dépenses de santé n'est pas le meilleur moyen de combattre les inégalités de santé. En effet, il s'accompagnerait d'un accroissement des

prélèvements sociaux (qui sont à l'heure actuelle, inégalitaires), ce qui soustrairait des ressources au système économique, avec donc des conséquences négatives sur le plan social et il s'opérerait au détriment d'autres dépenses sociales.

Paradoxalement, « la maîtrise de la croissance des dépenses de santé apparaît comme un moyen pour lutter contre les inégalités de santé ».

Le chapitre intitulé « rémunérations des producteurs et incitations financières des usagers » caractérise le système de soins français par cinq traits que l'on retrouve dans d'autres pays, isolés mais non pas cumulés comme en France.

• liberté totale d'accès aux soins (absence de filière) ;

• absence de détermination préalable de l'enveloppe « santé » du pays ;

• contenu relativement large du panier de biens et de services couverts par l'Assurance maladie ;

• forte croissance du corps médical, notamment des spécialistes ;

• paiement à l'acte.

Non seulement cette combinaison est inflationniste mais les efforts pour réguler le système se sont montrés vains (augmentation du ticket modérateur mais compensé par une couverture accrue par des assurances complémentaires ou des exonérations, avec donc un effet de renforcement des inégalités d'accès pour les personnes ayant à l'acquitter ; action sur la rémunération des producteurs mais avec des effets de reports des prix sur les volumes) ou problématiques du point de vue de l'équilibre économique et social du pays (hausse des cotisations sociales).

Les rapporteurs proposent un système de soins fondé sur :

• un financement prospectif à caractère pluriannuel, avec une redéfinition du contenu du panier de biens et services couverts par l'assurance maladie et des moda-

lités d'accès aux soins ;

• l'instauration d'une régulation professionnelle fondée sur une refonte globale de la nomenclature des actes et une modification des conditions d'exercice de la médecine ;

• une remise à plat des conditions de participation financière des usagers (avance de frais, ticket modérateur).

Santé, maladies et technologies

L'atelier 3 sur les déterminants de la santé met en relief la multiplicité des déterminants (déterminants collectifs : environnement, cohésion sociale, niveau socio-économico-culturel du pays, système de soins et déterminants individuels - sexe, âge, facteurs génétiques, habitudes de vie) et leur interaction ce qui rend difficile l'analyse de leur contribution respective à l'état de santé. Les facteurs sociaux (origine sociale, niveau culturel, niveau de revenu, groupe professionnel mais aussi réseau familial et social) « pèsent et pèseront très lourd sur la santé des individus et des groupes ». Le rôle de l'environnement sur la santé en particulier dans les villes et les quartiers reste excessivement méconnu. Il devrait donner lieu à un programme prioritaire de recherche. Le rôle du système de soins est relativement limité.

Un intéressant développement est consacré aux nouveaux risques notamment en terme de santé mentale que font peser sur les personnes au travail les nouvelles conditions que sont la précarisation, la menace du chômage, l'intensification des rythmes de travail, le stress, l'isolement.

« Innovation technologique et demandes de santé », cet atelier dégage trois pôles de développement techniques : les techniques autour de l'imagerie de la biologie chimique, de la chirurgie « minimale » et du médicament visant à réparer « le corps performant » avec, de plus en plus un souci du non invasif et du gain en

qualité. Elles n'auront leur plein effet sur l'organisation des soins que lorsque les cliniciens se les seront pleinement appropriés. Leurs effets sont et seront importants pour retarder l'apparition de certaines maladies, médicaments antihypertensifs et maladies cardio-vasculaires, par exemple, et leur expression (correction d'anomalies de la vision sur la chirurgie au lieu des lunettes).

Ces ouvrages à la fois très documentés et synthétiques sont précieux non seulement pour qui cherche les données les plus récentes sur l'état de santé, les déterminants et le coût du système de soins, mais aussi pour le décideur qui souhaite asseoir des réformes sur une réflexion d'ensemble. Pour le débat démocratique désormais lancé sur la réforme du système de santé c'est un ouvrage de référence d'autant plus irremplaçable que se situant dans une perspective de moyen terme, il prend du champ par rapport aux problèmes de l'instant. **B. R.**

QUEL AVENIR POUR L'HOSPITALISATION À DOMICILE ?

Analyse des freins et des facteurs en faveur de son développement

L. Com-Ruelle, N. Raffy
Credes, n° 998, 1994, 132 p.

En 1993, l'hospitalisation à domicile (HAD) occupe en France une place marginale dans le système de soins. Quarante et une structures seulement sont opérationnelles en 1992 (0,8 % de la capacité totale en lits en hospitalisation complète - non compris la psychiatrie - 0,9 % des journées).

L'objectif de ce rapport est de faire la synthèse des points de vue des différents acteurs intervenant autour de l'hospitalisation à domicile : les patients, les directeurs de structures, les médecins hospitaliers, les médecins généralistes exerçant en ville et les

gestionnaires des caisses régionales d'assurance maladie.

L. Com-Ruelle et N. Raffy, en s'interrogeant sur l'avenir de l'HAD, analysent d'une part les freins et obstacles à son développement et d'autre part les facteurs qui pourraient la favoriser.

Selon les auteurs, les freins au développement sont imputables tout d'abord aux acteurs de la demande, c'est-à-dire les patients eux-mêmes, qui méconnaissent souvent cette possibilité de prise en charge, et l'entourage, réticent lorsqu'elle concerne une personne âgée. Les acteurs de l'offre - prescripteurs (médecin traitant et médecin hospitalier) et la structure de l'hospitalisation à domicile - constituent le second frein :

- le médecin traitant, invoque des responsabilités plus lourdes à assumer, souvent floues et irréelles, la méconnaissance de l'HAD, une formation inadaptée à la douleur, un attachement à l'infirmière libérale, la perte de sa clientèle ;
- la communication inexistante entre médecin hospitalier et médecin traitant est un véritable handicap dans le fonctionnement même de l'HAD. Le médecin hospitalier redoute la perte de pouvoir qu'impliquerait la suppression de lits d'hospitalisation, référence d'activité d'un service et enfin considère l'HAD comme un « service poubelle » répondant à une demande excédentaire ;
- la structure de l'HAD connaît des difficultés d'organisation médicale et de fonctionnement administratif.

Quatre principaux facteurs devraient, au contraire, aider au développement de l'HAD : le haut niveau de satisfaction des patients et de leur famille à l'égard de ce mode de prise en charge, les avantages médicaux reconnus par les prescripteurs d'HAD, l'existence de besoins encore non satisfaits (en zone rurale notamment), enfin, l'argument économique qui faisait hésiter à développer ce mode de prise en charge doit être reconsidéré : l'HAD contribue à la diminution des dépenses hos-

pitalières, mais il ne faut pas omettre la présence de coûts indirects importants par la nécessité du concours de l'entourage du patient.

En conclusion, la conjonction de ces facteurs et l'application des décrets d'octobre 1992, reconnaissant dans le secteur public, l'hospitalisation à domicile comme une véritable alternative à l'hospitalisation classique, devraient lui garantir un avenir meilleur.

CLIENTÈLE ET MOTIFS DE RECOURS EN MÉDECINE LIBÉRALE France 1992

F. Aguzzoli, Ph. Le Fur, C. Sermet

Credes, mars 1994, 343 p., annexes 193 p.

Ce rapport est issu de l'analyse de la clientèle et des motifs de recours de 150 000 séances de médecins libéraux à partir d'une enquête nationale réalisée par IMS-France auprès de 2 318 médecins généralistes et spécialistes.

Après une présentation des caractéristiques des médecins et de leur mode d'exercice, la clientèle est analysée selon l'âge et la catégorie socio-professionnelle. Elle est composée majoritairement de femmes et d'inactifs, ces derniers étant l'objet de 61,5 % des séances de médecins. Les motifs de recours au médecin les plus fréquents sont les maladies cardio-vasculaires pour 27 %. Ils diffèrent selon la spécialité : les maladies cardio-vasculaires dominent chez les généralistes, les affections ophtalmologiques chez les spécialistes. L'âge, le sexe, la catégorie sociale semblent déterminants dans les motifs de recours aux soins.

Un dossier technique en annexe présente le tableau détaillé de tous les motifs de recours au médecin, classés par chapitres et sous-chapitres.

TOXICOMANIES

ALCOOL, « TOXICOMANIES » LÉGALES

Patrick Mignon

La Documentation Française, 1994, 64 p.

Patrick Mignon a constitué un dossier d'actualité dans le cadre de la série « problèmes politiques et sociaux » paru à la Documentation Française qui a trait aux « toxicomanies » légales (alcool, tabac, médicament).

Quel dommage d'avoir mis des guillemets à toxicomanies, d'autant plus que dans l'excellente introduction de Patrick Mignon, il est bien discuté de l'actuelle extension de la notion de dépendance à des produits divers et à des comportements qui autrefois n'y étaient pas inclus. Le parti pris a été de choisir, pour en rendre compte, des travaux récents venant d'origines diverses, histoire, anthropologie, sociologie, clinique, épidémiologie, sur l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes, les troubles des comportements alimentaires. Le choix des articles et des thèmes explicite la conception actuelle des dépendances. Leur juxtaposition tente d'illustrer non seulement les modalités possibles d'abord, mais aussi les niveaux d'appréhension que chaque discipline choisit pour étudier le thème des consommations. En ce qui concerne l'alcool, trois articles sont étudiés tentant de définir ce qui est « bien boire et mal boire » : dans le cadre de la conception anthropologique, on relève l'excellent article de Nahoun-Grappe intitulé « boire un coup ? » ainsi que la micro-étude de Denys Cuhe sur les alcoolisations de micro-groupe sociologique dans le cas particulier d'une école d'ingénieur.

Les aspects historiques choisis sont très illustrants, plus particulièrement en ce qui concerne l'histoire de l'absinthe et l'histoire du gin.

Il conviendrait de voir plus souvent une diffusion des articles évoqués dans ce dossier.

La seconde partie de ce document a trait à la manière dont sont perçues les attitudes face aux drogues opium et cocaïne. Il est fait un parallèle entre la manière dont on concevait les drogues illicites et l'utilisation actuelle du tabac et des tranquillisants. Les troubles des conduites alimentaires ne sont pas oubliés. Un article de Claude Fischer est analysé en tentant d'utiliser le concept de dépendance avec plus de modération. Ce rappel est peut être nécessaire, mais il semble que s'il y avait à utiliser avec plus de modération ce concept, il conviendrait de réfléchir d'abord sur les acceptations du concept. Les documents du Haut Comité de la santé publique sont repris dans cette analyse.

La stigmatisation actuelle des conduites de consommation du tabac et la culpabilisation du fumeur sont reprises au travers d'un certain nombre d'articles et suggère une dérive hygiéniste dans ce domaine.

Il s'agit d'un dossier naturellement incomplet. Tel n'était pas son propos. Il est très bien fait et sous-tend une idée forte : l'extension du concept de dépendance, et attire l'attention sur le risque d'un nouvel hygiénisme. On aimerait voir plus souvent des analyses de cette qualité. **Ph.-J. P.**

DROGUES ET TOXICOMANIES

Neurobiologie, épidémiologie

Fabrice Trovero, Sylvain Pirot, Jean-Pol Tassin, Françoise Facy, *Inserm, Nathan, 1993, 100 p.*

Réalisée sur l'initiative de la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, ce dossier documentaire se propose, par une double approche neurobiologique et épidémiologique, de faire le point sur l'état

des connaissances actuelles des drogues et des toxicomanies.

La première partie neurobiologique explique les mécanismes à l'origine des effets de trois types de drogues illicites : les psychostimulants (cocaïne, amphétamine), les opiacées (morphine, héroïne) et le cannabis et ses dérivés. L'analyse intègre à la fois des données moléculaires, cellulaires et comportementales. Parmi les critères permettant une meilleure compréhension de la toxicomanie, le phénomène de dépendance psychique est retenu plutôt que celui de dépendance physiologique.

La seconde partie est consacrée aux enquêtes épidémiologiques dans le domaine des toxicomanies et inclut l'usage des psychotropes licites. Y sont analysés une étude de la consommation de psychotropes dans la population générale, les résultats d'enquêtes sur les toxicomanes traités et les toxicomanes incarcérés, l'évaluation de trois programmes pilotes d'échange de seringue pour la prévention du sida chez les toxicomanes. Deux exemples terminent cette partie épidémiologique : le cas d'une prévention primaire menée dans les écoles de l'Oise et celui d'un centre d'insertion sociale lyonnais qui a suivi 11 personnes séropositives ou atteintes du sida dont 10 toxicomanes.

TRAVAIL

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES **Analyse et prévention**

Paris, Journal officiel, Avis et rapports du Conseil économique et social n° 5, 26 mars 1994, 166 p.

En octobre 1991, le Conseil économique et social a confié l'élaboration d'un projet d'avis sur ce thème à la section du travail. M.

Marcel Fabre en a été le rapporteur.

Un certain nombre d'experts a été interrogé dans le cadre de ce rapport, afin de connaître les hypothèses avancées comme facteurs explicatifs de la recrudescence des accidents du travail depuis 1986-1987 - phénomène qui n'est pas exclusivement national, mais aussi européen. Alors que le progrès technique devrait apporter un surcroît de confort dans le travail, paradoxalement, les conditions de l'activité professionnelle seraient plus durement ressenties et la vie au travail serait plus dangereuse.

Face à l'aspect multi-factoriel des causes à l'origine des accidents du travail et compte tenu de la diversification des métiers au sein d'une même structure de production, l'appréhension du risque professionnel est probablement de plus en plus difficile à envisager collectivement.

Depuis qu'il est couvert, le risque professionnel a connu de nombreuses « stratégies » pour le minimiser. Par étapes successives, depuis quarante-cinq ans, à la notion de dommage causé, s'est ajoutée à partir des années 70, celle de prévention intégrée. Les lois de décembre 1991 et décembre 1993, en transposant un ensemble de directives européennes, ont introduit une nouvelle notion dans le droit positif français : celle d'évaluation du risque professionnel, issue de la directive-cadre de 1989.

Cette notion devrait modifier sensiblement l'approche de la sécurité du travail, car elle requiert une observation au plus près des travailleurs : dans l'entreprise et au poste de travail. C'est sur ce constat que les réflexions et propositions émises dans l'avis du Conseil économique et social, adopté en février 1994, ont été bâties. Elles abordent deux domaines :

- celui de la connaissance et de l'analyse (collecte et harmonisation des statistiques, développement de la recherche, établis-

sement et renforcement de normes en matière d'hygiène et de sécurité, et ce dans une perspective communautaire) ;

- celui de l'action de prévention, d'une part au sein de l'entreprise (rôles et obligations des employeurs, de l'encadrement, de la médecine du travail, du CHSCT et de la formation) et d'autre part hors de l'entreprise (importance de la négociation collective, des instances paritaires que sont les comités techniques nationaux et régionaux dans le cadre de l'institution prévention de la Sécurité sociale).

Hafosa Ali, Ségolène Chappellon, Louis Dessaint, Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Philippe-Jean Parquet, Bernadette Roussille, Marie-Josèphe Strbak et Henri Verdier ont rédigé ces notes.

Textes

35

CANCER

- Complémentarité des centres hospitaliers universitaires et des centres régionaux de lutte contre le cancer dans le domaine de la cancérologie
Circulaire n° 93-013 du 18 octobre 1993
(non parue)

TRANSFUSION SANGUINE

- Règles d'hémovigilance pris pour application de l'article L 666-12 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)
Décret n° 94-68 du 24 janvier 1994
(JO du 26 janvier 1994)
Extraits
- Organisation territoriale de la transfusion sanguine
Circulaire DGS/DH n° 8 du 20 janvier 1994
(BO MASSV 94/5)
Non reproduite
- Homologation du règlement de l'Agence française du sang relatif aux bonnes pratiques de préparation des produits sanguins labiles et pris en application de l'article L 668-3 du CSP
Arrêté du 7 février 1994
(BO MASSV 94/8)
Non reproduit

36

PRÉVENTION

- Crédits déconcentrés pour l'éducation et la promotion de la santé.
Dispositions adoptées pour 1994
Circulaire DGS/SP1 n° 16 du 8 mars 1994
(non parue)

37

- Actions de formation et de prévention dans le domaine de la périnatalité, budget État 1994
Circulaire DGS/SP2 n° 17 du 10 mars 1994
(non parue)
- Prévention de la transmission de la tuberculose dans les lieux de soins
Circulaire DGS/VS2-DH n° 69 du 29 octobre 1993
(non parue)
Non reproduite

38

FORMATION

- Formation des médecins de l'Éducation Nationale
Arrêté du 17 janvier 1994
(JO du 25 janvier 1994)

39

MÉDECINE LIBÉRALE

- Unions régionales des médecins exerçant à titre libéral
Décret n° 93-1302 du 14 décembre 1993
(JO du 15 décembre 1993)

43

- Convention nationale des médecins
Arrêté du 22 mars 1994
(JO du 24 mars 1994)
Extraits

39

- *Simplifications administratives*

CANCER

Circulaire n° 93-013 du 18 octobre 1993 relative à la **complémentarité des centres hospitaliers universitaires et des centres régionaux de lutte contre le cancer dans le domaine de la cancérologie**

Références :

- Code de la santé publique (art. L. 312 à L. 325) ;
- Ordonnance n° 58-1373 du 30 septembre 1958 ;
- Loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991.

Sur la base du pluralisme hospitalier, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 prévoit le renforcement de la coopération entre établissements de santé, publics ou privés, dans le respect de leur autonomie. Dans ce cadre, il apparaît aujourd'hui indispensable d'impulser une politique volontariste dans le domaine de la cancérologie, particulièrement entre les centres hospitaliers universitaires et les centres régionaux de lutte contre le cancer, établissements participant au service public hospitalier.

Pour ce faire, il convient, compte tenu des missions dévolues aux centres de lutte contre le cancer illustrant leur vocation universitaire, d'organiser une complémentarité très forte entre les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer, notamment dans le domaine de la recherche et de l'enseignement.

Cette complémentarité en cancérologie doit s'établir autour de deux axes majeurs :

- éviter toute redondance de moyens, tant au niveau des hommes que des équipements, en renforçant les conventions déjà existantes ;
- prioriser quatre pôles de coopération :
 - *enseignement* : coordonner les actions universitaires, dans la formation initiale et continue, en assurant aux CHU et aux CRLCC les moyens en personnels nécessaires à leur mission ;
 - *recherche* : implanter des unités et des équipes communes, en favorisant les réseaux multicentriques ;
 - *santé publique* : développer l'épidémiologie, la prévention, le

dépistage, en menant des actions conjointes ;

- *soins* : améliorer la qualité des soins en élaborant des protocoles communs de diagnostic, de traitement et d'évaluation.

Par ailleurs, il convient de concrétiser cette complémentarité par la signature d'accords cadre, de conventions, ou toute autre formule de coopération.

Les projets d'établissements, basés notamment sur les projets médicaux, ainsi que les schémas régionaux d'organisation sanitaire en cours d'élaboration, serviront de support à la mise en œuvre des orientations définies dans la présente circulaire.

TRANSFUSION SANGUINE

Décret n° 94-68 du 24 janvier 1994 relatif aux

règles d'hémovigilance pris pour application de l'article L. 666-12 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et du ministre délégué à la santé,

Vu [...]

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er} Il est créé dans le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) un livre VI intitulé : « Utilisation thérapeutique de produits d'origine humaine ».

Le chapitre 1^{er} de ce livre VI est ainsi rédigé :

« **Chapitre 1^{er}**

« De la collecte du sang humain et de ses composants et de la préparation de leurs produits dérivés

« Section 1

« Hémovigilance

« Sous-section 1

« Dispositions générales

« Art. R. 666-12-1 L'hémovigilance est un élément de la sécurité transfusionnelle. Elle comporte pour toute unité préparée d'un produit sanguin labile :

« a) Le signalement de tout effet inattendu ou indésirable lié ou susceptible d'être lié à l'usage thérapeutique de ce produit ;

« b) Le recueil, la conservation et l'accessibilité des informations relatives à son prélèvement, à sa préparation, à son utilisation ainsi qu'aux effets mentionnés au a ci-dessus ;

« c) L'évaluation et l'exploitation de ces informations en vue de prévenir la survenance de tout effet inattendu ou indésirable résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles

« Art. R. 666-12-2 L'Agence française du sang assure la mise en œuvre de l'hémovigilance. Elle en définit les orientations, anime et coordonne les actions des différents intervenants et veille au respect des procédures de surveillance organisées par la présente section. Elle prend, le cas échéant, les mesures appropriées en vue d'assurer la sécurité transfusionnelle ou saisit les autorités compétentes.

« Pour l'exercice de cette mission, l'Agence française du sang :

« a) Est informée, dans les conditions prévues aux articles R. 666-12-55 et R. 666-12-26, de tout effet inattendu ou indésirable résultant de l'utilisation thérapeutique d'un produit sanguin labile ;

« b) Est destinataire, dans les conditions prévues à la présente section, des informations recueillies au cours des phases de préparation, de conservation et d'utilisation des produits sanguins labiles.

« c) Procède ou fait procéder par une personne morale de droit public agissant sous son contrôle à des enquêtes épidémiologiques et à des études relatives aux conditions d'emploi des produits sanguins labiles.

« Art. R. 666-12-3 L'Agence française du sang et l'Agence du médicament s'informent mutuellement de tout incident transfusionnel lié ou susceptible d'être lié à l'administration d'un produit sanguin labile ou d'un produit sanguin stable, et dont la cause réside, ou est susceptible de résider, dans la qualité du sang prélevé dont est issu le produit transfusé.

« Art. R. 666-12-4 L'Agence française du sang transmet au ministre chargé de la santé les informations de nature épidémiologique qu'elle recueille dans l'exercice de sa mission d'hé-

movigilance et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

[...]

Sous-section 3

« Rôle des établissements de transfusion sanguine »

[...]

Sous-section 4

« Rôle des établissements de santé »

[...]

Sous-section 5

« Les coordonnateurs régionaux de l'hémovigilance »

[...]

Sous-section 6

« Déclaration d'incident transfusionnel » [...]

Fait à Paris le 24 janvier 1994.

périnatal qui n'ont pas encore atteint un niveau optimal par rapport à certains pays européens.

Des crédits déconcentrés aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales ont été prévus à cet effet en 1994 sur deux chapitres.

- chapitre 43-32, article 40 pour les actions de formation (recyclage en périnatalité),

- chapitre 47-11, article 40 pour les actions pilotes locales de prévention.

Ces dernières actions qui visent notamment à améliorer les indicateurs périnatals et la prise en charge des mères en difficulté, ne semblent plus devoir se définir au niveau national. C'est au niveau local qu'il convient de développer des stratégies étroitement ciblées et adaptées aux besoins spécifiques des populations à risque. Afin de réduire les disparités régionales encore existantes, il convient à l'avenir de concentrer les efforts et les crédits sur quelques régions. J'attire donc votre attention sur le fait que ces dispositions prendront effet dès 1995.

soit en secteur libéral, soit dans un service de prévention (protection maternelle et infantile) et exerçant *des activités habituelles ou occasionnelles dans le domaine de la périnatalité*. J'attire votre attention sur la nécessité d'intégrer dans ces formations la totalité des acteurs intervenants dans ce domaine et plus particulièrement dans la surveillance de la grossesse avec pour objectif prioritaire l'amélioration de la qualité de cette surveillance. En conséquence, il vous appartient de rechercher des cofinancements auprès des organismes habilités à prendre en charge financièrement la formation de ces personnels (budget de formation continue des établissements hospitaliers, conseils régionaux et généraux, organismes de formation continue des professions libérales, etc.).

PRÉVENTION

Circulaire DGS/SP2 n° 17 du 10 mars 1994 relative aux **actions de formation et de prévention dans le domaine de la périnatalité, budget État 1994**

Références

- Circulaire DGS/20/SP2 du 5 mars 1993

Textes abrogés

- Circulaire DGS/119/2A du 28 février 1992

Le ministre des Affaires sociales de la Santé et de la Ville

Le ministre délégué à la Santé à Messieurs les Préfets de région Directions régionales des affaires sanitaires et sociales

Directions régionales et interdépartementales de la santé et de la solidarité (pour coordination et exécution)

Mesdames et Messieurs les Préfets de département

Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour information)

La périnatalité est un sujet prioritaire de santé publique ; à côté des initiatives nationales, des actions de santé publique locales adaptées aux besoins doivent être réalisées pour améliorer la prise en charge de la population et les indicateurs de santé

I - Les actions de formation

Elles ont été mises en place en 1987 sous le nom d'actions de recyclage en périnatalité et reconduites depuis chaque année.

Comme les années précédentes vous voudrez bien veiller à ce que soient respectées les conditions suivantes :

1) Montage des opérations

Celles-ci doivent être conduites en *partenariat*, menées *en liaison avec les commissions techniques consultatives de la naissance*. Je vous demande d'élaborer un programme de formation avec la collaboration des services départementaux de protection maternelle et infantile, des équipes de maternité et de néonatalogie et des organismes de formation continue des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux concernés. Ce programme peut être régional ou départemental.

2) Public bénéficiaire

Ces sessions de formation sont destinées au *personnel médical, paramédical et social* travaillant soit en secteur hospitalier public ou privé,

3) L'utilisation des crédits

Les crédits de recyclage du chapitre 43-32 pourront être utilisés pour les frais d'organisation, le tirage de documents ou d'ouvrages jugés nécessaires à la formation dispensée. Ils ne sont pas destinés à financer du matériel audiovisuel lourd, mais peuvent permettre l'achat de cassettes ou la location d'appareils de projection.

4) Les thèmes

Je vous suggère d'accorder la priorité à tous les thèmes portant sur la *surveillance de la grossesse* et le dépistage précoce des pathologies pouvant survenir. La coordination des différents professionnels impliqués dans cette surveillance est indispensable.

II - Les actions pilotes

Elles ont été financées pour la première fois au niveau national en 1989 sous le terme d'actions cofinancées en périnatalité. Elles faisaient suite aux contrats État-régions qui se sont déroulés entre 1985 et 1987.

Les principaux objectifs de ces actions sont les suivants :

- **améliorer les indicateurs périnatals** notamment la naissance *d'enfants de petits poids* (prématuré mais surtout hypotrophie) ;

- **améliorer la prise en charge des mères en difficultés**, notamment par un meilleur environnement psychoaffectif de la naissance ;

- **favoriser la création de réseaux de prise en charge des femmes enceintes**, dans le but d'améliorer la qualité de la surveillance en unifiant les pratiques ;

Elles doivent, comme les actions de formation, **mobiliser d'autres partenaires** (services départementaux de protection maternelle et infantile, équipes hospitalières des maternités publiques et privées, services de néonatalogie, caisses de sécurité sociale et mutuelles). Ces actions consisteront prioritairement en interventions ayant trait à *l'information l'éducation à la santé, l'animation*. Elles seront particulièrement destinées aux femmes présentant des difficultés (femmes isolées, milieu rural, femmes migrantes). Elles peuvent également concerner l'épidémiologie. Si elles impliquent uniquement de la formation, elles devront être présentées comme actions de formation.

Il serait souhaitable que les actions soient menées en liaison avec la commission technique consultative de la naissance.

III - La mise en œuvre de ces deux types d'actions

La Direction générale de la santé doit être saisie par la DRASS d'un dossier simple résumé en deux fiches.

1) Pour les actions de formation

- Une fiche de présentation des actions de formation (annexe 1)
- Un bilan prévisionnel de cette action (annexe 2)

2) Pour les actions pilotes

- Une fiche de présentation de l'action pilote (annexe 3)
- Un bilan prévisionnel de l'action présentée (annexe 4).

La date de réception des dossiers est fixée au vendredi 27 mai 1994 **délaï de rigueur**.

Je vous serais gré de m'adresser fin mars 1995 **un bilan d'évaluation** des actions de formation et des actions pilotes 1994 en utilisant la fiche synthétique (5 ou 6), assortie éventuellement d'un bref rapport de synthèse sur les actions menées dans votre région dans ce domaine.

(annexes non reproduites)

Circulaire DGS/SP1 n° 16 du 8 mars 1994 relative aux **crédits déconcentrés pour l'éducation et la promotion de la santé. Dispositions adoptées pour 1994**

Textes de référence :

- Circulaire DAGPB n° 9401 du 11 janvier 1994
- Circulaire DGS n° 53 BAGF du 11 février 1994

La présente circulaire a pour but d'indiquer les principes d'utilisation et les dispositions budgétaires adoptées pour 1994, quant aux crédits spécifiques réservés à la promotion de la santé et notifiés dans la circulaire générale du 11 janvier dernier (ligne 4711/20).

Pour l'essentiel, ces orientations ont été indiquées lors des rencontres nationales de Dourdan des 9 et 10 décembre derniers. Elles visent à introduire pour la gestion des crédits de ce secteur : simplification, cohérence et transparence.

I. Objet de cette nouvelle ligne budgétaire

Le budget disponible sur cette ligne (soit 19,5 MF en LFI 94) représente la contribution financière déconcentrée spécifique de la Direction Générale de la Santé pour la promotion de la santé par l'information et l'éducation et la formation de personnels relais.

Il concerne par conséquent « l'ensemble des activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin... », (définition de l'OMS, 36^e assemblée mondiale, février 1983). Ainsi, il n'a pas vocation à financer :

- des études, sauf dans la mesure où celles-ci viseraient directement à éclairer une intervention sous forme d'étude de faisabilité, d'étude préalable, où d'étude d'évaluation,
- le suivi d'indicateurs de santé, pour lequel des crédits spécifiques existent par ailleurs, au titre de l'observation de la santé,
- des opérations de prévention médicale comme par exemple : l'achat de vaccins, ou encore des actions de dépistage ; une contribu-

tion à l'information du public quant à ces opérations étant, en revanche, tout à fait recevable.

Ce budget est attribué sous forme de dotations régionales (déléguées à hauteur de 85 % dès janvier) de façon à privilégier un débat devant associer les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales et, le cas échéant, d'autres structures consultatives qui seraient impliquées dans la définition d'axes prioritaires et de stratégies régionales.

Il regroupe les budgets consacrés en 1993 à l'activité interrégionale (Direps), au fonctionnement des CRES et CDES et aux programmes régionaux de prévention.

II) Les principes à respecter pour l'utilisation de ces crédits

L'utilisation des crédits, dans le champ qui vient d'être défini, sera gouvernée par les deux principes suivants :

a) renforcer la compétence de l'ensemble du réseau des comités d'éducation pour la santé formé par : CFES, Direps, CRES et CDES.

b) favoriser l'émergence de projets globaux en s'appuyant sur ce réseau.

a) Renforcer la compétence de l'ensemble du réseau des comités d'éducation pour la santé :

L'activité interrégionale déployée grâce aux Direps doit être poursuivie en 1994. C'est la raison pour laquelle la Drass du siège de ces Direps est attributaire d'une dotation spécifique visant à assurer le fonctionnement de chaque Direps. Cette subvention portera sur les frais de fonctionnement du siège de la Direps, ainsi que sur les prestations de service rendues par tel ou tel comité dans les domaines de la méthodologie, de la documentation et de la formation. Elle sera accordée sur la base d'une convention tripartite associant DRASS, Direps et CFES, afin que celui-ci puisse continuer de contribuer à l'animation et à la coordination nationale de cette activité.

b) Favoriser l'émergence de projets globaux en s'appuyant sur ce réseau :

La globalisation budgétaire rappelée ci-dessus permet d'accorder à la plupart des comités une subvention minimale de fonctionnement à caractère pérenne.

L'annexe indique les comités retenus à ce propos en liaison avec le CFES pour le calcul de chaque enveloppe régionale (à raison d'une subvention de base de 80 000 F par comité).

Concernant les projets globaux à soutenir (en partenariat et dans une optique pluriannuelle) il conviendra :

1) de favoriser l'intervention à l'égard des populations les plus démunies, en recourant, en outre, aux crédits disponibles notamment dans le cadre de la politique de la ville.

2) de privilégier les actions développant une culture de santé globale et positive.

3) de tenir compte :

- des campagnes de communication nationale menée par le ministère, le CFES et la CNAMTS. En 1994 elle portera sur la promotion de la vaccination ROR, du bon usage du médicament et sur la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool.

- des programmes interrégionaux menés grâce aux Direps et qui, en 1992 et 1993, ont déjà impliqué : CRES et CDES.

- du fait que l'année 1994 a été déclarée « année internationale de la famille » par les Nations Unies.

Au plan des moyens, il conviendra :

- de considérer que les institutions en charge de la santé : à l'école, au travail, ont des moyens en personnel sanitaire très importants même s'ils ne sont pas toujours investis pour le moment dans la promotion de la santé.

- de rechercher avec l'hôpital l'implication qu'il peut avoir en promotion de la santé en vertu de la loi hospitalière de juillet 1991, notamment dans le cadre de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale.

Enfin, le soutien aux projets de lutte contre le sida ou la drogue sera assuré grâce aux crédits spécifiques disponibles à ce sujet (AFLS, DGLDT...). Les crédits de la ligne 4711/20 ne devraient pas y contribuer.

Des précisions techniques vous étant données en annexe, je vous signale que mes services sont à votre disposition pour toute information complémentaire que vous souhaitez, et, le cas échéant, rechercher des

synergies nationales pour les projets de programme d'intervention dont vous voudrez bien prendre l'initiative.

Les DDASS et Drass qui n'ont pas encore désigné leur « correspondant promotion de la santé » sont invitées à le faire dans les meilleurs délais.

FORMATION

Arrêté du 17 janvier 1994 relatif à
la formation des médecins de
l'Éducation nationale

Titre I Dispositions communes

Art. 1^{er} Les médecins de l'Éducation nationale recrutés à l'issue des épreuves des concours institués aux articles 4 et 28 du décret du 27 novembre 1991 susvisé, suivent une formation organisée conformément aux dispositions respectivement des articles 6 et 29 dudit décret, dans les conditions prévues aux articles suivants.

Art. 2 La formation visée à l'article 1 ci-dessus a pour objectif de préparer les médecins de l'éducation nationale à assurer les missions qui leur sont dévolues au sein du service public de l'éducation, de développer leur compétence en matière de conseil technique (auprès des inspecteurs de l'éducation nationale, chefs d'établissement et directeurs d'école), de maîtriser les outils et les méthodes dans le domaine de la promotion de la santé en faveur des élèves.

Titre II Formations des médecins de l'éducation nationale recrutés dans le cadre de l'article 4 du décret du 27 novembre 1991

Section 1 Formations organisées à l'issue du concours sur épreuves prévu à l'article 4-1b

Art. 3 Les médecins stagiaires de l'éducation nationale admis au concours sur épreuves institué à l'article 4-1b du décret du 27 novembre 1991 et que ne justifient pas d'une formation, qualification ou pratique profession-

nelle validée par la commission créée par l'arrêté du 10 juillet 1991 susvisé, suivent une formation d'une durée d'une année.

Ceux d'entre eux qui justifient de la formation, qualification ou pratique professionnelle précitée, suivent une formation de huit semaines dans les conditions définies aux articles 5 et 6 ci-dessous.

Art. 4 La formation en une année se déroule en alternance, à l'école nationale de la santé publique et dans l'académie où est nommé le médecin stagiaire. Une convention entre le ministre chargé de l'éducation nationale et le directeur de l'école nationale de la santé publique détermine le contenu et les modalités d'organisation de la formation.

Cette formation s'effectue sous la responsabilité pédagogique du directeur de l'école nationale de la santé publique et d'un maître de stage désigné par le recteur d'académie après avis du directeur de l'école nationale de la santé publique.

À l'issue du cycle de formation, le directeur de l'école nationale de la santé publique établit un rapport d'évaluation de cette formation prenant en compte l'avis du maître de stage.

Ce rapport est pris en compte pour l'établissement de la proposition de titularisation du médecin stagiaire.

Section 2 Formations organisées à l'issue des concours sur titres et travaux prévus aux articles 4-1a et 4-2 du décret du 27 novembre 1991 susvisé

Art. 5 Les médecins stagiaires recrutés par la voie des concours sur titres et travaux, prévus aux articles 4-1a et 4-2 du décret du 27 novembre 1991 précité, suivent pendant leur année de stage une formation de huit semaines.

Cette formation comprend, en alternance, quatre sessions de deux semaines dont le contenu pédagogique et les modalités d'organisation sont élaborés par une commission dont les membres sont désignés par le ministre chargé de l'éducation nationale et le ministre chargé de la santé.

Les sessions de formation prévues à l'alinéa précédent sont organisées sous la forme de regroupements interacadémiques dans les conditions

fixées par la commission susmentionnée.

Art. 6 Le recteur de l'académie où est nommé le stagiaire désigne un maître de stage et un responsable pédagogique.

À l'issue du cycle global de formation, ce responsable pédagogique établit un rapport d'évaluation de cette formation.

Ce rapport est pris en compte pour l'établissement de la proposition de titularisation du médecin stagiaire.

Titre III Formations organisées à l'issue des concours internes spéciaux prévus à l'article 28 du décret du 27 novembre 1991

Art. 7 Les médecins stagiaires de l'éducation nationale recrutés par la voie de concours internes spéciaux prévus à l'article 28 du décret du 27 novembre 1991 précité, suivent pendant leur année de stage une formation de huit semaines qui comporte quatre sessions de deux semaines, en alternance, dont le contenu et les modalités d'organisation sont élaborées par la commission instituée par l'article 5 du présent arrêté, dans les conditions définies aux articles 5 et 6 ci-dessus.

Art. 8 Les sessions de formation comportent des actions spécifiques définies par le responsable de la formation tenant compte des acquis antérieurs et des besoins de formation particuliers.

À l'issue de ces sessions, le responsable de la formation établit un rapport d'évaluation.

Ce rapport est pris en compte pour l'établissement de la proposition de titularisation du médecin stagiaire.

Art. 9 Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 17 janvier 1994.

MÉDECINE LIBÉRALE

Décret n° 93-1302 du
14 décembre 1993 relatif aux
**unions régionales des médecins
exerçant à titre libéral**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, du ministre d'État, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, du ministre de l'industrie, des postes et télécommunications et du commerce extérieur, du ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, et du ministre délégué à la santé,

Vu [...]

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er} Dans chaque région, l'union des

médecins exerçant à titre libéral instituée par l'article 5 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée regroupe les médecins qui exercent leur activité libérale sous le régime de la ou des conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

L'union régionale a son siège au chef-lieu de la région, sauf si l'assemblée en décide autrement par une décision prise à la majorité des deux tiers de ses membres.

Art. 2 Dans les domaines mentionnés à l'article 8 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée, les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral participent aux actions engagées notamment par l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. En outre, elles assument les missions qui leur sont confiées par la ou les conventions nationales, ainsi que celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins.

Les unions peuvent prendre les initiatives qu'elles jugent utiles dans les domaines suivants :

a) Analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux ;

b) Coordination avec les autres professionnels de santé ;

c) Information et formation des médecins et des usagers.

Titre 1^{er} L'assemblée de l'union

Chapitre 1^{er} Composition et fonctionnement de l'assemblée

Art. 3 Chaque union régionale est administrée par une assemblée composée, en nombre égal, des élus du collège des médecins généralistes et des élus du collège des médecins spécialistes.

Art. 4 Le nombre total des membres de l'assemblée est fixé comme suit :

- dix membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est inférieur ou égal à 500 ;

- trente membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est compris entre 501 et 3 000 ;

« Simplification administrative »

La circulaire DGS n° 80 du 20 décembre 1993 (BO MASSV 94/1) est venue abroger pas moins de 91 textes, circulaires ou notes, pris entre 1974 et 1982 par la Direction Générale de la Santé.

Cette circulaire fait suite à celle du 22 septembre 1992 (circulaire DGS n° 55 du 22 septembre 1992, BO MASI 92/43) qui, elle, en avait abrogés 320 ! pris entre 1982 et 1992.

Parcourir les objets de ces circulaires ou notes pourrait servir de lecture initiatique à la vie administrative française : on peut imaginer l'étendue des champs couverts par la DGS (exemple 9 novembre 1984 : pommes, jus de pommes, cidres et patuline) ou la répétitivité des instructions (exemple 8 octobre 1984 : personnels vacataires du service de santé scolaire, 15 octobre 1984, Rémunération des personnels vacataires de santé scolaire). Mais, les acteurs des dispositifs de santé ne devraient pas négliger de parcourir ces deux listes : on y apprend ainsi que les circulaires du 28 juin 1985 et du 31 octobre 1985 concernant respectivement les ORS et la promotions de la santé et qui sont encore souvent citées en référence, ont été abrogées.

- quarante membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est compris entre 3 001 5 000 ;

- soixante membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est compris entre 5 001 et 10 000 ;

- quatre-vingts membres dans les régions où le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel est supérieur à 10 000.

Le nombre de sièges est fixé par arrêté du préfet de la région avant chaque renouvellement de l'assemblée.

Art. 5 Les membres de l'assemblée sont élus pour six ans. Leur mandat est renouvelable.

Cessent, d'office, d'exercer leur mandat de membre de l'assemblée les médecins qui cessent d'exercer une activité libérale dans le cadre du régime conventionnel, pour quelque raison que ce soit et notamment du fait d'une sanction d'interdiction prononcée au titre de l'article L. 423 du code de la santé publique ou de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale.

Si la cessation d'activité mentionnée à l'alinéa précédent n'est que temporaire, l'exercice du mandat de membre de l'assemblée est suspendu pendant la période correspondante. Si cette cessation d'activité est définitive, il est pourvu au remplacement du médecin intéressé dans les conditions prévues à l'article 6.

Art. 6 Lorsqu'un siège devient vacant, il est pourvu au remplacement, pour la durée du mandat à courir, en faisant appel au candidat venant en rang utile sur la liste à laquelle appartenait l'ancien titulaire.

Lorsque cette liste est épuisée, il n'est pas procédé au remplacement.

Toutefois, si la moitié au moins des sièges de l'assemblée deviennent vacants sans qu'il soit possible de pourvoir aux remplacements, il est procédé au renouvellement de l'ensemble de ces sièges par voie d'élection, selon les modalités prévues au chapitre II ci-après. Ce renouvellement a lieu pour la durée du mandat restant à courir.

Les dispositions de l'alinéa qui précède ne sont pas applicables au

cours de la dernière année du mandat de l'assemblée.

Art. 7 Les fonctions de membres de l'assemblée sont exercées à titre gratuit.

Toutefois, les membres de l'assemblée perçoivent au titre de ces fonctions le remboursement des frais de déplacement et de séjour, dans les conditions fixées par le règlement intérieur. Celui-ci peut également prévoir l'attribution d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions, dans la limite d'un montant égal, par réunion d'un demi-journée, à six fois la valeur de la consultation du médecin généraliste telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 162-5 ou L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions des deux alinéas qui précèdent s'appliquent également aux activités des membres du bureau mentionné à l'article 8, des sections mentionnées à l'article 13 et des échelons départementaux mentionnés à l'article 31.

Art. 8 L'assemblée élit en son sein un bureau qui comprend :

1° Un président et un vice-président ;

2° Un trésorier et un trésorier adjoint ;

3° Un secrétaire et un secrétaire adjoint.

Les membres du bureau sont élus par un vote distinct pour chaque poste et dans l'ordre suivant : président, vice-président, trésorier, trésorier adjoint, secrétaire, secrétaire adjoint.

Ne peuvent être candidats aux postes de vice-président, trésorier adjoint et secrétaire adjoint que les élus des collèges auxquels n'appartiennent pas respectivement le président, le trésorier et le secrétaire du bureau.

L'élection a lieu au scrutin secret, à la majorité absolue de suffrages exprimés aux deux premiers tours et à la majorité relative au troisième. En cas d'égalité de suffrages, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Ils sont rééligibles. En cas de décès ou de démission de l'un des membres du bureau, il est procédé à son remplacement au cours de la première réunion de l'assemblée qui suit la vacance.

En cas de faute grave dans l'exer-

cice de son mandat, et après avoir été mis en mesure de présenter sa défense, tout membre du bureau est déclaré démissionnaire d'office par l'assemblée se prononçant à la majorité des deux tiers.

Le président de l'assemblée représente l'union régionale en justice et dans tous les actes de la vie civile. L'assemblée établit un règlement intérieur, adopté à la majorité des deux tiers, qui fixe notamment :

Art. 9

1° Les règles de fonctionnement de l'assemblée et du bureau ;

2° Les conditions dans lesquelles les membres de l'assemblée peuvent se donner procuration ;

3° Les conditions du remboursement des frais et de l'attribution éventuelle d'indemnité mentionnés à l'article 7 ;

4° La fréquence des réunions de l'assemblée et du bureau ;

Le cas échéant, l'organisation des services ainsi que la nature et le nombre des emplois permanents ;

6° Les conditions dans lesquelles l'assemblée de l'union peut donner délégation aux membres du bureau ;

7° Les règles de fonctionnement des sections mentionnées à l'article 13 ;

8° Le cas échéant, les missions et les règles de fonctionnement des échelons départementaux mentionnés à l'article 31.

Le règlement intérieur ainsi que toute modification sont communiqués au préfet de région.

Art. 10 Le président nomme aux emplois mentionnés au 5° de l'article 9, après avis du bureau.

Art. 11 L'assemblée de l'union se réunit sur convocation de son président au moins trois fois par an. La convocation est de droit si la majorité absolue des membres composant l'assemblée le demande.

L'assemblée ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins des membres qui la composent sont présents.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, l'assemblée délibère valablement, après une nouvelle convocation, quel que soit le nombre des membres présents.

Art. 12 Les décisions sont prises à la majorité des membres présents, sauf dans le cas où une majorité qualifiée est requise en vertu des dispositions du présent décret ou du règlement inté-

rieur. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations de l'assemblée donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux conservés au siège de l'union et signés par le président et le secrétaire ou leurs remplaçants.

Les membres de l'assemblée, ainsi que toute personne qui participe à ses travaux, sont tenus aux règles du secret professionnel dans les conditions prévues par l'article 378 du code pénal.

Art. 13 Les élus de chacun des deux collèges peuvent se réunir, en tant que de besoin, en deux sections distinctes pour examiner les questions propres, respectivement, aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes.

Chaque section élit en son sein un président, un vice-président et un secrétaire au scrutin secret, par un vote distinct pour chaque poste. L'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés aux deux premiers tours et à la majorité relative au troisième.

Ces postes sont renouvelés après chaque renouvellement du bureau de l'assemblée de l'union. Le président, le vice-président et le secrétaire de section sont rééligibles. En cas de décès ou de démission, il est procédé à leur remplacement au cours de la première réunion de la section qui suit la vacance.

Chapitre II Élection des membres de l'assemblée

Section 1

Dispositions générales

Art. 14 Les élections des membres des assemblées des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral ont lieu à la même date dans toutes les régions. Cette date est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'intérieur. Elle doit être antérieure de deux mois au plus et de quinze jours au moins à la date d'expiration des pouvoirs des assemblées en fonctions.

Toutefois, la date des élections prévues au troisième alinéa de l'article 6 est fixée par arrêté du préfet de la région concernée.

Art. 15 Le vote a lieu par correspondance. La date des élections prévues à

l'article 14 est la date limite d'expédition des votes par les électeurs à la commission de recensement.

Les élections ont lieu par union régionale et par collège.

Art. 16 Les élections sont organisées, pour chaque union régionale, par une commission d'organisation électorale qui a son siège à la préfecture de région.

Cette commission comprend :

1° Le préfet de région ou son représentant ;

2° Un médecin généraliste et un médecin spécialiste membres de l'assemblée de l'union et désignés par celle-ci ;

3° Quatre médecins électeurs de l'union choisis, en dehors de l'assemblée, par le préfet de région, dont deux médecins généralistes et deux médecins spécialistes ;

4° Le directeur de la Poste du département siège de la préfecture de région ou son représentant ;

5° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant.

Art. 17 La commission d'organisation électorale prend toutes mesures nécessaires à l'organisation des opérations électorales, et notamment :

1° Fixe le siège du ou des bureaux où les votes sont déposés ou reçus ;

2° Établit les listes électorales et statue sur les réclamations y afférentes ;

3° Reçoit et enregistre les candidatures ;

4° Contrôle la propagande électorale ;

5° Diffuse les documents nécessaires à la campagne électorale et aux opérations de vote.

Art. 18 Il est institué pour chaque union régionale une commission de recensement des votes dont le siège est le même que celui de la commission d'organisation électorale.

La commission de recensement comprend :

1° Le préfet de région ou son représentant ;

2° Les quatre électeurs mentionnés au 3° de l'article 16 ;

3° Le directeur régional de la Poste du département siège de la préfecture de région ou son représentant ;

4° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant.

Art. 19 La commission de recensement contrôle le recueil et le dépouillement

des votes, totalise pour chaque collège le nombre de suffrages obtenus pour chaque liste et proclame les résultats.

Elle établit sans délai le procès-verbal des opérations auxquelles elle a procédé. L'original de ce procès-verbal est remis au préfet de région et conservé dans les archives de la commission de recensement. Les résultats sont affichés à la préfecture de région, dans les préfectures des départements, dans les mairies des chefs-lieux de département de la région et au siège de l'union régionale.

Art. 20 Le secrétariat des commissions est assuré par les unions régionales. Celles-ci mettent à leur disposition les moyens nécessaires. Les frais occasionnés par les élections sont à la charge des unions.

Section 2

Établissement des listes électorales

Art. 21 Les listes électorales sont établies soixante-dix jours au plus tard avant la date du scrutin.

À cette fin, les caisses primaires d'assurance maladie de la région communiquent à la commission d'organisation électorale, quatre-vingt-dix jours au plus tard avant la date des élections, le nom et l'adresse des médecins qui exercent dans la région à titre libéral dans le cadre du régime conventionnel, en distinguant les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

La commission d'organisation électorale établit deux listes, l'une de médecins généralistes et l'autre de médecins spécialistes. Elle inscrit sur chacune de ces listes tous les médecins conventionnés de la catégorie concernée. Les conditions d'inscription sont appréciées au premier jour du troisième mois précédant la date du scrutin.

Art. 22 Les dispositions des articles R. 611-64 à R. 611-66 du code de la sécurité sociale sont applicables à l'établissement des listes électorales.

Section 3

Candidatures

Art. 23 Les listes de candidats sont présentées par collège. Elles comportent un nombre de candidats égal à une fois et demie le nombre des membres de l'assemblée de l'union régionale à élire au titre du collège concerné.

Nul ne peut figurer sur plusieurs

listes ou être candidat dans la circonscription d'une union régionale où il n'exerce pas à titre principal. Chaque liste ne peut concerner qu'un seul collège.

Pour chaque collège, les listes peuvent être présentées :

1° Par l'une des organisations syndicales nationales qui compte des adhérents dans la moitié au moins des départements de la région et qui, par son ancienneté, ses effectifs et les cotisations qu'elle recueille, est l'une des plus représentatives, dans ces départements, des médecins du collège considéré. Lors de la présentation de la liste, l'organisation fournit tous documents de nature à permettre à la commission d'organisation électorale d'apprécier cette représentativité ; elle répond à toute demande complémentaire de la commission.

Art. 24 Chaque liste doit être signée par tous les candidats qui y sont inscrits ainsi que par le représentant de l'organisation syndicale qui la présente. La liste doit porter mention du collège au titre duquel elle est présentée. Elle mentionne les noms, prénoms, dates et lieux de naissance, domiciles et qualités des candidats.

Les listes sont déposées à la commission d'organisation électorale entre le soixante-dixième et le soixantième jour avant le scrutin. Il est délivré au mandataire de la liste un reçu du dépôt et des pièces fournies.

Aucune modification ne peut être opérée après le dépôt, sauf en cas de décès de l'un des candidats, qui peut être remplacé jusqu'à l'expiration du délai du dépôt des candidatures.

La commission refuse l'enregistrement de toute liste qui ne remplit pas les conditions prescrites par la présente section. Les dispositions de l'article R. 611-71 du code de la sécurité sociale sont applicables en cas de contestation du refus d'enregistrement.

Art. 25 La commission publie les listes de candidatures quarante cinq jours au moins avant le scrutin par voie d'affichage à la préfecture de région, dans les préfectures du département, dans les mairies des chefs-lieux de département et au siège de l'union.

La régularité des listes peut être contestée devant le tribunal d'instance dans le ressort duquel se trouve le siège de l'union régionale par tout électeur, dans un délai de trois jours

à compter de leur publication. Le tribunal statue sans formalités dans les trois jours.

Section 4

Propagande et opérations électorales

Art. 26 Les dispositions des articles R. 611-73 à R. 611-75 du code de la sécurité sociale sont applicables aux élections des membres des assemblées des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral.

Le coût du papier et les frais d'impression et d'affichage des documents mentionnés à l'article R. 611-74 sont remboursés par l'union, sur instructions de la commission d'organisation électorale, aux listes ayant obtenu au moins 5 % des suffrages exprimés et au moins un siège, dans la limite d'un tarif établi par la commission et porté à la connaissance des intéressés lors de la remise de l'autorisation de commande.

Art. 27 Les dispositions des articles R. 611-77 et R. 611-78 du code de la sécurité sociale sont applicables aux opérations électorales.

Art. 28 Le bulletin de vote est placé dans l'enveloppe fournie à cette fin par la commission d'organisation électorale. Aucune mention ne doit être portée sur cette enveloppe, qui est placée dans la seconde enveloppe fournie par la commission d'organisation électorale. Cette seconde enveloppe est close. L'électeur y appose sa signature.

L'enveloppe contenant le vote doit être remise à la commission de recensement ou à la Poste au plus tard le jour de l'élection. L'envoi fait sous forme de lettre ordinaire est accepté en affranchissement en compte avec la Poste. Tout envoi postérieur à la date de l'élection, le cachet de La Poste faisant foi, n'entre en compte ni pour le recensement ni pour le dépouillement des votes.

Art. 29 Les dispositions des articles R. 611-80 à R. 611-84 du code de la sécurité sociale sont applicables au recensement et au dépouillement des votes.

Section 5

Contentieux des élections - Pénalités

Art. 30 Les dispositions des articles R. 611-93 et R. 611-94 du code de la sécurité sociale sont applicables aux élections régies par le présent chapitre.

Titre II

Échelons départementaux

Art. 31 Pour l'application de l'article 7 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée, le règlement intérieur de chaque union régionale précise les conditions dans lesquelles, le cas échéant, l'assemblée désigne en son sein des délégués départementaux qui constituent les échelons départementaux de l'union.

Tout délégué départemental doit exercer son activité de médecin dans le département considéré.

Tout échelon départemental est composé d'un nombre égal de délégués généralistes et spécialistes.

Titre III

Financement des dépenses des unions régionales

Art. 32 Les dépenses des unions régionales sont financées par la contribution instituée par l'article 9 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée ainsi que, le cas échéant, par des subventions, dons, legs et concours financiers divers.

Toutefois, ni l'assemblée, ni le bureau, ni les sections, ni aucun des membres, d'une union régionale ne peuvent solliciter ou accepter pour le compte de celle-ci des concours qui, par leur nature ou leur importance, seraient susceptibles de mettre en cause l'indépendance nécessaire à l'accomplissement des missions de l'union.

Art. 33 Les unions établissent annuellement un budget prévisionnel de leurs opérations de recettes et de dépenses.

Une commission de contrôle, composée de trois à six membres de l'assemblée n'ayant pas la qualité de membre du bureau, est élue chaque année par l'assemblée à bulletin secret. Elle élit son président en son sein.

L'assemblée doit adjoindre à cette commission un commissaire aux comptes exerçant sa mission dans les conditions fixées par la loi du 24 juillet 1966 susvisée sur les sociétés commerciales.

La commission de contrôle procède à toute époque aux contrôles et investigations comptables et financières. Elle présente à l'assemblée, lors de la séance annuelle consacrée à l'approbation des comptes, un rapport concernant la gestion de l'union

et les comptes de l'exercice, et comportant un état détaillé des recettes et de leur origine.

Le budget, les comptes annuels et le rapport de la commission de contrôle sont communiqués au préfet de région.

Les unions régionales ne peuvent pas financer des opérations étrangères à leur mission.

Art. 34 Sont assujettis au versement de la contribution instituée par l'article 9 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée les médecins en activité dans le cadre du régime conventionnel au 1^{er} janvier de l'année.

La contribution est acquittée au plus tard le 15 mai pour l'année en cours auprès de l'organisme chargé du recouvrement de la cotisation personnelle d'allocations familiales.

Art. 35 Le produit de la contribution encasé par les organismes chargés de son recouvrement et centralisé par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale est réparti entre les unions régionales dans les conditions suivantes :

1° 40 % sont répartis à parts égales entre toutes les unions ;

2° 60 % sont répartis entre les unions, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, au prorata du nombre de leurs électeurs constaté lors de la précédente élection.

Le versement aux unions intervient au plus tard le 15 août suivant la date d'exigibilité. Dans le même délai, les organismes chargés du recouvrement communiquent à l'union régionale la liste des médecins ayant acquitté leur contribution.

Titre IV Dispositions transitoires

Art. 36 I. Pour l'organisation des premières élections des membres des assemblées des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral, les personnes prévues au 2° de l'article 16 du présent décret sont désignées conjointement par les organisations syndicales nationales qui ont été reconnues les plus représentatives en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, dans un délai de quinze jours à compter de la publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article 14 ci-dessus, ou, à défaut, par les préfets de région.

II. Les dépenses afférentes à ces élec-

tions ainsi que les remboursements mentionnés à l'article 26 sont provisoirement mis à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve le chef-lieu de la région. Il en est de même des frais afférents aux réunions des assemblées des unions régionales.

Les dépenses prises en charge par les caisses en application de l'alinéa précédent viennent en déduction du montant du premier versement aux unions de la contribution instituée par l'article 99 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée. Ces sommes, dont le montant est constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sont versées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale aux caisses primaires d'assurance maladie concernées, à la même date que celle du versement aux unions régionales.

Art. 37 Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 34, la première date d'exigibilité de la contribution instituée par l'article 9 de la loi du 4 janvier 1993 susvisée est fixée par le décret qui détermine le montant annuel de cette contribution.

Ce premier recouvrement devra avoir lieu au plus tard lors du deuxième appel de la cotisation personnelle d'allocations familiales suivant la date des élections.

Art. 38 Le ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, le ministre d'État, ministre de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, le ministre d'État, Garde des sceaux, ministre de la Justice, le ministre de l'Industrie, des Postes et télécommunications et du Commerce extérieur, le ministre du Budget, porte-parole du Gouvernement, le ministre de l'Agriculture et de la Pêche et le ministre délégué à la Santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. Fait à Paris, le 14 décembre 1993.

Arrêté du 22 mars 1994 portant approbation d'un avenant à la **convention nationale des médecins**

Le ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, le ministre de l'Économie, le ministre du Budget, porte-parole du Gouvernement, le ministre de l'Agriculture et de la Pêche et le ministre délégué à la Santé.

Vu [...]

Arrêtent :

Art. 1^{er} Il est pris acte de l'adhésion de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles à la convention nationale des médecins susvisée.

Art. 2 Est approuvé l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins annexé au présent arrêté, conclu le 6 janvier 1994 entre, d'une part, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Confédération des syndicats français et le syndicat des médecins libéraux.

Art. 3 Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes au ministère de l'économie, le directeur du budget au ministère du budget et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture et de la pêche sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française. Fait à Paris, le 22 mars 1994. [...]

ANNEXE

Avenant n° 1

À la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie.

En application des articles 14, 15 et 20 de la convention médicale, les parties signataires :

I. - Complètement, conformément à l'article 14, la liste des thèmes tels qu'ils figurent à l'annexe III, chapi-

tre 1^{er}, de la convention médicale.

II. - Arrêtent la liste des références médicales nationales applicables pour 1994.

III. - Définissent les critères d'opposabilité des références médicales.

I. - Liste des thèmes supplémentaires

1. Immuno-histochimie en anatomopathologie
2. Cholécystectomie.
3. Hystérectomie.
4. Explorations et chirurgie de genou.
5. Prothèse de hanche.
6. Tumeurs cutanées.
7. Acné.
8. EEG.
9. Prescription des neuroleptiques.
10. Suivi des psychotiques.
11. Laser en ophtalmologie.
12. Implants oculaires.
13. Pontage coronarien.
14. Endartériectomie.
15. Chirurgie de la surdité.
16. Drains transtympaniques.
17. Prise en charge du reflux gastro-œsophagien chez l'enfant.
18. Anomalies dentaires.
19. Anomalies des inclinaisons dento-alvéolaires.

20. Anomalies des rapports des maxillaires.

21. Traitement de l'adénome prostatique.

22. Traitement du cancer de la prostate.

23. Épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR).

II. - Liste des références médicales arrêtées par les parties signataires le 15 décembre 1993

Numéro du thème	Thèmes	Nombre de référence
I	Prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens	1
II	Prescription des antibiotiques en pratique courante	5
III	Imagerie dans l'arthrose rachidienne et les algies rachidiennes communes ..	2
VI	Bilans biologiques systématiques	12
VII	Examens biologiques au cours de la grossesse	1
IX	Diabète non insulino-dépendant (DNID)	9
X	Surveillance échographique au cours de la grossesse normale	1
XII	Endoscopie digestive	3
XIV	Prescription du dosage des hormones thyroïdiennes chez l'adulte	4
XV	Prise en charge de l'HTA essentielle légère, non compliquée	5
XVI	Prise en charge des hypercholestérolémies (HC) chez l'adulte	6
XVII	Prescription du dosage du magnésium sérique ou globulaire	2
XX	Les examens préopératoires	9
XXII	Mammographie dans le dépistage individuel du cancer du sein	2
XXIII	Prescription des antiulcéreux	3
[...]		

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

Rapport sécurité et qualité de la grossesse et de la naissance

« Je souhaite que le Haut Comité poursuive sa réflexion dans une perspective globale du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, [...]. » C'est en ces termes que le ministre de la Santé avait saisi, en mars 1993, le HCSP afin qu'il enrichisse et élargisse l'approche développée dans son premier rapport rendu quelques mois plus tôt. Un groupe de travail pluridisciplinaire, présidé par le professeur Grémy et le docteur Pons, s'est donc réuni à partir de mai 1993 et a pu présenter son rapport aux ministres début 1994. Ce rapport a d'ores et déjà abouti au plan gouvernemental « seize mesures pour la périnatalité ».

Le Haut Comité de la santé publique (HCSP) vient de rendre un rapport sur la « Sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance ». L'histoire de ce rapport est singulière puisqu'il s'agit du deuxième rapport du HCSP sur ce thème. En effet, le premier rapport rédigé sous la direction du Professeur Papiernik, s'était centré sur la restructuration et la réorganisation des maternités. À la suite de la lecture de ce document important, le Ministre de la Santé avait souhaité que le HCSP poursuive sa réflexion, la complète, l'élargisse par la prise en compte des dimensions psychologiques, sociales et culturelles liées au suivi de la grossesse et de la naissance (saisine du 18 février 1993). C'est dans cette perspective globale que les rédacteurs du rapport ont travaillé.

Ce rapport vient d'inspirer un nouveau plan gouvernemental de cinq ans pour la périnatalité

Le constat

Il y a en France chaque année 750 000 naissances dont 4 000 par procréation médicalement assistée. On compte environ 75 000 nouveaux-nés malades (40 000 prématurés, 20 000 hypertrophiés, 15 000 mal formés) 5 000 morts nés, 7 000 décès au cours de la première année, 15 000 handicapés sévères, notamment cérébraux. 140 femmes meurent encore à la suite des complications de leur grossesse ou de leur accouchement. Ces chiffres sont impressionnants puisque plus de 10 % des naissances

s'accompagnent d'accidents sévères dont les conséquences handicaperont souvent la vie entière des enfants qui en sont victimes. Les auteurs du rapport ajoutent « qu'une proposition non négligeable de ces diverses complications est évitable, qu'elles sont inégalement réparties dans le territoire et dans les diverses classes sociales. » La mortalité infantile en France est passée de 27,4 pour 1000 naissances (1960) à 13,8 pour 1000 (1975) puis 7,3 pour 1 000 (1990). La France se situe au 11^e rang mondial (source OCDE). La mortalité périnatale est passée de 18,1 pour 1 000 naissances totales à 8,3 pour 1000 pour les mêmes périodes, situant la France au 12^e rang mondial. Le constat n'est donc guère optimiste. Les auteurs rappellent qu'une des missions du HCSP est de proposer au ministre de la Santé différentes mesures de santé publique permettant, d'abord d'aligner la France sur la nation la plus favorisée après comparaisons internationales, notamment européennes, ensuite, de réduire les inégalités sociales et régionales au sein de la collectivité nationale.

Les contextes

L'intérêt, majeur de ce rapport est d'analyser l'ensemble des problèmes posés par une mise en perspective d'une pluralité de contextes.

Il évoque d'abord un certain nombre de références qui tendent à prouver les corrélations existantes entre les caractéristiques de la grossesse, de la naissance et du futur état de santé du nouveau-né durant l'enfance puis la vie adulte, en particulier sur le plan psychique.

La politique de sécurité à la naissance doit être resituée dans un contexte démographique. La population française continue de croître mais ne se renouvelle pas. Le risque est important, à terme, d'aboutir à un déséquilibre socialement inquiétant.

De cette tendance démographique dépend en effet l'avenir de la plupart des grands débats sociaux (travail, retraite, protection sociale...).

Cette évolution résulte bien sûr de la maîtrise de la reproduction par la contra-

ception, dont les techniques ne cesseront d'évoluer. Elle a d'autres corollaires. Les maternités et les paternités sont de plus en plus tardives. La contraception d'une part, l'infertilité et ses traitements d'autre part mènent à une dissociation partielle de la dimension biologique et de la dimension symbolique de la procréation. Les auteurs

définissent les concepts de désir d'enfant, de projet d'enfant, de « droit à l'enfant » et en évoquent les possibles détournements : « droit à l'enfant parfait ». Ils insistent beaucoup, et nous semble-t-il, à juste titre, sur les enjeux psychologiques liés à la grossesse et à la naissance qu'il s'agisse de l'enfant naissant et de

Le plan gouvernemental

Seize mesures pour la périnatalité

Priorité A	Accroître la sécurité lors de l'accouchement
Mesures 1 & 8	Élaborer des normes opposables de sécurité
Mesure 2	Impulser une politique régionalisée favorisant la mise en réseau des divers acteurs et établissements concernés
Priorité B	Améliorer le suivi de la grossesse
Mesure 3	Responsabiliser les femmes ayant moins de 3 consultations pendant la grossesse
Mesure 5	Améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse
Mesure 6	Améliorer la qualité des échographies
Priorité C	Améliorer les soins aux nouveaux-nés
Mesure 7	Améliorer l'efficacité des techniques de réanimation à la naissance
Mesure 8	Rendre obligatoire la présence d'astreinte ou d'un pédiatre
Mesure 9	Éviter les transferts inutiles en pédiatrie
Priorité D	Humaniser les conditions de l'accouchement
Mesure 11	Lutter contre la douleur au cours de l'accouchement
Mesure 12	Limiter la séparation mère-enfant
Priorité E	Évaluer la politique suivie
Mesure 13	Renforcer le rôle des commissions techniques consultatives de la naissance
Mesure 14	Mettre en place un système d'expertise des cas de mort maternelle
Mesure 15	Améliorer la connaissance épidémiologique des causes de décès néonataux
Mesure 16	Pouvoir disposer à intervalles réguliers d'indicateurs de santé fiables et actualisés dans le domaine périnatal

son avenir psychique mais aussi de celui de sa mère, voire de son père et des conséquences pour la famille.

Le rapport revient en détail sur les aspects épidémiologiques de la mortalité et de la morbidité du petit enfant. Hormis les comparaisons internationales déjà évoquées, les variations interrégionales restent importantes et très défavorables aux DOM-TOM. La conclusion est que par exemple, la limite « incompressible » à la prématurée n'est pas atteinte. La poursuite des efforts est justifiée. De même, il semble n'exister aucune fatalité qui interdirait l'amélioration de la mortalité et de la morbidité maternelles.

Les critères retenus

À partir de la question générique « qu'est-ce qu'une bonne naissance et quelles en sont les conditions ? » le rapport examine successivement différents critères et points de vue. Quelles sont les exigences des femmes et de leurs familles ? Quelles sont les demandes des gynécologues-obstétriciens, des anesthésistes, des sages-femmes, des pédiatres ? Quel est le rôle des médecins généralistes et des différents professionnels de santé ? Le rappel des normes et des procédures existantes, en particulier depuis la circulaire Barzach du 5 mai 1988, est complété par l'exposé de typologies d'accouchement et des exigences de moyens requis : disponibilité des gynécologues obstétriciens, des anesthésistes, possibilité de soins en néonatalogie, etc.

La place spécifique de la PMI est décrite ainsi que des situations particulières : la maternité à l'adolescence, en milieu rural, chez les femmes en état de grande précarité. Bien sûr, le rapport du HCSP n'ignore pas l'influence des progrès techniques, comme, la prévention et le traitement de la stérilité par procréation médicale assistée (PMA) mais aussi l'interruption de grossesse et ses conséquences ou, enfin, l'irruption de la fœtologie, des techniques génétiques et des possibilités de diagnostic anténatal. Chaque innovation s'accompagne maintenant d'un nouveau débat éthique.

Les objectifs et les propositions

À l'issue de ce travail, il revenait au HCSP de définir des objectifs et de formuler à l'attention du ministre de la Santé, un certain nombre de mesures permettant de s'en rapprocher. Si les femmes enceintes sont dans leur majorité correctement suivies, le petit nombre d'entre elles qui ne l'est pas cumule avec leurs enfants à venir tous les risques. Les objectifs sont donc à la fois qualitatifs et quantitatifs. Ils visent à mieux protéger le un pour cent de femmes enceintes qui ne sont pas ou peu suivies, les six pour cent de femmes qui n'ont pas de contacts préalables avec la maternité avant l'accouchement. Il y a lieu pour ces femmes de mettre en œuvre différentes stratégies incitatives. Pour les professionnels de santé, il s'agit de s'assurer de leur disponibilité, de leur compétence, de leur capacité à coordonner leurs interventions. Un dispositif de normes à respecter, de recueil et d'échanges d'informations serait sans doute structurant à cet égard. Les établissements de soins se définissant par leur activité, il semble que l'amélioration de leurs performances passe par une mise à niveau de leurs capacités hiérarchisées au regard des moyens humains et des plateaux techniques disponibles ? Il est indispensable que soient fixés des objectifs nationaux à partir d'un recueil permanent d'informations et une évaluation continue. Par contre, l'application des stratégies résultantes ne peut-être que régionale.

L'ensemble de ces préoccupations est traduit dans le plan gouvernemental en quatre objectifs :

- 1 diminuer la mortalité maternelle de 30% ;
- 2 abaisser la mortalité périnatale de 20% ;
- 3 réduire l'hypotrophie de 25% ;
- 4 réduire le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant leur grossesse de moitié.

Ces objectifs répondent à cinq priorités :

- A accroître la sécurité lors de l'accouchement ;
- B améliorer le suivi de la grossesse ;
- C améliorer les soins aux nouveaux-nés ;
- D humaniser les conditions de l'accouchement ;
- E évaluer la politique suivie.

Le résumé succinct de ce rapport n'est en rien suffisant pour en évoquer la richesse. Il n'a pas d'autre objectif que d'inciter les lecteurs intéressés à en parcourir le texte intégral, accompagné de substantielles annexes. Nous ne doutons pas qu'ils en apprécieront la démarche qui, de notre point de vue, paraît exemplaire d'une véritable approche de santé publique. ■

Ce rapport du Haut Comité est d'ores et déjà disponible au secrétariat général sous forme reprographiée. Une édition, dans la collection Avis et rapport, sera disponible à partir de septembre 1994.

Docteur Gilles Errieau

Prix Robert Debré 1993

1^{er} prix

M. Gérard Barbé

Avec un manque en plus... pour une reconnaissance du malade alcoolique
Mémoire pour la Capacité en Alcoologie
1993, Lille II, Droit et Santé

2^e prix

M^{me} Christiane Coutelle-Labarthe

Recherches biocliniques sur les enzymes du métabolisme de l'Alcool
Thèse pour le doctorat d'État es-sciences pharmaceutique, 1992, Bordeaux II

Accessits

M^{me} Renée Kieffer

Action prévention, alcool, en entreprise
Mémoire pour le certificat d'université d'ergonomie, 1993,
Université de Strasbourg, Louis Pasteur

M^{lle} Sophie Vallier

Réflexions menées avec une commission médicale primaire des permis de conduire sur l'évaluation du risque-alcool
Thèse pour le doctorat d'État en médecine,
1993, Paris VI - Pierre et Marie Curie

30 000 F (1^{er} prix), 20 000 F (2^e prix), 10 000 F (chaque accessit)

Les jurys des prix Robert Debré et Michel Fontan, ont désigné le 3 mai les lauréats 1993. La remise officielle aura lieu, sur invitation, le lundi 20 juin à la Maison de la chimie.

Prix Michel Fontan 1993

1^{er} prix

M. Didier Weidmann

Obligation de soins et alcoolisme, une entente possible
DEASS, 1992, Institut de formation et de recherche en action sociale, Nancy

2^e prix

M^{lle} Bénédicte Cockenpot

L'alcoolisme féminin
DCESF, 1993, Lycée Jules Mousseron, de Denain

3^e prix ex æquo

M^{lle} Valérie Dutillet

De l'autre côté du verre, la conjointe face à l'alcoolisme de son mari
DEASS, 1993, Institut de formation de personnels sociaux et sanitaires, Pau

M^{lle} Clémence Protais

J'ai mal à mes parents ! la prévention des répercussions de l'alcoolisme parental sur les enfants
DEAS, 1993, Institut de travail social, Montrouge

20 000 F (1^{er} prix), 10 000 F (2^e prix), 7 500 F (chacun des 3^e prix)

Prix d'Alcoologie

3^e rencontres internationales de promotion de la santé, Lille

Un centre de documentation provisoire pour le congrès

Les rencontres organisées sous l'égide du Réfips (Réseau francophone international pour la promotion de la santé) et parrainées par le Haut Comité ont lieu à Lille du 27 juin au 2 juillet 1994. Elles sont composées de plusieurs manifestations : un colloque sur l'évaluation en promotion de la santé, des mini-forum et un festival.

Un service documentaire sera mis à la disposition des congressistes pendant le colloque. Douze documentalistes se relaieront pendant ces trois jours pour animer le centre.

En plus des recherches documentaires traditionnelles, les participants pourront procéder à des interrogations de banques de

Les 27, 28 et 29 juin 1994

données, avec l'aide des documentalistes. Le Haut Comité présentera Alcoinfo, une banque de données bibliographique de 2 000 références sur le thème de l'alcool. Il participe également à l'élaboration d'une banque de données, spécialement conçue pour l'occasion, qui contiendra des définitions de concepts tels que : santé, évaluation, promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention, etc. Cette banque qui se propose de couvrir l'ensemble de la littérature francophone est réalisée avec la collaboration de plusieurs organismes :

- Résodoc (Université catholique de Louvain, Communauté française de Belgique) ;
- la Maison régionale de promotion de la santé de Lille (MRPS) ;
- la Délégation inter-régionale pour l'éducation et la promotion de la santé (Direps) nord-ouest ;
- le groupe documentation du Réfips ;
- le réseau CDES/CRES/DIREPS/CFES.

Une sélection de définitions fera l'objet d'un répertoire publié pour l'occasion.

Le centre de documentation proposera également la consultation des ouvrages et des périodiques publiés par les organismes qui y sont représentés, avec la possibilité de les commander.

Yokohama (Japon)

Du 7 au 12 août 1994

**The global challenge of AIDS :
together for the future**

Conférence internationale sur
le sida

Renseignements

c/o Congress Corporation

Namiki Bldg

5-3 Kamiyama-cho

Shibuya-ku

Tokyo 150

Japon

Téléphone : 81 3 3466 5812

Télécopie : 81 3 3466 5929

Paris

Les 20 et 21 septembre 1994

Sexualité et sida

Journées d'animation de la re-
cherche de l'ANRS

Renseignements

Annie Collin

ANRS

66 bis, avenue Jean Moulin

75014 Paris

Téléphone : 45 41 12 00

Amiens

Les 6 et 7 octobre 1994

**La santé, indicateur d'environ-
nement**

7^e Congrès national des
Observatoires régionaux de
la santé

Renseignements

Col'ORS 94

Faculté de médecine

Université de Picardie Jules-

Verne

3, rue des Louvés

83036 Amiens Cedex 1

Téléphone : (16) 22 82 77 39

Télécopie : (16) 22 82 77 41

Amsterdam

Du 13 au 15 octobre 1994

Violence in the family

Renseignements

Conference Secretariat

Bureau PAOG-Amsterdam

Tafelbergweg 25

1105 BC Amsterdam

The Netherlands

Berlin (Allemagne)

Du 26 au 29 septembre 1994

**Le sida en Europe :
aspect comportemental**

Congrès européen

Renseignements

AIDS-Zentrum

Fachgebiet Psychosociale
Forschung

Klaus Riedmann

Reichpietschufer 74-76

D-10785 Berlin

Téléphone : 49 30 2500 9414

Télécopie : 49 302500 9466

Amiens

Du 14 au 16 septembre 1994

**Festival international du film
médical, Filmed 94**

Renseignements

Filmed

Faculté de médecine

3, rue des Louvés

80036 Amiens Cedex 01

Téléphone : (16) 22 80 05 80

Minitel : 36 14 FILMED

Paris

Le 8 octobre 1994

Alcool, tabac et dépendance

Réunion satellite de la neu-
vième conférence mondiale
sur le tabac et la santé organi-
sée conjointement par la So-
ciété française d'alcoologie et
la Société de tabacologie

Renseignements

Dr A. Sarda

SFA

16, rue Picot

75015 Paris

Téléphone : 47 04 39 30

Strasbourg

Du 9 au 12 octobre 1994

**La prévention en
gériatrie :
prévenir sinon prévoir**

Congrès international franco-
phone de gériatrie et jour-
nées internationales franco-
phones de perfectionnement
en gériatrie

Renseignements

CGSA

V^e congrès international fran-
cophone de gériatrie

38, rue des Petits Champs

75001 Paris

Téléphone : 42 61 81 06

ou

M^{lle} Payet

Centre de gériatrie clini-
que

Faculté de Médecine

Pitié Salpêtrière

75013 Paris

Genève (Suisse)

Les 16 et 17 septembre 1994

**Adolescence et suicide :
au-delà de l'épidémiologie,
quelles perspectives théra-
peutiques ?**

Renseignements

Sec. administratif

Symporg Sa

Congress organisers

7, avenue Pictet de Roche-

ment

CH-1207 Genève

Suisse

Rennes

Du 28 au 30 septembre 1994

**Risques liés à l'environne-
ment**

Réunion scientifique de l'As-
sociation des épidémiologis-
tes de langue française

Renseignements

Congrès ADELFF

ENSP - Saint Maurice

14, rue du Val d'Osne

94415 Saint Maurice Cedex

Paris

Du 10 au 14 octobre 1994

Le tabac et les femmes

Conférence mondiale

Renseignements

Sec. du congrès

SOCFI/Congrès tabac et santé

14, rue Mandar

75002 Paris

Téléphone : 42 33 89 94

Télécopie : 40 26 04 44

Page réalisée avec la
collaboration du

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

Actualité et dossier en santé publique

Sommaire

- **1 Éditorial**
- **2 Actualité**
La lutte contre la tuberculose en France,
Élisabeth Bouvet
Les unions professionnelles, *Gilles Errieau*
- **6 Alcoologie**
Assemblée constitutive de la Fédération
française des CHAA
- **8 International**
CDC d'Atlanta, centers for disease control
and prevention, *Armelle George-Guiton*
- **12 Europe**
Libre circulation des produits sanguins,
Jean-Étienne Caire
- **15 Statistiques**
La clientèle du dispositif de soins sectorisé
de psychiatrie, premiers résultats d'une
enquête nationale, *Bénédicte Boisguérin,*
Claudine Parayre, Nicole Quemada
- **21 Régions**
Journées régionales de santé publique en
Lorraine, *Jean-François Dodet*
- **7 Organisme**
Agence française du sang
- **11 Formation**
DESS Économie et gestion des systèmes
de santé
- **15 Recherche**
Centre de recherche médecine maladie et
sciences sociales (Cermes)
- **24 Documentation**
- **34 Législation & réglementation**
- **45 L'actualité du Haut Comité**
Rapport Grossesse naissance
Prix d'alcoologie
Lille, un centre de documentation
provisoire
- **49 Calendrier**

dossier **Les collectivités locales** et la santé publique

2 Interventions médico-sociales
Politiques d'accès aux soins

Dossier de Ségolène Chappellon

- **III Des attributions en évolution**
III L'intervention médico-sociale traditionnelle dévolue aux départements
VII Les nouvelles actions santé auprès des populations en difficulté
X Les collectivités locales dans les politiques d'accès aux soins
- **XIII Une réalité complexe**
XIII Des dépenses maîtrisées, une activité maintenue mais des disparités réelles
XVII Le nouveau positionnement des partenaires
XX Vers de nouvelles priorités ?
- **XXII Tribune**
- **XXIX Compléments d'information**
- **XXX Annexes**
- **XXXVI 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